

Diplomarbeit

Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt

Im Rahmen der staatlichen Abschlußprüfung an der Fachhochschule,
Fachbereich Sozialwesen

vorgelegt von: Anja Erfmann
betreuende Dozentin: Frau Prof. Petra Giesecke

Kiel, den 15. Juli 1998

zum Teil überarbeitete Fassung

Kiel, den 26.02.2001

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Sexualisierte Gewalt	3
1.1 Begriffe	3
1.2 Definitionskriterien	9
1.3 Umstände	13
1.4 Prävalenz	14
1.4.1 Analyse der Erhebungsmethoden von sexualisierter Gewalt	14
1.4.2 Prävalenz von sexualisierter Gewalt	15
1.4.3 Prävalenz von Teenagerschwangerschaften als Folge sexualisierter Gewalt	16
1.4.4 Prävalenz von sexualisierter Gewalt vor und während der Schwangerschaft	23
1.5 Erklärungsansätze von sexualisierter Gewalt	25
1.5.1 Psychoanalytischer Erklärungsansatz nach Sigmund FREUD	25
1.5.2 Systemische Erklärungsansätze	26
1.5.3 Gesellschaftliche Erklärungsansätze	28
1.6 Folgen	31
1.6.1 Probleme der Folgenforschung	31
1.6.2 Traumatisierungsfaktoren für die Schwere der Folgen	32
1.6.3 Körperliche Folgen	35
1.6.4 Überlebensstrategien	35
1.6.4.1 Psychosomatische Folgen	36
1.6.4.2 Autoaggressionen	37
1.6.4.3 Psychische Folgen	40
1.6.4.4 Soziale Folgen	43
1.6.4.5 Folgen für die Sexualität	43

2 Schwangerschaft und Geburt	46
2.1 Mutter-Werden als Entwicklungskrise	46
2.2 Psychodynamik der Schwangerschaft	51
2.3 Körpererleben in der Schwangerschaft und bei der Geburt	57
2.4 Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen unter psychosozialen Aspekten	64
2.5 Teenagerschwangerschaften	71
2.6 Verbindung zwischen Sexualität, Schwangerschaft und Geburt	72
2.7 Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt	75
2.8 Psychosoziale Merkmale und ihre Auswirkungen auf die Geburt	79
3 Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt	84
3.1 Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf die Schwangerschaft	85
3.1.1 Teenagerschwangerschaften	85
3.1.1.1 Gründe für das Auftreten von Teenagerschwangerschaften	85
3.1.1.2 Besonderheiten bei Teenagerschwangerschaften	89
3.1.2 Auswirkungen von Überlebensstrategien nach sexualisierten Gewalterfahrungen auf die Schwangerschaft	91
3.1.2.1 Schwangerschaftsverdrängung	92
3.1.2.2 Dissoziation	94
3.1.2.3 Hypervigilanz	95
3.1.2.4 "Substance Abuse"	96
3.1.2.5 geringes Körperbewußtsein und fehlende sexuelle Autonomie	99
3.1.2.6 Ängste	100
3.1.2.7 Depressionen	103
3.1.3 Schwangerschaftskomplikationen nach sexualisierter Gewalt	103
3.1.3.1 Auswirkungen auf die Schwangere	103
3.1.3.2 Auswirkungen auf das Neugeborene	105

3.2	Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf die Geburt	107
3.2.1	Erfahrungen von Überlebenden sexualisierter Gewalt unter der Geburt	107
3.2.1.1	Auslösung von Erinnerungen	108
3.2.1.2	Problematische Aspekte unter der Geburt für Überlebende	113
3.2.1.3	Protektive Mechanismen	116
3.2.1.4	Ergebnisse	117
3.2.2	Auswirkungen von Überlebensstrategien nach sexualisierten Gewalterfahrungen auf die Geburt	120
3.2.2.1	Verleugnung	120
3.2.2.2	Dissoziation	121
3.2.2.3	Verdrängung	125
3.2.2.4	Hypervigilanz	126
3.2.2.5	Ängste	128
3.2.2.6	Scham	129
4	Konsequenzen für die medizinische und sozial-pädagogische Praxis	132
4.1	Geburtsvorbereitung	132
4.2	Anamnese, Thematisierung und Intervention bei sexualisierter Gewalt in der Gynäkologie und Geburtshilfe	133
4.3	Notwendigkeit der individuellen Betreuung von Gebärenden	141
4.4	Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Geburtshaus	142
4.5	Prävention von und Umgang mit Teenagerschwangerschaften	143
4.6	Besonderheiten bei Schwangerschaftsverdrängung	145
4.7	Sozialpädagogische Arbeitsfelder	147
5	Schlußbetrachtung	149
	Literaturverzeichnis	151

Einleitung

Mit dem Thema „Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt“ habe ich mich auf sehr dünnes Eis begeben, denn die Medizin, Psychologie, Soziologie und Pädagogik, die mit Schwangerschaft und Geburt konfrontiert sind, haben diesen Problembereich ignoriert. Mein Interesse an dem Thema entdeckte ich, weil ich seit fast neun Jahren als freiberufliche Hebamme tätig bin und im Studium mit dem Thema sexualisierter Gewalt konfrontiert war. Meine These ist, daß Folgen sexualisierter Gewalt, Auswirkungen auf ein so existentielles Ereignis wie Schwangerschaft und Geburt haben müssen, die hier erarbeitet werden sollen.

Diese Arbeit ist als heuristische zu verstehen. Mir geht es darum, aufzuzeigen, daß keineswegs jede Schwangere oder Gebärende mit sexualisierten Gewalterfahrungen Auswirkungen in der Schwangerschaft und/oder Geburt zeigen muß. Für Überlebende kann die Entscheidung, Kinder zu bekommen ein Teil ihres Heilungsweges darstellen und Schwangerschaft und Geburt können „problemlos“ verlaufen. Dennoch gehe ich davon aus, daß ein Anteil an Schwangerschaftsbeschwerden und Geburtskomplikationen in den Folgen sexualisierter Gewalt begründet liegen. Inwieweit Schwangerschaften/Geburten für nichterinnete sexualisierte Gewalt aufdeckend wirken können, wird zu untersuchen sein.

Meine These ist, daß jede Frau während Schwangerschaft und Geburt durch ÄrztInnen, Hebammen und SozialpädagogInnen so zu begleiten ist, als könne sie Opfer von sexualisierter Gewalt sein. Hier liegt es mir fern Überlebende zu pathologisieren.

Das erste Kapitel stellt den aktuellen Forschungsstand, die unterschiedlichen Ansätze zur Entstehung und die Folgen von sexualisierter Gewalt dar. Die

Folgen, die für Schwangerschaft und Geburt von Bedeutung sind, werden besonders hervorgehoben.

Das folgende Kapitel wird sich mit verschiedenen Modellen befassen, die die besonderen Veränderungen in einer Schwangerschaft beleuchten. Es werden weiterhin Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen unter psychosozialen Aspekten dargestellt. Hier werden, wenn möglich, Schlüsse gezogen, welche Besonderheiten bei Frauen mit Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt auftauchen können. Teenagerschwangerschaften werden besonders behandelt.

In einem dritten Teil werde ich die Literatur zum Thema Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt, die fast ausschließlich aus dem englischsprachigen Raum stammt, vorstellen. Ich möchte sie anerkennen und ihre Ansätze zur Begleitung aufzeigen.

Im vierten Kapitel wird der Bezug zur sozialpädagogischen Arbeit hergestellt. Hier geht es um den Versuch, aufzuzeigen, welche Art von Aufgaben die Medizin und die Sozialpädagogik in der Begleitung von Betroffenen übernehmen kann.

Die Arbeit soll einen Beitrag zur Enttabuisierung von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Frauen leisten.

1 Sexualisierte Gewalt

Zum Verständnis der Arbeit ist es nötig, Begriffe, Definitionskriterien, Vorkommen, Umstände und Erklärungsansätze von sexualisierter Gewalt zu betrachten. Einen besonderen Raum nehmen die Folgen von sexualisierten Gewalterfahrungen ein, da diese Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt haben.

1.1 Begriffe

Aus einer großen Anzahl von Veröffentlichungen in den letzten Jahren zum Thema sexualisierte Gewalt wird im folgenden auf eine Auswahl der unterschiedlichen Begriffe für sexualisierte Gewalt eingegangen. Mit den unterschiedlichen Termini sind unterschiedliche Intentionen, Erklärungsansätze und Interventionsstrategien verbunden (vgl. Jönsson 1997, 12). Ich werde mich mit sexualisierter Gewalt gegen Frauen und Mädchen beschäftigen und Jungen dabei vernachlässigen. Sollte der Hinweis auf sexuelle Gewalt gegen Jungen sinnvoll sein, werde ich dies kennzeichnen. Überwiegend werde ich den Begriff Täter verwenden, da in den meisten Fällen Männer sexualisierte Gewalt ausüben (vgl. Kapitel 1.3. dieser Arbeit).

Sexueller Mißbrauch

Der Begriff "sexueller Mißbrauch", der unmittelbar an das englische "sexual abuse" angelehnt ist, ist am weitesten verbreitet. Er findet im Strafgesetzbuch Anwendung (vgl. §§ 174, 176, 179 im StGB), wird in den Medien verwendet und von den betroffenen Kindern und Jugendlichen gut verstanden (vgl. Kavemann o.J., 17). Elke JÖNSSON beispielsweise (1997) definiert sexuellen Mißbrauch wie folgt:

„(...) sexueller Mißbrauch wird dann als gegeben betrachtet, wenn er gegen den Willen und mit oder ohne körperliche(r) und/oder psychische(r) Gewalt oder ohne wissentliches Einverständnis eines betroffenen Kindes verübt wird" (Jönsson 1997, 16).

KritikerInnen wenden ein, daß „Mißbrauch" einen „Gebrauch" voraussetzt. Ingrid OLBRICHT beispielsweise kritisiert, daß Kinder keine Gebrauchs-

objekte sind, die man gebraucht wie Gegenstände oder Hilfsmittel zur Bedürfnisbefriedigung, somit auch nicht mißbraucht (vgl. Olbricht 1996). Carol HAGEMANN-WHITE und Mitarbeiterinnen (1997) verwenden hingegen ebenfalls den Begriff „sexuellen Mißbrauch“, denn die Autorinnen hat die Kritik nicht überzeugt, daß im Wort „Mißbrauch“ automatisch ein selbstsüchtig-benutzender Gebrauch mitenthalten ist (vgl. ebd., 32). Klaus HOLZKAMP (1994) gibt zu Bedenken, daß die Verwendung und Anerkennung des juristischen Begriffes „sexueller Mißbrauch“ dazu führt, daß die Gewalt als Delikt nach dem Strafgesetzbuch bewertet wird. Dies bedeute eine Einteilung in „Schuldige“ und „Unschuldige“ und ignoriere damit die gesellschaftliche Dimension von Gewalt.

„(...) wer aber den Tatbestand des „sexuellen Mißbrauchs“ *nicht* erfüllt, der ist - in dieser Dimension – „unschuldig“, hat mit der ganzen Angelegenheit nicht zu tun (...)“ (Holzkamp 1994, 139; Hervorhebung i. O.; A. E.).

Barbara KAVEMANN hebt hervor, daß der Terminus des „sexuellen Mißbrauchs“ sehr deutlich die zentrale Erfahrung des Vertrauens- und Machtmißbrauchs benennt und Gewaltanwendung einschließt (vgl. Modellprojekt Wildwasser 1993, 62, zit. nach Kavemann o.J., 17).

Sexuelle Ausbeutung

Dieser Begriff ist von der Grundlage geprägt, daß Erwachsene die kindliche Emotionalität, Sexualität, Bewunderung und Zuwendung der Kinder für ihre eigenen Interessen ausnutzen. In der deutschen Sprache versteht man unter Ausbeutung eher einen ökonomischen Zusammenhang und der Begriff wird deshalb häufig im Zusammenhang mit Kinderpornographie und Kinderprostitution genannt (vgl. Kavemann o.J., 17; vgl. auch Godenzi 1996, 202).

„Den schärferen Begriff der sexuellen Ausbeutung behalten wir (die Autorinnen; Anmerkung A. E.) für diejenigen Fälle vor, bei denen über die eigene Triebbefriedigung hinaus auch kommerzieller Nutzen aus dem Mädchen gezogen wird, wie dies bspw. bei der Kinderpornographie der Fall ist“ (Hagemann-White 1992, 26).

In der englischsprachigen Forschungsliteratur wird "sexual exploitation" gleichbedeutend mit "sexual abuse" verwendet (vgl. Godenzi 1996, 202).

Sexuelle (Kindes)-Mißhandlung

Dieser Begriff wird von VertreterInnen der Kinderschutzbewegung als Begriff bevorzugt. Tilman FÜRNISS, Vertreter der systemischen Theorie, definiert sexualisierte Gewalt wie folgt:

„Sexuelle Mißhandlung in der Familie und Inzest sind per definitionem Familienaffären“ (Fürniss 1989, 72).

Unter sexualisierter Gewalt wird von FamilientheoretikerInnen eine Form der Kindesmißhandlung verstanden und mit körperlicher oder seelischer Mißhandlung gleichgesetzt (vgl. etwa Marquardt-Mau 1995; Fürniss 1989, 68ff; Kempe/Kempe 1980; vgl. Kapitel 1.5.2 dieser Arbeit). Sowohl hinsichtlich der Betroffenen, der Täter, der Handlungen, des Geheimhaltungsdruckes, der Folgen, der gesellschaftlichen Tabuisierung und der Erklärungsansätze unterscheiden sich Kindesmißhandlung und sexualisierte Gewalt aber in besonderem Maße voneinander. Mißhandlung beispielsweise, so Rosemarie STEINHAGE (1989), die körperlich ausagiert wird, wird nicht überwiegend an Mädchen verübt, sondern auch an Jungen. Ebenso sind die Täter sowohl Männer als auch Frauen und nicht überwiegend Männer, wie bei sexualisierter Gewalt. Die körperlichen Mißhandlungen finden meist spontan statt, sexueller Mißbrauch hingegen ist geplant (vgl. Steinhage 1989, 30ff; vgl. auch Ohl 1997, 117ff). FINKELHOR benutzt den Terminus "victimization", der den Unterschied zwischen körperlicher und sexueller Gewalt verdeutlicht. Das Opfer wird nicht aufgrund aggressiver Tendenzen mißbraucht, sondern aufgrund seines Alters, seiner Arglosigkeit und seiner Beziehung zum Täter (vgl. Finkelhor 1979, zit. nach Amann/Wipplinger 1997, 18).

Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen

„Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen“ ist ein weiterer verwendeter Begriff, der verdeutlichen soll, daß nicht sexuelle Bedürfnisse sexualisierte Gewalt erklären, sondern der Mißbrauch von Macht im Vordergrund steht (vgl. Enders 1997; Brockhaus/Kolshorn 1993; Botens 1989;

Kavemann/Lohstöter 1984). Ulrike BROCKHAUS und Maren KOLSHORN definieren sexuelle Gewalt als integralen Bestandteil der patriarchalen Gesellschaftsstruktur. Sie verstehen darunter:

- „1. Eine Person wird von einer anderen als Objekt zur Befriedigung von bestimmten Bedürfnissen benutzt. Diese Bedürfnisse sind entweder sexueller Natur und/oder es sind nicht-sexuelle Bedürfnisse, die in sexualisierter Form ausgelegt werden (...).
2. Dabei werden vor oder an der Person Handlungen vorgenommen oder von ihr verlangt, die kulturell mit Sexualität assoziiert sind. Dazu zählen nicht nur Handlungen, die im engeren Sinne sexuell sind, wie beispielsweise Berührungen der Geschlechtsorgane oder Geschlechtsverkehr, sondern auch solche, die in unserer Gesellschaft im weiteren Sinne mit Sexualität in Verbindung gebracht werden, wie anzügliche Bemerkungen, Nachpfeifen oder Nacktphotos.
3. Die Handlungen erfolgen unter Ausnutzung von Ressourcen- bzw. Machtunterschieden gegen den Willen der Person” (Brockhaus/Kolshorn 1993, 28).

David FINKELHOR erklärt, daß die zentrale Bedeutung von sexuellen Übergriffen die Ausübung von Dominanz- und Herrschaftsbedürfnissen darstellt (vgl. Finkelhor 1984, zit. nach Enders 1997, 33). Sexuelle Gewalt wird in der feministischen Theorie im Kontext männlicher Gewalt gegen Frauen und Mädchen (Jungen) gesehen. Diese Gewalt beinhaltet Vergewaltigungen, häusliche Gewalt gegen Ehefrauen und Partnerinnen und weitere Gewaltausübungen (vgl. Jönsson 1997, 13). Laut KAVEMANN ist der Begriff „sexuelle Gewalt“ geeignet, um den gewaltsamen Charakter der sexuellen Handlungen zu verdeutlichen und hat deren Kernaussagen in der politischen, analytischen und fachlichen Diskussion hervorgehoben. Aber der Begriff wird von betroffenen Mädchen und Jungen schlechter verstanden als "sexueller Mißbrauch", denn die Betroffenen erleben ihre Erfahrungen häufig nicht als Gewalt (vgl. Kavemann o. J., 18).

Gewalt im Geschlechterverhältnis

Carol HAGEMANN-WHITE u.a. verwenden den Begriff der „Gewalt im Geschlechterverhältnis“. Darunter verstehen die Autorinnen

„(...) jede Verletzung der körperlichen oder seelischen Integrität einer Person, welche in Zusammenhang mit der Geschlechtlichkeit des Opfers und des Täters zusammenhängt und unter Ausnutzung eines Machtverhältnisses

durch die strukturell stärkere Person zugefügt wird" (Hagemann-White u.a. 1997, 29).

Insbesondere geht es um die Befriedigung sexueller Wünsche zu Lasten eines Opfers oder gegen den Willen dieser Person. Damit sind konkrete Gewalthandlungen gemeint, die aktiv verantwortlich ausgeübt werden, d.h. der Täter hat die Entscheidungsfreiheit, sich für oder gegen eine gewalttätig verletzende Konfliktlösung zu entscheiden, so HAGEMANN-WHITE u.a. Diese führen zu Verletzungen, die aufgrund einer vorliegenden geschlechtlichen Beziehung zwischen zwei Personen der/dem strukturell Unterlegenen zugefügt werden. „Verletzungen“ definieren die Autorinnen als das, was Frauen und Mädchen subjektiv als Verletzung der Integrität erleben, womit ausgedrückt wird, daß es einen „objektiven“ Begriff von Gewalt nicht gibt (vgl. Hagemann-White 1997, 30). Die „strukturell stärkere Person“ agiert in einem Machtverhältnis, so die Autorinnen. Dies stellen neben klassischen Abhängigkeitsverhältnissen wie bspw. Kindheit, Alter, Arbeitsverhältnisse usw., auch Verhältnisse sozialer Ungleichheit wie sie zwischen Mann und Frau bestehen, dar (vgl. ebd., 29). Im Bezugsrahmen der Definition der „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ werden Begriffe wie sexueller Mißbrauch an Kindern und Vergewaltigung genauer definiert (vgl. ebd. 32; vgl. auch Hagemann White 1992, 21ff).

Sexualisierte Gewalt

Dieser erweiterte Terminus von sexueller Gewalt trifft, laut Barbara KAVEMANN, am deutlichsten die politische Dimension und die individuelle Verantwortlichkeit der Täter. Sie schreibt:

„Dieser Begriff erfaßt in gleichem Maße die Tragweite und die politische Bedeutung der Problematik, intensiviert aber den Aspekt der Verantwortlichkeit. Es wird klar gestellt, daß diese Gewalt nicht einfach sexuell ist, sondern von einer Person, die dafür Verantwortung trägt, aktiv sexualisiert wird“ (Kavemann o.J., 18).

Unpolitische und biologisierende Erklärungen, die aussagen, daß Männer sexualisierte Gewalt ausüben müßten, sind mit dieser Definition ausgeschlossen. Mit der Definition wird anerkannt, daß nicht alle Männer Täter werden und auch Frauen Täterinnen sind, so KAVEMANN (vgl. ebd., 18). Die Verantwortlichkeit für die Taten und die gesellschaftlichen

Bedingungen, die Täterschaft ermöglichen und andererseits die Verantwortung an die Opfer oder Dritte abwenden wollen, werden explizit benannt.

„Der für unsere Gesellschaft, unsere Kultur charakteristische Zusammenhang von Gewalt und Sexualität, der sich in einem hohen Gewaltanteil in der ganz alltäglichen Sexualität ausdrückt, wird durch den Begriff der sexualisierten Gewalt am besten erfaßt“ (Kavemann o.J., 18f). In der englischen Forschungsliteratur werden Begriffe wie "sexual abuse", "child molestation", "sexual maltreatment", "sexual assault", "sexual exploitation" verwendet. "Sexual exploitation" wird gleichbedeutend mit "sexual abuse" verwendet (vgl. Kavemann o.J., 17).

Es gibt nach KAVEMANN keinen Begriff, der einerseits die gesellschaftlichen Verhältnisse, die sexualisierte Gewalt hervorbringt und andererseits den Erfahrungshintergrund der Betroffenen widerspiegelt (vgl. Kavemann o.J., 16).

Aufgrund dieser Aussage möchte ich meinen Standpunkt mitteilen. Für mich stellen die Begriffe „sexualisierte Gewalt“ und „Gewalt im Geschlechterverhältnis“ Oberbegriffe für Gewalt gegen Frauen und Mädchen dar. Dennoch möchte ich eine Unterscheidung vornehmen, die in dieser Arbeit bedeutungsvoll ist. Ich schließe Gewalt gegen Frauen in der Ehe oder Partnerschaft, sexuelle Gewalt am Arbeitsplatz o.ä. explizit aus. Der Ansatzpunkt dieser Arbeit ist „sexualisierte Gewalt gegen Mädchen“, „sexueller Mißbrauch“ oder „sexuelle Gewalt gegen Mädchen“. Ich lege damit keine Altersbegrenzung für Mädchen nach oben hin fest, spreche aber von Mädchen und jungen Frauen, die neben dem Sexismus auch dem Generationenkonflikt ausgesetzt sind. Sexuelle Übergriffe durch "peers" fasse ich unter den Begriff der „sexualisierten Gewalt“, denn er findet im Kindes- und Jugendlichenalter statt. Im Erwachsenenalter verstehe ich darunter „sexualisierte Gewalt gegen Frauen“. „Sexuelle Kindesmißhandlung“ werde ich aufgrund der Gleichsetzung mit körperlicher und emotionaler Gewalt und deren Erklärungsansätzen vermeiden. Besondere Bedeutung haben die Begriffe „sexualisierte Gewalt“ und „sexuelle Gewalt“, denn sie beachten m. E. am deutlichsten den

gesellschaftlichen Hintergrund in patriarchalen Strukturen, der Gewalt begünstigt und ermöglicht. Zudem ist für mich der Hinweis KAVEMANNS nachvollziehbar und für die Analyse ausschlaggebend, daß die Gewalt, die sexuell ausagiert wird, aktiv sexualisiert wird.

Des Weiteren werde ich unterschiedliche Begriffe für die Mädchen und Frauen verwenden, die sexualisierte Gewalt haben erfahren müssen. So verwende ich die Begriffe Opfer, Überlebende und Betroffene.

1.2 Definitionskriterien

Alle Definitionen zu sexualisierter Gewalt sind kultur- und zeitgebunden, weil sie von Wert- und Normvorstellungen der Gesellschaft geprägt sind (vgl. van Outsem 1993, 14). Gabriele AMANN und Rolf WIPPLINGER (1997) identifizieren, welche Definitionskriterien für eine Definition von sexualisierter Gewalt in der Forschung als wesentlich betrachtet werden müssen.

Sie nennen: eine Altersdifferenz zwischen Täter und Opfer (fünf oder zehn Jahre), die Art der sexuellen Handlung (Kontakt- oder "non-contact-Handlungen"), das wissentliche Einverständnis, die Folgen von sexualisierter Gewalt, die Mißachtung des kindlichen Willens, das Kriterium des Sich-Mißbraucht-Fühlen, Zwang und Gewaltanwendung, Geheimhaltung, das Ausmaß der sexualisierten Handlung, die Dauer der sexualisierten Gewalterfahrungen, das Alter zu Beginn der Gewalt, die Beziehung zwischen Täter und Opfer, die kulturellen Hintergründe der Tat, usw. (vgl. Amann/Wipplinger 1997, 19f).

Unterschieden werden Definitionen zudem danach, ob sie „eng“ oder „weit“ gefaßt sind. Beispielsweise erhebt RUSSELL (vgl. Russell 1983, zit. nach Jönsson 1997, 17) in ihrer Untersuchung eine Prävalenz von 38% betroffenen Frauen bei einer „engen“ Definition von sexuellem Mißbrauch, die "non-contact-Handlungen" ausschließt. Diese sind von Gail WYATT und Stefanie Doyle PETERS als obszönes Anreden, Belästigung, Exhibitionismus, Anleitung zur Prostitution und Herstellung von pornographischem Material definiert worden (vgl. Wyatt/Peters 1986, zit. nach Amann/Wipplinger 1997, 23). Bei einer „weiten“ Definition ergibt sich ein Vorkommen von 54% (vgl. Russell 1983, zit. nach Jönsson 1997, 17).

Ich möchte im folgenden unterschiedliche Kriterien herausgreifen und darstellen, wie unterschiedlich AutorInnen sexualisierte Gewalt definieren. PETERS u.a. analysieren, daß mehrere Definitionskriterien miteinander verbunden und folgende Definitionskriterien überprüft werden sollten: (1) Welches Alterslimit wird für das Opfer angesetzt? (2) Welche sexuellen Handlungen werden als sexualisierte Gewalt gewertet? (3) Anhand welcher Kriterien ist eine Handlung sexualisierte Gewalt? (vgl. Peters u.a. 1986, 23ff, zit. nach Godenzi 1996, 203).

Zu (1): Im Vergleich von 9 Studien stellen PETERS u.a. fest, daß ein Alterslimit von 16 bis 17 Jahren festgesetzt wird (vgl. Peters u.a., zit. nach Godenzi 1996, 203). BANGE und DEEGENER erfassen, daß in den 29 von ihnen zitierten Studien ein Alterslimit von 16 Jahren angesetzt wurde (vgl. Bange/Deegener 1996, 105).

Zu (2): Handlungen, die als sexuelle Handlungen gelten, werden insbesondere unterschieden nach solchen mit oder ohne Körperkontakt. Exhibitionismus wird in vielen Untersuchungen nicht hinzugezählt, ebensowenig die Konfrontation mit oder die Herstellung von pornographischem Material (vgl. Enders 1997, 20; Brockhaus/Kolshorn 1993, 22; Botens 1989, 42f). Zu exhibitionistischem Mißbrauch wird nach Ursula ENDERS (1997) auch das Beobachten des Kindes beim Ausziehen (z.B. durch das Schlüsselloch) gewertet (vgl. Enders 1997, 20). Sexualisierte Gewalt durch Blicke und Worte werden von Barbara KAVEMANN und Ingrid LOHSTÖTER als Definitionskriterium für sexualisierte Gewalt identifiziert. Beurteilungen über den sich verändernden weiblichen Mädchenkörper mögen den jungen Frauen vermitteln, daß sie als Sexualobjekt attraktiv werden. Viele Frauen erinnern sich in Beratungsgesprächen an solche Ereignisse, die sich tief in das Selbstbild eingegraben haben (vgl. Kavemann/Lohstöter 1984, 10; vgl. auch Brockhaus/Kolshorn 1993, 21ff). Judith Lewis HERMAN beschreibt, daß gerade „latente“ sexualisierte Gewalt gravierende Folgeschäden hervorrufen kann (vgl. Herman 1981, 109ff, zit. nach Bange/Deegener 1996, 101). Diese „weite“ Definition für sexuelle Handlungen wird kritisiert, denn die Klassifikation als sexualisierte Gewalt ist nach AMANN und WIPPLINGER nicht eindeutig beurteilbar, sondern weitere Definitionskriterien sind notwendig, so z.B. die Intention des Täters (vgl. Amann/Wipplinger 1997, 25). Anette ENGFER ergänzt, daß eine „weite“

Definition sexueller Handlungen zu Mißverständnissen hinsichtlich der Vergleichbarkeit führt (vgl. Engfer 1995, 1007).

Zu (3): Die Kriterien, die Handlungen zu Gewalthandlungen machen, sind in den meisten Untersuchungen, die PETERS u.a. verglichen haben, erstens ein Altersunterschied zwischen Opfer und Täter von fünf Jahren und mehr, zweitens die Einschätzung des Opfers der Handlung als sexuelle Gewalt und drittens der Anteil an Drohung oder Gewalt, der durch den Täter eingesetzt wurde (vgl. Peters u.a. 1986, zit. nach Godenzi 1996, 203).

Dirk BANGE und Günther DEEGENER fassen zum ersten Aspekt zusammen, daß in den meisten Untersuchungen ein Altersunterschied von fünf Jahren und mehr verwendet wird. Die Autoren kritisieren die Festsetzung eines Altersunterschiedes, denn auch gleichaltrige oder sogar jüngere Kinder können mißbrauchen. Somit wird eine bestimmte Anzahl von sexuellen Gewalterfahrungen nicht erfaßt (vgl. Bange/Deegener 1996, 102f).

Das Kriterium der eigenen Einschätzung des Opfers kann sexualisierte Gewalterfahrungen von einigen Mädchen/Jungen ausschließen. Obwohl eindeutige Hinweise auf sexualisierte Gewalt vorliegen, mag das Opfer sich nicht als solches fühlen und daher die Erfahrung verleugnen. Daß sexuelle Gewalt angewendet wurde, ist den Kindern und Jugendlichen sehr wohl bewußt, mag aber umgedeutet werden (vgl. Bange/Deegener 1996, 100). Feministische Positionen (vgl. etwa Enders 1997; Hagemann-White u.a. 1997) sind, laut Anette ENGFER, in diesem Sinne bedeutungsvoll, denn die subjektive Erfahrung des Sich-mißbraucht-Fühlens wird sehr ernst genommen und als Klassifikationskriterium herangezogen (vgl. Engfer 1995, 1007).

Drohung und Gewalt werden bei innerfamiliälen Mißbrauch häufig nicht eingesetzt und sind daher als Definitionsmerkmal zu kritisieren (vgl. etwa Enders 1997, 94ff; Bange/Deegener 1996, 104).

Elke JÖNSSON identifiziert aus Vergleichen von Untersuchungen weitere Aspekte, nach denen Handlungen als sexualisierte Gewalt bewertet werden können. Sie benennt das wissentliche Einverständnis des Opfers und die Fragen nach den Folgen des Übergriffes. Das wissentliche Einverständnis als Definitionskriterium ist unbrauchbar, so die Autorin, denn besonders junge Kinder sind erstens nicht in der Lage, die Tragweite der sexuellen Handlungen einzuschätzen, zweitens sind sie auf die Liebe der Erwachsenen

angewiesen und emotional von ihnen abhängig (vgl. Jönsson 1997, 15f; vgl. auch Bange/Deegener 1996, 97; Brockhaus/Kolshorn 1993, 23). Die Folgen nach sexuellen Gewalthandlungen liefern ebenfalls kein geeignetes Kriterium, denn bei einer Reihe von Opfern kommt keine erkennbare Symptomatik zum Tragen (vgl. Fegert 1993, 44; Dannecker 1987, 81; Browne/Finkelhor 1986, 72; Draijer 1990 und Russell 1986, 138f, zit. nach Jönsson 1997, 8).

Ein einzelnes Definitionskriterium scheint, laut Dirk BANGE und Günther DEEGENER, nicht auszureichen, um alle Fälle sexualisierter Gewalt zu erfassen. Der Kontext, in dem Berührungen, Zärtlichkeiten o.ä. geschehen, stellen einen wichtigen Zusammenhang zur Beurteilung sexualisierter Gewalt dar (vgl. Bange/Deegener 1996, 104).

Zu den bisher geschilderten Definitionskriterien von sexualisierter Gewalt möchte ich einige Anmerkungen machen. M. E. ist in der Forschung eine weitere Differenzierung zu sexualisierter Gewalt dringend erforderlich. Anhand von Beispielen möchte ich diese Notwendigkeit verdeutlichen. Das Kriterium der subjektiven Einschätzung des Sich-mißbraucht-Fühlens hat aus meiner Sicht einen besonderen Stellenwert, der in der herkömmlichen Forschung vernachlässigt wird. Viele Frauen leiden unter Erlebnissen, die in vielen Untersuchungen nicht sexualisierter Gewalt zugeordnet werden. Dies sind beispielsweise "non-contact-Handlungen" oder „latente" sexuelle Gewalt (vgl. Herman 1981). Hier ist die Betroffene Expertin, um zu bewerten, ob sexualisierte Gewalt vorliegt oder nicht. Sollten Kinder und Jugendliche von sexualisierter Gewalt betroffen sein, ist die Kritik BANGES und DEEGENERS (1996) von Bedeutung, denn sie führen Beispiele von eindeutigen sexuellen Gewalthandlungen an Kindern und Jugendlichen an, ohne daß die Kinder selbst sie als solche bewerten. Altersbegrenzungen auf seiten des Opfers sowie einem Altersunterschied von einer bestimmten Anzahl von Jahren zwischen Täter und Opfer halte ich für absolut ungeeignet, um das Ausmaß sexualisierter Gewalt zu erfassen. Selbst eine Vergewaltigung einer beispielsweise 22-jährigen jungen Frau durch ihren Vater kann m. E. unter sexualisierte Gewalt im Zusammenhang mit einem Machtverhältnis des Vaters gegenüber der Tochter fallen. Dies entspricht weder einer Vergewaltigung in der Ehe oder Partnerschaft noch

einer Vergewaltigung durch irgendeine der Frau bekannten Person oder eines Fremden. Wenngleich mir bei diesem Beispiel bewußt ist, daß sexuelle Gewalthandlungen durch den Vater selten nur einmalig (vgl. Kap 1.3. dieser Arbeit) vorkommen, ist das geschilderte Geschehen denkbar.

Die Kritik, von einem notwendigen Altersunterschied zwischen Täter und Opfer zu sprechen, möchte ich hier noch einmal hervorheben. Dieses Definitionskriterium verharmlost Gewalterfahrungen unter "peers" und nimmt unterschiedliche Entwicklungsstände von Kindern und Jugendlichen nicht wahr (vgl. Bange/Deegener 1996, 50).

1.3 Umstände

Die weit verbreitete Annahme, daß überwiegend Fremdtäter sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen ausüben, hat sich als nicht bestätigt erwiesen. BROCKHAUS und KOLSHORN erheben aus einem Vergleich von Studien, daß Mädchen zu einem Viertel durch Familienangehörige, zur Hälfte durch Bekannte und zu 15 bis 25% durch Fremdtäter mißbraucht werden (siehe Übersicht bei Brockhaus/Kolshorn 1993, 70ff). BANGE und DEEGENER ermitteln in ihrer eigenen Untersuchung einen Anteil von Fremdtätern für Frauen bei 28% bzw. 30% (vgl. Bange/Deegener 1996, 130). Verwandte (Vaterfiguren, Onkel, Großväter, Brüder, Cousins) sind bei einem Vergleich verschiedener Studien aus der Allgemeinbevölkerung durch BROCKHAUS und KOLSHORN mit 11-43% der Täter identifiziert worden, wobei im Mittel 3% der Frauen durch den Vater mißbraucht wurden (vgl. Brockhaus/Kolshorn 1993, 71f). BANGE und DEEGENER (1996) erheben 2,2% bzw. 1,9% Frauen, die durch den Vater oder Stiefvater mißbraucht wurden (vgl. Bange/Deegener 1996, 131). In klinischen Studien finden sich überwiegend Täter aus der Familie, d.h. Väter, Stiefväter oder dem Opfer vertraute Personen mit einem Anteil von 56% (vgl. Brockhaus/Kolshorn 1993, 76). Der Anteil der weiblichen Täterinnen werden von FINKELHOR und RUSSELL auf 5% bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen geschätzt (vgl. Finkelhor/ Russell 1984, 171ff, zit. nach Godenzi 1996, 206). In einer Übersicht von BROCKHAUS und KOLSHORN sind die Täter bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen zu 97 bis 100% männlich, so daß von einem Anteil zwischen 0-3% bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen durch

Frauen ausgegangen werden kann (vgl. Brockhaus/Kolshorn 1993, 68). BANGE und DEEGENER erheben einen Anteil von 1% bzw. 6% Täterinnen bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen (vgl. Bange/Deegener 1996, 148f). ENDERS spricht von 20% Täterinnen (vgl. Enders 1997, 216), Frauke TEEGEN u.a. von 7% Frauen, die Gewalt gegen Mädchen ausüben (vgl. Teegen u.a. 1992, zit. nach Teegen 1994, 94).

Der Anteil der einmaligen Übergriffe bei innerfamilialen Mißbrauch ist gering. BANGE und DEEGENER erheben mehrmalige Übergriffe zu 75% bzw. 65% bei den betroffenen Frauen und Männern (vgl. Bange/Deegener 1996, 134). Die Annahme, daß Mädchen in besonderem Maße in der Pubertät für sexualisierte Gewalterfahrungen gefährdet sind, hat sich ebenfalls als nicht richtig erwiesen. Mädchen jeden Alters werden mißbraucht, d.h. ab dem Säuglingsalter (vgl. ebd., 144).

1.4 Prävalenz

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt. Zunächst werde ich die Methodik erläutern, wie sexualisierte Gewalt erhoben wurde. Die Prävalenz von sexualisierter Gewalt wird anschließend aufgezeigt. Des weiteren stelle ich die Forschungsergebnisse hinsichtlich der Prävalenz sexualisierter Gewalt bei dem Vorkommen von Teenagerschwangerschaften vor. Als weiteren Aspekt nenne ich Prävalenzzahlen von sexualisierter Gewalt vor und während einer Schwangerschaft.

1.4.1 Analyse der Erhebungsmethoden von sexualisierter Gewalt

Neben der Verwendung unterschiedlicher Definitionskriterien, die zu unterschiedlichen Prävalenraten führen, stellt Elke JÖNSSON bei einem internationalen Vergleich von Studien zu sexualisierter Gewalt fest, daß bei Tiefeninterviews höhere Raten als bei Fragebogenerhebungen erhoben wurden. Beispielsweise erhält RUSSELL (1983) in ihrer Untersuchung eine Prävalenz von 38% betroffener Frauen, wenngleich sie eine „enge“ Definition für sexualisierte Gewalt verwendet (vgl. Russell 1983, zit. nach Jönsson 1997, 17). JÖNSSON schließt daraus, daß die Definition nicht für die hohen

Zahlen verantwortlich ist, sondern die Tatsache, daß "face-to-face-Interviews" durchgeführt wurden, wodurch Unklarheiten und Fragen der Befragten beantwortet werden konnten (vgl. Jönsson 1997, 19).

McFARLANE u.a. (1996) betonen die Notwendigkeit des Interviews, um das Vorkommen von sexualisierter Gewalterfahrungen zu erforschen. Sie erhoben, daß bei einer standardisierten Befragung nur 8% Frauen von sexuellen Gewalterfahrungen berichteten im Gegensatz zu 29% in einem Interview (vgl. McFarlane u.a. 1996, 41).

Stefanie Doyle PETERS u.a. (1986) weisen auf die Notwendigkeit hin, eine Vergleichbarkeit hinsichtlich der Prävalenzraten sexualisierter Gewalt herzustellen. Bezüglich der Befragung hat sich erwiesen, daß sexueller Mißbrauch durch mehrere Fragen erhoben werden sollte und eine spezifische Sprache über die Umstände vonnöten ist, um eine annähernd realistische Erfassung des Ausmaßes zu erreichen. Eine einzige Frage reicht nicht aus, um sexuelle Gewalterfahrungen zu erfassen, weil es damit der Person überlassen bleibt, sexualisierte Gewalt zu definieren (vgl. Peters u.a. 1986, zit. nach Finkelhor 1994 nach deutscher Übersetzung von Amann/Wipplinger 1997, 78). Auch John BRIERE und Lisa Y. ZAIDI berichten von einer hohen Differenz der Ergebnisse hinsichtlich des Vorkommens sexualisierter Gewalterfahrungen bei direkter Befragung und selbst berichteten Aussagen. 70% werden durch direkte Befragung erhoben und lediglich 6%, wenn die Fragestellung indirekt blieb (vgl. Briere/Zaidi 1989, 1605).

Judy MARTIN u.a. (1993) erhoben die Vor- und Nachteile von Interview- und Fragebogenuntersuchungen und erklärten, daß mindestens 10% der Opfer von sexualisierter Gewalt nicht erfaßt würden, wenn Gewalt nur anhand einer einzigen Frage angesprochen würde (vgl. Martin u.a. 1993, 390).

1.4.2 Prävalenz von sexualisierter Gewalt

David FINKELHOR (1994) gibt einen Überblick über die Epidemiologie sexualisierter Gewalt im internationalen Vergleich (Finkelhor 1994 nach deutscher Übersetzung von Amann/Wipplinger 1997, 72ff). Die Prävalenzraten variieren von 7% bis 36% betroffener Frauen und Mädchen, lassen aber, so der Autor, keinen direkten Vergleich zu, denn methodische

Faktoren wie Befragungsmethode, in welchem Umfang nach sexualisierten Gewalt-erfahrungen gefragt wurde und Definitionen unterscheiden sich. Dennoch ist feststellbar, daß sexualisierte Gewalt ein international verbreitetes Problem darstellt (vgl. ebd., 75). Diana E. H. RUSSELL erhob für die USA in einer Repräsentativbefragung 54% Frauen, die Opfer sexualisierter Gewalt waren (vgl. Russell 1986, zit. nach Jönsson 1996, 18). Die größten Dunkelfeldstudien in der BRD führten BANGE (1992) und BANGE und DEEGENER (1996) durch. In der Erhebung von BANGE und DEEGENER (1996) wurden mit Hilfe eines Fragebogens 1500 StudentInnen in Dortmund und 1193 Auszubildende der Krankenpflege, des öffentlichen Dienstes und StudentInnen in Homburg nach sexualisierten Gewalterfahrungen in der Kindheit befragt. 861 ausgewertete Bögen ergaben in Dortmund eine Prävalenz von 25% und in Homburg bei 868 ausgewerteten Bögen eine Prävalenz von 22% der befragten Frauen. Diese Rate wurde anhand einer „engen“ Definition erhoben, d.h. es wurden versuchte sexuelle Übergriffe, Exhibitionismus und sexuelle Belästigungen in der Definition vernachlässigt (vgl. Bange/Deegener 1996, 123). Auch sexuelle Gewalt durch „Blicke und Worte“ wurde aus der Definition ausgeschlossen. Die Autoren definieren:

„Sexueller Mißbrauch an Kindern ist jede Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen“ (Bange/Deegener 1996, 105).

Bei einer „weiten“ Definition sexualisierter Gewalt ergeben sich Prävalenzraten von 35% (vgl. ebd., 125). Das erhobene Ausmaß von sexualisierter Gewalt ist, laut BANGE und DEEGENER, minimaler ausgefallen als das tatsächliche Ausmaß, denn die Autoren gehen davon aus, daß Opfer aus verschiedenen Gründen in den Studien unterrepräsentiert waren (vgl. ebd., 120ff).

Zu erwähnen ist hier, daß die Stichprobe nicht repräsentativ ist und die Fragebogenmethode zu anderen Ergebnissen führt, als das Erheben der Prävalenz durch Interviews.

Insgesamt möchte ich darauf hinweisen, daß eine differenzierte Forschung sinnvoll ist, um das Ausmaß sexualisierter Gewalt zu erfassen und Hilfsangebote zu schaffen. Die Prävalenzzahlen stellen m. E. kein realistisches Bild dar, denn eine hohe Dunkelziffer ist anzunehmen. Insgesamt ist ersichtlich, daß international sexualisierte Gewalt ausgeübt wird.

1.4.3 Prävalenz von Teenagerschwangerschaften als Folge sexualisierter Gewalt

Teenager- oder Adolescentenschwangerschaften werden definiert als Graviditäten in einem Alter von 17 Jahren und jünger (vgl. Knörr u.a. 1989, 298).

Zwei Aspekte zum Vorkommen von Jugendlichenschwangerschaften sind wesentlich. Erstens können Teenagerschwangerschaften als direkte Folge von sexualisierter Gewalt auftreten, d.h. Resultat einer Vergewaltigung sein. Zweitens ist erforscht worden, daß es Zusammenhänge zwischen der Prävalenz früher erlebter Gewalt und dem Auftreten von Schwangerschaften gibt. Diese sollen im folgenden aufgezeigt werden.

Ursula ENDERS (1997) berichtet, daß es nicht nur in Ausnahmefällen zu Schwangerschaften nach sexualisierter Gewalt kommt. Auch Scheinschwangerschaften mögen, so die Autorin, vereinzelt die Folge von sexuellen Gewalterfahrungen sein (vgl. Enders 1997, 77). K. MEISELMAN (1978) ermittelt bei einer Stichprobe von 47 psychiatrischen Patientinnen, daß eine Frau als Jugendliche durch die Vergewaltigungen durch den Vater schwanger wurde (vgl. Meiselman 1978, zit. nach Browne/Finkelhor 1986, 68). Hingegen schätzt das CALIFORNIA OFFICE OF CRIMINAL JUSTICE (1986) ein Vorkommen von 1% bis 10% Schwangerschaften durch die Vergewaltigung selbst (vgl. California Office of criminal Justice 1986, zit. nach Berkowitz 1987, 293). Unterstützt werden diese Ergebnisse durch eine Studie mit 445 jungen Müttern im Staate Illinois, die eine Prävalenz von 61% mißbrauchter Teenager unter jungen Müttern fanden. 23% der betroffenen Frauen wurden durch die Vergewaltigung schwanger, wobei die Mehrzahl der Täter Freunde oder Bekannte der jungen Frauen waren, seltener

Familienmitglieder oder Fremde (vgl. Gershenson u.a. 1989, 210ff). Debra BOYER und David FINE (1992) erforschen, daß von 535 jungen, schwangeren Frauen zwischen 15 und 21 Jahren 66% sexuelle Gewalterfahrungen gemacht haben. 11% wurden durch die Vergewaltigung schwanger (vgl. Boyer/Fine 1992, 8; vgl. auch DeFrancis 1969, zit. nach Butler/Burton 1990, 73).

Als indirekte Folge von sexualisierten Gewalterfahrungen erhob Diana E. H. RUSSELL (1986) eine erhöhte Anzahl von Überlebenden, die als Jugendliche ihr erstes Kind gebären (vgl. Russell 1986, zit. nach Butler/Burton 1990, 74). BOYER und FINE (1989) dokumentieren bei 88 unter 18-jährigen jungen werdenden Müttern, die an "parenting programs" teilnahmen, ein Vorkommen von 68% Opfern von erfahrenen sexuellen Übergriffen oder Vergewaltigungen vor der Schwangerschaft (vgl. Boyer/Fine 1989, zit. nach Boyer/ Fine 1992, 4).

Judith Lewis HERMAN und Lisa HIRSCHMAN (1981) erheben in einer klinischen Stichprobe mit 60 Frauen, daß Überlebende von sexualisierter Gewalt signifikant häufiger (45% vs. 15% der Kontrollgruppe) vor dem Erwachsenenalter schwanger geworden waren (vgl. Herman/Hirschman 1981, 969). Patricia E. DONALDSON, Margaret H. WHALEN und Jeane W. ANASTAS (1989) ermitteln aus Krankenakten von 142 Teenagermüttern eine Prävalenzrate von 10,6% jungen Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, wobei die Autorinnen aber von einer Unterschätzung ausgehen, denn die Befragung hat durch eine den Frauen unbekannte Person bei einem ersten Treffen stattgefunden (vgl. Donaldson u.a. 1989, 289). Die Autorinnen machen keine Angaben, wie sexualisierte Gewalt definiert wurde oder anhand welcher Fragen danach gefragt wurde. Paul E. MULLEN u.a. (1994) geben ebenfalls den Hinweis, daß gehäuft Schwangerschaften im jungen Alter bei Mädchen mit sexualisierten Gewalterfahrungen auftreten (vgl. Mullen u.a. 1994, zit. nach Amann/Wipplinger 1997, 252).

Die Studie von Harold P. GERSHENSON, Judith S. MUSICK, Holly RUCH-ROSS u.a. (1989) ergibt eine Prävalenz von 61% mißbrauchten Frauen unter 445 jungen Müttern. Die AutorInnen erhoben das Vorkommen von sexualisierter Gewalt bei schwangeren jungen Frauen anhand eines Fragebogens. Die werdenden Mütter wurden über "parenting programs" erreicht. Sexualisierte Gewalt wurde, bei den im Durchschnitt 18,4 Jahre

jungen Frauen, mit der Aussage erfaßt, ob die Frauen sexuelle Erfahrungen gemacht hatten, die sie nicht gewollt hatten, unabhängig in welchem Alter. Die Erfahrungen wurden in Kontakt- und "non-contact-Handlungen" unterschieden (vgl. Gershenson u.a. 1989, 204ff).

Janice R. BUTLER und Linda M. BURTON (1990) untersuchten in Pennsylvania eine nichtklinische Stichprobe von 41 Müttern im Alter von 16-25 Jahren, die durchschnittlich im Alter von 17 Jahren Mütter geworden waren (vgl. Butler/Burton 1990, 76). Sexualisierte Gewalt wurde zu Beginn der Studie nicht definiert, da die Autorinnen vermuteten, daß wenige Frauen die Gewalt auch als solche benennen würden. Die Probandinnen wurden infolgedessen in Interviews nach "ungewollten sexuellen Erfahrungen" befragt, die von den Autorinnen in drei Kategorien unterschieden wurden: (1) Erzwungene Sexualität, die Fälle mit einbezieht, in denen die jungen Frauen berichtet hatten, unter Druck gewesen zu sein, in den Sex einzuwilligen, obwohl sie ihn nicht wollten, (2) Belästigung, was absichtliche Versuche und Handlungen von sexueller Berührung der Brüste oder der Genitale meint und (3) Vergewaltigung und Vergewaltigungsversuche, definiert als vollzogener oder versuchter vaginaler, oraler oder analer Verkehr (vgl. ebd., 75). Eine Prävalenz sexualisierter Gewalterfahrungen wurde bei 54% der Frauen bis zum Alter von 18 Jahren erhoben (vgl. ebd., 76).

Debra BOYER und David FINE (1992) erhoben in den Jahren von 1988 bis 1992 mit Hilfe eines Fragebogens das Ausmaß sexualisierter Gewalt bei 535 Frauen, die schwanger sind oder bereits Kinder geboren hatten. Die im Durchschnitt 17,6 Jahre alten Befragten wurden durch diverse Schul- und Jugendeinrichtungen für Schwangere bzw. Mütter angesprochen. Die angewandte Definition für sexualisierte Gewalt enthielt Übergriffe mit Körperkontakt, Übergriffe ohne Körperkontakt, versuchte Vergewaltigungen und Vergewaltigungen und wurde anhand mehrerer Fragen erhoben. Eine Prävalenz von 66% von sexualisierter Gewalt betroffener junger Frauen wurde erhoben (vgl. Boyer/Fine 1992, 7f).

Abbey B. BERENSON, Virginia SAN MIGUEL und Gregg S. WILKINSON (1992) erhoben von 342 jungen schwangeren Frauen mit 17 Jahren und jünger eine Rate von 16% Frauen, die sexualisierte Gewalt haben erleben müssen. In einem Interview wurden die Frauen nach sexueller Gewalt befragt (vgl. Berenson u.a. 1992, 467).

"Questions on sexual assault included whether the adolescent had ever been sexually abused or raped" (Berenson u.a. 1992, 467).

Die AutorInnen vermuten, daß die Prävalenz geringer ausfällt, als sie tatsächlich ist, da die jungen Frauen erstens im Rahmen einer Routinebefragung während einer Schwangerenvorsorgeuntersuchung nach sexualisierten Gewalterfahrungen befragt wurden. Zweitens wurden die jungen Frauen häufig von ihren Freunden, Ehemännern oder Eltern zu der Vorsorgeuntersuchung begleitet. Wenngleich die Frauen ohne Anwesenheit dieser Personen befragt wurden, ist davon auszugehen, so die AutorInnen, daß die Frauen dennoch ängstlich waren, von den Gewalterfahrungen zu berichten (vgl. ebd., 468).

Mahin BAYATPOUR, Robert D. WELLS und Susan HOLFORD (1992) erhoben ein Ausmaß von 20% jungen Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen bei 352 schwangeren Teenagern mit einem Durchschnittsalter von 15 Jahren. Die jungen Frauen wurden bei ihrem ersten Besuch in einer Pränatalklinik zur Schwangerenvorsorge von einer/einem Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter in einem Interview befragt, ob sie jemals sexualisierte Gewalt erfahren haben und wenn ja, durch wen (vgl. Bayatpour u.a. 1992, 128ff).

Catherine STEVENS-SIMON und Elizabeth McANARNEY (1994) untersuchten die Schwangerschaften von 127 Mädchen und jungen Frauen im Alter von 12-18 Jahren. Insbesondere ging es den Autorinnen darum, herauszustellen, ob Gewalt stattgefunden hat und welche Auswirkungen früher erlebte sexualisierte Gewalt auf eine spätere Schwangerschaft als Jugendliche haben mag (vgl. Stevens-Simon/McAnarney 1994, 569). Sexuelle Gewalterfahrungen wurden anhand eines standardisierten Ablaufes von Fragen ermittelt. Physische und sexuelle Gewalt wurde in der Studie nicht unterschieden, lediglich, ob der Mißbrauch in der Vergangenheit oder gegenwärtig stattfindet. Die Erfassung der Daten zu sexualisierter Gewalt wurde mit der Frage, „Sind Sie jemals physisch oder sexuell mißbraucht worden?“, erhoben. Hatte die Frau die Frage verneint oder glaubte die Interviewerin, daß sie nicht zu verstehen schien, wurde die Frage

spezifischer gestellt. „Hat Sie jemals jemand geschlagen?“ und „Hat jemand jemals aus Ihnen sexuellen Vorteil gezogen, Sie gezwungen, etwas Sexuelles gegen Ihren Willen zu tun?“ (vgl. ebd., 570). 33% der 127 Frauen berichteten, daß sie körperlich oder sexuell vor der Empfängnis dieser Schwangerschaft Gewalt erfahren haben (vgl. ebd., 571f).

David Y. RAINEY, Catherine STEVENS-SIMON und David W. KAPLAN (1995) befragten 202 nicht schwangere, sexuell aktive Frauen, die bisher keine Kinder geboren hatten und zwischen 13-19 Jahre alt waren, über vorherigen sexuellen Mißbrauch und über Charakteristika, die eventuelle Risikofaktoren für Schwangerschaften in der Adoleszenz darstellen würden (vgl. Rainey u.a. 1995, 1284). Sexualisierte Gewalt wurde anhand eines 40 Items umfassenden Fragebogens mit der Fragestellung, ob die jungen Frauen sich an ein früheres Ereignis erinnerten, welches sie sexualisierte Gewalt nennen würden, erfaßt. Ein Anteil von 20% Betroffenen wurde ermittelt (vgl. ebd., 1284f).

Cathy SPATZ WIDOM und Joseph B. KUHNS (1996) verglichen in einer städtischen Gegend im mittleren Westen der USA 676 mißbrauchte und/oder vernachlässigte Frauen und Männer, d.h., emotional, körperlich oder sexuell mißbraucht, mit 520 Kontrollpersonen in bezug auf das Risiko, als Teenager schwanger zu werden. Daten von bestätigten Fällen von körperlichen und sexuellem Mißbrauch und/oder Vernachlässigung gegen Kinder, die während der Jahre 1967 bis 1971 beim Bezirksjugendgericht zur Anklage kamen, wurden gesammelt. Die AutorInnen definierten sexualisierte Gewalt, wie folgt:

„Sexual abuse cases varied from relatively nonspecific charges of „assault and battery with intend to gratify sexual desires“ to more specific ones including „fondling or touching in an obscene manner“, sodomy, incest, and so forth“ (Spatz Widom/Kuhns 1996, 1608).

Diese Personen wurden zwanzig Jahre nach dem Mißbrauch in den Jahren 1989 bis 1995 interviewt, wobei sowohl die InterviewerInnen als auch die Interviewten nicht über das eigentliche Ziel der Studie unterrichtet wurden, sondern glaubten, an einer Untersuchung über das „Aufwachsen in dieser Gegend in den späten 60er und frühen 70er Jahren“ teilzunehmen. Sie wurden über die Langzeitauswirkungen von kindlicher Viktimisierung in zwei Interviews mit einer Reihe von strukturierten und halb-strukturierten Fragen

und Einschätzungsskalen überprüft. Teenagerschwangerschaften wurden definiert, als im Alter von unter 18 Jahren ein Kind geboren zu haben. Das Auftreten von 159 Schwangerschaften unter 18 Jahren wurde erhoben (vgl. ebd., 1608). Die Auswertung der Studie durch die AutorInnen ergab, daß kein signifikantes Auftreten von Teenagerschwangerschaften nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit verzeichnet werden konnte, denn es ergab sich ein Vorkommen von 12,5% bei Überlebenden zu einem Vorkommen von 11,92% bei der Kontrollgruppe (vgl. ebd., 1610). Hinsichtlich des Auftretens von Teenagerschwangerschaften ergibt sich zusammenfassend, daß sexualisierte Gewalt als Risikofaktor erhoben werden kann. Durch die Vergewaltigung selbst schwanger zu werden, wird von den AutorInnen mit einer Prävalenz von 1-23% angegeben. Als Folge von sexualisierten Gewalterfahrungen sind Schwangerschaften bei Mädchen und jungen Frauen von 10,6-60% durch ForscherInnen erhoben worden, wenngleich die Studien nicht direkt miteinander vergleichbar sind. Die Gründe für das Auftreten von Schwangerschaften werden in Kapitel 3.1.1.1 genauer analysiert.

SPATZ WIDOM und KUHNS (1996) erheben in ihrer Studie kein signifikantes Vorkommen von Jugendlichenschwangerschaften in Verbindung mit sexualisierten Gewalterfahrungen. Ich möchte folgende Hinweise geben: Erstens wurden in ihrer Erhebung nur angezeigte Fälle aufgenommen und es gibt, wie bereits dargestellt, eine hohe Dunkelziffer. Zweitens vermieden die AutorInnen, das Untersuchungsziel zu nennen und stellten für InterviewerInnen und Interviewte keinen Zusammenhang zur Fragestellung her, ob sich sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit, auf das Erwachsenenleben auswirken oder nicht. Dies ist m. E. als ein weiterer Mangel der Untersuchungsmethode zu bewerten. Die Notwendigkeit des Interviews und gezielter Fragestellungen, um das Vorkommen von sexualisierter Gewalterfahrungen zu erforschen, ist bereits in Kapitel 1.4.1 erläutert worden. Dies unterstützt m. E. die Kritik an den Forschungsergebnissen von SPATZ WIDOM und KUHNS, die das Zielvorhaben verschwiegen. Drittens können die Gründe für das Auftreten von Teenagerschwangerschaften Folge von sexuellen Gewalterfahrungen sein, wenngleich die AutorInnen bei der Kontrollgruppe ein etwa gleiches

Resultat an dem Vorkommen von Teenagerschwangerschaften erhoben haben. Da aber die Frauen nicht nach den Gründen für das Auftreten von Schwangerschaften befragt wurden, kann sexuelle Gewalt trotzdem eine wichtige Einflußgröße darstellen.

Erwähnenswert ist noch die Tatsache, daß in den Studien von SPATZ WIDOM und KUHNS und STEVENS-SIMON und McANARNEY sexuelle und körperliche Gewalt nicht unterschieden wurde und die Ergebnisse somit nur eingeschränkt als Unterstützung der oben genannten Zahlen zum Zusammenhang von sexualisierter Gewalt und Teenagerschwangerschaften genannt werden können.

Insgesamt sind Teenagerschwangerschaften als direkte oder indirekte Folge sexualisierter Gewalterfahrungen in der Gynäkologie und Geburtshilfe von Bedeutung und bedürfen m. E. einer besonderen Aufmerksamkeit.

1.4.4 Prävalenz von sexualisierter Gewalt vor und während der Schwangerschaft

Die mir vorliegenden Studien über das Vorkommen von sexualisierter Gewalt während und vor der Schwangerschaft unterschieden nicht zwischen Jugendlichen und erwachsenen Frauen. Wenn nach Altersgruppen differenziert wurde, habe ich dies kenntlich gemacht.

Hortensia AMARO, Lise E. FRIED, Howard CABRAL und Barry ZUCKERMAN (1990) fanden unter den 1243 schwangeren Frauen einer Stichprobe, unter denen 16% unter 18 Jahre alt waren, einen Anteil von 10,88% Frauen, die vor und während der Schwangerschaft körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt haben. 7% Frauen erlebten körperliche oder sexuelle Gewalt während der Schwangerschaft, 3% erlebten Gewalt drei Monate vor der Schwangerschaft, aber nicht in der Schwangerschaft und weniger als 1% (n=11=0,88% eigene Berechnung) berichteten von Übergriffen vor und während der Schwangerschaft. Gewalt wurde anhand mehrerer Fragestellungen in zwei Interviews erhoben:

„Were you physically threatened or abused, or were you involved in any fights or beatings?“ (Amaro u.a. 1990, 575).

Daraufhin wurden die Frauen gebeten, zu beschreiben, was geschehen war. Opfer von Gewalt wurden als solche definiert, die körperliche oder sexuelle Gewalt während der Schwangerschaft erlebt hatten (vgl. ebd., 575).

Judith McFARLANE, Barbara PARKER, Karen SOEKEN und Linda BULLOCK (1992) erfaßten anhand des "Abuse Assessment Screen" (AAS), einem fünf Fragen beinhalteten Bewertungsschema, in einem Interview das Vorkommen von körperlicher, emotionaler und sexueller Gewalt bei 691 schwangeren Frauen. Die Frauen im reproduktionsfähigen Alter zwischen 13 und über 30 Jahren wurden durch eine weibliche Person, die die Schwangerenvorsorge durchführen würde, befragt. 31% der Frauen waren Teenager. Insgesamt erhoben die Autorinnen eine Rate von 17% Frauen, die Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft gemacht hatten. 26% erlebten körperliche oder sexualisierte Gewalterfahrungen im letzten Jahr vor der Schwangerschaft (vgl. McFarlane u.a. 1992, 3176f).

Andrew J. SATIN, Susan M. RAMIN, Jean PAICURICH u.a. (1992) fanden in einer Stichprobe von 2404 schwangeren Frauen im Alter von durchschnittlich 23,5 Jahren in Dallas/USA einen Anteil von 5% Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt hatten, wobei 0,2% Frauen diese auch während der Schwangerschaft erlebten. Die Prävalenz wurde auf der Wochenbettstation durch Interviews von zwei weiblichen Forscherinnen erhoben. Anhand folgender Fragestellungen wurde das Gespräch eingeleitet:

"Has anyone ever pressured or forced you to have sexual contact? If so, before this pregnancy? During this pregnancy?" (Satin u.a. 1992, 973).

Sollten die Frauen diese Fragen bejaht haben, wurden Tiefeninterviews angeschlossen. Sexualisierte Gewalt wird definiert als erzwungene mit dem Penis, mit den Fingern oder mit Gegenständen vaginale, orale oder anale Penetration. Erzwungene sexuelle Berührungen, Cunnilingus oder Fellatio waren ebenfalls in die Untersuchung eingeschlossen (vgl. ebd., 97).

Judith McFARLANE, Barbara PARKER und Karen SOEKEN (1996) untersuchten Frauen hinsichtlich des Vorkommens von körperlicher oder sexualisierter Gewalt vor und in der Schwangerschaft und deren Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit und das kindliche Geburtsgewicht. Von den 1203 Frauen waren 30% Teenager. Anhand des "Abuse Assessment Screen" (siehe oben) wurde die Prävalenz erhoben.

24,3% Frauen berichteten bei der ersten Vorsorgeuntersuchung, vor der Schwangerschaft sexualisierte oder körperliche Gewalt erlebt zu haben. Während weiterer Interviews war festzustellen, daß 52 (5%) der bisher nicht mißbrauchten Frauen, nach dem ersten Interview auch mißbraucht wurden. Insgesamt wurde festgestellt, daß 16% Frauen in der Schwangerschaft sexuelle und körperliche Gewalt erleben (vgl. McFarlane u.a. 1996, 38f). Joan WEBSTER, Jenny CHANDLER und Diana BATTISTUTTA (1996) interviewten in Brisbane 1014 schwangere Frauen im Alter von 16 Jahren und älter, mit einem Altersdurchschnitt von 26,6 Jahren und überprüften ihre Krankenakten. Die Frauen wurden hinsichtlich der Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Schwangerschaft und der Auswirkungen auf das Neugeborene bewertet. Definiert wurde die Gewalterfahrungen in vergangene oder andauernde Gewalt. Die Art der Gewalt wurde auf drei Ebenen kategorisiert, wobei mit der ersten Ebene körperliche und verbale Gewalt gemeint war. Die zweite und dritte Ebene beinhaltete sexualisierte Gewalt, die genauer definiert wurde, in Verbindung mit verbalen oder körperlichen Übergriffe. In der dritten Ebene schließt die Gewalterfahrung eine ernsthafte Bedrohung für das Leben der Mutter und/oder des Kindes ein (vgl. Webster u.a. 1996, 761). 29,7% der Frauen berichteten von gegenwärtiger oder vergangener Gewalt, wobei die Anzahl der Frauen, die Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft erleben, der Untersuchung nicht zu entnehmen ist (vgl. ebd., 762).

Zusammenfassend ist zu erkennen, daß sexualisierte Gewalt gegen 5-29,7% Frauen in den Stichproben der ForscherInnen vor und während der Schwangerschaft angewendet wurde. 0,2-17% der Frauen sind mit Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft konfrontiert und es ist zu vermuten, daß sowohl Überlebensstrategien nach sexualisierter Gewalt als auch akute Gewalterfahrungen Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt haben mögen. Außer SATIN u.a. (1992) erhoben alle zitierten ForscherInnen sexualisierte und körperliche Gewalt gemeinsam, so daß die Aussagen einer weiteren Differenzierung bedürfen.

1.5 Erklärungsansätze für sexualisierte Gewalt

In der Forschung zu den Erklärungsansätzen von sexualisierter Gewalt sind drei Ansätze relevant, die ich hier anführen möchte. Deutlich wird, daß schon Sigmund FREUD sich um die Jahrhundertwende diesem Thema gewidmet hat. Gegenwärtig wird die Forschung differenzierter, hat aber auch dazu geführt, daß im Kampf um das Recht, Fronten geschaffen wurden.

1.5.1 Psychoanalytischer Erklärungsansatz nach Sigmund FREUD

Der Begründer der Psychoanalyse, Sigmund FREUD, hat sexualisierte Gewalt als Thema aufgegriffen. Im Jahre 1896 unterbreitete er der Fachöffentlichkeit „Zur Ätiologie der Hysterie“ die sogenannte „Verführungstheorie“. Die von ihm analysierten PatientInnen (12 Frauen und 6 Männer) hatten als Folge sexualisierte Gewalterfahrungen in der Kindheit, hysterische Symptome entwickelt.

„Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich - durch die analytische Arbeit reproduziert, trotz des Dezennien umfassenden Zeitintervalls - ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören“ (Freud 1896/1977, 439).

FREUD war überzeugt, daß der Täter häufig der Vater ist (vgl. Briefe von Freud an Fließ 1887-1904/1986, 223, zit. nach Bange/Deegener 1996, 27), daß die berichteten Erlebnisse der Realität entsprechen, daß die volle Verantwortung bei den Tätern liegt und daß das Kind schwerwiegende kurz- und langfristige Folgen erleiden kann (vgl. Freud 1986/1972, 440ff, zit. nach Rijnaarts 1988, 90f).

Die „Verführungstheorie“ gab der Psychoanalytiker in den Jahren darauf aber wieder auf und entwickelte die Theorie des „Ödipuskomplexes“ (vgl. Freud, zit. nach Jönsson 1997, 27), wobei tatsächliche sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche als Phantasie und Wunschvorstellung bewertet wird.

„In der Zeit, da das Hauptinteresse auf die Aufdeckung sexueller Kindheitstraumen gerichtet war, erzählten mir fast alle weiblichen Patienten, daß sie vom Vater verführt worden waren. Ich mußte endlich zur Einsicht kommen, daß diese Berichte unwahr seien, und lernte so zu verstehen, daß die hysterischen Symptome sich von Phantasien, nicht von realen Begebenheiten ableiten. Später erst konnte ich in dieser Phantasie von der Verführung durch den Vater den Ausdruck des typischen Ödipuskomplexes des Weibes erkennen“ (Freud 1932/1979, 128).

BANGE und DEEGENER kritisieren, daß der psychoanalytische Erklärungsansatz FREUDS tatsächliche Gewalt ignoriert und sexualisierte Gewalt als Wunsch interpretiert wird (vgl. Bange/Deegener 1996, 27). Daß FREUD aber in einem politischen und sozialen Umfeld lebte, in dem er für die „Verführungstheorie“ keine Anerkennung finden würde, macht Judith Lewis HERMAN deutlich (vgl. Herman 1994, 32). Josephine RIJNAARTS (1988) warnt davor, den Einfluß der Psychoanalyse in der heutigen Zeit zu unterschätzen und faßt eine ausführliche Kritik ab (vgl. Rijnaarts 1988, 81ff).

1.5.2 Systemische Erklärungsansätze

Systemische Ansätze, die sexualisierte Gewalt erklären, sehen familiäre Dysfunktionen als Ursache sexueller Gewalt an. Einige Grundannahmen sollen erläutert werden, denn es gibt keine allgemeingültige familien-dynamische Theorie (vgl. Jönsson 1997, 28). Der Kinderarzt Tilman FÜRNISS (1989), Vertreter der systemischen Theorie, beschreibt „sexuelle Mißhandlung“ als Familiendysfunktion (vgl. auch Wolff 1994, 77ff; Larson 1986, 104ff). Die Basis für die Entstehung sexualisierter Gewalt in der Familie bilden, laut Autor, folgende Merkmale: (1) Der Vater sei trotz Vorliegens eines ungelösten Sexualkonfliktes mit der Partnerin nicht fähig zur Trennung von der Familie. Das Verlassen der Familie sei aufgrund der Abhängigkeit von der Ehefrau nicht möglich, so FÜRNISS. (2) Nach Auffassung des Autors ist die Frau aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, die sexuellen Wünsche des Partners zu erfüllen. *„Der ungelöste Sexualkonflikt führt sekundär zur Triangulation und Einbeziehung des Kindes“* (Fürniss 1989, 73). (3) FÜRNISS nennt ein weiteres Merkmal, daß sexualisierte Gewalt in der Familie ermöglicht. So schreibt er: *„Langfristiger Inzest und innerfamiliäre Kindesmißhandlung sind unwahrscheinlich vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen und protektiven Mutter-Tochter-Beziehung“* (ebd., 73). (4) Des weiteren charakterisiert der Autor die Familie als unfähig, über Sexualität zu kommunizieren. Häufig seien „Inzestfamilien“ religiös oder *„(...) mit starrer und enger Moralität (...)“* (ebd., 74) ausgestattet. In seinen klinischen Untersuchungen stellt er fest, daß es häufiger

innerfamiliären Mißbrauch gibt als sexualisierte Gewalt durch Fremdtäter und daß die Gewalt selten einmalig geschieht (vgl. ebd., 69f).

Andere SystemtheoretikerInnen sehen sexualisierte Gewalt als Ausdruck einer Familienkrise, z.B. durch eine schwierige Partnerwahl und/oder starke emotionale Vernachlässigung an (vgl. Dunand 1987, zit. nach Enders 1997, 30).

Arnon BENTOVIM (1995) sagt aus, daß FamilientherapeutInnen lange Zeit die gesellschaftliche Dimension von sexueller Gewalt außer acht gelassen haben (vgl. Bentovim 1995, 30), definiert aber sexualisierte Gewalt im gleichen Kontext wie körperliche und emotionale Gewalt (vgl. ebd., 16). Die systemischen Erklärungsansätze können sexualisierte Gewalt nur innerhalb der Familie erklären, genauer durch Vaterfiguren, so daß drei Viertel der Mißbrauchsfälle mit diesem Modell nicht erklärbar sind. Des weiteren erklären die Grundannahmen in bezug auf die sexuelle Problembeziehung zwischen Vater und Mutter nicht, warum Brüder, Onkel oder Großväter zu Tätern werden (vgl. Jönsson 1997, 29f). BROCKHAUS und KOLSHORN zitieren Untersuchungen der Täterforschung und resümieren, daß sexuelle Partnerprobleme Ursache für das Ausüben sexualisierter Gewalt seien, nicht belegt werden konnte (vgl. Brockhaus/Kolshorn 1993, 82ff). Karin GUTJAHR und Anke SCHRADER (1988) kritisieren die extreme Frauenfeindlichkeit gegen Töchter und Mütter in den systemorientierten Ansätzen und dem Verharren auf der Erscheinungsebene gesellschaftliche Ursachen ignoriert (vgl. Gutjahr/Schrader 1988, 27f)¹.

1.5.3 Gesellschaftliche Erklärungsansätze

Zu den gesellschaftlichen Ansätzen zur Erklärung sexualisierter Gewalt werden insbesondere feministische Ansätze benannt. Feministische Ansätze gehen auf die Auseinandersetzung der Frauenbewegung der 70er und 80er Jahre mit dem Thema „Männergewalt gegen Frauen“ zurück, die die Ursache für sexualisierte Gewalt in der patriarchalen Gesellschaftsstruktur und deren Aufrechterhaltung sehen (vgl. Brownmiller 1975). Florence RUSH (1980)

¹ Weitere Kritik findet sich bei ENDERS (1997), STEINHAGE (1990) und RIJNAARTS (1988).

analysierte für sexuelle Gewalt gegen Mädchen dieselben Ursachen (vgl. Rush 1980, zit. nach Jönsson 1997, 30).

Zentral für die feministische Ursachenanalyse sind die Tatsachen, daß überwiegend Mädchen sexuell mißbraucht werden und überwiegend Männer die Täter sind. Des weiteren ist nicht sexuelle Befriedigung der Hebel sexualisierter Gewalt, sondern das Erleben und Ausagieren von Macht und Dominanz (vgl. etwa Brockhaus/Kolshorn 1993; Rijnaarts 1988; Botens 1989; Kavemann/Lohstöter 1984, 96ff). Neben dem Ungleichgewicht der Geschlechter besteht bei dem Ausüben sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ein Gewaltverhältnis aufgrund des Generationenabstandes (vgl. Enders 1997, 34).

Karin GUTJAHR und Anke SCHRADER (1988) kritisieren die Erklärung für sexuelle Gewalt von Susan BROWNMILLER als biologistisch (vgl. Gutjahr/Schrader 1988, 21f).

BROWNMILLER sagt nämlich aus, daß aufgrund der Anatomie der primären Geschlechtsorgane im Mann die Fähigkeit angelegt ist, zu vergewaltigen (vgl. Brownmiller 1980, 21f).

ENDERS (1997) gibt hinsichtlich der Aussage von Feministinnen, daß jeder Mann ein potentieller Täter sei, zu bedenken, daß damit den Tätern ein Opferstatus in einem patriarchalen System zugebilligt würde (vgl. Enders 1997, 36). Die Schwäche der feministischen Ansätze liegt nach JÖNSSON (1997) weiterhin darin, daß sie nicht beantworten können, warum einige Männer Täter sind und andere nicht (vgl. Jönsson 1997, 31).

Hier setzt das „Drei-Perspektiven-Modell“ von Ulrike BROCKHAUS und Maren KOLSHORN (1993) an. Zentrale Aspekte für die Ursachen sexualisierter Gewalt stellen für die Autorinnen ebenfalls das patriarchale Gesellschaftssystem und deren Aufrechterhaltung dar (vgl. Brockhaus/Kolshorn 1993, 217).

Die Autorinnen betonen aber, daß es auch individuelle Gründe gibt, sexualisierte Gewalt auszuüben. Auf Grundlage des „Modells-der-vier-Voraussetzungen-sexueller-Ausbeutung“ nach FINKELHOR (1984)² enthält das „Drei-Perspektiven-Modell“ nach BROCKHAUS und KOLSHORN sozial-psychologisch-orientierte Ansätze des Symbolischen Interaktionismus und Theorien des sozialen Austausches (z.B.

² Die vier Voraussetzungen lauten: (1) ein Täter muß motiviert sein, ein Kind sexuell zu mißbrauchen und er muß (2) innere und (3) äußere Hemmungen gegen den Mißbrauch und er muß (4) den Widerstand des Kindes gegen sexuelle Gewalt überwinden (vgl. Finkelhor 1984, 53ff, zit. nach Jönsson 1997, 31).

nach Thibaut/ Kelly 1959, zit. nach Brockhaus/Kolshorn 1993, 221). Drei Perspektiven, die des Täters, des Opfers und des sozialen Umfeldes werden nach einem analogen Aufbauschema analysiert: Erstens steht die Frage der Motivation für die jeweiligen Handlungen, wie Ausübung sexualisierter Gewalt, Widerstand des Kindes bzw. Intervention durch das soziale Umfeld im Mittelpunkt. Zweitens werden die Prozesse analysiert, die zwischen ursprünglicher Motivation und tatsächlichem Verhalten vermitteln. Drittens werden Kosten-Nutzen-Abwägungen für die jeweiligen Handlungen erörtert (vgl. ebd., 226).

Die erste Perspektive stellt die Täterperspektive dar, so BROCKHAUS und KOLSHORN. Dieser ist motiviert, sexuelle oder sexualisierte Gewalt auszuüben. Seine Handlungen stehen im Einklang mit seinen inneren Werten und Normen. Der erwartete Nutzen durch die sexuellen Kontakte übersteigt die Kosten, d.h. der Schaden, den der Täter nehmen wird, ist gering wie z.B. die Risiken des Aufdeckens oder Sanktionen, so die Autorinnen (vgl. ebd., 227ff).

BROCKHAUS und KOLSHORN analysieren des weiteren die Perspektive des Opfers für effektiven Widerstand. Sie nehmen an, daß Widerstand sexualisierte Gewalt aufschieben oder verhindern kann. Die Motivation des Kindes, der Gewalt in seinem Rahmen der Möglichkeiten entgegenzutreten, ist häufig begleitet von einer Ambivalenz gegenüber dem Täter und erschwert Widerstand. Faktoren, die weiterhin Widerstand begünstigen, sind, nach Auffassung der Autorinnen, beispielsweise das Wissen über sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche oder ein höheres Alter. Auch bei den Opfern kommt es zu einer Kosten-Nutzen-Abwägung für ihr Verhalten der Gegenwehr. Sollte z.B. Angst davor bestehen, daß bei Aufdeckung innerfamiliärer Gewalt, das Kind die Familie verlassen muß oder der Verlust der positiven Aspekte der Beziehung zum Täter empfunden werden, sind die Kosten, laut Autorinnen, möglicherweise höher als der Nutzen (vgl. ebd., 234ff).

Das soziale Umfeld ist als dritte Perspektive wesentlich für den Umgang mit sexualisierter Gewalt. Die Gewalt muß wahrgenommen und Interventionen müssen eingeleitet werden. Auch hier ist die Motivation zu handeln, abhängig von den Wertvorstellungen, die die Person aus dem Umfeld des Opfers besitzt. Kann sie die Handlungen des Täters als sexuelle Gewalt

wahrnehmen? Hat sie die Vorstellung, zuständig zu sein und Schritte einzuleiten, die die Gewalt verhindern sollen? Hat sie Wissen über Interventionsstrategien? Der Nutzen der Aufdeckung, wie soziale Anerkennung, Erleben eigener Handlungskompetenz usw. muß, nach BROCKHAUS und KOLSHORN, die Kosten (Zeitaufwand, emotionale Belastungen usw.) übersteigen (vgl. ebd., 242ff).

Der Vorteil des feministischen Ursachenverständnisses sexualisierter Gewalt gegen Mädchen bietet die Verbindung zwischen gesellschaftlicher Ebene, die sexualisierte Gewalt hervorbringt und aufrechterhält, und individueller Ebene die erklärt, warum nicht alle Männer Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen ausüben (vgl. Jönsson 1997, 32).

Zusammenfassend erläutert, ignoriert der psychoanalytische Erklärungsansatz nach FREUD in Form des „Ödipuskomplexes“ sexualisierte Gewalt und ist individuumzentriert ausgerichtet. Gesellschaftliche Ursachen finden keine Bedeutung. Sexuelle Gewalt wird als Wunschvorstellung abgetan und der Ansatz ist m. E. nicht aussagekräftig für die Ursachenforschung. Der familienzentrierte Ansatz sieht Familienstörungen als Ursache sexualisierter Gewalt an und macht dabei, m. E., die Kinder zu gleichberechtigten Partnern, die sie nicht sind. Dysfunktionen werden mit Schuldzuweisungen an die Partnerin verbunden und sollen, meiner Auffassung nach, sexualisierte Gewalt legitimieren. Zudem werden gesellschaftliche Ursachen nicht erörtert. Feministische Ansätze analysieren die Ursachen in einem patriarchalen Gesellschaftssystem, welches sexualisierte Gewalt begünstigt und ermöglicht. Die Zusammenführung von individuumzentrierten und gesellschaftlichen Gründen nach BROCKHAUS und KOLSHORN (1993) bietet, nach meinem Verständnis, den bisher umfassendsten Erklärungsansatz für sexualisierte Gewalt.

1.6 Folgen

Im folgenden werde ich mich mit den Folgen sexualisierter Gewalt beschäftigen, denn diese haben besondere Relevanz für die Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt. Thematisiert werden zunächst Probleme, die sich aus der Folgenforschung ergeben. Es

werden Faktoren aufgezeigt, die die Schwere der Folgen beeinflussen können. Körperliche Folgen und Überlebensstrategien nach sexualisierter Gewalt werden anschließend erörtert.

1.6.1 Probleme der Folgenforschung

Daß sexualisierte Gewalt schwere und schwerste Folgen für die betroffenen Mädchen und Frauen haben kann, ist unbestritten. Aber die Folgenforschung weist methodische Mängel auf und erschwert die Vergleichbarkeit der Studien. Unterschiedliche Definitionen, nicht-repräsentative Stichproben, fehlende Vergleichsgruppen, fehlende "objektive" Meßinstrumente und fehlende Longitudinalstudien begründen die Probleme. Des weiteren ist es notwendig, andere Belastungsfaktoren, wie Vernachlässigung, körperliche Mißhandlung, belastende Lebensverhältnisse, Trennungsprobleme u.ä. mit zu berücksichtigen, da sie ähnliche Folgen wie nach sexualisierter Gewalt hervorrufen können (vgl. Enders 1997, 75; Bange/Deegener 1996, 59ff; Godenzi 1996, 215ff; Fegert 1993, 40; Brockhaus/Kolshorn 1993, 146).

„Die Frage, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen dem sexuellen Mißbrauch und den bei einer Untersuchung gefundenen Symptomen besteht, ist folglich ein sehr komplexes System und trotz aller Analysetechniken schwer zu beantworten" (Bange/Deegener 1996, 66).

1.6.2 Traumatisierungsfaktoren für die Schwere der Folgen

Im folgenden wird die Auseinandersetzung über „Traumatisierungsfaktoren“, wie sie sich bei BANGE und DEEGENER (1996) findet, dargestellt. Sie unterscheiden zwischen primären und sekundären Traumatisierungsfaktoren.

Primäre Traumatisierungsfaktoren

Übersichtsarbeiten von Studien zu Folgen sexualisierter Gewalt von Angela BROWNE und David FINKELHOR (1986) sowie Joseph H. BEITCHMAN u.a. (1992) zeigen folgende primäre Traumatisierungsfaktoren auf. Erstens wurde festgestellt, daß eine emotionale Nähe zwischen Opfer und Täter schädigender wirkt, wie beispielsweise beim intrafamilialen Mißbrauch durch Väter oder Stiefväter. Aber emotionale Nähe ist, so BANGE und DEEGENER, nicht abhängig vom Verwandtschaftsgrad, sondern dem Grad

der Vertrautheit, der beispielsweise auch zu einem Nachbarn bestehen kann (vgl. Bange/Deegener 1996, 69). Zweitens wird die Intensität der sexualisierten Gewalt bewertet und es wird überwiegend festgestellt, daß orale, vaginale oder anale Penetration mit den Fingern, Penis oder Gegenständen extrem traumatisierend wirken (vgl. ebd., 69; vgl. auch Fegert 1993, 44). Zu unterschätzen ist aber nicht, daß sexuelle Gewalt ohne Penetration ebenfalls zu massiven Beschwerden führen kann (vgl. Russell 1986, 144, zit. nach Bange/Deegener 1996, 69). Drittens ist die Anwendung von Zwang und Gewalt entscheidend für den Grad der Traumatisierung. Aber auch hier erhob RUSSELL (1986), daß 46% der Frauen ihrer Stichprobe, bei denen sexualisierte Gewalt ohne Zwang und Gewaltanwendung durchgesetzt wurde, ein extremes Trauma angaben (vgl. Russell 1986, 148, zit. nach Bange/Deegener 1996, 69). Als vierte Kategorie für das Ausmaß der Schädigung nach sexualisierter Gewalt wird die Dauer und Häufigkeit der Gewalthandlungen eingeschätzt. Hier finden sich unterschiedliche Ergebnisse. Wenngleich eine Tendenz zu schwereren Folgen in Bezug auf längere Dauer und höhere Häufigkeit in Studien erhoben wurde, können einzelne sexuelle Übergriffe ebenfalls massive Schädigungen verursachen. Fünftens wird geprüft, inwieweit das Alter zu Beginn der Gewalt Aussage über die Folgen machen kann. Die Studien erweisen sich als uneinheitlich und geben keine eindeutigen Hinweise (vgl. Beitchman u.a. 1992, 109ff; Browne/Finkelhor 1986, 72ff).

In weiteren Studien wird der Altersunterschied zwischen Täter und Opfer bewertet, und es ergibt sich eine Korrelation zu der Schwere der Folgen. Das Trauma war um so größer, je älter der Täter war. Zudem erheben Diana RUSSELL (1986) und David FINKELHOR (1979), daß das Trauma mit dem Altersunterschied zwischen Opfer und Täter ansteigt (vgl. Russell 1986, 153; Finkelhor 1979, 99ff, zit. nach Bange/Deegener 1996, 70).

Sekundäre Traumatisierungsfaktoren

Studien über sekundäre Traumatisierungsfaktoren hinsichtlich der Schwere der Folgen werden von BANGE und DEEGENER resümiert. Uneinheitlich zeigen sich die Ergebnisse, ob die Aufdeckung sexualisierter Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen, Auswirkungen auf die Folgen haben. Untersuchungen über die Elternreaktionen auf sexualisierte

Gewalt haben hingegen einen bedeutenden Einfluß auf das Ausmaß der Symptome. Bei verleugnender, ablehnender oder bestrafender Haltung bei Aufdeckung der Gewalterfahrungen entwickelten die Betroffenen ein größeres Trauma. Reaktionen institutioneller Institutionen, wie beispielsweise Gerichten, können negative Auswirkungen auf das Ausmaß der Schädigungen haben. Lange Prozeßdauer oder Mehrfachbefragungen werden als schädigender analysiert. Therapeutische Behandlungen von Opfern sexualisierter Gewalt zeigen hinsichtlich des Grades der Traumatisierung uneinheitliche Ergebnisse. Teils kommt es zu einer Verbesserung der Symptomatik, teils gibt es Kinder, die keinen Nutzen von der Therapie haben. Zudem werden Verhaltensweisen nach sexualisierten Gewalterfahrungen ermittelt, die resistent gegen therapeutische Bemühungen sind (vgl. Bange/Deegener 1996, 71ff).

Ursula ENDERS warnt vor dem Modell der sekundären Traumatisierung mit folgender Begründung. Sie beschreibt, daß Opfer sexualisierter Gewalt auf die Rolle eines Sexualobjektes durch die Täter reduziert werden.

„Sehen Fachwelt und Öffentlichkeit nur die Folgen der Betroffenen, so übernehmen sie die Perspektive der Täter (...), sie reduzieren Mädchen und (...) Frauen (...) auf die Erfahrung der sexuellen Gewalt und ignorieren ihre Überlebenskraft. Damit werden Betroffene zum zweiten Mal zum Opfer eines an Symptomen orientierten (therapeutischen) Definitionsprozesses“ (Enders 1997, 74f).

Als weitere Kategorie sind antezedente Faktoren für die Folgenforschung relevant geworden. Hier wird geprüft, ob betroffene Kinder bereits vor den Gewalterfahrungen psychisch auffällig waren, in welchem Familienklima sie aufwuchsen, welchen weiteren Streßfaktoren sie ausgesetzt waren u.ä. (vgl. Bange/Deegener 1996, 74f).

Immer wieder werden in Studien Gruppen Betroffener gefunden, die in der Kindheit sexualisierte Gewalt Betroffener erlebten, sich aber nicht traumatisiert fühlen oder deren Testergebnisse im psychologischen Bereich keine besonderen Befunde ergaben (vgl. Russell 1986, 138f; Draijer 1990, 133, zit. nach Bange/Deegener 1996, 75). BROCKHAUS und KOLSHORN weisen aber daraufhin, daß fehlende Folgen durch Verdrängung oder

Verleugnung erreicht werden können. Dieser Mechanismus mag den Eindruck vermitteln, als hätten die Opfer keine Symptome zu erleiden oder hätten die Gewalterfahrungen bereits verarbeitet (vgl. Brockhaus/Kolshorn 1993, 146).

„Und dann plötzlich ist es irgendein Satz, ein Bild, ein Zimmer, ein Mann, eine Berührung, die uns überrumpelt (...) und da ist die Explosion“ (Kavemann/Lohstöter 1984, 53).

Zudem wird beschrieben, daß bislang symptomlose Betroffene in Schwellsituationen der menschlichen Entwicklung spezifische mittel- bis langfristige Folgen entwickeln können (vgl. Fegert 1993, 44). Hier ist der Hinweis auf die Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt vorwegzunehmen, da diese Schwellsituationen in einem weiblichen Leben darstellen können.

1.6.3 Körperliche Folgen

Körperliche Verletzungen wie Bißwunden, Hämatome oder Verletzungen im Bereich der erogenen Zonen oder des Genitalbereiches sind als Folge sexueller Gewalterfahrungen zu werten (vgl. etwa Enders 1997, 75; Fegert 1997, 166f; Trube-Becker 1992, 55; Steinhage 1990, 20f).

Geschlechtskrankheiten sind ebenfalls ein Hinweis auf sexualisierte Gewalt, besonders bei kleinen Kindern (vgl. Steinhage 1989, 21).

Hinsichtlich körperlicher Folgen bei aktuellen sexuellen Gewalterfahrungen ist ebenfalls beobachtet worden, daß Symptome gänzlich fehlen können (vgl. Fegert 1993, 32; Steinhage 1990, 21; Trube-Becker 1989, 28).

Bei erwachsenen Frauen konnte Eva HILDEBRAND (1986) feststellen, daß sie unter wiederkehrenden Infektionen im Mund, Problemen mit Hämorrhoiden, Schmerzen beim Stuhlgang und Schmerzen im Unterleib und den Geschlechtsorganen litten (vgl. Hildebrand 1986, 54.)

1.6.4 Überlebensstrategien

„Ihr sagt: "Verrückt" - ich nenne es überleben“ (Mebes 1997, 71)

Viele Autorinnen beschreiben die Verhaltensweisen, „Störungen“ oder Beschwerden, die als Folge sexualisierter Gewalterfahrungen auftreten können, als sogenannte „Überlebensstrategien“ (vgl. Hilsenbeck 1998; Brockhaus/Kolshorn 1993; Bass/Davis 1990; Botens 1989; Hildebrand 1986). Die extremen Grenzverletzungen haben zur Folge, daß verschiedenartige Verhaltensweisen angewendet werden, die das Überleben erleichtern oder erst ermöglichen.

„Ohne Zweifel stellen sie immer einen Versuch dar, den Kern des Selbst und dessen lebenswichtige Komponenten unverletzt zu erhalten (...)“ (Mebes 1997, 71).

Hinsichtlich der Folgen möchte ich darauf hinweisen, daß auch hier die Frau der Maßstab ist. So können auch die Handlungen des sogenannten „weniger intensiven“ sexuellen Mißbrauchs (vgl. etwa Russell 1983, 141; Bange/Deegener 1996, 135) verheerende Auswirkungen haben. Wiederum ist die Frau Expertin ihrer Erfahrung. Da ich die positive und unterstützende Haltung von Feministinnen zu den Folgen sexualisierter Gewalt schätze, unterstütze ich die Verwendung des Begriffes „Überlebensstrategien“.

1.6.4.1 Psychosomatische Folgen

Beispielhaft möchte ich für die psychosomatischen Folgen die Arbeiten von Ingrid OLBRICHT anführen (1996 und 1993). Die Autorin weist auf die Ignoranz der Psychosomatik hin, Folgen von sexuellen Gewalterfahrungen wahrzunehmen und entsprechende Therapieansätze zu entwickeln. Sie selbst leistet m. E. diese wertvolle, notwendige Aufgabe. Die Autorin berichtet von ihren Therapieerfahrungen mit Opfern sexualisierter Gewalt und nennt das Vorkommen einer Trias von psychosomatischen Beschwerden. Zum einen Unterleibserkrankungen, -störungen³ und -operationen, des weiteren Eßstörungen (vgl. Kapitel 1.6.4.2 dieser Arbeit) und Atemstörungen.

Die psychosomatischen Unterleibsbeschwerden, -erkrankungen und -operationen reichen von Blutungsstörungen, über andauernden Ausfluß und

³ In der Arbeit verwende ich die Begriffe Erkrankungen und Störungen wie folgt: Erkrankungen sind medizinisch und symptomatisch fest umrissen feststellbar. Störungen stellen Symptome dar, die nicht medizinisch feststellbar sind, aber einen Krankheitswert für die Betroffenen darstellen.

Eileiterentzündungen, hormonellen Veränderungen mit vorzeitig einsetzender Venusbehaarung, sogenannte „Schambehaarung“, oder Brustentwicklung, unklaren, heftigen Unterbauchbeschwerden, Zysten, Verwachsungen, Geschwülsten bis zu Sexualstörungen (vgl. auch Kapitel 1.6.4.5 dieser Arbeit). OLBRICHT erwähnt, daß Frauen manchmal eine völlige Anästhesie im Bereich des Unterleibes empfinden (vgl. Olbricht 1993, 51ff und 1996, 100ff; vgl. auch Enders 1997, 76f; Übersicht bei Lampe/Söllner 1997, 213ff; Bange/Deegener 1996, 181; Fegert 1993, 37f; Steinhage 1990, 28; Hildebrand 1986, 54 für „Inzestopfer“).

„Sie glauben (die Betroffenen; Anmerkung A. E.), daß sich die Ablehnung ihres Unterleibes in Krankheiten manifestiere, weil sie in ihm die Ursache der sexuellen Gewalt sehen, die sie ertragen mußten“ (Steinhage 1990, 28).

Häufig werden Operationen wegen unklarer Unterbauchbeschwerden ohne sichere Indikation durchgeführt, obwohl die Frauen extreme Ängste vor Narkose als maximalem Auslieferungszustand haben.

„Die Grenzüberschreitung der Körpergrenze, das Eindringen ins Körperinnere, die innere Verletzung wird nun oft von den Operateuren weitergeführt. Die dahinterstehende Dynamik läßt sich unschwer erkennen“ (Olbricht 1993, 59).

Atemstörungen werden weiterhin von OLBRICHT aus ihren Praxiserfahrungen erhoben, die sich in Druckgefühl auf der Brust, Bronchitis oder in Form des Hyperventilationssyndroms ausdrücken (vgl. Olbricht 1993, 51). Erstickungsanfälle werden bei BANGE und DEEGENER nur in Homburg statistisch signifikant erhoben (vgl. Bange/Deegener 1996, 181), wobei STEINHAGE sowohl Erstickungsanfälle als auch Asthma als Folge sexualisierter Gewalt durch Gewalterlebnisse, wie beispielsweise orale Vergewaltigungen oder Kissen aufs Gesicht drücken, um Schreien zu verhindern, ermittelt (vgl. Steinhage 1990, 25).

Weiterhin werden benannt Schlafstörungen, vermehrte Alpträume und Sprachstörungen (vgl. etwa Enders 1997, 76f; Bange/Deegener 1996, 181f; Steinhage 1990, 24f) sowie Hautkrankheiten, Allergien, Lähmungen und Konzentrationsstörungen (vgl. auch Fegert 1993, 37f) als auch Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Durchfälle (vgl. Olbricht 1996, 104) und Magen-Darm-Störungen (vgl. Teegen 1994, 95). Die Ablehnung des eigenen

Körpers ist ebenfalls als Folge sexueller Gewalt erhoben worden, insbesondere bei Frauen, die von Angehörigen mißbraucht worden sind (vgl. Bange/Deegener 1996, 179f). Frauke TEEGEN (1994) beschreibt, daß Eingriffe in die körperliche Integrität wie sexualisierte Gewalt dazu führen können, daß die körperliche Eigenwahrnehmung vermindert wird oder aussetzen kann, womit eine schwere Störung der Identität und des Kontaktes mit der Realität verbunden sein kann (vgl. Teegen 1994, 113).

1.6.4.2 Autoaggressionen

„Viele Opfer sexueller Gewalt richten in ihrer Ohn-Macht ihre Wut, die eigentlich dem Täter (...) gilt, gegen sich selbst“ (Enders 1997, 79).

Die vollständigste Übersicht über selbstverletzendes Verhalten bietet m. E. die Psychologin Polina HILSENBECK (1998), die ich hier anführen möchte. Sie faßt den Begriff der Selbstverletzung sehr weit und bezeichnet Autoaggressionen als Überlebensstrategien innerhalb von Bedingungen in einer störenden sozialen Umwelt und unterscheidet geistige, emotionale, physische und interaktionale Autoaggression (vgl. Hilsenbeck 1998, 104ff). Die Autorin erklärt:

„Somit hat autoaggressives und selbstverletzendes Verhalten immer einen Zweck und eine Funktion. Es resultiert zwar aus Situationen in der Vergangenheit, ist jedoch noch stark intrapsychisch und aus der Perspektive der betreffenden Frau sinnvoll“ (Hilsenbeck 1998, 105).

Unter geistiger Autoaggression versteht sie Selbstabwertung, Selbstverachtung sowie auch chronisches Überarbeiten, übertriebene Disziplin oder unbegründete Angst vor Krankheit (vgl. ebd., 105). Emotionale Selbstverletzung ist für HILSENBECK jegliche Unterdrückung von Gefühlen.

„Das kann sich in exzessiver Askese äußern, darin, sich nichts zu gönnen, eigene Wünsche zurückzustellen, sich sozusagen dem Stereotyp von Weiblichkeit entsprechend zu verhalten“ (Hilsenbeck 1998, 105).

Sich ausschließlich mit dem Leid anderer zu beschäftigen, wird von der Autorin ebenfalls unter den Begriff der emotionalen Autoaggression gefaßt. Zur Verdeutlichung dieses Verhaltens erwähnt HILDEBRAND, daß Opfer

sexueller Gewalt häufig traditionelle Frauenberufe ergreifen wie Krankenschwester, Psychologin u.ä. (vgl. Hildebrand 1986, 55). Körperlich selbstverletzendes Verhalten sind Drogen- und Alkoholabhängigkeit als Überlebensstrategie nach sexualisierten Gewalterfahrungen. BANGE und DEEGENER erheben dazu signifikante Unterschiede zwischen mißbrauchten und nicht mißbrauchten Frauen hinsichtlich Alkoholkonsum und Konsum von „weichen“ Drogen, wie Haschisch und Marihuana (vgl. Bange/Deegener 1996, 197; vgl. auch Kreyszig 1997, 260ff). Marion MEBES (1998) macht im Zusammenhang mit Sucht auf weitere Fragestellungen aufmerksam. In Anlehnung an FINKELHORS Vierstufenmodell (vgl. Finkelhor 1984, 53ff; vgl. auch Kapitel 1.5.3 dieser Arbeit) geht die Autorin davon aus, daß erstens Alkohol, Drogen und Medikamente zum Eigengebrauch von den Tätern benutzt werden, um den eigenen inneren Widerstand, ein Kind zu mißbrauchen, zu unterdrücken, was auch FINKELHOR schon benannt hat, und um zweitens den Widerstand der Kinder oder Jugendlichen mit Suchtmitteln zu brechen (vgl. Mebes 1998, 100f). Es wird deutlich, daß damit Suchtverhalten bei den Betroffenen entstehen kann.

HILSENBECK nennt des weiteren Nikotinabusus und Eßstörungen als körperlich selbstverletzendes Verhalten (vgl. Hilsenbeck 1998, 106). Auch OLBRICHT berichtet von Eßstörungen wie Erbrechen, Übelkeit, Luftschlucken bis zu Anorexia nervosa oder Bulimie (vgl. Olbricht 1993, 51; vgl. auch Bange/Deegener 1996, 176ff; Richter-Appelt 1995, 70 bei sexuellem und körperlichen Mißbrauch; Conte 1988, 315ff, zit. nach Bange/Deegener 1996, 81; Hildebrand 1986, 54). Eßsucht wird auch von ENDERS genannt, die diese Form als Widerstand gegen sexuelle Gewalt wertet.

„Durch zusätzliche Pfunde machen Mädchen (...) ihren eigenen Körper unattraktiv und hoffen, daß der Täter von ihnen läßt“ (Enders 1997, 78).

Weitere körperliche Selbstverletzungen werden von verschiedenen AutorInnen als eine mögliche Folge sexualisierter Gewalt benannt (vgl. etwa Enders 1997, 79f; Bange/Deegener 1996, 196; Olbricht 1993, 51; Hildebrand 1986, 54). Die Opfer fügen sich Verletzungen zu, z.B. reißen sie sich Haare aus, katheterisieren sich häufig die Blase, masturbieren bis zum Wundsein,

fügen sich Schnitte zu, schlucken Fremdkörper, schlagen mit dem Kopf an die Wand bis zur Gehirnerschütterung, drücken sich glühende Zigaretten auf der Haut aus,

„(...) um den Schmerz zu spüren, das Blut zu sehen - sie möchten spüren, daß es sie noch gibt, daß sie noch leben“ (Enders 1997, 79).

Polina HILSENBECK geht davon aus, daß auch Schlafentzug, Überanstrengung, ruhelose Überaktivität, Ausüben von Risikosportarten oder riskantes Autofahren dem selbstverletzenden Verhalten hinzugefügt werden können. Autoimmunkrankheiten sind ebenfalls zu nennen, so die Autorin. Die Psychologin bewertet Schönheitsoperationen, die mehr oder weniger bewußt ausgeführt werden, als Selbstbestrafung für einen angeblich „häßlichen“ Körper. Zudem macht sie folgende Beobachtung:

„In gynäkologischen und chirurgischen Abteilungen sind Frauen bekannt, die einem Operationszwang zu unterliegen scheinen, (...) in geheimer Verständigung mit Ärzten und Ärztinnen, die meinen, überflüssige Organe wie Gebärmutter usw. müßten entfernt werden“ (Hilsenbeck 1998, 106).

Hinzufügen möchte ich die Aussage Eva HILDEBRANDS, die feststellte, daß Opfer sexualisierter Gewalt ihre Körper gefühllos gemacht haben, um zu überleben und später damit nur schwer einschätzen können, ob sie krank sind und häufig erst bei fortgeschrittener Erkrankung eine Ärztin/einen Arzt konsultieren (vgl. Hildebrand 1986, 55).

Tätowierungen und Piercen, Tragen von Hundehalsbändern sind in bestimmten Subkulturen zu finden und den Autoaggressionen zuzuordnen. Sodomasochistische Sexualpraktiken sind immer selbstverletzend, wenngleich sie mit Lust verbunden sind, so HILSENBECK. Hier kommt es zur Reinszenierung und suchtartigen Verstärkung der sexuellen Gewalterfahrungen (vgl. Hilsenbeck 1998, 106f; vgl. auch Kapitel 1.6.4.5 dieser Arbeit).

Interaktionale Formen von Autoaggressionen werden dort deutlich, wo Betroffene gegen ihren Willen handeln oder die eigenen Grenzen überschreiten lassen. Selbstisolation oder Abwehr von sozialen Kontakten sind ebenfalls als versteckte Autoaggression zu bewerten (vgl. ebd., 107). Sie resümiert aber:

„Schwere Autoaggression betrachte ich (...) als eine zugespitzte Form eines Verhaltens, das alle Menschen in abhängigen, unterlegenen, abgewerteten bis aussichtslosen Gewalt- und Zwangssituationen erfinden können, um zu überleben“ (Hilsenbeck 1998, 107).

Suizidgedanken und -versuche sind mit Ausnahme zweier Studien (vgl. Peters 1988, 108; Sedney/Brooks 1984, 217, zit. nach Bange/Deegener 1996, 194) häufiger bei Opfern sexualisierter Gewalterfahrungen erhoben worden als bei Mädchen und Frauen, die diese Erfahrungen nicht gemacht haben (vgl. Bange/Deegener 1996, 193ff).

„Der Selbstmord erscheint für manche Opfer sexuellen Mißbrauchs als einzig wirksamer Schutz vor den Übergriffen des Täters (...). Er stellt für sie die vermeintlich einzige Möglichkeit dar, dem Selbsthaß, der Scham, der Verzweiflung usw. ein Ende zu setzen“ (Enders 1997, 80f).

1.6.4.3 Psychische Folgen

Direkte erste emotionale Reaktionen auf sexualisierte Gewalt erhoben BANGE und DEEGENER in ihren Untersuchungen. Sie ermittelten statistisch signifikante Ergebnisse hinsichtlich Gefühlen wie Ekel, Verwirrung, Hilflosigkeit und Scham. Weitere Emotionen, die mit einer Häufigkeit von der Hälfte aller betroffenen Frauen genannt wurden, waren Wut, Sprachlosigkeit, Angst, Haß, Trauer und Schuld (vgl. Bange/Deegener 1996, 172f).

Studien ergeben, daß Mädchen und Frauen nach sexualisierten Gewalterfahrungen unterschiedliche psychische Symptome und Störungen aufweisen. Hierzu gehören psychotische Symptome, Borderline-Störung, zwanghaftes Verhalten, Anspannung, Selbstentwertung u.ä. (vgl. etwa Bange/Deegener 1996, 82ff und 183ff; Wenninger 1994, 10ff; Herman 1993, 165ff; Steinhage 1990, 20ff).

Ängste werden weiterhin statistisch signifikant als Folge sexualisierter Gewalt sowohl bei Mädchen als auch bei erwachsenen Frauen genannt (vgl. etwa Bange/Deegener 1996, 83f und 187; Wenninger 1994, 15; Herman 1993, 53ff). Ursula ENDERS erläutert dazu:

„Die Angst ist immer da; sie bestimmt als zentrales Lebensgefühl den Alltag der Betroffenen - nicht nur die Angst vor den direkten Übergriffen, sondern ebenso vor der Veröffentlichung des "Geheimnisses", vor dem

Zerfall der Familie, vor den Reaktionen der Umwelt, vor Schwangerschaft, vor Verlust von Liebe, vor Nähe ...” (Enders 1997, 57).

Als weitere Überlebensstrategie ist Dissoziation bei erwachsenen Frauen nachgewiesen worden, bei Kindern leider bisher nicht untersucht worden (vgl. etwa Bange/Deegner 1996, 184f; Teegen 1997, 535ff). Veränderungen der integrativen Funktionen des Bewußtseins, der Identität und des Gedächtnisses charakterisieren dissoziative Störungen. Wenn die Identität gestört ist, kann die eigene Identität zeitweise vergessen werden oder gegen andere eingetauscht werden, was als „multiple Persönlichkeit” bezeichnet wird, die als extreme Form der Dissoziation nach dem Klassifikationsmodell DSM IV (vgl. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen IV 1994; dt. 1996, 551ff) bewertet wird (vgl. etwa Bange/Deegener 1996, 186; Wenninger 1994, 16; Teegen u.a. 1992, zit. nach Teegen 1994). Bei einem Realitätsverlust spricht man von Depersonalisation. Gedächtnisstörungen mit fehlender Erinnerung an wichtige Erlebnisse werden definiert als psychogene Amnesie (vgl. Van Outsem 1993, 80f; vgl. auch Briere 1989 und Herman/Schatzow 1987, zit. nach Wenninger 1994, 13).

„Viele Frauen berichten, daß sie nur überleben konnten, wenn sie neben sich standen, aus ihrem Körper ausstiegen und sich in Phantasien flüchteten. Sie hatten dabei die Vorstellung, dies (die sexualisierte Gewalt; Anmerkung A. E.) geschieht einer anderen Person, also ein Gefühl von Unwirklichkeit und Realitätsverlust” (Olbricht 1993, 53).

Phänomene wie Tunnelsicht, Sehen oder Hören wie durch Nebel, Taubheit verschiedener Körperbereiche u.ä. werden von den Frauen berichtet. Diese wurden in Studien als *”spacing out”* oder *”feelings that you are not always in your body”* beispielsweise mit Hilfe der Dissoziationskala der Trauma Symptom Checklist nach John BRIERE und Marsha RUNTZ (1989) erfragt (vgl. Briere/Runtz 1989, zit. nach Wenninger 1994, 15f).

In der Diskussion um die Posttraumatische Belastungsstörung (”Post Traumatic Stress Disorder” PTSD) sind sich die AutorInnen uneinig (vgl. Bange/Deegener 1996, 92f; van Outsem 1993, 80). Sie entsteht nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Erlebnis, was jeder Mensch als extrem belastend empfinden würde. Das Trauma wird durch wiederkehrende Erinnerungen, ”Flashbacks”, wiederkehrende belastende

Träume, psychische oder körperliche Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen wieder erlebt. Die Betroffenen vermeiden Gedanken als auch Situationen, die an die Erfahrung erinnern könnten. Eine gleichgültige Lebenshaltung, geringe Empfindsamkeit und das Gefühl einer überschatteten Zukunft können die Folge sein. Weitere Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus werden festgestellt, wie Schlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz⁴ und übertriebene Schreckreaktionen. Die PTSD muß länger als einen Monat bestehen und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen hervorrufen (vgl. DSM IV 1994, dt. 1996, 487ff).

Ron van OUTSEM (1993) sieht in der PTSD einen Gegenpol zu dissoziativen Störungen. Menschen mit einer PTDS erreichen keine Distanz zu dem Trauma, während die Dissoziation bewirken kann, daß das Trauma gänzlich aus dem Bewußtsein verloren geht, womit Veränderungen oder der Verlust der Identität, des Gedächtnisses und des Bewußtseins einher gehen können (vgl. van Outsem 1993, 81).

Übereinstimmend sind die Ergebnisse hinsichtlich des Auftretens von Depressionen im Kindes- und Erwachsenenalter als Folge sexualisierter Gewalt (vgl. etwa Bange/Deegener 1996, 82 und 187ff; Wenninger 1994, 13f; Fegert 1997, 171ff).

„In der Ausbeutungssituation erfahren sich viele der Opfer als ein Objekt für die Befriedigung der Bedürfnisse eines Erwachsenen. Durch den Druck des Geheimhaltungsgebotes und die Nutzlosigkeit ihrer Abwehrversuche spüren sie deutlich ihre Ohnmacht und Hilflosigkeit gegenüber dem Täter. Langfristig führt dies dazu, daß viele ausgebeutete Mädchen nur wenig Selbstvertrauen und ein geringes Selbstwertgefühl haben. (...) Ängste, Schuld- und Schamgefühle, Selbstwertprobleme und Hilflosigkeit können zu einer Depression führen“ (Brockhaus/Kolshorn 1993, 152f).

1.6.4.4 Soziale Folgen

Bei Kindern und Jugendlichen werden folgende Auswirkungen auf das Sozialverhalten ermittelt: Schulschwierigkeiten, Leistungsverweigerung,

⁴ Hypervigilanz im DSM IV definiert als übermäßige Wachsamkeit (vgl. DSM IV 1996, 492).

extreme Leistungsmotivation, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten, regressives Verhalten, Hyperaktivität, Überanpassung, distanzloses Verhalten, frühreifes Verhalten, extremes Macht- oder Ohnmachtsverhalten, „auffälliges“ Verhalten gegenüber bestimmten Männer- und Frauentypen (vgl. etwa Fegert 1997, 170; Enders 1997, 78ff; Bange/Deegener 1996, 85ff; Wenninger 1994, 11).

Bei Frauen können Hilflosigkeit, Ohnmacht und fehlende Kontrolle im Sinne der „erlernten Hilflosigkeit“ nach M. E. P. SELIGMAN (1979) das Verhalten und Erleben langfristig beeinflussen (vgl. Seligman 1979, zit. nach Brockhaus/Kolshorn 1993, 150).

Mißtrauen und Beziehungsschwierigkeiten wurden signifikant häufiger bei den Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt hatten in BANGES und DEEGENERS Untersuchungen erhoben. Besonders werden genannt, daß das Vertrauen in andere Menschen gestört ist und Ängste vor engen und langen Beziehungen bestehen (vgl. Bange/Deegener 1996, 189ff; Olbricht 1993, 58).

1.6.4.5 Folgen für die Sexualität

Auswirkungen von Gewalterfahrungen haben vielfältige Folgen auf sexuelle Beziehungen und sexuelles Erleben von Mädchen und Frauen. Kinder und Jugendliche zeigen charakteristisch auffällige Verhaltensweisen im Bereich der Sexualität, die auf sexuelle Gewalterfahrungen hinweisen können: altersunangemessenes Sexualverhalten, exzessive Beschäftigung mit Sexualität, Angst vor Sexualität (vgl. etwa Bange/Deegener 1996, 89ff; Steinhage 1989, 25). BUTLER und BURTON (1990) erheben in einer Studie, inwieweit junge Frauen die Freiheit fühlen, sexuelle Kontakte zu wählen und eigeninitiativ zu sein, signifikante Unterschiede zwischen mißbrauchten und nicht mißbrauchten Frauen. Junge Frauen, die in der Kindheit sexuell mißbraucht wurden, berichteten häufiger, in sexuelle Situation geraten zu sein, die sie nicht selbst gewählt hatten (vgl. Butler/Burton 1990, 77f). BUTLER und BURTON interpretieren dieses Ergebnis folgendermaßen:

”This finding may indicate a learned response to sexual exploitation; for some girls abused at an early age, it may be considered easier to ”give in” than to be forced into sex” (Butler/Burton 1990, 78).

Sexuelle Dysfunktion wie gehemmte Libido oder vorzeitige Ejakulation werden bei Jungen benannt. Bezeichnenderweise werden derartige Störungen bei Mädchen eher ignoriert und im besonderen Maße werden Promiskuität oder Prostitution als Auswirkung sexualisierter Gewalt erforscht.

„Und zwar geht es hier weniger um die empathische Anteilnahme am Schicksal der Frauen, sondern (...) mehr um das Suchen möglicher Zusammenhänge als Beweis dafür, daß die späteren Prostituierten schon als Kind sexbesessen waren und ihre Väter bewußt verführt haben. Da in unserer Gesellschaft die Haltung den Prostituierten gegenüber eher eine verächtliche ist, hätte "Mann" somit guten Grund, Inzestbetroffenen gleichfalls Sympathie und Einfühlung zu verweigern, sie aus Opfern in Täter zu verwandeln" (Wirtz 1997, 95.)

Sexuelle Dysfunktionen tauchen aber in Erfahrungsberichten bei Mädchen und Frauen immer wieder auf. Wenngleich Prostitution und Promiskuität als Folge sexueller Gewalt erhoben werden konnte, (vgl. etwa Bange/Deegener 1996, 199f; Brockhaus/Kolshorn 1993, 156f) erleben Frauen häufiger sexuelle Probleme, die mit Hemmung und Blockierung einhergehen, begleitet von Gefühlen wie „Schmutz“, Scham und Schuld, intrusiven Gedanken an die Gewalt, Orgasmusschwierigkeiten u.ä. (vgl. etwa Wirtz 1997, 101ff; Mullen 1997, 246ff; Bange/Deegener 1996, 202ff; Wenninger 1994, 18; Maltz 1993; Steinhage 1990, 28; Bass/Davis 1990, 221ff).

Weitere Schwierigkeiten im Sexualverhalten können auftauchen, wie Sexualisieren von sozialen Beziehungen, Gefährdung der Reviktimisierung, sexuelle Phantasien mit Kindern u.ä. (vgl. Bange/Deegener 1996, 198ff; Enders 1997, 81).

2 Schwangerschaft und Geburt

Wie bei der Darstellung der Überlebensstrategien von sexualisierter Gewalt deutlich wurde, werden vielschichtige Probleme von Mädchen und Frauen benannt, die diese Erfahrungen gemacht haben. Mutterschaft kann in unserer Gesellschaft als Entwicklungskrise angesehen werden. Des Weiteren werden unterschiedliche psychologische Aufgaben in der Schwangerschaft an Frauen gestellt, die für Überlebende schwerer zu bewältigen sein mögen. Hinsichtlich der extremen Körpererfahrungen in der Schwangerschaft und während der Geburt ist ebenfalls anzunehmen, daß Überlebende diese anders erleben, als Frauen ohne Gewalterfahrungen. Ich werde mögliche, im Kontext stehende Schwangerschaftskomplikationen unter psychosozialen Aspekten betrachten. Gründe und Risiken bei Teenagerschwangerschaften werden aufgezeigt. Da Schwangerschaft und Geburt sexuelle Erfahrungen sind, können diese Ereignisse besondere Probleme für Überlebende aufwerfen, was bisher jedoch nicht erforscht worden ist. Der Begriff der „Medikalisierung der Schwangerschaft und der Geburt“ ist in den 70er Jahren entstanden und darunter wird verstanden, daß die männliche Geburtsmedizin, Schwangerschaft und Geburt zu einem medizinischen Ereignis macht, die in einer Klinik überwacht und durchgeführt werden muß und keinen Vorgang darstellt, den Frauen bewältigen können. Anschließend werden psychosoziale Merkmale und deren Auswirkungen auf die Geburt aufgezeigt.

2.1 Mutter-Werden als Entwicklungskrise

Neben den biophysischen Veränderungen der Schwangerschaft und der Geburt kommt es zu vielfältigen psychologischen Veränderungen. Das „Krisenkonzept“ vom Mutter-Werden entwickelte sich aus der Lebenslaufforschung und der Streßforschung: Die LebenslauftheoretikerInnen interessierten sich im besonderen Maße für die psychische und soziale Bedeutung von Schwangerschaft, die Streßforschung sieht Schwangerschaft und Geburt als Stressoren an, die destabilisierend wirken können (vgl. Wimmer-Puchinger 1993, 22f).

Marianne RINGLER (1991), die psychosomatisch orientiert arbeitet, faßt die Forschung zusammen, die Schwangerschaft und Geburt als „kritisches Lebensereignis“ beschreiben. Die AutorInnen meinen, daß folgende Veränderungen hervorgerufen werden:

Alle bisherigen Stufen der psychosexuellen Organisation, die bisherigen Identifizierungen und die daraus entstandenen Verhaltensnormen werden wiederbelebt und in Frage gestellt (vgl. Bibring 1959, Benedek 1960, Lester/Notman 1986, zit. nach Ringler 1991, 148). Die Möglichkeit besteht, eine neue Integrationsphase bzw. ihr Gegenteil zu erreichen, die Regression. Veränderungen im Körperbild, in der Beziehung zu sich selbst, zum sozialen Umfeld, zum Kindsvater und zur Herkunftsfamilie müssen neu gestaltet werden (vgl. Ringler 1991, 148).

Dan G. HERTZ und Hans MOLINSKI (1986) wenden gegen die Annahme, daß es zu einer Regression in der Schwangerschaft kommt, ein, daß die Umstrukturierung der Ich-Organisation eine Anpassungsleistung darstellt und erforderlich erscheint und die Bewertung als regressives Verhalten irreführend ist (vgl. Hertz/Molinski 1986, 100).

Marianne RINGLER (1985) führt aus, daß Mythen, die über Mutterschaft herrschen, das Erleben der Schwangerschaft konflikthaft werden lassen können. Die Schwangerschaft als Zeit „guter Hoffnung“ zu bezeichnen, muß bereits mit der Tatsache in Frage gestellt werden, daß die meisten Schwangerschaften zustande kommen, wenn reale Verluste, wie Tod oder Verlust einer geliebten Person auftreten bzw. ein Werteverlust droht, wie z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes oder das Auseinanderbrechen der Partnerbeziehung (vgl. Rindfuss/Bumpass 1977, zit. nach Ringler 1985, 35). Ein weiterer Mythos stellt die Anforderung an Mütter dar, daß sie das Neugeborene sofort lieben müssen in Form einer „angeborenen Mutterliebe“. Wissenschaftliche Studien widerlegen diese Aussage, denn es gibt vielfältige Bedingungen, die die Mutter-Kind-Beziehung beeinflussen (vgl. de Mause 1977; Badinter 1981, zit. nach Ringler 1985, 36). An die Mütter werden weiterhin Verhaltensanforderungen nach der Geburt gestellt, sich bspw. ausschließlich dem Kind zu widmen, die Konflikte und Schuldgefühle bei Nichterfüllung auslösen können. Der Mythos, daß Mutterschaft den Abschluß der Identitätsfindung der weiblichen Persönlichkeit darstellt, sei extrem zweifelhaft, so RINGLER, denn die Autorin fragt sich, ob diese nicht auch

anders ausgebildet werden kann. VertreterInnen der Bewegung, eine „natürliche“ Geburt erleben zu wollen, werden von RINGLER kritisiert, denn eine „unnatürliche“ Geburt gibt es nicht, sondern das Gebären ist von soziokulturellen Normen abhängig (vgl. Chertok 1967, zit. nach Ringler 1985, 37).

Weitere Konflikte ergeben sich daraus, so RINGLER, daß die Schwangerschaft als nicht pathologisch zu betrachten ist, aber gleichzeitig der medizinischen Begleitung bedarf, um mögliche Risiken frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Verstärkt wird die Sicht, daß Schwangerschaft Krankheit bedeutet durch Verhaltensanweisungen aus der sozialen Umgebung der Frau und von seiten der Ärztin/des Arztes. Z.B. der Anspruch auf körperliche Schonung, der auch in der Arbeitswelt gesetzlich verankert ist, läßt sich für viele Frauen aufgrund der Rollenverteilung der Geschlechter nicht verwirklichen und ist von dem Wohlwollen der Bezugspersonen abhängig. Der Anspruch auf Schonung und möglicherweise das Bedürfnis nach mehr regressiven Verhaltensweisen, so RINGLER, mag von den Frauen unterschiedlich beantwortet werden. So wird dies als sehr positiv erlebt oder Frauen reagieren negativ auf diese Abhängigkeit (vgl. ebd., 38f). J. RAPHAEL-LEFF (1980) macht darauf aufmerksam, daß es einige schwangere Frauen gibt, die weitere Lebensereignisse zu bewältigen haben und sich in einer „double crisis“ befinden. Diese Belastungen können plötzlich auftreten, wie beispielsweise Todesfälle von nahen Verwandten oder Umzug oder es können chronische Belastungen sein, wie bei Frauen in der Adoleszenz oder Menopause, Frauen mit Diabetes Mellitus, anderen ernsthaften Krankheiten oder Eßstörungen (vgl. Raphael-Leff 1980, 177, zit. nach Smith 1993, 43).

Patricia SMITH (1993) folgert daraus, daß Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben auch in die Kategorie fallen können, eine „doppelte Krise“ in der Schwangerschaft zu erleben (vgl. Smith 1993, 43).

Das Konzept des „kritischen Lebensereignisses“ für Schwangerschaft wird aber auch kritisiert, denn es läßt die Person als „passives Opfer“ erscheinen und ist wenig emanzipatorisch ausgerichtet (vgl. Filipp 1981, 7).

Marianne RINGLER und Martin LANGER (1991) sehen Schwangerschaft und Geburt als Teil der Sozialisation, womit die Aufnahme in die Gesellschaft

dokumentiert wird. Die AutorInnen nennen diesen Abschnitt „krisenhafte Entwicklungsphase“ (vgl. Ringler/Langer 1991, 101).

Susanne DAVIES-OSTERKAMP (1991) spricht vom Übergang zur Elternschaft als „Entwicklungsaufgabe“ oder „Entwicklungskrise“, die sich auf der emotionalen, kognitiven und auf der Verhaltensebene vollzieht und intrapsychische und interpersonelle Veränderungen, als auch Veränderungen der sozialen Situation zur Folge haben können. Intrapsychisch wird insbesondere das Selbstbild der Frau mit dem Wechsel der Identität von der Tochter zur Mutter betroffen, so die Autorin. Die Beziehungen zur eigenen Mutter und zum eigenen Vater werden wiederbelebt. Interpersonale Veränderungen betreffen, vor allem bei der Erstgeburt, die Umstrukturierung der Partnerschaft. Auf sozialer Ebene sind ebenfalls Veränderungen zu erwarten, die besonders im Bereich der Organisation des Alltags erlebt werden (vgl. Davies-Osterkamp 1991, 91f).

Helmut LUKESCH (1981) bezeichnet die Schwangerschaft als einen „Lebensabschnitt“, der Perioden erhöhter Anfälligkeit und Symptombelastung, aber auch Beruhigungsphasen enthält, aber warnt davor, die Schwangerschaft von vornherein als stark beeinträchtigenden Streßzustand zu definieren, wengleich 40-60% aller Schwangeren Anzeichen von psychisch-emotionalen Störungen aufweisen (vgl. Uddenberg 1974, 27; Nilsson u.a. 1967, 328, zit. nach Lukesch 1981, 1). Der Autor befaßt sich weiterhin mit der sozialen Bedeutung von Schwangerschaft und Geburt und weist darauf hin, daß Elternschaft der Beleg für die Geschlechtsrollenidentifikation und die sexuelle Kompetenz einer Frau darstellt. Die soziale Definition von Frau-Sein ist dabei aber stärker mit der Mutterschaft verbunden, als das Mann-Sein mit der Vaterschaft. Eine weitere soziale Begründung, eine Mutterschaft einzugehen, sieht LUKESCH darin, daß das Gebären und Aufziehen von Kindern ein vermeintliches Zeichen psychischer „Normalität“ darstellen soll. Diese gesellschaftlichen Erwartungen können von Frauen erfüllt werden wollen, um als „normal“ angesehen zu werden (vgl. Lukesch 1981, 4).

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive werden Schwangerschaft, Geburt und Elternwerden als „normative Übergänge“ angesehen, die sich von „kritischen Lebensereignissen“ wie schwerer Krankheit, Unfall oder

Verlust der Partnerin/des Partners unterscheiden. Den Ereignissen wird nicht von vornherein krankmachende Wirkung zugesprochen, sondern sie können dem persönlichen Wachstum eines Menschen dienen (vgl. Filipp 1981, 8). Beate WIMMER-PUCHINGER (1992) stellt folgende Überlegungen an, die dafür sprechen, daß der Übergang zu Mutterschaft/Elternschaft belastend erlebt werden kann.

Die meisten werdenden Eltern sind weder formell noch informell auf das Elternwerden vorbereitet. Die Autorin meint, daß wenige Frauen und Männer in unserer Kultur Erfahrung im Umgang mit Kindern haben. Des weiteren ist die Erwartung, Mutter/Vater zu werden, sehr hoch, so WIMMER-PUCHINGER, daß ein Großteil der Schwangerschaften ungeplant und zum jeweiligen Zeitpunkt eher ungewollt auftreten. Mutterschaft stellt zudem einen unwiderruflichen Rollenwechsel dar. Die Richtlinien für die Mutterrolle sind normativ überhöht, idealisiert und für Frauen immer schwerer erfüllbar, so die Autorin (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 23).

Der Identitätswechsel von der erwachsenen Frau zur Mutter ist größtenteils von der Gesellschaft geprägt. Die Rollenerwartungen werden schon in der Schwangerschaft in Form von „mütterlichen Standards“, d.h., in Form von Verhaltensregeln und Normen übernommen. In diesem Übergang von der „Mutterfrau“ zur Mutter gibt es für Frauen selten Vorbilder, so WIMMER-PUCHINGER, die den Rollenerwartungen einer „typischen Mutter“, so wie sie von der Gesellschaft erwartet wird, nicht entsprechen. Mit zunehmender Rollenveränderung von Frauen aber werden solche Vorbilder immer dringlicher gewünscht und unterschiedliche Autorinnen, wie BADINTER (1986), CHODOROW (1985), BECK-GERNSHEIM (1984) haben sich damit befaßt (vgl. ebd., 72f).

Die positive Bewältigung der Belastung ist abhängig von der realistischen Wahrnehmung des verändernden Ereignisses, von der angemessenen situativen und sozialen Unterstützung und den effektiven Bewältigungsstrategien einer Person (vgl. Aguilra/Messick 1978, zit. nach Olbrich 1981, 134).

Sollte es zu einer Überforderung bei dem Übergang zur Mutterschaft kommen, können Abwehr und Zusammenbruch die Folge sein. Demgegenüber erwähnt Erhard OLBRICH (1981) folgendes:

„Entwicklung in Übergangsphasen gelingt, wenn das Individuum in dosiertem Maße mit Veränderung und situativer Belastung konfrontiert wird“ (Olbrich 1981, 136).

Beate WIMMER-PUCHINGER führt Beispiele an, in denen eine positive Bewältigung des Überganges erschwert ist, wie bspw. die Schwangerschaft eines jungen Mädchens, einer Migrantin oder einer Frau, die mit einem plötzlichen Verlust konfrontiert wird (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 24).

Hier möchte ich wiederum den Zusammenhang betonen, daß Überlebende sexualisierter Gewalt aufgrund der somatischen, sozialen, emotionalen und psychischen Folgen die Übergänge ebenfalls schlechter bewältigen mögen, als Frauen ohne diese Erfahrungen.

Unabhängig von der Begriffsbestimmung der unterschiedlichen Forschungsrichtungen ist deutlich geworden, daß Schwangerschaft und Geburt belastend erlebt werden können, aber auch die Möglichkeit des Wachstums bieten. Opfer sexualisierter Gewalt können also ebenfalls diesen Übergang als belastend oder bereichernd erleben. M. E. ist eine positive Bewältigung im besonderen Maße davon abhängig, inwieweit die Gewalterfahrungen bewußt sind und in das Leben integriert wurden, als auch von den sozialen und interpersonalen Umständen, in denen die Frau lebt.

2.2 Psychodynamik der Schwangerschaft

Gabriele GLOGER-TIPPELT (1985) schlägt ein entwicklungspsychologisches Prozeßmodell des allgemeinen Ablaufes der psychischen Verarbeitung für Schwangerschaft und Geburt vor und nennt dies den „Übergang im Lebenslauf zur Elternschaft“. Das Modell bezieht sich auf eine idealtypisch verlaufende Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit. Laut der Autorin müssen in verschiedenen Phasen der Schwangerschaft unterschiedliche Anforderungen erfüllt werden, die in Wechselbeziehung zu den biologischen und sozialen Veränderungen stehen. Zunächst tritt die Verunsicherungsphase ein, die etwa bis zur 12. Schwangerschaftswoche andauert. Hier findet eine Auseinandersetzung mit einer positiv ausfallenden Schwangerschaftsdiagnose zusammen. Neben

körperlichen Veränderungen erfolgt auf der psychischen Ebene eine Neuorientierung, die abhängig ist von der Erwünschtheit der Schwangerschaft. Veränderungen der Identität, der beruflichen Situation, der Partnerschaft stimmen die Eltern, so GLOGER-TIPPELT, eher positiv bisweilen wirken sie verunsichernd (vgl. Gloger-Tippelt 1985, 67ff). Frauen, deren soziale Lage und psychische Verfassung günstiger sind, können die Umstellung autonomer gestalten (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 87). Ist die Schwangerschaft gänzlich ungeplant, fällt die aktive innere Entscheidung schwerer. Spontanes Akzeptieren oder zögernde Reaktionen drücken sich immer schon damit aus, daß ein Schwangerschaftstest bei Frauen, die eine Abtreibung vorziehen würden, früher durchgeführt wird (vgl. Wimmer-Puchinger 1982, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 87f). Im Modell zur Elternschaft von GLOGER-TIPPELT kommt es zudem zu einem Bruch mit der Vergangenheit und zu einer Auseinandersetzung mit der Zukunft. Die hormonelle Umstellung in der Schwangerschaft ist typisch, führt aber zu unterschiedlichen psychischen Reaktionen (vgl. Gloger-Tippelt 1985, 69f).

J. SCHWERTDFEGER und P. PETERSEN (1984) beschreiben anhand einer phänomenologischen Untersuchung mit Schwangeren das Erleben der Frühschwangerschaft. Kam es bei den Frauen im ersten Trimenon zu Schwangerschaftserbrechen oder morgendlicher Übelkeit, war dies, hingegen allgemeiner Vorstellungen, für die befragten Frauen nicht unangenehm, sondern ein erwünschter Beweis dafür, tatsächlich schwanger zu sein. Unangenehm erlebt werden, laut Autoren, eher der Konflikt zwischen aktiver Selbstbestimmung und Einfluß auf den Alltag und der neuen ungewohnten Rolle.

„Es ist die Lebenshaltung des *Geschehenlassens*; das Geschehen wird innerlich aufmerksam beobachtet, es entzieht sich jedoch dem aktiven Zugriff“ (Schwerdtfeger/Petersen 1984, 162; Hervorhebung i. O., A. E.).

Ab der 12. Schwangerschaftswoche erlebt die Frau, so GLOGER-TIPPELT, eine Anpassungsphase. Die extremen biologischen Umstellungsprozesse sind überwiegend abgeschlossen. Zweifel und Besorgnis der Verunsicherungsphase nehmen ab, indem Zukunftspläne geschmiedet werden. Es werden Informationen und Meinungen eingeholt, die die

Mutterschaft unterstützen. Kontinuierliche medizinische Begleitung und die Mutterschaftsrichtlinien für Schwangere unterstützen die Anpassungsprozesse, so GLOGER-TIPPELT. Weitere psychische Stimmungen werden beschrieben wie Weinen, Unglücklichsein, Müdigkeit, Schlafstörungen, Nervosität und Sorge (vgl. Zajicek, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 86), als auch Depressivität und Ängstlichkeit (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 87).

Die Konkretisierungsphase ist im Phasenmodell von GLOGER-TIPPELT gekennzeichnet mit dem bewußten Erleben der kindlichen Bewegungen im Mutterleib. Die biologischen Prozesse führen zu einem Sichtbarwerden der Schwangerschaft. Körperlich erlebt die Frau eine Zeit größten Wohlbefindens. Mit der zunehmenden Konkretisierung des Kindes setzt auch aktive Fürsorge ein. Die Autorin erklärt, daß Pläne und Vorstellungen vervollständigt werden, wie bspw. eine Ausbildung abzuschließen, eine neue Wohnung zu beziehen usw.. Sozial wird das Paar als zukünftige Eltern angesehen und sowohl mit Rücksicht, aber auch mit Sanktionen konfrontiert, dies insbesondere beim Überschreiten von vorgesehenen Grenzen für Schwangere z.B. bei übermäßiger Sportausübung, Nikotinabusus u.ä.. Ab der 32. Schwangerschaftswoche beginnt die Phase der Antizipation und Vorbereitung auf die Geburt und das Kind. Körperliche Signale kündigen die Geburt an, das Kind hat annähernd sein Geburtsgewicht erreicht. Die Frauen sind in dieser Zeit am stärksten belastet in bezug auf die bevorstehende Geburt und die Übernahme neuer Aufgaben. Ambivalente Gefühle tauchen auf wie Stolz und Ungeduld, daß die Geburt beginnen möge. Auch hier werden von den Frauen zusehend mehr Informationen eingeholt, z.B. wie Kliniken Geburtshilfe ausüben, welche Geburtsmethoden es gibt, usw.. Die Freistellung von der Arbeit und die Einbindung in institutionalisierte medizinische Begleitung unterstützt die Bewältigung des Überganges zur Mutterschaft.

Der Wendepunkt ist die Geburtsphase, wobei körperliche und emotionale Faktoren in Wechselwirkung stehen. Wie die Geburt erlebt wird, ist von physiologischen, situativen und ökologischen Gegebenheiten abhängig (vgl. Gloger-Tippelt 1985, 65ff).

Gabriele GLOGER-TIPPELT nennt drei weitere Phasen, die ich hier nicht erwähnen möchte, da sie von geringer Bedeutung für diese Arbeit sind.

Das Konzept von GLOGER-TIPPELT ist an Modelle zur psychischen Verarbeitung von kritischen Lebensereignissen von LAZARUS (1966) und FILIPP (1981) angelehnt (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 86). Leokadia BRÜDERL (1988) weist darauf hin, daß die „Lebensphase der Familienwerdung“ nicht nur als solche kritische Erlebens- und Verhaltenseffekte enthält, wie im Prozeßmodell von GLOGER-TIPPELT beschrieben, sondern die Art der subjektiven Wahrnehmung und deren Bewertung, als auch die kognitive, emotionale und behaviorale Auseinandersetzung damit bedeutsam ist (vgl. Brüderl 1988, 82).

Wie bereits erwähnt, kommt es in der Schwangerschaft zu Veränderungen im intrapersonalen und interpersonalen Bereich, die ich hier weiter ausführen möchte.

Martina RAUCHFUß (1996) erklärt, daß bei intrapsychischen Veränderungen in der Schwangerschaft sowohl die aktuelle Lebenssituation entscheidend ist, als auch die Lebensgeschichte mit Erfahrungen aus der eigenen Kindheit, mit Beziehungen auch zu Geschwistern und anderen wichtigen Bezugspersonen, aber auch der Verlauf vergangener und gegenwärtiger Beziehungen beeinflussen Schwangerschaft und Geburt. Hinzu kommt die Einbindung in soziale Netze und die berufliche Situation, die Veränderungen unterworfen sein kann (vgl. Rauchfuß 1996, 70).

Interpersonale Veränderungen betreffen insbesondere die Paarbeziehung, wenn sie besteht und erwünscht ist. Das Mutter-Werden/Elternwerden ist ein sogenannter "point of no return", d.h., daß der vorausgegangene Zustand der Beziehung nicht wieder erreichbar ist. In der Beziehung müssen neue Regeln aufgestellt werden, für beide Partner besteht die Notwendigkeit zu handeln und Stellung zu beziehen. Einschränkungen und Verzicht müssen akzeptiert werden (vgl. Buddeberg 1987, zit. nach Rauchfuß 1996, 70f).

In der Regel erleben schwangere Frauen im ersten Trimenon eine erhöhte Wahrnehmung nach innen, womit eine Regression verbunden sein kann; andererseits ist das Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung, besonders durch den Partner, erhöht. Ein ausreichendes Ausmaß an Sicherheit und Stabilität ist für einen ungestörten Schwangerschaftsverlauf Voraussetzung (vgl. Rauchfuß 1996, 71).

Die intrapsychischen Veränderungen können interpersonelle Änderungen besonders im Hinblick zur Beziehung zur Herkunftsfamilie mit sich bringen. Hier kann es zu vollständigen Ablösung kommen oder zur Verstärkung der Beziehung zur Mutter kommen. Z. T. dient aber insbesondere die eigene Mutter als Vorbild für die eigene „Mütterlichkeit“ (vgl. Wimmer-Puchinger 1983; Lukesch 1983, zit. nach Rauchfuß 1996, 71). Sollte die Beziehung zur eigenen Mutter fehlen, abgelehnt oder überidealisiert werden, kann das eigene Muttersein/Mutter-Werden beeinträchtigt sein (vgl. Rauchfuß 1996, 71).

Sheila KITZINGER (1983) weist noch auf einen weiteren Aspekt hinsichtlich interpersoneller Veränderungen hin. Sie meint, daß bei einer großen Anzahl von Frauen Unsicherheit darüber besteht, wie die Mutterrolle auszufüllen ist. Da die traditionellen Familienmuster sich wandeln und auch Frauen es gewohnt sind, Machbarkeit und Leistung zu erleben, führt das Muttersein zu Unsicherheit und Ambivalenz (vgl. Kitzinger 1983).

Marina GAMBAROFF erwähnt, daß das Schwangerschaftserleben diverse Konfliktfelder enthält. Sie nennt unbewußte und bewußte Schwangerschaftsphantasien, die auf verschiedenen Ebenen der seelischen Entwicklung und des Erlebens wahrgenommen werden (vgl. Gambaroff o. J., zit. nach Olbricht 1993, 168).

Ingrid OLBRICHT (1993) faßt ihre Praxiserfahrungen hinsichtlich Schwangerschaftsphantasien, die einer repräsentativen Überprüfung bedürfen, zusammen und drückt aus, daß alles Leben vom Mütterlichen abstammt und eine Schwangerschaft zu einer Konfrontation mit Größengefühlen führen kann. Diese narzißtischen Gefühle sind instabil und schlagen auch ins Gegenteil um. Eine Frau kann sich dann, so die Autorin, selbst als hilfloser, ausgelieferter Embryo fühlen. Seelisch stabile Frauen fühlen sich als Teil eines natürlichen Ablaufes und können dies als Bereicherung und Entwicklungsmöglichkeit erleben. Des weiteren erleben sich Schwangere, so OLBRICHT, als untrennbare Einheit mit dem Kind. Die Frau trägt und hält das Kind, aber trägt und hält auch sich selbst. Dieses Gefühl ist mit anderen Menschen nicht teilbar. Das Erleben der Symbiose mit dem Kind kann von seelisch stabilen Frauen als Wertezuwachs und Bereicherung empfunden werden, wobei sich die Frau als Trägerin von Leben bewußt wird (vgl. Olbricht 1989, zit. nach Olbricht 1993, 169). Zudem

können Phantasien auftauchen, die sich auf den vollen Bauch durch Sättigung und dem vollen Bauch in der Schwangerschaft beziehen. Die Gefühle des Angefüllt-Werdens und Ausgefüllt-Seins können, je nach Lebenserfahrung oder Einstellung der Schwangeren, als angenehm oder einengend erlebt werden, so OLBRICHT. Auf einer weiteren Ebene gibt es Phantasien, so die Psychosomatikerin, daß das Angefülltsein im Sinne von „Verstopfung“ erlebt wird, was sich ausdrückt in Festhalten Wollen, Ausstoßen oder Angst vor dem „Zerplatzen“.

Oder:

„Das Kind kann ebenso auch als Kontrollinstanz erlebt werden, die von außen ins Körperinnere eingedrungen ist“ (Olbricht 1993, 170).

Eine weitere Phantasiebildung erleben Frauen auf der Ebene der Sexualität. Viele Frauen lehnen Sexualität in der Schwangerschaft ab. Dies kann reale Gründe in der Beziehung zum Kindsvater haben, so die Autorin.

„Manchmal verhalten sich Frauen unbewußt aber auch so, als sei der Vater des Kindes ihr eigener Vater. Dahinter können Inzestängste sichtbar werden“ (Olbricht 1993, 170).

Auch kann Geschlechtsverkehr als „unanständig“ angesehen werden und das Gefühl auftreten, dabei erwischt zu werden, was zu einer Mobilisierung alter Ängste führen kann. Auf einer weiteren Ebene, so Ingrid OLBRICHT, kann die Partnerschaft sehr innig erlebt werden, insbesondere wegen der Gemeinsamkeit. Die Möglichkeit des Austausch zwischen beiden und die Bereitschaft, den anderen am eigenen Erleben teilnehmen zu lassen, wirken verbindend (vgl. ebd., 169ff). Wichtig für das Schwangerschaftserleben ist die Tatsache, daß Grenzen erlebt werden. Die Möglichkeit der Kontrolle ist ausgeschlossen, so OLBRICHT. Auch die Geburt ist nicht willentlich herbeiführbar. Frauen werden mit diesen Grenzerfahrungen konfrontiert, umgeben von einer Gesellschaft, die einen linearen, grenzenlosen Fortschritt aufwertet. Somit ergeben sich, nach Auffassung der Autorin, für Schwangere Konflikte. Schwangerschaft konfrontiert zudem mit dem eigenen Tod. Die Geburt ist das unwiderrufliche Ende der Schwangerschaft, reale Gefahren bestehen, die zum Tod führen könnten, als auch die Tatsache, daß das Kind die Mutter überleben wird (vgl. ebd., 171f).

Psychoanalytische Theorien weisen darauf hin, daß in der Schwangerschaft das Kind als eigenständiges Objekt anzusehen ist, daß es geliebt wird, um es schließlich wieder von sich abzuspalten. J. OFFERMAN-ZUCKERBERG meint, daß es Frauen gibt, die Schwierigkeiten damit haben zu erfahren, daß jemand „anderes“ in ihnen heranwächst, worüber sie keine Kontrolle haben (vgl. Offerman-Zuckerberg 1980, zit. nach Smith 1993, 44). Des weiteren kann das Gefühl auftreten, den Körper mit jemanden anderes teilen zu müssen (vgl. Raphael-Leff 1980, zit. nach Smith 1993, 44).

Patricia SMITH schließt daraus, daß beide Erfahrungen konflikthaft von Überlebenden sexualisierter Gewalt erlebt werden können (vgl. Smith 1993, 44).

2.3 Körpererleben in der Schwangerschaft und bei der Geburt

Maria Luise KÖSTER-SCHLUTZ (1991) verweist in ihrer Studie Schwangerschaft und weibliche Identität, die mit psychoanalytisch geführten Interviews mit ca. 100 Menschen durchgeführt wurde, hinsichtlich des Körpererlebens in der Schwangerschaft auf folgende Betrachtungsweise: Sie sagt aus, daß Frauen der Wunsch, Identität auch durch den Körper zu erleben, ohnehin erschwert wird, zunächst aufgrund der Menstruation und Menopause, des weiteren aufgrund des Alterungsprozesses, der bei Frauen nicht erwünscht ist und nennt dies „systematische Brechung“. Die Veränderungen in der Schwangerschaft widersprechen so sehr den gesellschaftlichen Erwartungen, die von den Frauen auch verinnerlicht werden, daß ein Genießen der Veränderungen nicht möglich erscheint, so die Autorin. Die Identität einer Frau oder ihr Selbst werden anhand ihres Körpers beurteilt, der straff und konkurrenzfähig sein muß. Hier setzt auch die Ambivalenz ein, die Frauen aufgrund ihrer Fruchtbarkeit erleben.

„Dazu erzogen, allein den Tauschwert ihres Körpers hochzuhalten, soll die Frau sich nun auf einmal auf davon abweichende Veränderungen und auf seinen lebendigen Gebrauch einstellen. Nach Möglichkeit soll man ihr die Schwangerschaft nicht ansehen, unmittelbar nach der Entbindung ist eine schnelle Rückkehr zur Normalität gefordert. Die schwangere Frau kann so - vor dem Hintergrund der Anforderungen der Leistungsgesellschaft an eine kontinuierliche und erkennbare Identität - nicht mit sich selbst identisch sein“ (Köster-Schlutz 1991, 67f).

KÖSTER-SCHLUTZ erklärt weiter, daß es zu einer weiteren „Brechung“ kommt, bezogen auf berufliche und persönliche Entfaltung. Die Arbeitsorganisation verlangt ein belastbaren Körper.

„(...) zusätzlich wird oft erwartet, daß die Schwangere durch ein dezentes Make up und eine gepflegte Frisur von ihrem unförmigen Körper ablenkt“ (Köster-Schlutz 1991, 68).

Wie belastet der Körper aber in einer Schwangerschaft ist, wird allzu leicht nicht wahrgenommen. Die Belastung des Kreislaufes, der Becken-, Rücken-, Bauchmuskeln und des Skelettsystems wird ignoriert. Schwangerschaft und Geburt werden zur Privatsache gemacht, so die Autorin. Nach ihrer Auffassung finden Frauen schwerlich eine Einigungsmöglichkeit zwischen den Bedürfnissen des Körpers und den beruflichen Erfordernissen, weil gesellschaftliche Standards die Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten der Frauen ignorieren (vgl. ebd., 68).

Im Rahmen der Entwicklung der Naturwissenschaften geht es um die Vorherrschaft des Sichtbaren, nicht um Erfahrungsdimensionen, wie Berühren, Hören, Synästhesien usw.. Durch die Überlegenheit des ärztlichen Blickes wird Selbsterfahrung minderwertig, so KÖSTER-SCHLUTZ. Die schwangere Frau lernt sich mit den Augen des Arztes zu sehen. Nach Auffassung der Autorin scheint somit die eigene leibliche Erfahrung unwirklich und irrelevant. Dies widerspricht aber dem Erleben der Frauen, das schon aus biologischen Gründen auf inneren Wahrnehmungen und Synästhesien beruht und eine historisch genetische Erfahrung darstellt.

„Unter dem medizinischen Blick und stärker noch später durch die apparative Vermessung wird die Frau gezwungen, sich von ihren Körpererfahrungen zu distanzieren. Da diese aber nicht gänzlich zu unterdrücken sind, entstehen Inkongruenzen und Interferenzen mit den von außen kommenden Informationen, die zu „Streß“ Empfindungen führen“ (Köster-Schlutz 1991, 71).

Die Autorin befaßt sich weiterhin damit, daß der Einfluß der GynäkologInnen, die die Schwangere begleiten, auf das Erleben der Schwangerschaft nicht zu unterschätzen ist. Die MedizinerInnen setzen medizinische Standards und medizinische Feststellungen, unter denen die Schwangerschaft zu erleben ist. Andererseits bietet die Schwangerenvorsorge den ÄrztInnen auch die

Möglichkeit, so KÖSTER-SCHLUTZ, ihre eigenen Ansichten über Schwangerschaft, Weiblichkeit oder ihre eigene private Moral, der Frau nahe zu bringen. Im Rahmen des festgelegten Vorsorgeprogrammes werden potentielle Risiken der Schwangeren festgehalten, wie Alter, Sozialstatus, Blutungen, Terminunklarheit usw..

„Risiken sind vor allem aber Symptome wie vorzeitige Wehen; Blutungen, Blasensprung usw., die in der Regel als faktische Ereignisse behandelt werden, d.h. unter Vernachlässigung des zugrundeliegenden - unter Umständen konflikthaften - Erlebens“ (Köster-Schlutz 1991, 73).

Die Autorin bewertet dies als systematischen Zugriff auf die Schwangerschaft, rational erklärbar im Sinne der Risikominderung für Mutter und Kind, aber auch als Möglichkeit der Abrechenbarkeit der zahlreichen ärztlichen Leistungen. Sie weist darauf hin, daß aus weiblicher Sicht, Defizite zurückbleiben: die objektive Definition von Schwangerschaft als Krankheit und das Verwerfen weiblichen Erlebens. Klinische MedizinerInnen vertreten eine erlebnisfreie, objektive, apparatevermittelte Perspektive, in der das Erleben der Schwangeren nicht enthalten ist. Ein Funktionieren des Medizinbetriebes ist sogar davon abhängig, daß die Schwangere Körper und Selbst trennt und besonders unter der Geburt Körperbeherrschung einbringt, so KÖSTER-SCHLUTZ. So wird nicht eine lebendige Frau unterstützt, sondern das CTG, der Blasensprung, die Steißlage u.ä. (vgl. ebd., 73). Heilerfolge in der Geburtshilfe mögen der wissenschaftlichen Betrachtungsweise und der damit verbundenen Distanz zum Erleben der Schwangeren Recht geben, erklären aber medizinische Rituale nicht, wie aktives Beteiligen an medizinischen Entscheidungen, Visiten mit einer großen Anzahl an ExpertInnen, die die Initiative der PatientInnen verhindern, Flüstern, unanschauliche Themenbehandlung, medizinische Fachsprache, Nicht-Aufgreifen von Äußerungen von PatientInnen o.ä., sondern drücken Macht aus, so Maria Luise KÖSTER-SCHLUTZ (vgl. ebd., 73). Die prinzipielle Überlegenheit medizinischer Wissenschaft dient der Rechtfertigung hierarchischer Strukturen. Im Arzt-Patientin-Verhältnis wird dieses Gefälle aber aufgrund der historischen Überlegenheit des Mannes noch verschärft, so die Beurteilung der Autorin. Im historischen Kontext wird sichtbar, daß Weiblichkeit als Krankheit definiert wird, insbesondere Menstruation und Schwangerschaft. Der menstruierende Frauenkörper bspw.

muß gereinigt werden, da es leicht zu einer von unten aufsteigenden Infektion kommen kann (vgl. Karpenstein-Eßbach 1984, zit. nach Köster-Schlutz 1991, 74).

„Ganz handgreiflich wird hier die Furcht der Männer vor der Ansteckung mit Weiblichkeit!“ (Köster-Schlutz 1991, 74).

In der Schwangerschaft und insbesondere unter der Geburt ergeben sich damit, nach KÖSTER-SCHLUTZ, für die Frauen peinliche Situationen, wenn der organische Bereich des Körpers mit Schwitzen, Fruchtwasser- und Stuhlabgang, Blutungen aus der Vagina usw. reagiert. Die Haltung der MedizinerInnen dazu ist, eine Distanz zu der Schwangeren/Gebärenden aufzubauen wie sie mit Gummihandschuhen zu berühren, Apparate, Instrumente, Medikamente usw. einzusetzen (vgl. ebd., 74f).

Nicht nur der Körper der Frau wurde normiert, sondern auch ihre „Seele“. Die „Hysterie“, die als typisch weibliche Erkrankung gilt, wurde im 19. Jahrhundert als „alarmierender Sittenverfall“ definiert, so erklärt KÖSTER-SCHLUTZ nach Durchsicht verschiedener medizinischer Werke dieser Zeit, wobei sich an diese Diagnose moralische Appelle zur gesellschaftlichen Gesundung anschließen. SCHULLER (1982) bezeichnet die „Hysterie“ als „Weibliches Aufbegehren“, was als Kritik an den soziokulturellen Verhältnissen angesehen werden kann. Mit der „Symptomatik“ entzieht sich die Frau einer gesellschaftlich anerkannten und erkennbaren Identität, verwehrt dem ärztlichen Blick die Deutung und garantiert die Reproduktion der gesellschaftlichen Verhältnisse nicht (vgl. Schuller 1982, zit. nach Köster-Schlutz 1991, 76).

„Das Moment, das sich dem ärztlichen Blick entzieht - und hier ist auch immer schon an die Situation der Schwangeren zu denken! - erscheint in mehrfacher Hinsicht als identitätsgefährdend: sowohl für die Identität des Individuums als auch für die Identität gesellschaftlich-kultureller Bereiche“ (Köster-Schlutz 1991, 76).

Psychoanalytisch betrachtet, erfordert eine Schwangerschaft mehrere Anpassungsleistungen, darunter auch auf der körperlichen Ebene. Marianne RINGLER (1991) hat sich dem Körpererleben in der Schwangerschaft gewidmet und ihre Analyse erfordert eine wissenschaftliche Überprüfung. Sie beschreibt, daß Narzißmus, definiert nach Sigmund FREUD als Zustand „(...)

bei welchem das erwachsene Individuum den eigenen Leib mit all den Zärtlichkeiten bedenkt, die man sonst für ein fremdes Sexualobjekt aufwendet“ (Freud 1917, 401, zit. nach Ringler 1991, 148) für die Entwicklung einer Objektbeziehung zu anderen Menschen oder dem Kind, notwendig ist. Wird ein „unbeeinträchtigter Narzißmus“ empfunden, so RINGLER, kann eine Frau ihren Körper in seiner spezifischen Funktionen positiv wahrnehmen und das eigene sexuelle Begehren achten und dafür Verantwortung übernehmen. Damit ist es der Frau möglich, die körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft (Veränderung der Brüste, des Körperumfanges, die Kindsbewegungen) ins Ich zu integrieren, ohne daß Angst vor einem Identitätsverlust auftritt. Ist der Körper libidinös besetzt, können alle Veränderungen in der Schwangerschaft lustvoll und neugierig erlebt werden, anstatt sich um körperliche Beschädigung und Identitätsverlust zu sorgen. Ist der Körper libidinös besetzt, dann kann sorgsam mit ihm umgegangen werden, so RINGLER.

„Viele Frauen sind dazu oft aus sozialen Gründen nicht in der Lage. Dieselben sozialen Gründe haben aber zumeist schon früher die Ich-Liebe beeinträchtigt. Denn ein Mensch, (eine Frau; Anmerkung A. E.), der seitens seiner Umwelt keine Wertschätzung und Achtung erfährt, wird auch sich selbst schwerer achten und wertschätzen können“ (Ringler 1991, 149).

Eine positive narzißtische Besetzung des Selbst fördert nach RINGLER folgende Vorstellung:

„(...) etwas Gutes und Wertvolles zu produzieren, pflegen und weiterentwickeln zu können“ (Ringler 1991, 150).

Selbstsicherheit in bezug auf diese Vorstellung, ist eng mit der Lebensgeschichte verwoben, so RINGLER (vgl. ebd., 150).

Die Psychoanalyse geht von dem Phasenmodell einer psychosexuellen Entwicklung aus, an denen viel Kritik geübt wird. Wenn man den Begriff des „Narzißmus“ verwenden will, gehe ich davon aus, daß dieser für den eigenen „Leib“ bestimmt ist und nicht für ein anderes Sexualobjekt bestimmt sein muß. Ein hohes Selbstwertgefühl, wie ich „Narzißmus“ definieren würde, schafft m. E. die Grundlage dafür zu lieben, muß aber keinesfalls mit

anderen sexuell gelebt werden. Kritisch sehe ich weiterhin die ausschließliche Reduzierung auf sexuelle Handlungen.

Eine Besonderheit für das Körpererleben in der Schwangerschaft stellt die Tatsache dar, daß Frauen bereits sehr früh, etwa 6-10 Tage nach der Zeugung, in der Lage sind, die Schwangerschaft zu spüren, noch bevor gynäkologische Untersuchungen oder biochemische Tests diese nachweisen können (vgl. Jarka 1995, 166f).

Harald FELDMANN (1977) führte eine Untersuchung mit 50 Schwangeren zum Körpererleben durch und faßt zusammen, daß Frauen insbesondere auf die Zunahme des Bauchumfanges reagieren. Sie haben das Gefühl selbst dicker zu werden, was mit Peinlichkeit verbunden sein kann.

„Der Bauch wird als „Bauch“, nicht als Kind erlebt“ (Feldmann 1977, 315).

Mit dem Einsetzen der Kindsbewegungen wird das Kind zu empfundener Wirklichkeit. Nun wird die Zunahme des Körperumfanges eher akzeptiert und emotional positiv beantwortet, so FELDMANN (vgl. ebd., 315f).

Ab dem 6. Monat wird der Bauch fühl- und sichtbar dicker. Das Verhalten der Frau kann sich in bezug auf Kleidung, Verhalten in Menschenmengen usw. ändern. Die Ausdehnung des Körpers kann als Gefühl von Stolz und Potenz erlebt werden, aber auch mit Schamgefühlen behaftet sein. Rückzug aus der Öffentlichkeit oder Trägheit können daraus resultieren, wobei das Körperbild und das Selbstwertgefühl der Frau, sowie die Bedeutung des Kindes von enormer Bedeutung für diese Verhaltensweisen sind (vgl. Jarka 1995, 167f).

Laut Harald FELDMANN (1977) kommt es in der zweiten Schwangerschaftshälfte zu einem Wandel im Körpererleben, denn der Bauch wird mehr als das Kind empfunden, aber zum Teil auch als Teil des Selbst erlebt. Eine beginnende Verselbstständigung des Kindes vollzieht sich. Zuletzt kommt es zu einer sogenannten Ausgliederung des Kindes aus dem Körperganzen, so FELDMANN, was die Frauen zu Aussagen wie „das Kind wächst nach vorn“ oder „ich bin hinter dem Kind“ o.ä. veranlaßt (vgl. Feldmann 1977, 315f). Die erlebte Körpergrenze liegt in dieser Zeit, um den 6.-7. Monat, hinter der realen Ausdehnung des Körperumfanges, so daß es

zu leichten unvermuteten Anstoßen mit dem Bauch an Türen, Tische usw. kommen kann (vgl. ebd., 316f).

Dazu bemerkt I. M. YOUNG (1984), daß schwangere Frauen ihren Körper so erfahren, als hätte er keine festen Grenzen. Die Autorin vermutet, daß dies problematisch für Frauen werden kann, die Schwierigkeiten haben, auch unter „normalen“ Bedingungen ihre Grenzen wahrzunehmen und zu verteidigen (vgl. Young 1984, zit. nach Smith 1993, 45).

Mit dieser Ausgliederung des Kindes nach FELDMANN vollzieht sich die Erkenntnis, das Kind als eigenes Selbst wahrzunehmen. Die ursprünglich narzißtische Besetzung des Kindes kann gelöst werden und eine Objektbeziehung kann entstehen. Der Autor vermutet, daß die Ausgliederung des Kindes aus dem Körperganzen mit der Bedeutung der Schwangerschaft und der Einstellung zum Kind zusammenhängt (vgl. Feldmann 1977, 315ff). Hier gibt M. JARKA (1995) den Hinweis auf verleugnete Schwangerschaften und Scheinschwangerschaften. Scheinschwangerschaften sind solche, bei denen trotz nicht vorhandener Schwangerschaft, körperliche Veränderungen auftreten, die vermuten lassen, daß die Frau schwanger ist. Die Autorin meint, daß hieraus deutlich wird, daß das Körpererleben von psychischen Faktoren mitbestimmt wird (vgl. Jarka 1995, 168).

Das Körpererleben in der Schwangerschaft verbunden mit dem körperlichen Wohlbefinden im zweiten Trimenon, ist nicht nur aus biologischer und entwicklungspsychologischer Sicht erklärbar, sondern JARKA vermutet, daß Frauen in dieser Zeit „Narzißmus“ ohne Schuldgefühle ausagieren können. So können intensive Körperpflege, gute Ernährung und Erholung, mit der Aussage, „alles für das Kind zu tun“, erklärt werden. Gegen Ende der Schwangerschaft erleben sich manche Frauen primär als Körper und ersehnen die Geburt aufgrund körperlicher Unbeweglichkeit und Einschränkung herbei (vgl. ebd., 169).

Marianne RINGLER (1985) erklärt, daß die Körperveränderungen in der Schwangerschaft einen neuen Zugang zur eigenen Körperlichkeit erfordern. Der Körper ist nicht nur Träger der eigenen Identität und der des Kindes, sondern soll weitere Funktionen erfüllen. RINGLER meint, daß das Ausmaß an Selbstsicherheit die Erfüllung der Fähigkeiten beeinflusst. Außerdem kommt es zu einer Bewertung der körperlichen Veränderungen, die z.B. als Schönheit oder Häßlichkeit bewertet werden können. Die Erlaubnis oder das

Verbot heterosexuelle Kontakte und sexuelle Bedürfnisse gehabt zu haben, bilden ebenfalls eine wichtige Einflußgröße für das Körpererleben in der Schwangerschaft. RINGLER erklärt weiter, daß sie davon ausgeht, daß in der Schwangerschaft und unter der Geburt folgende Gefühle zur Körperlichkeit erlebt werden können: Angst und Scham. Daß die Geburt am gleichen Körperteil stattfindet wie der genitale Sexualakt und sexuelle Lust, kann Angst mobilisieren. Scham und Angst werden erlebt, so die Autorin, weil dieselben Organe, die das Hauptgeschehen der Schwangerschaft und Geburt ausmachen, gleichzeitig mit Sexualität verbunden sind. Die körperliche Nähe zu den Ausscheidungsorganen kann ebenfalls Schamgefühle hervorrufen, wobei das Ausmaß der Beeinträchtigung im besonderen Maße von der Selbstsicherheit der Frau abhängt. Die individuelle Lebensgeschichte formt die Erfahrungen von Vollkommenheit oder Unvollkommenheit der körperlichen Funktionen (vgl. Ringler 1985, 26f).

„Eigene und gesellschaftliche Normen über die weibliche Funktionstüchtigkeit (...) bestimmen, ab welchem Ausmaß von Abweichung vom fantasierten Idealzustand, Unvollkommenheit erlebt wird. Je vollkommener und perfekter das Ideal, desto eher wird eine Abweichung als narzißtische Kränkung oder Bedrohung erlebt. Verläuft die Schwangerschaft in somatischer Hinsicht gestört, bzw. verläuft die Entbindung/Geburt des Kindes anders als es den Normalitätsvorstellungen der betroffenen Frau entspricht, so ist dieses Erleben dazu geeignet, das Selbstwertgefühl zu reduzieren und die Identitätsfindung zu erschweren“ (Ringler 1985, 27).

Patricia SMITH vermutet, daß die Körpererfahrungen in der Schwangerschaft von Betroffenen sexualisierter Gewalt wenig positiv erlebt werden, wie an den diskutierten Überlebensstrategien von sexualisierter Gewalt bereits sichtbar wurde (vgl. Smith 1993, 45).

2.4 Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen unter psychosozialen Aspekten

Unspezifische Beschwerden, die sich auf das körperliche Empfinden und die Stimmung auswirken, erhebt Beate WIMMER-PUCHINGER (1992) in ihrer Untersuchung. Es werden Schwindel, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Beklemmung, Ohnmacht, Schweißausbrüche, Hitzegefühl, Schweregefühl, Heißhunger, Krämpfe, Druckschmerzen, Kreuz- und Beinschmerzen sowie

Krampfadern benannt. Diese Beschwerden nehmen im Laufe der Schwangerschaft zu. Insbesondere Schweißausbrüche, Hitzegefühle, Beklemmungsgefühle, Krämpfe, Kreuz- und Beinschmerzen werden im dritten Trimenon von 2-3 mal so vielen Frauen genannt, als zu Beginn der Schwangerschaft (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 141).

Latente Ängste können sich in vegetativen Symptomen wie z.B. Schwindel, Herzsensationen, hartnäckigen Obstipationen ausdrücken (vgl. McDonald u.a. 1968; Barclay 1973, zit. nach Prill 1981, 3.75). Manifeste Ängste stehen im Zusammenhang mit einem Ausdruck an mangelnder Entscheidung und geringem Selbstwertgefühl (vgl. Prill 1981, 3.76).

Das Vorkommen von somatischen Schwangerschaftsbeschwerden ist bei psychisch konflikthaften Schwangerschaften erhoben worden, wobei insbesondere Kriterien wie Ungeplantheit, Unerwünschtheit, Ablehnung der Rolle als Mutter usw. dafür verantwortlich gemacht werden (vgl. Zuckerberg 1974; Uddenberg 1974, zit. nach Lukesch 1981, 54).

Des Weiteren wird festgestellt, daß psychosomatische Symptome mit dem Angstniveau in der Schwangerschaft korrelieren (vgl. Lubin u.a. 1975, zit. nach Lukesch 1981, 54).

Auch werden Beschwerden als abhängig von der Menstruations- und Sexualvorgeschichte einer Frau erklärt (vgl. Lubin u.a. 1975; Zuckerman u.a. 1963, zit. nach Lukesch 1981, 54). NILSSON (1970) wies nach, daß bei psychischen Irritationen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten in der gynäkologischen Anamnese wie Aborte und häufigeres Schwangerschaftserbrechen erhoben werden konnten (vgl. Nilsson 1970, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 136).

Persönlichkeitsmerkmale der Schwangeren können zu erheblichen Ängsten in der Schwangerschaft führen und das Erleben konflikthaft werden lassen, was zu Störungen führen kann (vgl. Doty 1967; Heinstein 1967, zit. nach Lukesch 1981, 54). RIZZARDO u.a. (1985) weisen aber darauf hin, daß bei einer generellen Ängstlichkeit, verschiedene lebensverändernde Ereignisse mit negativen Auswirkungen zusammen spielen und nur dann zu Komplikationen führen (vgl. Rizzardo 1985, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 137). Kommt es zu einer Verleugnung des konflikthaften Erlebens einer Schwangerschaft, ist ebenfalls mit mehr Schwangerschaftskomplikationen zu rechnen (vgl. Chalmers 1984, zit. nach

Wimmer-Puchinger 1992, 137). SCHORSCH u.a. (1968) zeigten, daß eine allgemeine primäre Vitalschwäche und ein labiles Selbstwertgefühl mit schlechtem Befinden in der Schwangerschaft einher gehen (vgl. Schorsch u.a. 1968, zit. nach Prill 1981, 3.73). PRILL (1981) faßt zusammen, daß Frauen mit Störungen der Annahme der weiblichen Rolle, starker Vaterbindung und Infantilität, stärkere Beschwerden in der Schwangerschaft aufzeigen (vgl. Prill 1981, 3.73).

Die wichtigsten Forschungsergebnisse zusammengefaßt, ergeben, daß eine hohe Angstbereitschaft, belastende Lebensereignisse und wenig bis keine soziale Unterstützung als Noxen anzusehen sind und das körperliche Befinden beeinträchtigen und Schwangerschaftsbeschwerden nach sich ziehen können (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 140).

LAUKARAN und VAN DEN BERG (1980) wiesen nach, daß die Akzeptanz der Schwangerschaft als entscheidender Faktor für den weiteren Schwangerschaftsverlauf betrachtet werden kann. Frauen mit ambivalenter Einstellung weisen mehr Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auf (vgl. Laukaran/Van den Berg 1980, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 137).

Im folgenden möchte ich auf häufige Schwangerschaftskomplikationen eingehen, die von hoher klinischer Relevanz sind und deren Psychodynamik bereits erforscht wurde.

Die Hyperemesis Gravidarum, definiert als übermäßiges Erbrechen in der Schwangerschaft und daraus folgenden Symptomen (vgl. Pschyrembel/Dudenhausen 1986, 94ff), die bei etwa 5-8% aller Schwangeren auftritt, wird in psychologischen Studien mit der Persönlichkeit der Frau erklärt und deren Gefühlen von Scham und Ekel in Bezug auf Sexualität und weibliche Identifikation (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 147). Hans MOLINSKI (1980) beschreibt, daß Frauen mit diesen Beschwerden eine neurotische Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Er erklärt weiter, daß eine Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft bei Frauen mit übermäßigem Erbrechen besteht, aus der sich eine Konkurrenzsituation entwickelt, wobei der Fetus als „Mitesser“ erlebt wird und eine befriedigende Symbiose mit dem Kind blockiert wird (vgl. Molinski 1980).

Gestose, die sogenannte „Schwangerschaftsvergiftung“, ist eine im letzten Trimenon auftretende Erkrankung, die vor allem auf Grund des erhöhten

Blutdruckes bei der Frau zu schwersten Komplikationen für die Frau und das Kind führen kann (vgl. Pschyrembel/Dudenhausen 1986, 96ff). Von COPPEN (1958) wurde die Gestose mit folgenden Merkmalen in Verbindung gebracht: Die Frauen mit Hypertonie reagierten negativ auf ihre Menarche, litten unter prämenstruellen Spannungen und sexuellen Problemen, hatten eine weniger positive Einstellung zur Schwangerschaft, wiesen erhöhte Neurozitiswerte auf und erlebten in der Schwangerschaft mehr belastende Ereignisse als Frauen aus der Kontrollgruppe (vgl. Coppen 1958, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 151).

E. MÜLLER-TYL und Beate WIMMER-PUCHINGER (1982) erhoben bei Frauen mit Gestose folgende Charakteristika: die Frauen mit Gestose waren eher welche, die sich an der Außenwelt und deren Leistungsanforderungen orientierten und sich damit vermehrt unter Druck fühlten. Die Symptomatik ist auch in Zusammenhang zu bringen, so die Autorinnen, mit Konflikten am Arbeitsplatz und mit nicht bestandenen Prüfungen. Die Frauen hatten ein signifikant geringeres Selbstwertgefühl, waren ängstlicher und litten an vegetativen Begleiterscheinungen, so die weiteren Ergebnisse (vgl. Müller-Tyl/ Wimmer-Puchinger 1982, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 152f). Andere AutorInnen erhoben Zusammenhänge zwischen Gestose und Armut und Gestose und unehelichen Schwangerschaften aufgrund größerer psychischer und sozialer Belastung, akuten familiären und sozialen Probleme usw. (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 153).

Martina RAUCHFUß (1990) erhob in ihrer Untersuchung psychosoziale Besonderheiten bei Frauen, die eine Gestose entwickelten: Die Frauen fühlten sich häufiger physisch und psychisch überlastet, sie waren in vielen Lebensbereichen unzufriedener, ihre Partnerschaften waren gestört, sie lehnten die Schwangerschaft häufiger ab und sie hatten häufiger eine negative Einstellung zu Sexualität (vgl. Rauchfuß 1990, zit. nach Rauchfuß 1996, 92).

BERGER-OSER und RICHTER (1984) arbeiten in einer psychoanalytischen Studie heraus, daß Frauen mit Gestose, eine orale Störung in der Kindheit erlebt haben, die sich in der Schwangerschaft mit deutlichem Über- bzw. Untergewicht zeigte. Sie litten an starken Kopfschmerzen, Schlafstörungen und multiplen Ängsten. Die Beziehung zur Mutter ist von Abhängigkeit geprägt, die zu den Vätern kann nur vage erinnert werden, so die Autoren.

Die sexuelle Entwicklung und andere Bereiche der Weiblichkeit schienen den Frauen mit Gestose nicht so wichtig zu sein. In der Beziehung zur Mutter zeigte sich, daß diese den Töchtern nicht viel vermitteln konnten, aber die Töchter die Mütter auch nicht befriedigten, so BERGER-OSER und RICHTER. Die Schwangerschaft stand damit von Anfang an unter dem Gefühl, zu kurz zu kommen, sich opfern zu müssen oder andere durch die eigenen Bedürfnisse zu überfordern. Die daraus folgende Wut und Aggression wird aber in Schach gehalten. Das Kind wird als rivalisierendes Objekt zur eigenen Tochterrolle erlebt (vgl. Berger-Oser/Richter 1984, 185ff). Insgesamt kann die Hypertonieforschung noch keine komplexen Zusammenhänge aufzeigen, so WIMMER-PUCHINGER, die Ergebnisse legen aber nahe, daß bestimmte Persönlichkeitskomponenten die Entstehung einer Gestose begünstigen (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 153). Bei habituellem Abort spricht man von mindestens drei oder mehr Fehlgeburten bei derselben Frau (vgl. Pschyrembel/Dudenhausen 1986, 540f). Die Forschung zeigt, daß emotionale Faktoren eine entscheidende Rolle spielen und psychotherapeutische Unterstützung erneute Aborte verhindern können. Gezeigt werden konnte folgende Grundproblematik bei Frauen mit habituellem Abort: Die Frauen mit habituellem Abort wurden als unreife Persönlichkeiten, die die Mutterrolle schwer akzeptieren, beschrieben. Oder sie schienen Frauen zu sein, die unabhängig, aber frustriert waren, sich bisher in der „männlichen Welt“ behauptet hatten, aber die Frauenrolle (bzw. die Mutterschaft) als weniger befriedigend empfinden (vgl. Javert 1954; Tupper/Weil 1962, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 158f; vgl. auch Rauchfuß 1996, 79).

WIMMER-PUCHINGER charakterisiert diese Ergebnisse als sehr unspezifisch und stigmatisierend, aber fügt lediglich weitere Faktoren zur Entstehung von habituellem Abort hinzu, die TUPPER und WEIL (1962) erhoben haben. Dies sind Streßfaktoren, wie Fehlen oder Interesselosigkeit des Partners, soziale Isolation oder eine schlechte Arzt-Patientin-Beziehung. TUPPER (1960) erhebt weiterhin, daß die Frauen stark abhängig, leidend und selbstbeschuldigend sind und ihre Schwangerschaft als Pflicht oder Opfer gegenüber dem Partner empfinden und ihre sexuellen Empfindungen gehemmt sind, so TUPPER. Die Autoren stellten dies in einen

Zusammenhang zu den überwiegend schlechten Vaterbeziehungen (vgl. Tupper/Weil 1962; Tupper 1960, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 160). CLYNE (1972) erkennt, daß Frauen mit habituellem Abort zwischenmenschliche Beziehungen haben, die die Frauen von Abhängigkeit und Ablehnung geprägt, erleben (vgl. Clyne 1972, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 160).

Frühgeburten und vorzeitige Wehentätigkeit stehen in Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen in der Schwangerschaft, insbesondere familiären Konflikten oder akuten finanziellen Belastungen, die von den Frauen gegenüber Hebammen oder ÄrztInnen nicht thematisiert werden. Eine risikohaft gewordene Schwangerschaft durch vorzeitige Wehen löst Schuldgefühle aus und verstärkt Konflikte. Bei notwendiger stationärer Aufnahme sind widersprüchliche Gefühle zu erwarten. Die Angst um das Wohl des Kindes, der Zweifel an den medizinischen Hilfestellungen, den Geburtsbeginn aufzuhalten, aber auch Widerstand gegen die Ruhigstellung.

„Eine ganz wesentliche Hilfestellung besteht nun darin, der Frau deutlich werden zu lassen, daß sie sich die Regression gestatten, ihre Bedürfnisse in den Vordergrund stellen darf. Auch an diesem Konflikt zeigt sich das weibliche Dilemma zwischen Aktivität und Passivität“ (Wimmer-Puchinger 1992, 161).

Martina RAUCHFUß (1996) fügt hinzu, daß nicht Streß per se vorzeitige Wehen oder Frühgeburten auslöst, sondern entscheidend ist, wie eine Frau Streß erlebt (vgl. Rauchfuß 1996, 86f). PRILL (1983) erhebt folgende Persönlichkeitsmerkmale bei Frauen mit vorzeitigen Wehen und Frühgeburten: negativ empfundene Menstruation, negative Einstellung zu Sexualität, schlechtes Verhältnis in der Partnerschaft, beruflich stärker orientiert, geringere Identifikation mit dem Mutterbild (vgl. Prill 1983, zit. nach Rauchfuß 1996, 87). HERMS (1980) fand in seiner Untersuchung folgende Merkmale: Frauen mit vorzeitigen Wehen waren selbstbewußter, sozialkritischer und ehrgeiziger. Konflikte wurden versucht auf der rationalen Ebene zu klären, wodurch die affektive Beteiligung unterdrückt und das Auftreten psychosomatischer Komplikationen begünstigt wird (vgl. Herms 1980, zit. nach Rauchfuß 1996, 87).

Eine seltene, aber mit hohen Risiken verbundene Komplikation für Schwangerschaft und Geburt und für diese Arbeit relevant, stellt die

Schwangerschaftsverdrängung dar. Jens WESSEL und G. RAU (1997) untersuchten in Berlin 28 Frauen, die die Schwangerschaft verdrängt hatten, wobei die Autoren die Schwangerschaftsverdrängung als Phänomen bezeichnen, wobei eine bestehende Gravidität nicht bewußt oder nicht als solche wahrgenommen wird. Die Schwangerschaft wird erst zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt bekannt, im äußersten Fall erst bei der Geburt. Die phänomenologische Studie ergab ein Vorkommen von 1:586, wobei andere AutorInnen von 1:357, 1:400 bis 1:700 und 1:2000 sprechen (vgl. Brych 1994; Brezinka u.a. 1994, Thomson u.a. 1992, Wille/Beier 1994, zit. nach Wessel/Rau 1997, 120). SLAYTON und SOLOFF (1981) und FINNEGAN u.a. (1982) zeigten Charakteristika wie soziale Isolierung, niedriger Sozialstatus, verringerte Intelligenz, jüngeres Alter, voreheliche Konzeption, Unwissenheit über körperliche Vorgänge bei der Fortpflanzung, für die Schwangerschaftsverdrängung auf, wobei WESSEL und RAU jedoch eine heterogene Gruppe vorfanden. Überraschender weise wurde in der Berliner Studie festgestellt, daß ein hoher Anteil von Frauen aus dem medizinischen Bereich kamen, die die Schwangerschaft verdrängt hatten. Die wahrgenommenen Schwangerschaftssymptome wurden von den Frauen umgedeutet. So war die Gewichtszunahme mit erfolglosen Diäten erklärt worden, zwei Frauen erlebten eine massive Karzinophobie, nachdem bei Angehörigen kurz zuvor gynäkologische Malignome aufgetreten waren. Als weitere Erklärung aber lag auch „iatrogenes Versagen“ vor, indem die Gravidität von ÄrztInnen nicht diagnostiziert wurde. Die Überlegungen zu einem psychodynamischen Hintergrund, die WESSEL und RAU anführen, sind folgende⁵: Sie erklären, daß die Umdeutungen auf einen intrapsychischen Prozeß hinweisen, der bewirkt, daß die Schwangerschaft nicht realisiert wird. Da in einer Schwangerschaft kindheitsbedingte Konflikte und Ängste aktualisiert werden können, die psychische und psychosomatische Störungen für Schwangerschaft und Geburt nach sich ziehen können, werden diese mit Abwehr im psychoanalytischen Sinne beantwortet, um das konflikthafte Erleben in Schach zu halten. Verdrängung ist dabei der wirksamste Mechanismus, um seelisch Inhalte und Affekte vom Bewußtsein fernzuhalten. Die Abwehrmechanismen dienen vorübergehend

⁵ WESSEL und RAU (1997) beziehen sich in ihren Überlegungen zum psychodynamischen Hintergrund auf Freud (1984), Richter (1990), Mentzos (1991), Greimel / Freidl (1991), Brezinka u.a. (1994), Beier (1994 und 1995).

als eine Art „innere Stabilisierung“. Mit der Betrachtungsweise des Triebkonfliktmodells läßt sich die Schwangerschaftsverdrängung definieren als Unbewußtmachen des leib-seelischen Vorganges Schwangerschaft und dessen für die Schwangere nicht lösbare widersprüchliche und damit angstauslösende Bedeutungsinhalte. Unterschiedliche psychosoziale Faktoren wie Partnerschaftstrennung, Familienprobleme, Isolation, körperliche und geistige Erkrankungen, finanzielle Sorgen fördern die Schwangerschaftsverdrängung. BEIER definiert die Schwangerschaftsverdrängung als Erscheinungsform einer weiblichen Identitätsstörung, wobei der Begriff „Reproversion“ verwendet wird und, laut Autor, die weibliche Analogie zur „Perversion“ darstellt, weil auch dort Konflikte ins Sexuelle gewendet werden (vgl. Beier 1994, 1995, zit. nach Wessel/Rau 1997, 121). Englischsprachige AutorInnen erhoben, daß Psychosen, wie paranoide Schizophrenie, Borderlinestörung usw. bei dem Phänomen der Schwangerschaftsverdrängung mit beteiligt sind, so daß eine psychotische Verdrängung, definiert als Verdrängung der äußeren Realität, angenommen wird, so WESSEL und RAU (vgl. ebd., 121).

2.5 Teenagerschwangerschaften

Zahlreiche Studien ergeben, daß junge Schwangere mehr Frühgeburten haben, daß die Kinder ein geringeres Geburtsgewicht aufgrund intrauteriner Mangelentwicklung aufweisen und eine hohe perinatale Mortalität zu verzeichnen ist. Sie sind in der Regel unverheiratet, leben in schlechten sozialen Verhältnissen, haben Schwierigkeiten im sozialen Umfeld, leiden an Fehl- und Mangelernährung (vgl. Knörr u.a. 1989, 298; vgl. auch Prill 1981, 3.77). Diese erhöhen, laut STAUBER, den sozialen Streß und führen zu einem erhöhtem somatischen Risiko für Mutter und Kind (vgl. Stauber 1996, 1046). Aufgrund dieser Faktoren werden Schwangerenvorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch genommen und vorhandene Risikofaktoren können nicht präventiv behandelt werden (vgl. Knörr u.a. 1989, 298; vgl. auch Wenderlein 1981, 170). Die Gründe für das Auftreten von Schwangerschaften reichen von der bewußten Annahme, über Unaufgeklärtheit, Gleichgültigkeit bis zu fehlender Eigenverantwortlichkeit. Partnerkonflikte, vollzogener und drohender

Liebesentzug oder Befürchtungen über eine eventuell später auftretende Sterilität spielen eine große Rolle bei der bewußt herbeigeführten Schwangerschaft bei Mädchen und jungen Frauen (vgl. Prill 1981, 3.77).

Christine NÖSTLINGER (1988) bemerkt, daß junge Schwangere eine Schwangerschaft häufig verleugnen und erst ab der 14.

Schwangerschaftswoche eine Ärztin/einen Arzt konsultieren. In einer fatalistisch anmutenden Weise unterwerfen sie sich dem Lauf der Dinge, ohne eine aktive Entscheidung zu treffen, die Schwangerschaft auszutragen oder einen Abbruch vornehmen zu lassen. Im weiteren Verlauf kommt es zu Idealisierungen, unrealistischen Vorstellungen und Empfindungen von Bedrohung aufgrund der sozialen Situation (vgl. Nöstlinger 1988, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 88).

MERZ (1979) erhebt in einer psychoanalytischen Studie, daß adoleszente Mädchen eine Schwangerschaft unbewußt herbeigeführt haben, um eigene Wünsche nach Regression zu befriedigen. Es geht für sie darum, sich selbst noch einmal als Kind zu fühlen, bei der Mutter aufgehoben zu sein, von ihr gepflegt und beschützt zu werden. Auf der anderen Seite soll das eigene Kind dazu dienen, nicht allein gelassen zu werden. MERZ interpretiert diese Verhaltensweisen als Flucht in die Zukunft aufgrund der Unfähigkeit, sich von der Vergangenheit zu lösen (vgl. Merz 1979, zit. nach Wimmer-Puchinger 1992, 28f). Eine weitere unbewußte Motivation zur Schwangerschaft liegt darin, sich mit einer Schwangerschaft von der Herkunftsfamilie abzulösen und zu trennen (vgl. Merz 1979, zit. nach Ringler 1985, 35).

2.6 Verbindung zwischen Sexualität, Schwangerschaft und Geburt

Wenn im folgenden von Sexualität oder heterosexuellen Kontakten die Rede ist, meine ich damit sexuelle Handlungen, die zu einer Schwangerschaft führen. Autoerotik oder gleichgeschlechtliche Kontakte sind zweifelsohne sexuelle Kontakte, führen aber nicht zu Schwangerschaft und sind hier nicht mitgemeint.

Das Erleben einer Frau während des Geschlechtsverkehrs ist weitgehend erforscht worden, das Schwangerschafts- und Geburtserleben aber als sexuelle Erfahrung ignoriert worden (vgl. Newton 1973, zit. nach Smith 1993,

39). Sheila KITZINGER (1986) betont die Verbindungen zwischen Sexualität, Schwangerschaft und Geburt (vgl. Kitzinger 1986, 221; vgl. auch Davis 1994, 64ff und 179ff; Moran 1984, 9; Baldwin 1979, 81 und 135; beide zit. nach Martin 1989, 193; vgl. auch Sichtermann 1990, 74ff für das Stillen). Der Druck auf die sich zusammenziehende und wieder entspannende Beckenbodenmuskulatur, das sich abwärts bewegende Kind und die durch die Kontraktionen gedehnten Gewebe, können eine erotische Kraft haben, so die Autorin. Der Rhythmus der Kontraktionen kann dabei wohltuend sein. All diese Empfindungen können in der Gebärmutter, der Vagina, der Muskulatur um die Vagina und das Rektum herum, im Kreuz, am After, am Gesäß, am Gewebe um After und Vagina herum und an der Klitoris gespürt werden. Sheila KITZINGER meint, daß ein tiefgreifendes sexuelles Gefühl wie ein starker Orgasmus erlebt werden kann (vgl. Kitzinger 1986, 221f). Marianne RINGLER (1985) spricht bei dem Hinausgleiten des Kindes aus der Vagina ebenfalls von der Möglichkeit, dies als lustvoll zu erleben (vgl. Ringler 1985, 90).

Anke KUCKUK und Clara LUCKMANN (1997) wenden ein, daß diese Vorstellungen zu einem weiteren Mythos beitragen und den Frauen Enttäuschung und Schuldgefühle zufügen können, wenn sie die Geburt nicht als lustvoll oder sinnlich erlebt haben. Sie erklären:

„Je schwieriger es war, das eigene Geschlecht lust- und hingebungsvoll zu entdecken, um so belasteter können die Phantasien über und die Erwartungen an sexuelle Ereignisse sein. Die Geburt als ein Akt der Hingabe ist solch ein sexuelles Ereignis“ (Kuckuck/Luckmann 1997, 101).

Maria Luise KÖSTER-SCHLUTZ (1991) befaßt sich mit der Entwicklung der weiblichen Identität in der Schwangerschaft. Sie kritisiert die Normen der Mütterlichkeit in dieser Gesellschaft, aber auch die von feministischer Seite propagierte Sinnlichkeit. Die Autorin meint, daß beide Haltungen nicht im Widerspruch zur patriarchalen Rationalität stehen, sondern komplementär dazu sind.

„Dagegen kann gar nicht scharf genug herausgestellt werden, daß Körperlichkeit, Sexualität und Mutterschaft für die Frau heute keine natürliche Einheit darstellen, worin selbstverständlich Identitätsprobleme begründet liegen“ (Köster-Schlutz 1991, 38).

Mit dem Eintreten einer Schwangerschaft, die ausgetragen werden soll, wird für die Gesellschaft sichtbar, daß die Frau heterosexuelle Sexualkontakte hatte (mit Ausnahme von Inseminationen bei lesbischen Frauen oder heterosexuell lebenden Frauen, die selbst oder deren Partner unfruchtbar sind) (vgl. Kitzinger 1983, 32; Springer-Kemser 1991, 71f).

Marianne RINGLER (1991) wertet eine Schwangerschaft in vielerlei Hinsicht als untrennbar mit Sexualität verbunden. Die Schwangerschaft ist Produkt des Sexualaktes und das Erleben sexueller Betätigung darf öffentlich zur Schau gestellt werden, ohne Tabus zu brechen. Schwangerschaft ist ein „psychosexueller Akt“, so die Autorin (vgl. Ringler 1991, 146f).

Bei einer Geburt wird die individuelle Lebensgeschichte einer Frau mit eingebracht, wozu ihre Beziehungen gehören, ihre Bedürfnisse, Rituale und Wertvorstellungen zu Intimität und Sexualität, familiäre Eigenarten, Lebensstil, sowie die tief verwurzelten Ansichten über Geburt, Leben und Tod (vgl. Dickson 1980, zit. nach The Boston Women´s Health Book Collective 1989, 64).

Des weiteren ist festgestellt worden, daß schwangere Frauen desexualisiert, sozial stigmatisiert und in der Öffentlichkeit angestarrt werden, vergleichbar mit Menschen mit Behinderungen (vgl. Langer u.a. 1976; Taylor/Langer 1977, zit. nach Smith 1993, 40).

Beate WIMMER-PUCHINGER (1992) zeichnet folgendes Bild, dem Frauen in bezug auf Sexualität in der Schwangerschaft ausgesetzt sind. Eine Entsexualisierung von Frauen während der Schwangerschaft ist abhängig von soziokulturellen Normen und je nach sozialer Schicht unterschiedlich ausgeprägt. In unserer Kultur wird die Frau als „Mutterfrau“ angesehen, was sie entsexualisiert und idealisiert, andererseits wird die Frau als Geliebte bewertet und gefordert. Das Bedürfnis nach Sexualität, Lust und Befriedigung ist aber bei Frauen immer noch sanktioniert und zeigt sowohl hinsichtlich des Schwangerwerdens als auch in der Sexualität in der Schwangerschaft die Zwiespaltigkeit, in der Frauen sich bewegen (vgl. Wimmer-Puchinger 1992, 116).

Marianne SPRINGER-KEMSER (1991) zieht die Verbindung zu Sexualität auf folgende Weise: Sie stellt fest, daß Scham als Synonym für das weibliche Genitale gilt (siehe auch in der deutschen Sprache; Anmerkung A. E.) und Frauen also mit Scham als typische weibliche Eigenschaft attribuiert werden.

Die Autorin meint, daß Scham Schwäche überdecken soll und Frauen wurden jahrhundertlang als das „schwache“ Geschlecht bezeichnet. SPRINGER-KEMSER bemerkt, daß diese „Schwäche“ mit den weiblichen Geschlechtsorganen, der reproduktiven Fähigkeit und Sexualität verbunden wurde. Zudem wird die anatomische Nähe der Vagina zum After mit Schmutz assoziiert. Somit werden Menstruation und Sexualität als etwas Schmutziges angesehen (vgl. Springer-Kemser 1991, 71f).

Die Fähigkeit mit den eigenen Körpererfahrungen lustvoll umzugehen, ist ein wesentlicher Bestandteil psychologischer Fähigkeiten der Schwangeren, so Marianne RINGLER und Martin LANGER (1991). Diese Fähigkeit, die eng mit Neugier in bezug auf Sexualität verbunden ist, ist aber tabuisiert und verboten.

„Zu tief verwurzelt ist die Trennung zwischen Sexualität, Mutterschaft und Elternschaft“ (Ringler/Langer 1991, 102).

Erkennbar wird die Verbindung zwischen Schwangerschaft, Geburt und Sexualität. Patricia SMITH nimmt an, daß solche Erfahrungen für Überlebende eine besondere Bedeutung haben und die Ereignisse negativ beeinflussen können, da sie mit Sexualität verbunden sind (vgl. Smith 1993, 42).

2.7 Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt

Eine Geburt ist, laut Sheila KITZINGER (1983), ein kultureller Vorgang und nicht nur ein biologischer. Die jeweilige Kultur bestimmt das Verhalten der Frau unter der Geburt. Dieses Verhalten richtet sich nicht nach den inneren Impulsen, die aus dem Körper stammen, sondern nach den äußerlichen gesellschaftlichen Bedingungen. Die Geburt ist nicht „natürlich“, sondern wird wie andere Verhalten auch kulturell definiert, so die Auffassung der Autorin. Physiologische Vorgänge werden in Sitten und Gebräuche eingebunden, deren Einhaltung für ein positives Ergebnis als notwendig erachtet (vgl. Kitzinger 1983, 96f).

Die Schwangerenvorsorge sieht 10 Kontrolluntersuchungen bei einer Ärztin/ einem Arzt vor, um mögliche Risiken für die Frau oder das Kind zu erfassen. Komplikationen ergeben sich insbesondere aus Erkrankungen der Frauen, die vor der Schwangerschaft bereits bestanden haben, oder

schwangerschaftsbedingten Komplikationen. Die Früherkennung dient der Senkung der mütterlichen und kindlichen Mortalität. Das Risikokonzept enthält aber keinerlei Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und Schwangerschaftskomplikationen und klammert das subjektive Erleben von den Frauen aus, so Beate SCHÜCKING (vgl. Schücking 1994, 56ff). Eva SCHINDELE erwähnt, daß 70-80% aller Schwangeren zu „Risikoschwangeren“ deklariert werden (vgl. Schindele 1993, 63), wobei die „Risiken“ sehr undifferenziert erhoben werden (vgl. Schücking 1994, 61). Karl KNÖRR u.a. (1989) machen aber in diesem Sinne folgende Aussage:

„Eine Risikoschwangerschaft führt i. allg. auch zu einer Risikogeburt“ (Knörr u.a. 1989, 298).

Somit werden Geburten m. E. von vornherein als „risikoreich“ dargestellt und entfremden die Frauen von ihren eigenen Erfahrungen, erhöhen ihre Ängste und führen damit möglicherweise tatsächlich zu Geburten mit Komplikationen.

Waren früher Hausgeburten die Regel (1950 bekamen 50% der Frauen ihre Kinder zu Hause, heute nur noch 1%), wurden aus diesen, im Zuge der sich ausbreitenden Geburtsmedizin, „Entbindungen“, die in anonymen Institutionen stattfanden. Mediziner inszenierten einen geplanten Produktionsablauf, in dem die Frauen kaum noch eine Rolle spielten (vgl. Schindele 1993, 58).

Veronika WINDSOR-OETTEL (1992) macht in ihrer Studie darauf aufmerksam, daß eine Geburtserfahrung unter den hiesigen gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen als „subtile Gewalt“ bezeichnet werden muß. Zur passiven, unselbständigen Frau gemacht, die - meist von Männern – „entbunden“ wird, soll die Gebärende möglichst als Zeichen ihrer Reife einen „Geburtsorgasmus“ erleben und sofortige Muttergefühle für das Neugeborene entwickeln, so die Autorin (vgl. Windsor-Oettel 1992, 16). Sie erforscht und resümiert weiterhin, daß die ärztliche Geburtsmedizin die Ängste von Frauen vor der Geburt verstärkt und ihr Selbstwertgefühl mindert. Aus einem Vergleich erhoben, zeigt sich, daß Frauen in Abhängigkeit von der Form der Geburtsgestaltung in einem

Krankenhaus, ambulant oder zu Hause, unterschiedliche Angstwerte und Skalen hinsichtlich des Selbstwertgefühls aufwiesen. Die Angstwerte waren geringer und das Selbstwertgefühl höher bei Frauen, die zu Hause ihre Kinder zur Welt brachten. Des Weiteren zeigt sich, daß bei Klinikgeburten der Anteil an physischen Eingriffen höher war, als bei Frauen, die zu Hause geboren haben. Die Autorin folgert:

„Entgegen allen gesellschaftlichen Klischees muß nach dieser Arbeit davon ausgegangen werden, daß im besonderen Maße eine Klinikgeburt bei einer Frau sowohl körperliche als auch seelische Narben hinterläßt“ (Windsor-Oettel 1992, 138).

LEIFER (1980) berichtet, daß alle Frauen ihrer Studie glaubten, daß die Beziehung zu ihren ÄrztInnen und das Vertrauen in sie wesentlich für ihr Empfinden gegenüber Schwangerschaft und Geburt waren. Die Autorin berichtet weiter, daß Frauen, die sich unter der Geburt auffällig verhielten, z.B. schrien oder nach Medikamenten fragten, vom Klinikpersonal dafür mißbilligt wurden, da damit die Routine durchbrochen wurde. Weiterhin erhob die Autorin, daß die gebärenden Frauen sehr schnell erlernten, welches Verhalten unter der Geburt erwünscht wird und welches abgelehnt. Wegen der Hilflosigkeit und Abhängigkeit fragten die Frauen deshalb seltener nach Hilfe, so LEIFER (vgl. Leifer 1980, zit. nach Smith 1993, 47).

Sheila KITZINGER (1983) beschreibt, daß Schwangerschaft als Krankheit definiert wird. Einige Behandlungsweisen durch ÄrztInnen sind im Sinne der verbesserten Versorgung für die werdende Mutter und das Kind nachvollziehbar und notwendig, andere sind in der Klinikroutine begründet, die die Autorin „zeremonielle Rituale“ nennt (vgl. Kitzinger 1983, 134ff). Rituale dieser Art sind dazu bestimmt, daß Gesellschaftssystem zu stärken und sind machtvoll Mittel der sozialen Kontrolle (vgl. Kitzinger 1981b, 62). So sind Geburtshelfer in der Regel Männer, denn fünf von sechs niedergelassenen FrauenärztInnen sind Männer (vgl. Statistik der Bundesärztekammer 1990, zit. nach Schindele 1993, 18). Die Frau wird also mit den Vorstellungen des Arztes über Weiblichkeit konfrontiert. Bei der Geburt soll sie sich ruhig und angepaßt verhalten und wird mit medizinischen Prozeduren konfrontiert, die keine wissenschaftlichen Begründungen enthalten und lediglich der Routine dienen, so KITZINGER. Frauen erleben dies als erniedrigend. Z.B. werden bei einer Aufnahme zur Geburt die

werdenden Eltern voneinander getrennt, das Venushaar (sogenanntes „Schamhaar“) wird rasiert und die Frau muß ein unpersönliches Klinikhemd anziehen. Insbesondere die Rasur zeigt keine medizinischen Vorteile. Die Begründung, die Zahl der Bakterien auf der Haut durch die Rasur zu verringern, ist unrichtig, denn durch die Rasur werden die oberflächlichen Zellen zerstört und bieten damit eine Eintrittspforte für Erreger. Diese Maßnahme beschreibt KITZINGER als einen Vorgang, um die Frau geschlechtslos zu machen und in einen pubertären Zustand zu versetzen. Der Einlauf zur Reinigung des Darmes ist obligatorisch, auch dann, wenn die Frau ihren Mastdarm bereits entleert hat. Nach Auffassung der Autorin ist dies ein weiterer Eingriff in die persönlichen Körpervorgänge der Frau. Die Frau wird insgesamt aus ihrem persönlichen Dasein herausgelöst. Diese Ausschaltung der Persönlichkeit hat daneben aber auch den Zweck, dem Gynäkologen Schutz zu bieten. Sheila KITZINGER meint, daß die Frau aufgrund dieser Rituale nicht mehr als Sexualobjekt für den Arzt gefährlich werden kann, sondern einen „Fall“ darstellt, der ihn gegen seine eigenen Gefühle absichert. Weiterhin werden nicht die direkten Zeichen des Körpers der Frau unter der Geburt vom geburtshilflichen Personal wahrgenommen, sondern Daten über Herz-Wehenschreiber, Bildschirme u.ä. beobachtet (vgl. Kitzinger 1983, 141ff). Mit der künstlichen Sprengung der Fruchtblase und der Einführung einer Elektrode an die Kopfhaut des Kindes wird ebenfalls deutlich gemacht, daß die Frau unter der Kontrolle des geburtshilflichen Teams steht (vgl. Kitzinger 1981b, 64). Einen weiteren wichtigen Bestandteil der medikalisierten Geburt stellt der Dammschnitt, um die Öffnung für das Kind zu erweitern, durch den Gynäkologen dar. Dieser ist in bestimmten Fällen nötig, wird aber z. T. routinemäßig durchgeführt. Die Geburt wird zu einem chirurgischen Eingriff, einer „rituellen Verstümmelung“, so Sheila KITZINGER (vgl. Kitzinger 1983, 145).

„All das gehört dazu, um eine Patientin gefügig zu machen“ (Kitzinger 1983, 139).

CZERMAK und RINGLER (1989) untersuchten 53 Frauen zu ihrem Erleben eines Dammschnittes von der Geburt. Sie konnten feststellen, daß die Behinderung durch eine Episiotomie insgesamt sehr hoch ist und das Gehen und die Betreuung des Neugeborenen besonders beeinträchtigt ist. 57% der

Frauen fühlten sich in ihrem Lebensgefühl negativ beeinflusst. Wird der Dammschnitt als sehr bedrohlich erlebt, so wird er signifikant häufiger beunruhigender, undurchschaubarer und entmutigender, als auch schmerzhafter, mühevoller und unbequemer eingeschätzt. Die AutorInnen schließen daraus, daß eine massive Vulnerabilität und Beeinträchtigung durch eine Episiotomie erfolgt. Sie appellieren, die gängige Praxis zu überdenken und andere Maßnahmen zur Vorbereitung des Dammes zu überdenken, wie z.B. Dammmassage u.ä. (vgl. Czermak/Ringler 1989, 895ff). Die Bedingungen in einer Klinik führen damit dazu, Unsicherheit und Verwirrung zu verbreiten, in einem Moment, wo es für die Frau um Entspannung, Konzentration und Bequemlichkeit geht. Aufgrund des Gefühls des Ausgeliefertseins und der körperlichen Unbeweglichkeit wegen der medizinischen Apparaturen, die zur Kontrolle eingesetzt werden, verschlimmern sich die Schmerzen. Dieser Teufelskreis hat zur Folge, daß Spannung und Ängste ansteigen, zu mehr Schmerzen führen und einen erhöhten Gebrauch an schmerzlindernden Medikamenten nach sich ziehen (vgl. The Boston Women´s Health Book Collective 1989, 73f). Vaginaluntersuchungen werden in OAKLEY´s Longitudinalstudie (1980) weniger als klinische Untersuchungen empfunden, sondern als ein Eindringen, welches einer Vergewaltigung gleicht, die schmerzhaft und demütigend erlebt wird. OAKLEY bewertet insgesamt die Medikalisierung der Geburt, für die Frauen verbunden mit Angst, Wut und Gefühlen, kontrolliert zu werden, als institutionalisierten Mißbrauch (vgl. Oakley 1980, zit. nach Smith 1993, 49). Ronald D. LAING (1981) äußert sich zu einer Geburt in der westlichen Gesellschaft folgendermaßen:

„Die Zeremonie der westlichen Gesellschaft sieht so aus wie eine Veranstaltung des Klu-Klux-Klan: Leute in weißen Kapuzen, Masken, Kitteln und Handschuhen in grelles Licht getaucht, verbreiten eine Aura von medizinischem Mysterium. Die Geburt ähnelt einer weiblichen Kastration: die Messer, das ritualisierte Schneiden des Dammes, das Rasieren, wofür es keinerlei medizinische Begründung gibt. Dies zählt wohl zu den bizarrsten Kuriositäten unter den von Männern dominierten anthropologischen Riten“ (Laing 1981, 71f).

Patricia SMITH folgert, daß diese Medikalisierung der Geburt von Frauen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, möglicherweise sehr traumatisierend erlebt wird. Jegliche körperliche Eingriffe können die Überlebensstrategien

von Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, unter der Geburt reaktivieren und wie eine Wiederholung der Gewalt erlebt werden (vgl. Smith 1993, 49f).

2.8 Psychosoziale Merkmale und ihre Auswirkungen auf die Geburt

Insbesondere Ängste haben vielfältige Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt. Ängste werden einerseits strukturell ausgelöst durch die Unwiderruflichkeit der Schwangerschaft, wenn sie ausgetragen werden soll, durch die körperliche Betroffenheit, durch die Auslieferung an das geburtshilfliches Personal usw. und andererseits erlernt im Sinne der klassischen und operanten Konditionierung durch Überlieferung, Medien oder Gespräche mit anderen Müttern, da Schwangerschaft und Geburt mit Schmerz assoziiert werden (vgl. Lukesch 1981, 39ff).

Helmut LUKESCH meint, daß eine bevorstehende Geburt mit zahlreichen Ängsten verbunden ist, aber zunächst nicht als pathologisch bezeichnet und ihre Entstehung auch als realitätsbezogen gewertet werden kann (vgl. Lukesch 1981, 19). Der Autor faßt Untersuchungen über die Häufigkeit von Geburtsängsten zusammen. In bezug auf die Geburt sind eigene Todesängste, Angst vor Schmerzen, vor überlanger Geburtsdauer, vor Geburtskomplikationen, Angst, die Kontrolle zu verlieren, während der Geburt allein gelassen zu werden und ausgeliefert zu sein von Frauen genannt worden (vgl. ebd. 1981, 19ff). Marianne RINGLER (1985) erhebt bei 92 Frauen anhand eines Fragebogens folgende Merkmale hinsichtlich Ängsten vor der Geburt: Verletzungsangst, Angst vor Geburtskomplikationen, Angst, dem Geschehen ausgeliefert zu sein, Angst vor der Geburtsarbeit und den körperlichen Begleiterscheinungen, Angst, die Kontrolle zu verlieren und Angst vor dem Unbekannten (vgl. Ringler 1985, 71). Patricia SMITH folgert, daß insbesondere der Kontrollverlust von Überlebenden sexueller Gewalt, ein schwerwiegendes Problem unter der Geburt darstellen kann (vgl. Smith 1993, 47).

Es können weiterhin Ängste vorliegen, bei der Geburt zu „zerreißen“ oder Ängste vor medizinischen Eingriffen, wie Dammschnitt, Kaiserschnitt, Spritzen, Infusionen, Narkose usw. bestehen (vgl. Lukesch 1981, 19ff). Weil Überlebende sexualisierter Gewalt traumatische Körpererfahrungen gemacht

haben, vermutet Patricia SMITH (1993), daß eine Geburt diese Erinnerungen wieder hervorrufen kann und sich daraus Komplikationen unter der Geburt ergeben können (vgl. Smith 1993, 47).

ARESKOG u.a. (1983) erheben anhand eines offenen Interviews und eines Fragebogens mit 139 Frauen, daß gewisse Hintergrundfaktoren das Ausmaß der Angst vor der Geburt beeinflussen: Frauen mit hoher Geburtsangst wiesen mehr negative Lebenserfahrungen auf, hatten mehr negative sexuelle Erfahrungen, mehr negative Kindheitserlebnisse und größere Angst vor Schmerzen (vgl. Areskog u.a. 1983, zit. nach Ringler 1985, 70).

LUKESCH zeigt, daß bestimmte psychische Korrelate, Auswirkungen auf den Geburtsverlauf haben können. Eine hohe Ängstlichkeit in der Schwangerschaft ist verbunden mit einer niedrigen Entspannung unter der Geburt und einem starken Schmerzerleben. Bei extrem ängstlichen Frauen führt dies zu Komplikationen während der Geburt und schlechteren Sauerstoffwerten im Blut des Neugeborenen (vgl. Zettler/Müller-Staffelstein 1977, 121, zit. nach Lukesch 1981, 58). GRIMM (1961) erhebt, daß eine hohe psychische Spannung bei Frauen zu einer überdurchschnittlich hohen Gewichtszunahme in der Schwangerschaft bei Erstgebärenden führt, die Komplikationen nach sich ziehen kann und bei Mehrgebärenden zu einer verlängerten Austreibungsperiode führt (vgl. Grimm 1961, zit. nach Lukesch 1981, 59). Als indirekter Hinweis auf die Auswirkungen von Ängsten, Unsicherheiten, emotionaler Labilität usw. ist noch anzumerken, daß schnell gebärende Frauen ein geringeres Angstniveau aufweisen, weniger schwangerschaftsspezifische Ängste zeigen und ein hohes Maß an Selbstsicherheit besitzen (vgl. Dürr 1970, zit. nach Lukesch 1981, 59).

In bezug auf einen verzögerten Geburtsverlauf konnte festgestellt werden, daß Frauen eine schlechte Mutterbeziehung, eine ablehnende Haltung gegenüber Mutterschaft und habituelle Ängste aufwiesen (vgl. Kapp u.a. 1963, zit. nach Lukesch 1981, 56). SCOTT u.a. (1956) erheben, daß Frauen, die als psychisch instabil beurteilt werden, einen signifikant höheren Anteil an überlangen Geburten aufweisen als Frauen mit psychischer Stabilität (vgl. Scott, zit. nach Lukesch 1981, 57). WATSON zeigt, daß Frauen mit verlängerter Geburtsdauer folgende psychische Merkmale aufweisen: Sie hatten eine negative Mutter- und eine positive Vaterbindung, sie hatten

negative Sexualerfahrungen und Sexualstörungen (vgl. Watson 1959, zit. nach Lukesch 1981, 57).

An dieser Stelle ist zu erwähnen, daß protrahierte Geburten in der Regel zu invasiven Eingriffen führen, wie Amniotomie⁶, Oxytocindauertropfinfusionen⁷, vaginal-operativen Geburten⁸, Sectio caesarea usw.

McDONALD und CHRISTASKOS (1963) finden weniger Geburtskomplikationen bei Frauen mit einem höheren Selbstwertgefühl und mehr Ich-Stärke (vgl. McDonald/Christaskos 1963, zit. nach Lukesch 1981, 62; vgl. auch Grossman u.a. 1980, zit. nach Smith 1993, 47). Mehr Geburtskomplikationen, wie Gestose, Hyperemesis, Übertragung/rühgeburtnlichkeit, vorzeitiger Blasensprung, verlängerte Eröffnungs- und Austreibungsperiode, übergroße Schmerzen, Herztonveränderungen des Feten, geburtshilfliche Operationen, Apgar-Werte des Kindes und Mißbildungen wurden von PANJTAR (1972) mit einem erhöhten Neurozismusgrad und einer erhöhten vegetativen Labilität in Verbindung gebracht (vgl. Panjtar 1972, zit. nach Lukesch 1981, 60f). Weiterhin wird nachgewiesen, daß Frauen mit starken Abhängigkeitsedürfnissen und solche mit Depressions- und Rückzugsneigungen häufiger schwere Komplikationen unter der Geburt aufweisen. Andere Verhaltensbereiche, wie Kinderwunsch, Menstruationsvorgeschichte, Partnerschaft usw. korrelierten nicht mit komplizierten Geburten (vgl. Heinstein 1967, zit. nach Lukesch 1981, 61). Weiterhin wird festgestellt, wie stark psychische Faktoren auf die Geburt einwirken und es finden sich Zusammenhänge zwischen emotionalem und körperlichem Wohlbefinden in der Schwangerschaft und Frühgeburten (vgl. Northrup 1996, 381). OMER und EVERLY (1988) fassen Studien über mögliche Zusammenhänge zwischen Frühgeburtnlichkeit und Streß zusammen und erklären, daß chronischer und sich wiederholender Streß (im Gegensatz zu akutem Streß), das Risiko für eine Frühgeburt erhöhen (vgl. Omer/Everly 1988, 1507ff). Psychischer Streß wird auch von HEDEGARD

⁶ künstliche Sprengung der Fruchtblase

⁷ Infusionen mit künstlich hergestellten Wehenmitteln zur Einleitung oder Unterstützung der Wehentätigkeit

⁸ Zangen- und Saugglockengeburten

u.a. (1993) als Ursache für Frühgeburten nachgewiesen (vgl. Hedegard u.a. 1993, 1141; vgl. auch Wenderlein 1981, 178f).

Zusammenfassende Bewertung

Aus dem Referierten wird deutlich, daß Frauen hinsichtlich der eigenen Identität, als auch hinsichtlich der Körperveränderungen während Schwangerschaft und Geburt Probleme und "Störungen" erfahren können. Emotionale und psychosoziale Bedingungen von Frauen können dazu führen, daß eine Schwangerschaft negativ erlebt wird. Ängste sind eine wichtige Einflußgröße für das Schwangerschafts- und Geburtserleben. Die Verbindung zwischen Sexualität, Schwangerschaft und Geburt kann ebenfalls belastend erlebt werden.

Daß sexualisierte Gewalterfahrungen in dieser Forschung vernachlässigt wurden, ist deutlich geworden. Die unterschiedlichen psychosozialen, emotionalen oder psychischen Aspekte, die Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt, sowie das Erleben dessen haben, können insbesondere von Opfern sexualisierter Gewalt erlebt werden. Denkbar wäre, daß gerade diese auch in den Stichproben enthalten waren, aber nach Gewalt als Einflußgröße nicht gefragt wurde.

Der Zusammenhang und die Tragweite von Auswirkungen sexualisierter Gewalterfahrungen für Schwangerschaft und Geburt wird potenziert durch die Enteignung des weiblichen Körpers und der Geburtshilfe aus Frauenhand (Hat eine Frau ihren Körper jemals besessen?). Die historischen Betrachtungen zu Schwangerschaftsbegleitung und Geburtshilfe durch Hebammen und „weise Frauen“ zeigen deutlich den Kampf des männlichen Geschlechts um die Vormachtstellung. Die männliche Geburtsmedizin macht Schwangerschaft und Geburt zu einem medizinischen, zu einem zu überwachenden, gefährvollen Ereignis, der die subjektiven Erfahrungen und Bedürfnisse der Frauen außer acht läßt. Insbesondere Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen mögen auf die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt reagieren und erneut der männlich dominierten Vormachtstellung zum Opfer fallen, da sexualisierte Gewalt nur aufgrund der patriarchalen Gesellschaftsordnung möglich ist.

3 Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt

Wenige AutorInnen haben sich dem Thema Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt gewidmet. Vereinzelt treten in Erfahrungsberichten von betroffenen Frauen Hinweise auf eingetretene Schwangerschaften oder Schwangerschafts- und Geburtsverläufe auf. In der englischsprachigen Forschung hat man sich seit Ende der 80er Jahre diesem Thema zugewendet.

Zur besseren Übersicht werden die Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf die Schwangerschaft und auf die Geburt separat behandelt.

Im Kapitel zur Schwangerschaft ist aus der Literaturrecherche sichtbar geworden, daß das Auftreten von Teenagerschwangerschaften einen besonderen Stellenwert in der Forschung einnimmt, der hier angesprochen werden soll. Anschließend werden die Auswirkungen von Überlebensstrategien, die ich im ersten Kapitel vorgestellt habe, auf die Schwangerschaft dargestellt. Im letzten Abschnitt wende ich mich überwiegend den medizinischen Auswirkungen zu, die akute oder vergangene sexualisierte Gewalt auf die Schwangere und das Neugeborene haben können.

Befragungen und Interviews zu Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf die Geburt wurden lediglich im anglo-amerikanischen Raum durchgeführt. Dennoch ist auch hier der Forschungsstand sehr gering und die Ergebnisse sind mit Vorbehalt zu betrachten. Zu Auswirkungen von sexualisierten Gewalterfahrungen auf die Geburt liegen mir einige Befragungen vor, die ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurden und im besonderen eine klinische Signifikanz aufweisen und der wissenschaftlichen Überprüfung bedürfen. Diese Studien legen überwiegend den Schwerpunkt auf die Berichte von den Frauen selbst. In einem zweiten Teil werden wiederum die Auswirkungen von Überlebensstrategien nach sexualisierter Gewalt auf das Verhalten unter der Geburt erörtert.

3.1 Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf die Schwangerschaft

Im Folgenden werden Ergebnisse resümiert, in denen Auswirkungen auf den Verlauf der Schwangerschaft nach sexualisierter Gewalt nachgewiesen wurden. Teenagerschwangerschaften stellen einen gesonderten Aspekt dar. Überlebenstrategien haben unterschiedliche Folgen auf den Schwangerschaftsverlauf, die hier erörtert werden sollen. Dargestellt werden außerdem medizinische Auswirkungen für die Frau und das Kind.

3.1.1 Teenagerschwangerschaften

Wie bereits erwähnt, ist sexualisierte Gewalt als Risikofaktor für das Auftreten von Teenagerschwangerschaften erhoben worden. Im folgenden soll aufgezeigt werden, welche Gründe für das Auftreten von Schwangerschaften vorliegen und welche Risikofaktoren Teenager, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, in der Schwangerschaft haben.

3.1.1.1 Gründe für das Auftreten von Teenagerschwangerschaften

J. D. O´ BRIEN (1987) untersuchte 60 Opfer von sexualisierter Gewalt und ihre Familien, um zu erforschen, wie die Entwicklung der Teenager von der Gewalt beeinflusst ist. Die Aufgabe der Ablösung von den Eltern und der Entwicklung von Freundschaften mit Gleichaltrigen als eine Aufgabe in der Ado-leszenz, ist für sexuell mißbrauchte junge Frauen ungleich schwieriger, denn es besteht ein hoher Geheimhaltungsdruck der sexualisierten Gewalt. Sollte die junge Frau zudem derart in die Haushaltsführung involviert sein, bleibt ihr zu wenig Zeit, um Kontakte mit "peers" aufzubauen. Der Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls ist durch die sexuelle Gewalt extrem erschwert. Des weiteren sind intime Beziehungen als Entwicklungsaufgabe des Jugendlichenalters nötig, wobei Betroffene sexualisierter Gewalt häufig Beziehungen sexualisieren. Diese Faktoren begründen das erhöhte Risiko für das Auftreten von Teenagerschwangerschaften (vgl. O´ Brien 1987, zit. nach Donaldson 1989 u.a., 294). F. H. LINDBERG und L. J. DISTAD (1985) sehen in selbstzerstörerischem Verhalten, wie promiskuitiven Verhalten und Teenagerschwangerschaft eine logische Antwort auf Gewalterfahrungen.

"The decisions to engage in sexual activity or to bear a child may be logical and predictable responses to overwhelming stress or feelings of helplessness created by the experience of abuse. From an intrapsychic perspective, the young woman may be able to exercise some control or power in her life by coming pregnant" (Lindberg/Distad 1985, zit. nach Donaldson u.a. 1989, 295).

Judith Lewis HERMAN (1981) konstatiert, daß eine Schwangerschaft andauernde Gewalt beenden kann (vgl. Herman 1981, 94, zit. nach Donaldson u.a. 1989, 296). Für die werdende Mutter ergibt sich ein Rollenwechsel und die Möglichkeit für sich selbst zu sorgen und nicht mehr für die Familie. Im Gegensatz zur Offenbarung der Gewalterfahrungen, ist dieser Rollenwechsel einfacher zu vollziehen.

"(...) this type of role change does not require the girl to confront her abuser and would not threaten to break up or expose the family but her status in the family could change markedly" (Donaldson u.a. 1989, 296).

Janice R. BUTLER und Linda M. BURTON (1990) erheben eine Prävalenz von 54% Frauen ihrer Stichprobe, die sexualisierte Gewalt erlebt haben und mit durchschnittlich 17 Jahren Mütter geworden waren. Die Autorinnen gingen der Frage nach, welche Gründe die Frauen hatten, schwanger zu werden und welche Reaktionen sie auf die Schwangerschaft zeigten (vgl. Butler/Burton 1990, 75; vgl. 1.4.3 dieser Arbeit). BUTLER und BURTON halten es für nennenswert, daß zweimal so viele Opfer (32%), den Grund schwanger zu werden, damit erklärten, daß sie sich ein Baby wünschten, im Gegensatz zu 16% der nicht mißbrauchten Frauen (vgl. ebd., 77). Obwohl das Ergebnis statistisch nicht signifikant ist, unterstützt es die Hypothese, die die Autorinnen ihrer Erhebung voranstellten, daß junge Frauen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, mehr gewollte Schwangerschaften im Teenageralter haben als nicht mißbrauchte Frauen. Die Autorinnen vermuten, daß einige Überlebende als Teenager schwanger wurden, um Unabhängigkeit zu erlangen, sich selbst an einen Partner zu binden oder aus einer unangenehmen Situation zu fliehen. Als weiteres Ergebnis erheben die Autorinnen, daß keine der nicht mißbrauchten Frauen auf die Frage, warum sie schwanger wurde, antwortete, daß sie es nicht wisse. Aber sechs (27%) der Opfer sexueller Gewalt antworteten auf diese Weise, was als ein

signifikantes Ergebnis von den Autorinnen bewertet wird. BUTLER und BURTON vermuten, daß diese Frauen glauben, eine geringe Einflußnahme auf ihr Leben zu haben.

"It could be that some girls, having experienced sexual exploitation and the trauma of not being able to control their lives, have developed a resigned attitude whereby life just happens to them - they don't know why they become pregnant, they just are" (Butler/Burton 1990, 78).

Die Autorinnen schließen die Studienergebnisse mit folgender Aussage ab:

"Although the results of this study are inconclusive, the findings do lend credence to the notion that sexual abuse and teenage pregnancy are associated in some ways for some girls" (Butler/Burton 1990, 78).

Paul E. MULLEN u.a. (1994) geben den Hinweis, daß Schwangerschaften bei jungen Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, in Verbindung mit frühen festen Partnerschaften dazu dienen, dauerhafte Beziehungen zu entwickeln und dem Wunsch entsprechen, eine Familie zu gründen. Dies stellt die Suche nach Liebe und Zuwendung außerhalb eines inadäquaten Familienumfeldes dar (vgl. Mullen u.a. 1994, zit. nach Mullen 1997, 252). Debra BOYER und David FINE (1992) erheben eine Prävalenz von 66% jungen Frauen, die in der Kindheit sexuelle Gewalt erlebt und als Teenager schwanger wurden. Sie erklären dies damit, daß die Frauen in einem jüngeren Alter (13,8 Jahre) als nicht mißbrauchte Frauen der Kontrollgruppe (14,5 Jahre) und sexuell aktive Jugendliche im allgemeinen (16,2 Jahre) (vgl. Moore 1989, zit. nach Boyer/Fine 1992, 10), ihre ersten Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr gemacht haben, womit Vergewaltigung, als auch gewollter Geschlechtsverkehr gemeint ist (vgl. Boyer/Fine 1992, 7). Das Alter der Partner der jungen Frauen, die sexualisierte Gewalterfahrungen haben machen müssen, ist höher (18,7 Jahre) als bei der Kontrollgruppe (17,1 Jahre). Eine seltenere Benutzung von Verhütungsmitteln wird zudem von den AutorInnen bei sexuell traumatisierten jungen Frauen erhoben (vgl. ebd., 11). Ein erhöhter Anteil an Alkohol- und Drogengebrauch wurde während des ersten Geschlechtsverkehrs bei sexuell mißbrauchten Frauen und ihren Partnern erhoben (vgl. ebd., 9). Sex gegen Geld, einen Platz zum Übernachten oder Drogen einzutauschen, ist ebenfalls bei jungen Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen signifikant häufiger festgestellt worden, als bei

Frauen ohne Gewalterfahrungen, wobei 10% der Frauen der Stichprobe aus Teilnehmerinnen besteht, die über Projekte geworben wurden, die obdachlose Jugendliche begleiten (vgl. ebd., 10). Die AutorInnen konstatieren:

"We suggest that a key factor in the conundrum of adolescent high-risk sexual behavior and adolescent pregnancy and repeat pregnancies - sexual victimization and abuse - has been overlooked" (Boyer/Fine 1992, 11).

David Y. RAINEY, Catherine STEVENS-SIMON und David W. KAPLAN (1995) befragten 202 nicht schwangere, sexuell aktive Frauen, die bisher keine Kinder geboren hatten und zwischen 13-18 Jahren alt waren über sexuelle Gewalterfahrungen und über Charakteristika, die eventuelle Risikofaktoren für Schwangerschaften in der Adoleszenz darstellen würden (vgl. Rainey u.a. 1995, 1284). Ein Anteil von 20% Opfern wurde erhoben. Die reproduktive Vergangenheit hinsichtlich Menarche, Fehlgeburten und Aborten, sexuell übertragbaren Krankheiten und früher durchgeführten Schwangerschaftstests zeigte, daß sexuell mißbrauchte Frauen eher Schwangerschaftstests durchgeführt hatten als nicht mißbrauchte junge Frauen (70% Opfer vs. 44,3% der Kontrollgruppe) (vgl. ebd., 1285). Gruppendifferenzen konnten hinsichtlich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr, Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs oder Häufigkeit der Anwendung von Verhütungsmitteln nicht ermittelt werden. Aber Überlebende berichteten, laut AutorInnen, daß sie drei Mal häufiger als nicht mißbrauchte Frauen versucht hatten, schwanger zu werden. Sie erklärten, daß sie eher Zweifel daran hätten, fruchtbar zu sein (37,5% vs. 16,2%). Sie erläuterten, daß sie bereits mit anderen Personen über die Sorgen hinsichtlich ihrer Fruchtbarkeit gesprochen hätten (vgl. ebd., 1285). Partnerunterschiede bei Opfern und der Kontrollgruppe zeigten, daß Betroffene sexualisierter Gewalt durchschnittlich ältere Partner hatten (18,8 Jahre) als Frauen, die keine Opfer sind (Alter des Partners 17,9 Jahre) (vgl. ebd., 1286). RAINEY u.a. schließen, daß Frauen mit Gewalterfahrungen häufiger schwanger werden möchten und daß die sexuelle Viktimisierung, positive Gefühle in Verbindung mit einer Schwangerschaft auslösen kann. Sie begründen dies mit den größeren Sorgen von Betroffenen hinsichtlich der Fähigkeit, schwanger werden zu können und der Offenbarung dieser Ängste auch gegenüber

Familienmitgliedern, FreundInnen oder Personen, die in der Gesundheitsfürsorge tätig sind. RAINEY u.a. vermuten zudem, daß die Sorge um die Fruchtbarkeit, Teil der geringen Selbstachtung von Opfern ist. Die Demonstration der Fähigkeit schwanger zu werden, mag den Frauen ihre Wünsche nach Selbstbestätigung erfüllen (vgl. ebd., 1286f). Die ForscherInnen ermittelten ein höheres Alter der männlichen Partner sexuell mißbrauchter Frauen. Die AutorInnen erfuhren, daß die jungen Frauen häufiger durch ihre Partner zu einer Schwangerschaft ermutigt wurden und folgern daraus, daß das Bedürfnis nach Befriedigung der Wünsche des Partners, die Frauen dazu veranlaßt, sich selbst ein Kind zu wünschen (vgl. ebd., 1287).

RAINEY u.a. vermuten, daß jugendliche Schwangerschaften als ein Ausdruck von autoaggressivem oder sozial-abweichendem Verhalten im Zusammenhang mit sexueller Gewalt angesehen werden können (vgl. ebd., 1287).

3.1.1.2 Besonderheiten bei Teenagerschwangerschaften

Abbey B. BERENSON u.a. (1992) erheben eine Prävalenz von 16% von sexueller Gewalt betroffenen jungen Schwangeren in einer Stichprobe von 342 Frauen, die aus schon erläuterten Gründen geringer ausgefallen ist, als erwartet (vgl. Kap 1.4.3 dieser Arbeit). Die AutorInnen stellen als ein signifikantes Ergebnis dar, daß Opfer von sexualisierter Gewalt im Durchschnitt früher als Frauen der Kontrollgruppe Schwangerenvorsorgeuntersuchungen wahrnehmen (18,5 +-7,9 vs. 22,0+-8,9 Wochen). Es wird zudem erhoben, daß keine Signifikanz hinsichtlich der Anzahl von Aborten oder Schwangerschaftsabbrüchen vor der jetzigen Schwangerschaft der jungen Frauen feststellbar ist (vgl. Berenson u.a. 1992, 467f).

Debra BOYER und David FINE (1992) identifizieren einen höheren Anteil von sexuell traumatisierten Frauen mit wiederholten Schwangerschaften (mehr als zwei) (43,7% zu 32% der Kontrollgruppe) durch unterschiedliche Partner (vgl. Boyer/Fine1992, 9). Die jungen Mütter, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, sind zudem häufiger alleinerziehend als Frauen ohne Gewalterfahrungen. Die AutorInnen erklären dieses Ergebnis mit

chronischen Streßerfahrungen, deren Wurzeln in der sexuellen Traumatisierung als Kind liegen (vgl. ebd., 11).

Die von Catherine STEVENS-SIMON, David W. KAPLAN und Elizabeth McANARNEY (1993) untersuchten Daten von 126 jungen Müttern unter 19 Jahren wurden hinsichtlich der Risikofaktoren für Frühgeburten überprüft. Der Geburtstermin wurde anhand der letzten Blutung errechnet und verifiziert durch Ultraschalluntersuchungen und Untersuchungen. Frühgeburten wurden definiert als Geburten vor Ende der 37. Schwangerschaftswoche. 9,5% der Frauen gebären ihre Kinder in diesem Zeitraum. Ein Risikofaktor, neben drei weiteren, dafür waren ungelöste oder unlösbare Streßsituationen aufgrund einer Vergangenheit mit körperlicher und/oder sexualisierter Gewalt und/oder ein Kindsvater, der sozial deviantes Verhalten zeigt. Es wird in der Forschung vermutet, so die AutorInnen, daß ein Hormonmangel im ersten Trimenon auftreten kann, verursacht durch reproduktive Unreife, Ernährungsmängel und streßbedingten physiologischen Streß aufgrund von Gewalterfahrungen oder nicht unterstützenden, sozial devianten Vätern. Die physiologischen Aufgaben einer Schwangerschaft und das Wachstum des utero-plazentaren Gefäßsystems können somit aufgrund des Hormonmangels zu Vaginalblutungen im ersten Trimenon und/oder zu Frühgeburten führen (vgl. Stevens-Simon u.a. 1993, 341f).

Catherine STEVENS-SIMON und Elizabeth McANARNEY (1994) untersuchten die Schwangerschaften von 127 jungen Frauen. Insbesondere ging es den Autorinnen darum, zu erschließen, ob Gewalt stattgefunden hat und welche Auswirkungen früher erlebter Mißbrauch auf eine spätere Schwangerschaft als Jugendliche haben kann (vgl. Stevens-Simon/McAnarney 1994, 569; vgl. auch Kapitel 1.4.3 dieser Arbeit). 33% der 127 Frauen berichteten, daß sie körperlich oder sexuell vor der Empfängnis dieser Schwangerschaft mißbraucht worden waren. Im Alter, gynäkologischem Alter, Größe, Gewicht und "body-mass-Index" (entspricht 23 kg Körpergewicht pro Quadratmeter) ergaben sich zwischen den Gruppen der mißbrauchten (n=42) und nicht mißbrauchten Frauen (n=85) keine signifikanten Unterschiede (vgl. ebd., 571f). Des weiteren wurden psychosoziale Unterschiede zwischen den Gruppen erhoben. Als Ergebnisse fanden sich, daß Überlebende mehr Streß und Depressionen während der Schwangerschaft erlebten. Diese Frauen erfuhren weniger soziale

Unterstützung und identifizierten seltener ihre Mutter als unterstützende Person. Sie berichteten häufiger vom Gebrauch illegaler Drogen und Alkohol (vgl. ebd., 572). Als Auswirkung auf das Neugeborene wurde durch die Autorinnen ermittelt, daß die mißbrauchten Frauen häufiger Kinder mit geringerem Geburtsgewicht gebären (vgl. ebd., 572f; vgl. auch Bullock/McFarlane 1990). Daß sich das Geburtsgewicht der Neugeborenen von Opfern unterscheidet, erklären die Autorinnen mit erhöhten Catecholaminwerten, die bei erhöhtem Streß und Depression vermehrt ausgeschüttet werden und sich nachteilig auf die Durchblutung der Plazenta auswirken. Des weiteren wird der Mißbrauch von Drogen indirekt für das geringe Geburtsgewicht verantwortlich gemacht (vgl. ebd., 573).

Zusammenfassend ist festzustellen, daß Schwangerschaften bei Mädchen und jungen Frauen einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Auch in der deutschsprachigen Literatur wird eine Schwangere unter 18 Jahren als "Risikoschwangere" bewertet. Die Forschung vernachlässigt aber die möglichen Hintergründe von sexualisierten Gewalterfahrungen für das Zustandekommen von Schwangerschaften und den besonderen Schwangerschaftsverlauf bei Mädchen und jungen Frauen.

Die von BUTLER und BURTON, RAINEY u.a. und STEVENS-SIMON und McANARNEY durchgeführten Studien haben sexualisierte Gewalt vor Beginn der Studie nicht definiert und die Prävalenz durch Fragen nach „ungewollten sexuellen Erfahrungen“ oder „Hat Sie jemand jemals zu ungewollten sexuellen Handlungen gezwungen“ o.ä. erhoben. M. E. sind diese Fragestellungen für Mädchen und junge Frauen zum Verständnis besonders geeignet und beziehen auch Erfahrungen mit ein, die nicht zur Anzeige kamen (siehe SPATZ WIDOM/KUHNS), bei denen kein Altersunterschied zwischen Täter und Opfer vorliegen mußte und einen „weiten“ Begriff von sexuellen Gewalthandlungen beinhaltete.

Erwähnenswert ist die Tatsache, daß in den Studien von SPATZ WIDOM und KUHNS und STEVENS-SIMON und McANARNEY sexueller und körperlicher Mißbrauch nicht unterschieden wird und die Ergebnisse somit nur eingeschränkt als Unterstützung der oben genannten Zahlen zum Zusammenhang von sexualisierter Gewalt und Teenagerschwangerschaften genannt werden können.

3.1.2 Auswirkungen von Überlebensstrategien nach sexualisierten Gewalterfahrungen auf die Schwangerschaft

Sexualisierte Gewalt kann zu verschiedenartigen Folgen führen, die das Leben der Betroffenen beeinflussen. Die Überlebensstrategien dienen der „Bewältigung“ der traumatischen Erfahrung und es ist anzunehmen, daß diese auch in einer Schwangerschaft „angewendet“ werden. Es werden verschiedene Auswirkungen dieser auf die Schwangerschaft aufgezeigt.

3.1.2.1 Schwangerschaftsverdrängung

Ein mir bisher vollkommen unbekannter und bisher auch unverständlicher Bereich ist das Phänomen der sogenannten „Schwangerschaftsverdrängung“. Die Kinderpsychiaterin Catherine BONNET untersuchte in einer Studie die Gründe, warum Frauen ihre neugeborenen Kinder zur Adoption freigaben. BONNET interviewte 22 Frauen, um die Motive zur Adoptionsfreigabe zu erforschen. Es wurden 1-3 psychoanalytisch-orientierte Interviews durchgeführt (vgl. Bonnet 1993, 501). Das Alter der Probandinnen variierte zwischen Pubertät und Menopause. Die Parität ergab, daß 16 Frauen noch niemals geboren hatten, zwei Frauen hatten ein Kind, zwei hatten zwei Kinder und zwei Frauen hatten drei Kinder (vgl. ebd., 504f).

Die Autorin erkennt, daß die Wahl der Adoption durch die Anwesenheit eines akuten psychischen Leidens bestimmt wird. Die schwangeren Frauen hatten eine Vergangenheit mit traumatischen sexuellen Erfahrungen, die die Autorin folgendermaßen beschreibt:

”Some of them (den Frauen; Anmerkung A. E.) had been shocked in childhood by the intrusion of adult sexuality into their psyche. They had parents or relatives, whose paradoxical behavior violated children´s bodies. This behavior included exhibitions of eroticism, excessive supervision of their sexual development, which included terrifying taboos” (Bonnet 1993, 506).

BONNET bezeichnet diese Familien, als welche mit dysfunktionalen Charakteristika, in denen der Generationenabstand nicht gewahrt wurde, die körperlichen Bedürfnisse der Mädchen ignoriert wurden oder die sexuelle

Identität der Töchter verleugnet wurde. Zudem gab es keinerlei Kommunikation über die Sexualität. Des weiteren erhebt BONNET:

"A few of them (den Frauen; Anmerkung A. E.) (about 20%) had been abused either by the father, a well-known adult, or had been raped by a stranger" (Bonnet 1993, 506).

Die interviewten Frauen zeigten eine Dynamik zweier charakteristischer Symptome in der Schwangerschaft bei einer Lebensgeschichte mit sexualisierten Gewalterfahrungen: Die Verdrängung der Schwangerschaft (vgl. auch Kapitel 2.4 dieser Arbeit) und das Auftreten von Gewaltphantasien gegenüber dem Fetus (vgl. Bonnet 1993, 501).

Durch die Verdrängung entdeckten die meisten befragten Frauen die Schwangerschaft erst nach dem ersten Trimenon, häufig erst zwischen dem fünften bis neunten Schwangerschaftsmonat. Schwangerschaftsbedingte Veränderungen wurden ignoriert oder umgedeutet, so die Autorin. Zudem waren die Frauen davon überzeugt, unfruchtbar zu sein. Frauen, die bereits Kinder geboren hatten, wurden durch ein Schlüsselerelebnis, was BONNET nicht näher erläutert, in die Vergangenheit zurück versetzt und der Verdrängungsmechanismus hinsichtlich der Möglichkeit, fruchtbar zu sein, wurde aktiviert. Die Verdrängung ist, nach Auffassung der Autorin, als Schutzmechanismus anzusehen und erklärt den langen Zeitraum des Ignorierens der Schwangerschaft (vgl. ebd., 505). Die Präsenz eines Fetus wurde erst wahrgenommen, als die Strategien der Verdrängung versagten. Dieses Erkenntnis führte zu Angst und Gewaltphantasien gegenüber dem Fetus, über die sie nicht in der Lage waren, mit anderen Menschen zu kommunizieren oder sich ihnen anzuvertrauen (vgl. ebd., 506). Die Erkenntnis, schwanger zu sein, löste traumatische Erinnerungen aus. Aus Angst vor der Konfrontation damit wünschte die Betroffene, den Fetus zu beseitigen, so die Psychiaterin (vgl. ebd., 506).

Unterschiedliche Formen des Umganges mit der Verdrängung der Schwangerschaft und den Gewaltimpulsen gegenüber dem Fetus wurden gewählt. Die 18 Frauen, die die Schwangerschaft austrugen und ihre Kinder zur Adoption freigaben, vernachlässigten die Schwangerschaft und nahmen selten oder gar nicht an Schwangerenvorsorgeuntersuchungen teil. Häufig erreichten sie eine Klinik erst, kurz bevor das Kind geboren wurde (vgl. ebd.,

507). Ein weiterer Teil der Frauen reagierte, laut BONNET, mit Aussetzung des Kindes bzw. Kindstötung. Zwei Frauen verdrängten die Schwangerschaft so extrem, daß sie einen Geburtsbeginn nicht wahrgenommen hatten und den Schmerz ignorierten, bis das Kind aus ihnen herausglitt. Die Existenz des Säuglings verursachte Panik und Angst, und die Frauen töteten die Kinder durch Mißhandlung oder erwürgten sie. Zwei andere Frauen gebaren auf einer öffentlichen Toilette oder an einem öffentlichen Ort und erkannten das Neugeborene nicht als menschliches Wesen. Die Kinder starben infolge von Kopfverletzungen oder Ertrinken (vgl. ebd., 507). Bei Aussetzung oder Tötung des Neugeborenen erlebten die Frauen nach den Geburten eine völlige Amnesie, um die Rekonstruktion des dramatischen Momentes zu verhindern. Die Amnesie ist ein Ergebnis der Verdrängung der Existenz des Kindes, so BONNET.

”The sudden dissolution of the denial had made their early sexual traumas reemerge. For them (die Frauen; Anmerkung A. E.) the baby was not an infant to love, but the only witness of hidden traumatic sexuality” (Bonnet 1993, 508).

M. E. weist BONNETS Untersuchung methodische Mängel auf. Die Autorin definiert sexualisierte Gewalt nicht und die Stichprobe ist sehr klein. Die Aussage, daß eine Anzahl von „etwa“ 20% Frauen durch Väter oder Angehörige Gewalt erfahren haben oder durch einen Fremden vergewaltigt wurden, ist ebenfalls als unklare Aussage zu bewerten.

BONNET gibt m. E. aber einen wichtigen Erklärungsansatz für das Verhalten von Frauen, die ihre Neugeborenen zur Adoption freigeben, es aussetzen oder töten. Da die Studie der Präventionserforschung von Aussetzung und Kindstötung diene, stellt sexualisierte Gewalt nicht die Ausgangsfragestellung dar. Dennoch deute ich die Ergebnisse als mögliche Varianten der Auswirkungen von sexuellen Gewalterfahrungen auf Schwangerschaft und Geburt.

In unserer Gesellschaft werden die Frauen, die ihre Kinder aussetzen oder töten abgewertet und ihnen wird jegliche menschliche Achtung verweigert. Im Zusammenhang mit sexualisierten Gewalterfahrungen in der Kindheit sind die Handlungen als Folge einer möglichen Überlebensstrategie zu werten.

3.1.2.2 Dissoziation

Dissoziation wird von den Autorinnen Beth Vaughan COLE, Marcia SCOVILLE und Linda T. FLYNN (1996) als ein wichtiger Faktor bei schwangeren und gebärenden Frauen mit einer Geschichte sexualisierter Gewalt dargestellt. Die Autorinnen beschreiben Dissoziation als Strategie, um Schwangerschaft und Geburt zu bewältigen. Sie betonen, daß die Frauen größere Schwierigkeiten haben, sich an den Schwangerschafts- und Geburtsprozeß anzupassen. Sie teilen mit, daß die Einschätzung von Dissoziation sich als sehr schwierig erweist, denn nur einige Frauen nehmen deutlich wahr, daß sie sich dissoziativ verhalten, andere dagegen nicht (vgl. Cole u.a. 1996, 232).

Patricia SMITH (1993) erstellt eine Monographie über das Leben einer Frau, die sexualisierte Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit gemacht hat. Anhand der Methode der Biographieforschung untersuchte sie das Leben von Margret, 46 Jahre alt, Krankenschwester. Der Aufdeckungsprozeß der sexuellen Gewalt begann erst, als Margret im Alter von 41 Jahren war. Bis dahin hatte sie keine Erinnerungen an die Gewalt. Margret berichtete von Gewalterfahrungen im Alter von 6-14 Jahren durch einen nahen Freund ihres Vaters. Sie wurde unter Androhung und Anwendung von psychischer und körperlicher Gewalt viele Male rektal, vaginal und oral vergewaltigt (vgl. Smith 1993, 73ff). SMITH analysiert das Leben Margrets anhand der Kategorien Herkunftsfamilie, Überlebensstrategien, Sexualität, Leben als Partnerin, Schwangerschaften, Geburten und Stillerefahrungen, Heilung und andauernden Auswirkungen.

SMITH entdeckte folgende Überlebensstrategien im Leben Margrets, die in besonderen Situationen, u.a. auch bei Schwangerschaft und Geburt angewendet wurden: Verleugnung, Dissoziation und Verdrängung. Des weiteren analysierte SMITH die körperlichen Auswirkungen der Überlebensstrategien, die Auswirkungen auf das soziale Verhalten, auf zwischenmenschliche Beziehungen, das emotionale Erleben und auf die Selbstwahrnehmung haben.

Margret hatte als Folge der sexualisierten Gewalt die Überlebensstrategie Dissoziation entwickelt. Diese bezog sich auf die Atmung. Während des Gewaltgeschehens in der Kindheit wendete Margret entweder eine

kontrollierte, regelmäßige Atmung an, um Kontrolle über sich zu behalten oder sie stoppte die Atmung. Das Stoppen der Atmung führte zu einer Ohnmacht, die sie, so SMITH, vor den Schmerzen der Erfahrung schützte. In ihrem weiteren Leben traten Ohnmachtszustände durch das Anhalten der Atmung während oder nach sexueller Aktivität oder während der Menstruation auf. Auch in der Schwangerschaft erlebte Margret Ohnmachtsanfälle. Margret beschrieb zudem „unerklärliche Unterleibsbeschwerden“ aus deren Folge sie ohnmächtig wurde und das Bewußtsein verlor. SMITH interpretiert, daß die Ohnmacht einen Bewußtseinsverlust auslöst und somit eine körperliche Reaktion auf Schmerzen darstellt, die mit dem Trauma assoziiert werden (vgl. ebd., 112).

3.1.2.3 Hypervigilanz

Eine weitere Überlebensstrategie von Margret wird durch SMITH analysiert. Hypervigilanz, als Symptom des Posttraumatischen Belastungssyndroms beschrieben (vgl. Kapitel 1.6.4.3 dieser Arbeit), wendete auch Margret an. Während der Schwangerschaft war Margret, wie SMITH feststellt, sehr "busy". Sie gab ihre Berufstätigkeit später auf als andere schwangere Frauen und arbeitete sehr schwer. Sie selbst meinte, daß sie dies tat, um sich als „normal“ zu erleben. Sie berichtete, daß sie sich so verhielt, als sei sie nicht schwanger (vgl. Smith 1993, 90f). Sie organisierte einen Umzug in eine andere Stadt und provozierte durch die körperlichen Anstrengungen, daß die Wehentätigkeit drei Wochen vor dem errechneten Termin ihres ersten Kindes einsetzten. Die Autorin interpretiert, daß Margret dieses Überfunktionieren in Form von Arbeit und Betätigung anwendete, um sich vor unangenehmen Situationen, die ihr Angst machten, zu schützen (vgl. ebd., 117). Weitere Konsequenzen dieser Überlebensstrategie, so SMITH, stellen Schlafstörungen und Alpträume dar, deren Auftreten bei Margret auch vermehrt in der Schwangerschaft stattfanden.

"While Margrets conscious mind could control her responses and deny her experience (die sexualisierte Gewalt; Anmerkung A. E.), her unconscious mind was behind this control" (Smith 1993, 117f).

3.1.2.4 "Substance Abuse"

Ich verwende im folgenden den englischsprachigen Begriff "Substance Abuse", da er den Mißbrauch von jeglichen Substanzen meint wie Nikotin, Alkohol, „harten“ und „weichen“ Drogen und Medikamenten.

In Hortensia AMAROS, Lise E. FRIEDS, Howard CABRALS und Barry ZUCKERMANS (1990) Studie mit 1243 schwangeren Frauen ergab sich eine Prävalenzrate von 10% Frauen, die während der Schwangerschaft körperliche oder sexualisierte Gewalt erlebt haben. Vergleiche zwischen Opfern sexueller und/oder körperlicher Gewalt und der Kontrollgruppe ergaben, daß Opfer einen erhöhten Alkoholmißbrauch und Mißbrauch von „harten“ Drogen während der Schwangerschaft aufwiesen. Die AutorInnen erklären, daß der erhöhte "Substance Abuse" bei Überlebenden eine Form des Coping mit der Gewalt darstellen kann (vgl. Amaro u.a. 1990, 578; Satin u.a. 1992, 974; vgl. auch Kapitel 1.6.4.2 dieser Arbeit). Sie stellen weiterhin fest, daß Frauen, die sexuelle/körperliche Gewalt erlebten, seltener glücklich über ihre Schwangerschaft waren und auch deren Partner und Familien nicht, als auch weniger soziale Unterstützung während der Schwangerschaft erhielten. Vor der Schwangerschaft hatten sie häufiger negative Lebensereignisse erlebt und häufiger depressive Symptome gezeigt. AMARO u.a. erhoben ein im Durchschnitt 19 Gramm geringeres Geburtsgewicht der Neugeborenen und ein um 0,13 Wochen geringeres Gestationsalter bei Opfern von Gewalt, aber erlauben sich wegen der geringen Anzahl von Überlebenden in der Stichprobe keine eindeutige Bewertung, sondern weisen lediglich auf einen Zusammenhang von Gewalterfahrungen und "Substance Abuse" hin (vgl. ebd., 578).

Joan WEBSTERS, Jenny CHANDLERS und Diana BATTISTUTTAS (1996) Studie mit 1014 schwangeren Frauen ergab eine Prävalenz von 29% Opfern von andauernder oder vergangener Gewalt. Die Gewalterfahrungen wurden auf drei Ebenen unterschieden und in verschiedenen Schweregraden unterteilt (vgl. Webster u.a. 1996, 761). Die Auswirkungen der Erfahrungen auf die Schwangerschaft ergab, daß Nikotinabusus zu 27,6% bei Frauen

ohne Gewalterfahrungen und zu 51,9 bis 61,8% der Frauen mit Gewalterfahrungen erhoben wurde. Alkohol mißbrauchten 16,5% der keiner Gewalt ausgesetzten Frauen, aber 18,2 bis 30,3% der Opfer von körperlicher und/oder sexueller Gewalt (vgl. ebd., 763).

Joan WEBSTER u.a. erheben ein kindliches Geburtsgewicht von Müttern, die Gewalterfahrungen gemacht haben, von 3321 Gramm im Gegensatz zu 3453 Gramm (vgl. ebd., 764). Die AutorInnen interpretieren das Ergebnis aber nicht als eindeutig. Werden soziodemographische Faktoren hinzugezogen, ergeben sich gleiche Werte für beide Gruppen (vgl. ebd., 763). Somit wurde sexueller und/oder körperlicher Mißbrauch durch die AutorInnen indirekt für ein geringeres Geburtsgewicht bei Kindern mißbrauchter Frauen verantwortlich gemacht, denn der Mißbrauch von Nikotin und Alkohol und weitere Faktoren scheinen eine Reaktion auf körperliche oder sexuelle, vergangene sowie gegenwärtige Gewalterfahrungen zu sein. Die AutorInnen stellen dar, daß diese Frauen auch einen geringeren Sozialstatus mit geringerem Einkommen und sozialer Isolation aufwiesen (Webster u.a. 1996, 764).

Ein höherer Gebrauch an verschriebenen Medikamenten, einschließlich Antidepressiva, (33,7 bis 35,1% bei Frauen mit Gewalterfahrungen vs. 22,6% bei Frauen ohne Gewalterfahrungen) zeigte auch in dieser Studie den erhöhten Anteil an Depressionen, Ängsten und unterschiedlichen psychosomatischen Erkrankungen bei Frauen, die in Familien leben, wo sie Gewalterfahrungen machen oder haben machen müssen (vgl. ebd., 764). Insgesamt wiesen aber die AutorInnen darauf hin, daß Nikotin- und Alkoholkonsum stark mit sozioökonomischen Variablen assoziiert werden kann wie Bildung und Beruf (vgl. ebd., 764).

Bei einer Befragung von Judith McFARLANE, Barbara PARKER und Karen SOEKEN (1996) von 1203 Frauen ergab sich, daß 16% der befragten Frauen Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft haben machen müssen (vgl. Kapitel 1.4.4 dieser Arbeit). Die Autorinnen fanden signifikante Ergebnisse hinsichtlich Nikotin-, Drogen- und Alkoholabusus.

Gewalterlebende Frauen berichteten zu 70% häufiger von Zigarettenabusus als nicht mißbrauchte Frauen. Illegaler Drogenabusus und Alkoholmißbrauch während der Schwangerschaft wurde zu 120% häufiger von Gewalterfahrungen belasteten Frauen beschrieben (vgl. McFarlane u.a. 1996, 40).

Lydia MAYER (1995) macht auf erhöhten Drogen- und Alkoholmißbrauch bei Überlebenden aufmerksam, dessen Folge ungeplante Schwangerschaften aufgrund seltenerem Gebrauchs von empfängnisverhütenden Maßnahmen sein können. Zudem besteht damit ein höheres Risiko, daß die Frauen keine vorgeburtliche Fürsorge in Anspruch nehmen. Geringes Geburtsgewicht des Kindes kann teilweise mit den indirekten Folgen von früherer und/oder gegenwärtiger Gewalt erklärt werden, so die Autorin. Eine Folge der Gewalterfahrungen können schwere Identitätsprobleme sein, die mit einem geringen Selbstbewußtsein einher gehen (vgl. Carmen 1989, zit. nach Mayer 1995, 15). Daraus mag resultieren, daß die Frauen keine selbstprotektiven Strategien anwenden können d.h., "Substance Abuse", die Schwangerenvorsorge nicht nutzen usw. Nicht wahrgenommene Termine für die Schwangerenvorsorge können, laut Verfasserin, aber auch durch den Partner verursacht werden, der dem Opfer verbietet, das Haus zu verlassen (vgl. Mayer 1995, 15).

3.1.2.5 Geringes Körperbewußtsein und fehlende sexuelle Autonomie

Als ein signifikantes Ergebnis konnten Mimy E. VAN-DER-LEIDEN und Valerie D. RASKIN (1993) eine erhöhte Rate an Abtreibungen bei Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen erheben. Sie untersuchten die Daten von 144 schwangeren Frauen und erkannten eine Prävalenz von 10% Frauen, die in der Kindheit sexuell mißbraucht worden sind, wobei die Autorinnen keine Definition von sexualisierter Gewalt liefern. Bei in der Kindheit mißbrauchten Frauen nennen die Autorinnen 1,1 Abbrüche, bei nicht mißbrauchten Frauen 0,5. Sie vermuten, daß sich dieses Ergebnis aufgrund einer höheren Anzahl ungeplanter Schwangerschaften und der seltenen Teilnahme an gynäkologischen Untersuchungen ergibt. Laut Aussage der Autorinnen wird ein geringes Körperbewußtsein und fehlende sexuelle Autonomie als eine Auswirkung des Posttraumatischen Belastungssyndroms

gewertet und kann damit zu dem Auftreten ungewollter Schwangerschaften führen (vgl. Van-der-Leiden/Raskin1993, 1337; vgl. auch Webster u.a. 1996; Amaro u.a. 1990, 577).

James L. JACOBS (1992) identifiziert ebenfalls mehr Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben. Er verglich eine Gruppe von 15 Überlebenden mit einer Gruppe von 13 Frauen, die diese Erfahrungen nicht gemacht haben hinsichtlich gynäkologischer und geburtshilflicher Anamnese, Schwangerschafts- und Geburtsverlauf (vgl. Jacobs 1992, 109). Die Frauen mit Gewalterfahrungen waren über ambulante Dienste, Selbsthilfegruppen oder ÄrztInnen für die Erhebung gewonnen worden. Die Frauen wurden interviewt und sexualisierte Gewalt wurde in folgenden Kategorien unterschieden:

”(...) subjects identifying themselves as ”Victims of Child Sexual Abuse”, ”Victims of Incestual Child Sexual Abuse”, ”Being Touched Sexually as a Child” (...)” (Jacobs 1992, 108).

Die Aussagen der Frauen der Stichprobe von JACOBS, die Opfer sexueller Gewalt waren, unterstützen die Vermutungen von Ellen BASS und Laura DAVIS (1988), so der Autor, die beschreiben, daß Überlebende häufig Verhaltensweisen aufzeigen, die sie selbst reviktimisieren (vgl. Bass/Davis 1988). Mehrere Frauen übten eine sorglose Geburtenkontrolle aus und wurden häufiger schwanger. Ein darauf folgender Schwangerschaftsabbruch wird als Selbstbestrafung für Sexualität bewertet. Die Daten korrelieren mit einem jüngeren Alter bei der ersten Schwangerschaft (vgl. Jacobs 1992, 107ff). JACOBS interpretiert:

”Increased pregnancy terminations and younger age at first pregnancy tend to support models which predict greater sexual precocity and earlier sexual activity along with possible ambivalence toward pregnancy, birth and parenting” (Jacobs 1992, 110).

3.1.2.6 Ängste

Ursula WIRTZ (1997) hat das Thema sexualisierte Gewalt und Mutterschaft, Schwangerschaft und Geburt aufgegriffen. Sie berichtet von Ängsten der Frauen, die eigenen Kinder zu mißbrauchen oder sie vor sexualisierter Gewalt nicht schützen zu können, was Frauen dazu veranlassen kann, sich

gegen eigene Kinder zu entscheiden. Weiterhin benennen Frauen Ängste, so WIRTZ, zwanghaft Rache für die selbst erlebte Gewalt an dem Neugeborenen ausleben zu wollen oder die Kinder mit der erfahrenen Gewalt „anzustecken“. Berührungen und Zärtlichkeiten mit einem Kind werden ambivalent erlebt, denn sie könnten möglicherweise eine sexuelle Färbung haben. Ängste, ein Mädchen zu gebären, was das Leid des weiblichen Geschlechtes fortführen würde, werden benannt als auch die Furcht, daß die eigenen Kinder die Mütter als schwach erleben. Befürchtungen, die eigene Problematik in das Kind zu projizieren und überfürsorglich zu sein, werden geäußert. Andere Frauen verzichten auf Kinder, da sie glauben, ihnen nichts geben zu können oder sie fürchten ihre Kinder emotional auszubeuten (vgl. Wirtz 1997, 103ff). Die Autorin berichtet weiterhin von Klientinnen, die die Schwangerschaft als verletzend erleben, denn schwangere Frauen sind äußerlich auffällig und der Blick wird ihnen zugewendet (vgl. ebd., 105f). Andererseits kann die Schwangerschaft als Schutz erfahren werden.

„Als Schwangere fühlen sich die Frauen sicherer, die Rolle der Mutterschaft schützt sie davor, als sexuelles Wesen wahrgenommen zu werden. Darum genießen manche diesen Zustand, weil sie das Gefühl haben, auch von ihren Männern die Zärtlichkeit zu bekommen, die sie sich ersehnen, ohne den Preis der Sexualität dafür zahlen zu müssen“ (Westerlund o. J., 92, zit. nach Wirtz 1997, 106).

Jenny KITZINGER (1993) beschreibt die Aussagen von 39 Frauen, die Überlebende sexualisierter Gewalt sind, dabei überwiegend von „Inzest“, wobei die Autorin keine Definition liefert. Einige Frauen berichteten von Ängsten hinsichtlich des in vielen Theorien beschriebenen sogenannten „Zyklus der Gewalt“, der aussagt, daß Überlebende die eigenen Kinder auch mißbrauchen würden. Laut Jenny KITZINGER muß diese Aussage als Mythos bezeichnet werden. Die Autorin kommentiert, daß der Großteil der Täter männlich ist und der Großteil der Überlebenden weiblich (vgl. Kitzinger 1993, 168).

Die Probandin aus Patricia SMITH (1993) Monographie erlebte in der Schwangerschaft ihres ersten Kindes generalisierte Ängste. In der Schwangerschaft haben Frauen im allgemeinen eine höhere Körperwahrnehmung und eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit, wie

verschiedene AutorInnen feststellen (vgl. Kapitel 2.2 und 2.3 dieser Arbeit). SMITH erläutert, daß Margret einen erhöhten intrapersonellen Konflikt erlebte, da sie sich ihrer körperlichen Bedürfnisse nicht gewahr wurde oder sie nicht achtete. SMITH vermutet, daß der Konflikt in Form körperlicher Symptome während der Schwangerschaft zum Ausdruck kam (vgl. Offerman-Zuckerberg 1980, zit. nach Smith 1993, 122). Margret berichtete von exzessivem Erbrechen, unspezifischen Schmerzen und Krämpfen im Genitalbereich, Ohnmachtsanfällen, Verdauungsstörungen, Alpträumen und Hyperaktivität. Ein weiterer Hinweis für die starke Angst ist der erhöhte Zuckergehalt im Urin von Margret während der Schwangerschaft. Sie aß, wie in der Kindheit auch, große Mengen an Süßigkeiten, um die Angst der Gewalterfahrung zu kompensieren (vgl. Smith 1993, 123).

JACOBS erhob (1992) eine erhöhte Gewichtszunahme in der Schwangerschaft bei Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen, die mit höheren Geburtsgewichten der Neugeborenen einher gingen. Der Autor erklärt die erhöhte Gewichtszunahme damit, daß die Frauen erhöhte Nahrungsmengen zu sich genommen hatten. Die erhöhte Zunahme des Körpergewichts verbindet JACOBS mit einem erhöhtem Angstlevel während der Schwangerschaft oder dem Vorliegen latenter Eßstörungen, die in der Schwangerschaft ausgelöst werden (vgl. Jacobs 1992, 110).

Das erhöhte Angstniveau entsteht, laut Autor, aufgrund streßinduzierender Situationen im zwischenmenschlichen Bereich in der Schwangerschaft und unter Geburt. Die Frauen berichteten bspw. von körperlichen oder sexuellen Gewalterfahrungen auch während der Schwangerschaft, davon, keine Unterstützung in der Schwangerschaft erhalten zu haben, von Alkoholabhängigkeit des Partners, vom Tod der Mutter o.ä. (vgl. ebd., 108). Der Autor erklärt die psychologischen Langzeitfolgen bei Überlebenden mit der sexuellen Gewalterfahrungen (vgl. Hulseley u.a. 1989, zit. nach Jacobs 1992, 108).

BOHN und HOLZ (1996) berichten, daß Überlebende während der Schwangerschaft Ängste in bezug auf die Gewichtszunahme ausdrücken, insbesondere wenn auch eine Eßstörung vorliegt. Des weiteren beobachteten die Autorinnen, daß Ängste dazu können, normale Braxton-

Hicks-Kontraktionen⁹ und Kindsbewegungen nicht von zervixwirksamen Wehen zu unterscheiden (vgl. Bohn/Holz1996, 447).

Viele Frauen gaben in JACOBS´ Untersuchung (1992) an, zu glauben, durch die sexualisierte Gewalt Schaden genommen zu haben. Die erhöhten Ängste führten zu einer erhöhten Durchführung von Ultraschalluntersuchungen, so JACOBS. Die Frauen suchten die Vergewisserung, daß die Schwangerschaft „normal“ verläuft (vgl. Jacobs 1992, 109).

Ursula WIRTZ (1997) stellt fest, daß besonders eine Schwangerschaft beängstigend erlebt werden kann. Auch hier wird der Körper von einer anderen Person in Besitz genommen und Assoziationen an sexuelle Übergriffe können ausgelöst werden (vgl. Wirtz 1997, 106).

⁹ Braxton-Hicks-Kontraktionen sind stärkere, selten auftretende Kontraktionen, die erst ab einem bestimmten individuellen Druck zervixwirksam werden (vgl. Psyhrembel/Dudenhausen 1986, 127).

3.1.2.7 Depressionen

Beth Vaughan COLE, Marcia SCOVILLE und Linda T. FLYNN (1996) erklären, daß Depression als ein besonderer Problembereich in der Beratung bei schwangeren Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, identifiziert worden ist (vgl. Cole u.a. 1996, 229ff). Depressionen erhalten in der Schwangerschaft eine besondere Bedeutung. Die Probleme der Frauen beziehen sich auf Ängste, die sich auf das Leben mit den Neugeborenen beziehen. Die Angst, den kindlichen Bedürfnissen nicht adäquat begegnen zu können, verursacht das Leiden (vgl. Cole/Woolger 1989, zit. nach Cole u.a. 1996, 232). Das Kind selbst zu mißbrauchen, wird als weitere Furcht genannt und kann die depressiven Zustände auslösen (vgl. ebd., 232; vgl. auch Wirtz 1997, 103).

3.1.3 Schwangerschaftskomplikationen nach sexualisierter Gewalt

In Studien zu Schwangerschaft und sexualisierter Gewalt sind unterschiedliche Charakteristika untersucht worden, die Auswirkungen sowohl auf die Gesundheit der Schwangeren als auch auf das Neugeborene haben können und sollen hier aufgezeigt werden.

3.1.3.1 Auswirkungen auf die Schwangere

Andrew J. SATIN, Susan M. RAMIN, Jean PAICURICH u.a. (1992) fanden in einer Stichprobe von 2404 schwangeren Frauen einen Anteil von 5% Frauen, die vor und/oder während der Schwangerschaft sexualisierte Gewalterfahrungen ausgesetzt waren/sind. Den ForscherInnen ging es um die Fragen nach Auswirkungen dieser Erfahrungen auf die Schwangerschaft und nach Auswirkungen auf das Neugeborene (vgl. Satin u.a. 1992, 973). In bezug auf die Schwangerschaft waren mehr Schwangerschaftskomplikationen mit Klinikaufenthalten bei Frauen mit Gewalterfahrungen ermittelt worden (15%) als bei Frauen, die keine sexualisierte Gewalt erlebt haben (8%). Ein signifikantes Vorkommen von sexuell übertragbaren Krankheiten, Infektionen des Urogenitaltraktes und der

Vagina bei den Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen wurde erhoben (vgl. ebd., 974).

Judith McFARLANE, Barbara PARKER und Karen SOEKEN (1996) erheben 16% Frauen, die in der Schwangerschaft, und 24,3% Frauen, die vor der Schwangerschaft körperliche oder sexualisierte Gewalt erlebt haben (vgl. McFarlane u.a. 1996, 38f). Hinsichtlich der Auswirkungen auf die mütterliche Gesundheit wurde ermittelt, daß Überlebende, laut Autorinnen, zwei mal so häufig wie andere Frauen erst im dritten Trimenon der Schwangerschaft an Vorsorgeuntersuchungen teilnahmen. Die Forscherinnen interpretieren, daß Frauen die Gewalt und Macht der Täter als Barriere erleben, um an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Mit dem späten Eintreten in die Vorsorge ist die Tatsache verbunden, daß Risiken sehr spät erkannt werden und Interventionen zu einem späten Zeitpunkt weniger positive Ergebnisse hinsichtlich der Risikofaktoren erzielt werden können (vgl. ebd., 39ff; vgl. auch McFarlane u.a. 1992, 3176ff).

Ein unerwartetes Ergebnis für WEBSTER u.a. (1996), die Auswirkungen von sexualisierter und körperlicher Gewalt auf die Schwangerschaft erhoben, stellte die hohe Prävalenz der Erkrankung Asthma bronchiale bei Frauen mit Gewalterfahrungen dar. 22,5 bis 27,3% (in Ebene 2 bis 3) der Überlebenden im Gegensatz zu 12,0% der keine Gewalt erlebenden Frauen waren an Asthma erkrankt, wobei die AutorInnen anmerken, daß Asthma als eine Erkrankung mit hohem Einfluß emotionaler Faktoren beschrieben wird. Andererseits beziehen sich WEBSTER u.a. aber auch auf Studien, die ein Vorkommen von Asthma mit einer Hypersensibilität der Bronchiolen gegenüber Substanzen aus der Luft erklären. Doch sie konstatieren, daß diese Faktoren nur teilweise die erhöhte Erkrankungsrate bei Opfern sexualisierter Gewalt erklären können (vgl. Webster u.a. 1996, 765f; vgl. auch Kapitel 1.6.4.1 dieser Arbeit).

In der gynäkologischen/geburtshilflichen Anamnese ist bei Frauen mit Gewalterfahrungen in der Studie von WEBSTER u.a. festgestellt worden, daß eine erhöhte Rate an Fehlgeburten und Abbrüchen sowie Totgeburten bei Überlebenden zu finden sind. In bezug auf Aborte und Interruptios zitieren die AutorInnen die Aussagen einiger Frauen:

”A number (von Überlebenden; Anmerkung A. E.) stated that miscarriage followed violent domestic episodes, and we (die AutorInnen;

Anmerkung A. E.) have heard subsequent anecdotal accounts of insistence on abortion by the abusive partners" (Webster u.a. 1996, 765).

3.1.3.2 Auswirkungen auf das Neugeborene

Hinsichtlich der Fragestellung der Auswirkungen der Überlebensstrategien nach sexualisierter Gewalt auf das Neugeborene berichteten Andrew J. SATIN u.a. von nicht signifikanten Ergebnissen hinsichtlich Nabelschnurarterienblut (NAPH akt)¹⁰, Apgar-Score¹¹ und Geburtsgewicht (vgl. Satin u.a. 1992, 974). Die ForscherInnen erheben in ihrer Stichprobe aber fünf Frauen, die sexuelle Übergriffe während der Schwangerschaft erlebten. Drei dieser Frauen gebären vor der 36. Schwangerschaftswoche und zwei Neugeborene wogen weniger als 2500 Gramm was, laut AutorInnen, mit den Ergebnissen der Studie von Andrew J. SATIN, D. L. HEMSEL, I. C. STONE u.a. (1991) übereinstimmt. Die Ergebnisse dieser Studie über die Auswirkungen sexueller Übergriffe während der Schwangerschaft ergaben ein Vorkommen von 24% Neugeborenen mit geringem Geburtsgewicht und 16% Frühgeburten (vgl. Satin u.a. 1991, zit. nach Satin u.a. 1992, 975).

Bei der Befragung von Judith McFARLANE, Barbara PARKER und Karen SOEKEN (1996) wurde festgestellt wurde, daß Frauen mit Gewalterfahrungen 133 Gramm weniger gewichtige Neugeborene gebären als Frauen ohne Gewalterfahrungen. Ein weiteres signifikantes Ergebnis der Autorinnen stellt der Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und Gewalterfahrungen dar. Nikotinabusus ist ein häufig diskutierter Risikofaktor für geringeres Geburtsgewicht bei Neugeborenen. McFARLANE u.a. stellten aber interessanterweise fest, daß Frauen, die sexualisierte und/oder körperliche Gewalt erlebten und Zigaretten konsumierten, im Durchschnitt 183,79 Gramm leichtere Neugeborene gebären als Frauen, die nur den Risikofaktor Nikotinabusus aufwiesen. Für Nichtraucherinnen ergab sich eine Differenz des Geburtsgewichtes der Kinder zwischen mißbrauchten und nicht mißbrauchten Frauen von 34,21 Gramm. Die Ergebnisse zeigen, daß

¹⁰ Aus der Nabelschnurarterie gewonnener Wert über den Sauerstoffgehalt des Kindes im Blut (vgl. Pschyrembel/Dudenhausen 1986, 668).

¹¹ Nach Virginia APGAR: Klinisch leicht erkennbare Symptome über den Zustand des Kindes, die durch ein Punkteschema quantifiziert werden, was international verwendet wird (vgl. Pschyrembel/Dudenhausen 1986, 666).

Nikotinabusus und Gewalterfahrungen während der Schwangerschaft einen zusammenwirkenden Effekt auf das Geburtsgewicht haben. Bei Alkohol- und Drogenabusus konnte diese Auswirkung nicht nachgewiesen werden (vgl. McFarlane u.a. 1996, 41).

14,2% der Frauen mit Gewalterfahrungen im Gegensatz zu 8,6% Frauen ohne Gewalterfahrungen gebären Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 Gramm (vgl. ebd., 39). Das Risiko, Kinder unter 2500 Gramm zu gebären, ist aber, so die AutorInnen, assoziiert mit weiteren Risikofaktoren. Erhoben wurde, daß Gewalt einen Risikofaktor darstellt, ein Kind mit einem Geburtsgewicht unter 2500 Gramm zu gebären, vergleichbar mit anderen Risikofaktoren (vgl. ebd., 41).

Ein Drittel der Überlebenden in der Befragung von JACOBS (1992) gaben an, medizinische Probleme während der Schwangerschaft gehabt zu haben. Dies waren insbesondere vorzeitige Wehentätigkeit, die erfolgreich in einer Klinik behandelt wurde und nicht zu Frühgeburten führte. Die Überlebenden erklärten unter größerem Streß in der Schwangerschaft gestanden zu haben, als die Frauen der Kontrollgruppe es berichteten. Der Autor unterstützt damit Vermutungen von EVANS u.a. (1988), die ein erhöhtes Vorkommen von Frühgeburten bei Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen erhoben hatten (vgl. Evans u.a. 1988, zit. nach Jacobs 1992, 110).

3.2 Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf die Geburt

Das folgende Kapitel widmet sich den Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf die Geburt. Hier geht es um Berichte der Frauen, welche Aspekte der Geburtserfahrung durch die Folgen der erlebten sexualisierten Gewalt beeinflusst sind. Zudem werden medizinische Komplikationen erörtert. Es wird vermutet, daß die Geburt das Potential besitzt, nicht erinnerte Gewalterfahrungen aufzudecken. In einem zweiten Teil werden wiederum die Auswirkungen von Überlebensstrategien nach sexualisierter Gewalt beschrieben.

Meines Wissens ist es in den USA neuerdings üblich in die Ausbildung zur Hebamme, Inhalte über Folgen sexualisierter Gewalterfahrungen auf die Geburt zu vermitteln (telefonische Mitteilung von Julie GORWODA, Lehrhebamme in New Mexico). Des weiteren ist mir bekannt geworden, daß die Frage nach sexualisierten Gewalterfahrungen in jeder Anamnese zu erheben ist (Gorwoda). Zudem gibt es ein Projekt, in dem Krankenschwestern und Hebammen an einer Weiterbildung zur Begleitung von Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen unter der Geburt teilnehmen können.

3.2.1 Erfahrungen von Überlebenden sexualisierter Gewalt unter der Geburt

Linda HALLIDAY-SUMMER und Deborah KOZLICK (1996) interviewten 42 Frauen, die Überlebende sexualisierter Gewalt sind hinsichtlich ihrer geburtshilflichen Anamnese. Alle Frauen waren über Beratungsstellen oder Therapiezentren als Teilnehmerinnen der Studie angesprochen worden und befanden sich somit in beraterischer oder therapeutischer Begleitung. Die Autorinnen resümieren die Ergebnisse und fanden einen hohen Anteil an Zangen- (Forceps-) und Kaiserschnittgeburten (Sectio caesarea) (45%) bei den befragten Frauen, wobei 36% der Kaiserschnitte bei der Erstgeburt durchgeführt wurden (vgl. Halliday-Summer/Kozlick 1996, 285ff).

Da mir nur vorläufige Daten vorliegen, ist mir eine Prüfung der Studie nicht möglich. Die Autorinnen nennen leider keinerlei Vermutungen hinsichtlich der

erhaltenen vorläufigen Ergebnisse. Dennoch kann der hohe Anteil an operativen Geburten m. E. auf einen Zusammenhang zwischen sexualisierten Gewalterfahrungen und Geburtskomplikationen hinweisen. Ingrid OLBRICHT berichtet in der deutschsprachigen Literatur aus ihrer Praxis (1993, 1996), daß Frauen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben häufige Fehlgeburten und Störungen des Geburtsverlaufes erlebt haben (vgl. Olbricht 1993, 51). Im therapeutischen Prozeß stellen die betroffenen Frauen selbst Verbindungen zwischen ihren Symptomen und den Gewalterfahrungen her. Die Autorin erklärt, daß sehr viele Frauen keine Kinder bekommen möchten einerseits aus der Sorge, daß die eigenen Kinder selbst Gewalterfahrungen machen müssen, andererseits, weil sie Ängste, eine Beziehung zu einem Mann einzugehen, und vor Sexualität haben (vgl. ebd., 52).

Rebecca FREVERT, Anita BROWN und Cindy ROGERS (1996) führten eine Studie durch, wobei ihr Anliegen war zu ermitteln, welche Unterschiede sich hinsichtlich zahlreicher Faktoren zwischen Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt hatten, und solchen, die keine erlebten, hinsichtlich Schwangerschafts- und Geburtsverlauf ergaben. Sie führten diese Studie in einem "Prenatal Care Center" anhand der Akten von Frauen durch. Hebammen befragen dort seit Jahren routinemäßig die Frauen hinsichtlich sexueller Gewalterfahrungen. Es wurden weiterhin soziale Faktoren verglichen, die gynäkologische Anamnese erfragt, nach Suchterkrankungen, sexuell übertragbaren Krankheiten und gegenwärtigen Störungen oder Auffälligkeiten des Schwangerschafts- und Geburtsverlauf gefragt (vgl. Frevert u.a. 1996, 83ff). In einer persönlichen Mitteilung von Mai 1998 erhielt ich von den Forscherinnen einige, bisher unveröffentlichte Ergebnisse: Erwartete Differenzen zwischen den Frauen mit und ohne sexualisierte Gewalterfahrungen ergaben sich hinsichtlich sozialer Faktoren, Alkohol- und Drogenmißbrauch, sexuell übertragbaren Erkrankungen und dem Vorliegen häuslicher Gewalt.

"We DID NOT find differences in any labor and delivery data, including length of labor, type of delivery, use of analgesic or epidurals, perineal integrity, birthweight, gestational age at delivery" (Frevert/Brown/Rogers 1998; persönliche schriftliche Mitteilung; Hervorhebung i. O.; A. E.).

3.2.1.1 Auslösung von Erinnerungen

Kerstin WENNINGER (1994) berichtet im Rahmen einer Studie zu den Langzeitfolgen von sexuellem Mißbrauch, daß 16 der 45 Teilnehmerinnen (46%) für einen begrenzten Zeitraum in ihrem Leben keine Erinnerung an das Gewaltgeschehen hatten. 36% der amnestischen Frauen erlebten ihre ersten Erinnerungen im Zusammenhang mit Lebensereignissen, die eine Auseinandersetzung mit der weiblichen Identität anregten. Als Beispiele werden neben der ersten Menstruation, Abtreibung oder Hysterektomie, die Geburt eines Kindes genannt (vgl. Wenninger 1994, 135ff). Die genannten Lebensereignisse waren bei den Frauen in der Regel stabilisierend bzw. positiv. WENNINGER vermutet, daß erste Erinnerungen an das Gewaltgeschehen erst auftreten, wenn sich die Frau in einer relativ stabilisierten Lebenssituation mit sozialer Unterstützung befindet (vgl. ebd., 143f).

Eine der Untersuchungen zu Auswirkungen von sexualisierten Gewalterfahrungen auf die Geburt führte Jenny PARRAT (1994) durch. Sie widmete sich in dieser Untersuchung mit phänomenologischen Zugang der Frage, welche Erfahrungen und Gefühle Überlebende von sexualisierter Gewalt während der Geburt eines Kindes hatten (vgl. Parrat 1994, 26). Die Studie wurde mit sechs Teilnehmerinnen im Alter von 27 bis 43 Jahren durchgeführt, die Opfer sexueller Gewalt waren. PARRAT interviewte die Frauen zweimal. Die Tiefeninterviews setzten den Fokus auf die Beschreibungen der Erfahrungen durch die Frauen selbst (vgl. ebd., 29). PARRAT definiert sexualisierte Gewalt in Anlehnung an GOLDMAN und GOLDMAN (1988)¹² und definiert den Rahmen der Familie als direkte, indirekte Verwandte und Stiefverwandte (vgl. Parrat 1993, 27). Die zwei wichtigen Variablen der Studie von PARRAT wie die Erfahrung der Geburt eines Kindes und die Erfahrung der sexualisierten Gewalt werden definiert als körperliche und emotionale Erfahrungen (vgl. ebd., 28). Die Ergebnisse der Studie zeigen, daß drei Frauen durch den Vater und drei Frauen durch einen älteren Bruder mißbraucht worden sind. Drei der

¹² Ronald J. GOLDMAN und Juliette D. G. GOLDMAN (1988) verwenden FINKELHOR´ s Definition von (1979). 1. setzt sexueller Mißbrauch einen Altersunterschied zwischen Opfer und Täter voraus. 2. Wird nach einem Alter von unter 12 Jahren und unter 16 Jahren differenziert. Die sexuellen Handlungen beinhalten "(...) Invitation, Hugging in a Sexual Way, Showing Genitals, Fondling Sexuality, Touching Genitals, Simulated Intercourse, Intercourse (...)" (Goldman / Goldman 1988, 99).

Teilnehmerinnen erinnerten sich bis zur Geburt ihres Kindes nicht an die Gewalt. Zwei Frauen hatten geplante Schwangerschaften, drei erlebten mehr als eine Fehlgeburt und eine Frau litt an einer sekundären Infertilität, die über acht Jahre behandelt wurde, bevor die Frau auf natürliche Weise empfing (vgl. ebd., 30). Die sechs Frauen hatten zusammen 19 Geburtserfahrungen, alle Frauen hatten mindestens ein Kind geboren. Alle Geburten waren Vaginalgeburten, obwohl drei Frauen vor der Geburt von MedizinerInnen mitgeteilt wurde, daß sie einen Kaiserschnitt benötigten. Eine der Geburten war eine Frühgeburt, eine war eine Forcepsgeburt mit Periduralanästhesie.¹³

”Seven labours were described by the women as long, hard, difficult or complicated. (...) The descriptions of nine of the deliveries implied that they were very fast” (Parrat 1994, 30).

PARRATS erste Frage der Studie befaßte sich damit, ob die Geburtserfahrung Erinnerungen an Gewalterfahrungen auslösen kann. Zwei Frauen erinnerten sich während der Geburt an eine Form von Verletzlichkeit durch die Ähnlichkeit der Ereignisse unter der Geburt und während des Gewaltgeschehens. Wegen Vaginaluntersuchungen oder der Anwesenheit fremder Personen wendeten andere Frauen Dissoziation an und dies verdeutlichte ihnen die Ähnlichkeit der zwei Ereignisse. Eine Frau, die die Gewalt nicht erinnerte, spürte eine besondere Angst vor dem Gebären der Plazenta. Nach dem ersten Interview hatte sie ”Flashbacks” über ihre Gewalterfahrungen als Kind, die ihre Angst erklären konnten. Die Frauen, die die Gewalt erinnerten, hatten spezifischere Erinnerungen unter der Geburt (vgl. ebd., 31f).

PARRAT legte als weiteres Untersuchungskriterium fest, welche Aspekte des Geburtsverlaufes Erinnerungen provozieren. Diese waren sehr individuell und nicht vorhersehbar. Die Autorin erklärt, daß einige Teilnehmerinnen berichteten, daß Berührung Erinnerungen auslösen konnte. Die Berührungen schlossen vaginale Untersuchungen, die Nahtversorgung nach Dammschnitt oder -riß sowie die Berührung des Neugeborenen ein. Eine Frau erlebte die Berührung mit ihrem Neugeborenen als positiv.

¹³ Eine Periduralanästhesie dient der vollständigen Wehenschmerz beseitigung durch einen Katheter im Lumbalraum, über den kontinuierlich Anästhetika eingegeben werden, deren Legen aufgrund unterschiedlicher Indikationen angezeigt ist (vgl. Psyhyrembel/Dudenhausen 1986, 242).

”(...) I feel clean, you know, like all that bad stuff was washed away”
(Parrat 1994, 33).

Andere Frauen erlebten, daß Berührung oder die Ablehnung von Berührung ein Teil der Reaktion für andere Auslöser war. Ungestörtsein oder ein Mangel an Ungestörtsein hatten ebenfalls eine besondere Bedeutung in bezug auf das Auslösen von Erinnerungen für die von PARRAT interviewten Frauen. Eine Frau erinnerte sich, daß die Pflegenden sich aus ihrer Sicht zu sehr in ihren Umgang mit ihrem Partner und ihrem Kind einmischten. Sie fühlte sich dadurch gestört und die Klinik nach drei Tagen verließ. Eine andere Frau berichtete, daß Ungestörtheit für sie eine Voraussetzung für Kontrolle und Konzentration darstellte. Sie stellte die Verbindung zu dem Mißbrauchsgeschehen her, weil für sie Ungestörtheit bedeutete, sich selbst kontrollieren zu können, sich sicher zu fühlen und sich nicht auf andere Personen konzentrieren zu müssen. Schmerz ist als weiterer Faktor identifiziert worden, der Erinnerungen auslösen kann. Eine Frau stellte dar, daß sie unter der Geburt dissoziierte und dies das gleiche Verhalten war, was sie während der Erfahrungen der sexualisierten Gewalt angewendet hatte. Mit Hilfe der Dissoziation hatten einige Frauen das Gefühl, Kontrolle über den Geburtsverlauf ausüben zu können (vgl. ebd., 33). Kontrolle sowie ihr Gegenteil war ein häufig berichteter Aspekt, obwohl dies nicht notwendigerweise Erinnerungen bei den Frauen auslöste, so PARRAT. Der Einsatz von Medikamenten unter der Geburt wurde von einigen Frauen als negativ definiert, denn hiermit wurde ein Kontrollverlust provoziert. Das Geschlecht des Kindes verursachte bei einigen befragten Frauen Angst, wengleich dies, laut PARRAT, nicht als spezifische Erinnerung an das Gewaltgeschehen bewertet werden kann (vgl. ebd., 34). Durch den Mangel an Selbstvertrauen, Wissen über die Geschehnisse unter der Geburt oder fehlendem Vertrauen in die helfenden Personen, nahmen einige Frauen den Zusammenhang der beiden Ereignisse wahr (vgl. ebd., 31ff). Naomi RHODES und Sally HUTCHINSON (1994) führten eine Untersuchung über Geburtserfahrungen von Opfern sexualisierter Gewalterfahrungen durch. 15 Frauen, wovon sieben Frauen Opfer sexualisierter

Gewalterfahrungen waren, fünf waren "nurse-midwives"¹⁴ und drei "labor and delivery nurses"¹⁵ wurden in Tiefeninterviews befragt. Sexualisierte Gewalt wurde definiert als Vergewaltigung, Inzest oder Notzucht, die laut Autorinnen, Folgen auf die Sexualität und die Persönlichkeit der Frau haben (vgl. Rhodes/Hutchinson 1994, 214). Drei der sieben Frauen, die sexualisierte Gewalterfahrungen haben machen müssen, hörten von der Studie und erklärten sich von sich aus zur Teilnahme bereit. Vier andere wurden von RHODES interviewt, nachdem sie durch „ungewöhnliches“ Verhalten während der Vorsorgeuntersuchungen gezeigt hatten oder unter der Geburt aufgefallen waren. Die Leitfragen der Interviews bezogen sich auf die Gewalterfahrungen, auf Erfahrungen während der Wehen und der Austreibungsphase, auf dissoziative Zustände usw. Die Hebammen wurden befragt, welche Erfahrungen sie mit Überlebenden von sexualisierten Gewalterfahrungen in der Vorsorge und unter der Geburt gemacht haben, welche Verhaltensweisen auf sexualisierte Gewalterfahrungen hinweisen mögen und wie betroffenen Frauen Unterstützung gegeben werden kann (vgl. ebd., 214f).

RHODES und HUTCHINSON fanden folgende Ergebnisse. Erinnerungen an die Gewalt tauchen vollständig, zum Teil fragmentartig und vage auf; kommen und verschwinden wieder. Einige Frauen berichteten, daß sie die Erinnerungen an die Gewalt vergessen hatten und ihr Verhalten während der Geburt nicht erklären konnten. Die Autorinnen folgern, daß die Frauen sich damit vor schmerzhaften Erinnerungen schützen. Einigen Frauen fehlte eine bewußte Verbindung zwischen den Ereignissen und sie erlebten daher Angst und Panik. Andere hatten Körpererinnerungen, die aber nicht auf einer bewußten Ebene erfaßt wurden, so die Autorinnen. Damit fiel es ihnen schwerer ihre Reaktionen unter der Geburt zu verstehen und zu bewältigen (vgl. ebd., 215).

Beispielsweise kann die Geburt durch die Geburtsposition auf einem Entbindungsbett Erinnerungen auslösen, so RHODES und HUTCHINSON. Eine Frau fühlte sich in der Austreibungsphase, als würde „ein Gewicht von

¹⁴ "nurse-midwives" leiten Geburten selbständig wie ÄrztInnen. Sie haben nach einer Ausbildung zur Krankenschwester, ein mehrjähriges Studium absolviert und können promovieren.

¹⁵ "labor and delivery nurses" betreuen die Gebärenden so wie die Hebammen in Deutschland.

vielen tausend Pfund auf ihr liegen". Dies mag eine Formulierung sein, die an die sexuelle Gewalt in der Kindheit erinnert, so die Autorinnen, wurde von der betroffenen Frau aber nicht bewußt erfaßt. Einige Frauen beschrieben ihren Körper als „Feind“, dem sie nicht vertrauen können. Eine Frau beschrieb, daß sie davon ausginge, daß ihr Körper nicht funktionieren würde und ihr Genitalbereich nur „schlechte Dinge“ hervorbringen könnte. Eine weitere berichtet, daß sie sich fühlte, als würde ihr Körper sie während der Geburt „angreifen“. Eine weitere sagte aus:

„My body is my enemy because it is the one who let it happen, and my mind is my ally (...)” (Rhodes/Hutchinson1994, 216).

Die Autorinnen kommentieren, daß die Geburt das Potential besitzt, Erinnerungen an sexualisierte Gewalterfahrungen auszulösen.

3.2.1.2 Problematische Aspekte unter der Geburt für Überlebende

Jenny PARRAT determiniert, wenn die Gewalterfahrung erinnert wird, ob sich Auswirkungen auf den Geburtsverlauf feststellen lassen und wenn ja, welche. Sie faßt die Ergebnisse zusammen und folgert, daß bei Erinnerung an das Gewaltgeschehen eine Reihe von Reaktionen, die die Geburt sehr individuell in einem gewissen Ausmaß beeinflussen können, auftreten. Dissoziation, Ablehnung von Berührung, Streß, Schuld, das Gefühl, krank zu sein, Ungestörtheit und Isolation konnten durch PARRAT erhoben werden (vgl. ebd., 34).

Als eher „objektive“ Auswirkung von sexualisierter Gewalt auf die Geburt nennt die Autorin folgendes Beispiel:

„Tensing the vagina, so that examination or suturing is an objective effect”(Parrat 1994, 35).

Jenny V. KITZINGER (1990 a, b und 1993; vgl. auch Burian 1996, 14; Mayer 1995, 307f; Simkin 1992, 224f) nennt als Ergebnis einer Untersuchung mit 39 Frauen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, die Furcht der Betroffenen vor Vaginaluntersuchungen. Mehr als die Hälfte der Frauen gaben an, durch Vaginaluntersuchungen und Vaginalabstriche an das Gewaltgeschehen erinnert worden zu sein.

"Medical examinations can repeat the physical intrusion that women endured during the assaults as children, and involve loss of control over one's own body" (Kitzinger 1993, 167).

Laut Jenny KITZINGER spiegelt die Erfahrung der Hilflosigkeit während der Untersuchungen, die Hilflosigkeit während des Gewaltgeschehens wider und wird verstärkt durch die bevormundende, entpersonalisierende und infantilisierende Atmosphäre in einer Klinik.

"Patients are sometimes treated like children or objects while painful and intrusive things are done to their bodies. This replicates abuse" (Kitzinger 1993, 167).

Der Versuch von MedizinerInnen, Hebammen, Krankenschwestern usw., die vaginale Untersuchung durch fehlenden Augenkontakt oder der Hinwendung des Blickes auf die Geschlechtsorgane zu entsexualisieren, mag, so KITZINGER, die Verbindungen an eine früher erlebte sexuelle Gewalterfahrung verstärken (vgl. Henslin/Biggs 1987, zit. nach Kitzinger 1990b, 699).

Diane K. BOHN und Karen A. HOLZ (1996) sind der Auffassung, daß es in Kliniken häufig zu unnötigen Eingriffen und Interventionen kommt. Diese können invasiv und traumatisch wirken. Z.B. ist es möglich, daß Frauen unter der Geburt durch das Krankenhauspersonal angedroht wird, daß sie Medikamente erhalten, damit sie sich entspannen können oder aufhören zu schreien. Die angedrohte oder real durchgeführte Medikation mag bei Überlebenden wegen des damit provozierten Kontrollverlustes, Erinnerungen an die Dynamik der Gewalt auslösen, so die Autorinnen (vgl. Bohn/Holz 1996, 448).

Jenny KITZINGER (1993) erklärt, daß Gefühle zu voyeuristischen Elementen der Gewalt durch Geburtspositionen oder durch Visiten mit einer Gruppe von MedizinstudentInnen reaktiviert werden können. Voyeuristische Elemente der Gewalt können bei den Frauen reaktiviert werden, die als Kinder zum Anschauen von pornographischem Material gezwungen wurden, deren Täter ihnen nachspionierten, wenn sie unbekleidet waren oder das Badezimmer benutzten oder mit anschauen mußten, wie ihre Geschwister mißbraucht wurden (vgl. Kitzinger 1993, 168).

Gynäkologische Untersuchungen können, laut Lydia MAYER, problematisch erlebt werden, wenn sexualisierte Gewalt durch Autoritätspersonen ausgeübt wurde. Die Autorin berichtet, daß während einer gynäkologischen Untersuchung "Flashbacks" ausgelöst werden können (vgl. Mayer 1995, 15; vgl. auch Rhodes/Hutchinson 1994; Kitzinger 1993). Lediglich die Vorstellung der Untersuchung, kann Angst entstehen lassen, eine Flut ungewollter Erinnerungen wecken oder die Unterdrückungsmechanismen der Erlebnisse aufheben. Schmerzen bei der Untersuchung können einen ähnlichen Effekt verursachen. Bei nicht erinnerte sexualisierter Gewalt ist den Frauen nicht bewußt, warum sie schreien, zittern oder die Untersuchung ablehnen, so MAYER. Weiterhin können Nacktheit und die Untersuchung der Geschlechtsorgane als bedrohlich erlebt werden. Sollte eine Frau der Anweisung, sich korrekt in den Untersuchungsstuhl zu setzen, nicht folgen können, kann dies ein Anzeichen für ein nicht erinnertes oder verleugnetes Trauma sein. Verstärkte Muskelanspannungen als Manifestation des Angstzustandes als psychologische Folge nach sexualisierter Gewalt mögen die Untersuchungen erschweren (vgl. ebd., 14). Überlebende müssen sich zudem bei Untersuchungen mit ihren Gefühlen von Scham, Hilflosigkeit und Verletzlichkeit auseinandersetzen, so die Autorin. Sie können Schwierigkeiten haben, Absicht und Bedeutung der Berührung durch die/den Untersuchende/n zu interpretieren. Diese Reaktion kann, nach Auffassung der Autorin, dazu führen, daß die Frau aufspringt und eine Untersuchung nicht möglich ist. Andere Frauen verhalten sich nach Lydia MAYERS Erfahrungen, „verführerisch“ als weitere Überlebensstrategie nach sexualisierten Gewalterfahrungen (vgl. Kapitel 1.6.4.5 dieser Arbeit). Die/der Untersuchende/r ist aufgefordert, diese Reaktionen in andere Bahnen zu lenken, da es sonst zu einer Retraumatisierung kommen kann, denn die Frau wendet dieses Verhalten an, um Fürsorge zu erlangen und nicht aufgrund sexueller Bedürfnisse (vgl. ebd., 15).

Penny SIMKIN (1992) berichtet von ihren Erfahrungen als Körpertherapeutin mit schwangeren Frauen, die besondere Ängste vor der Geburt angeben oder mit Müttern, die ihre Geburtserfahrung nicht verarbeiten können. BOHN und HOLZ stellen fest, daß die Ergebnisse von SIMKIN keine wissenschaftliche Prüfung erhielten, aber klinische Signifikanz haben (vgl. Bohn/Holz 1996, 447). SIMKIN macht auf folgende Charakteristika

aufmerksam, die für Überlebende von sexualisierten Gewalterfahrungen Problembereiche darstellen können. Sie konstatiert, daß die Frauen sich möglicherweise nicht als Überlebende wahrnehmen und in der Geburtshilfe tätige Personen besonderen Augenmerk auf folgende Probleme haben mögen.

Als erstes Merkmal nennt die Autorin besondere Verwirrung und Angst vor dem „Überschreiten von Körpergrenzen“, wie beispielsweise bei Vaginaluntersuchungen, Vaginalultraschall, Blutentnahmen, Infusionen und Injektionen. Zudem empfinden Überlebende die teilweise Nacktheit und das Offenlegen ihrer Geschlechtsorgane als problematisch. Die Autorin erklärt dies damit, daß die Körpergrenzen bei sexualisierter Gewalt überschritten wurden (vgl. Simkin 1992, 224; vgl. auch Wirtz 1997, 106).

Vickie WAYMIRE (1997) erläutert, daß eine Geburt früher erlebte Gewalttätigkeiten gegen den Körper von Frauen durch sexualisierte Gewalt wieder hervorrufen kann, weil die Anatomie, die bei einer Geburt involviert ist, diejenige ist, die typischer Weise bei sexuellen Gewalterfahrungen auch involviert war (vgl. Waymire 1997, 47). Auslösende Momente für Körpererinnerungen und/oder bewußte Erinnerungen können, laut WAYMIRE, Gerüche, Geburtspositionen, Vaginaluntersuchungen oder Prozeduren, wie Blutentnahme, Eröffnung der Fruchtblase, interne Ableitung der kindlichen Herztöne durch eine Kopfschwartenelektrode oder intrauterine Wehenmessung sein (vgl. ebd., 49).

Der Umgang mit Autoritätspersonen, wie ÄrztInnen, Hebammen, Krankenschwestern usw. ist geprägt davon, daß die Frau sich überzeugen muß, ob diesen Personen zu trauen ist, so Penny SIMKIN (1992). In der Kindheit haben Autoritätspersonen ihr Vertrauen mißbraucht. Eventuell zieht die Frau es vor, eine Ärztin aufzusuchen, um von einer Frau betreut zu werden (vgl. Simkin 1992, 225).

Unerwartete körperliche Berührungen (besonders von hinten, z.B. bei dem Legen einer Spinal- oder Periduralanästhesie), Muttermundmassage, Mamillenstimulation, Einläufe u.ä. können von Opfern traumatisch erlebt werden. Durch Infusionen sind die Frauen dazu angehalten, im Bett zu bleiben, was ebenfalls als problematisch erlebt werden kann, so die Verfasserinnen (vgl. Bohn/Holz1996, 447).

3.2.1.3 Protektive Mechanismen

Bedeutung für das Erleben einer positiven Geburtserfahrung haben, laut PARRAT (1994), die Bedürfnisse nach Wissen, Ungestörtsein und Vertrauen durch die sie begleitenden Personen. Kontinuität der Betreuung, Vermittlung von Sicherheit und Kontrolle über die eigenen Emotionen werden ebenfalls als notwendige Voraussetzungen für eine positive Geburtserfahrung von den Frauen definiert (vgl. Parrat 1994, 36 und 38).

Penny SIMKIN (1992) vermutet, daß Überlebende von sexualisierter Gewalt in der Lage sind, den Geburtsfortschritt zu beeinflussen. Als protektiver Schutzmechanismus mag es den Frauen gelingen, den Fortgang der Geburt zu unterbrechen, wenn die Geburtsschmerzen ein Level erreicht haben, der für sie nicht mehr kontrollierbar erscheint. Den begleitenden Personen ist dieser Mechanismus nicht nachvollziehbar, da keine Auffälligkeiten im Geburtsverlauf vorliegen, die einen Geburtsstillstand begründen könnten, so SIMKIN. Der Geburtsstillstand führt aber damit zu einem erhöhten Einsatz von Interventionen seitens des Geburtshilfepersonals mit Oxytocin-Dauertropfinfusion, Episiotomie, Forceps, Vakuumentraktion oder Sectio Caesarea. Die Frauen werden damit wiederum mit Zwang und Gewalt konfrontiert, den sie als degradierend erleben und Angst und Depression werden ausgelöst (vgl. Simkin 1992, 225).

3.2.1.4 Ergebnisse

PARRAT stellt dar, daß die Ergebnisse ihrer Studie auf eine Reihe von Grenzen in bezug auf Methodik und Fragestellung gestoßen sind, die es verhindern die Ergebnisse der Arbeit zu generalisieren, wobei sie es versäumt hat, zu nennen, welche Gründe sie für die Begrenzung der Ergebnisse anführt. Daß die Geburt als Auslösungsmoment für Erinnerungen an Gewalterfahrung wirken kann, wobei die Erinnerungen dann vage bleiben, ist dennoch durch die Autorin festgestellt worden (vgl. Parrat 1994, 37; vgl. auch Burian 1996, 307). Die Mehrheit der Geburten der Frauen in PARRATS Studie können als „ereignislos“ bezeichnet werden, unabhängig davon, ob die Gewalt erinnert wird oder nicht, d.h., daß keine bedeutenden geburtshilflichen Komplikationen auftraten. Welche Aspekte der Geburt die

Erinnerungen an Gewalterfahrungen provozieren, ist infolge der Individualität der Erfahrungen der Frauen schwer determinierbar. Dennoch stellten, laut der Autorin, Ungestörtheit während des Geburtsverlaufes, Berührungen durch nahestehende oder fremde Personen bzw. ihr Gegenteil (vgl. auch Burian 1996, 308) und Schmerzen wichtige Determinanten für die Provokation von Erinnerungen dar (vgl. ebd., 38).

Als weiteres Ergebnis ihrer Studie nennt PARRAT folgende Feststellung:

"It's apparent from the findings that remembering the incest experience does affect the childbirth experience. However, it seems that the effect is more likely to be a subjective one rather than an objective one" (Parrat 1994, 38).

Zusammenfassend erklärt die Autorin, daß ein Geburtserlebnis für Überlebende sehr komplex und individuell ist.

"Nevertheless, memories in a variety of forms are sometimes provoked at differing times during the childbirth experience and the effects on the woman are diverse" (Parrat 1994, 38).

PARRAT (1994) erläutert, daß sieben Geburten als „lang, hart und kompliziert“ und neun Geburten als Geburten mit einer sehr geringen Geburtsdauer charakterisiert wurden (vgl. Parrat 1994, 30). PARRAT gibt keine Hinweise darüber, wie viele Kinder die einzelne Frau geboren hatte und erwähnenswert ist die Tatsache, daß in der Regel Erstgebärende eine längere Geburtsdauer aufweisen als Mehrgebärende (vgl. Pschyrembel/Dudenhausen 1986, 270). PARRAT macht zudem nicht deutlich, welche Bedeutungen die Aussagen "lang, hart und kompliziert" sowie "(...) *nine of the deliveries implied that they were very fast*"(...) (Parrat 1994, 30) haben.

Ich unterstütze den phänomenologischen Zugang der Untersuchung von PARRAT, denn die Bedürfnisse und Gefühle der Frauen werden vollständiger wiedergegeben. Die Studie unterstützt m. E. die Notwendigkeit der Einsicht, daß individuelle Überlebensstrategien unter der Geburt eingesetzt werden können, aber eine Kategorisierung der Symptomatik schwer auszumachen ist. Individuelle Betreuung ist dringend erforderlich, um den Bedürfnissen der Frauen gerecht zu werden. Insgesamt hat PARRATS Studie aber darauf hingewiesen, daß es Auswirkungen von sexualisierter

Gewalt auf das Geburtsgeschehen geben kann und unterstützt die Notwendigkeit, Gewalterfahrungen als mögliche Einflußgröße auf den Geburtsverlauf zu identifizieren und sich als begleitende Person darüber bewußt zu sein.

In ihrer Untersuchung konnten RHODES und HUTCHINSON folgende Charakteristika herausfiltern, die Auswirkungen sexualisierter Gewalterfahrungen darstellen und den Symptomen des Posttraumatischen Belastungssyndroms (PTSD) entsprechen (vgl. Kapitel 1.6.4.3 dieser Arbeit).

”Recognizable labor styles that act as powerful markers for a past history of sexual abuse include fighting, taking control, surrendering and retreating” (Rhodes/Hutchinson1994, 216).

Die Autorinnen stellen fest, daß auch nicht mißbrauchte Frauen diese Verhaltensweisen zeigen mögen, aber sie bei Überlebenden in extremerer Weise auftreten. Das Verhalten der Frauen mag vom Geburtshilfepersonal mißinterpretiert werden. Sie gelten als besonders ängstlich, mißtrauisch, kontrollierend, andererseits als regressiv, stoisch, zurückgezogen. Die Überlebenden mögen eine besonders hohe oder geringe Schmerzgrenze unter der Geburt zeigen. Beide Reaktionen können Hinweise auf sexualisierte Gewalterfahrungen in der Kindheit geben, so RHODES und HUTCHINSON (vgl. ebd., 216).

Ein Verhalten ist als „Kampf“ von den Autorinnen beschrieben worden. Dieses Abwehrverhalten ist eine panische Reaktion, da die Wehen als Angriff auf die körperliche Identität empfunden werden. Bei den vaginalen Untersuchungen vermeiden die Frauen Augenkontakt und verspannen die Beckenbodenmuskulatur. Dieses Verhalten erscheint für Hebammen, ÄrztInnen u.ä. Personal, die die Zusammenhänge zwischen sexualisierten Gewalterfahrungen und Auswirkungen auf das Geburtserleben nicht kennen, als unangemessen und übertrieben. Die Austreibungsperiode kann ebenfalls Besonderheiten zeigen. Zum Beispiel werden auch hier die Muskeln des Beckenbodens so stark angespannt, daß diese Phase verlängert sein kann. Das Abwehrverhalten der Frauen wird möglicherweise

durch die sie begleitenden Personen so wahrgenommen, als „würde etwas mit den Frauen nicht stimmen“. Häufig führt das Abwehrverhalten zu Komplikationen unter der Geburt mit vermehrten Eingriffen und operativen Interventionen. Zudem werden Symptome des Posttraumatischen Belastungssyndroms (PTSD) wie erhöhte Reizbarkeit, Wutausbrüche, übertriebene Schreckhaftigkeit oder intensiver Streß beobachtet. Diese Reaktionen auf Wehen und Geburt können hervortreten, da sie Aspekte der traumatischen Erlebnisse symbolisieren (vgl. van der Kolk u.a. 1987, zit. nach Rhodes/Hutchinson1994, 217, vgl. Rhodes/Hutchinson1994, 217).

3.2.2 Auswirkungen von Überlebensstrategien sexualisierten Gewalterfahrungen auf die Geburt

Auch unter der Geburt können mögliche Überlebensstrategien Einfluß auf den Geburtsverlauf haben. Eine sorgfältige Begleitung von Gebärenden erscheint sinnvoll, um mögliche Komplikationen, die sich aus dem Coping ergeben, zu verhindern.

3.2.2.1 Verleugnung

Patricia SMITH (1993) analysiert die Aussagen Margrets im Hinblick auf die Auswirkungen von sexualisierter Gewalt in der Kindheit auf die Geburt. SMITH vermutet eine erhöhte Angst, die Margret während der Schwangerschaft und Geburt entwickelte. Dies zeigt die erhöhte Präsenz von Überlebensstrategien, die verhindern sollten, daß die Angst des ursprünglichen Traumas ausgelöst wurden (vgl. Smith 1993, 123). Eine Form von erlernter Bewältigungsstrategie der sexuellen Gewalt bei Margret war die Verleugnung. Als Kind hatte Margret gelernt, während des Gewaltgeschehens ruhig zu sein. Auch vertraute sie sich keinen anderen Personen über die Gewalterfahrungen an (vgl. ebd., 108). Dieses Verhalten zeigte sie auch bei der Geburt ihrer ersten Tochter. Margret hatte die Fähigkeit, die Wehen still und geräuschlos zu überstehen, was einem tief verinnerlichten Verhaltensmuster entsprang. Obwohl sie 56 Stunden Wehen hatte, war sie nicht beunruhigt über die Dauer der Geburt und forderte keine

Interventionen durch das Klinikpersonal. SMITH interpretiert, daß Margrets Mangel an Kommunikation mit anderen Menschen und Hilfesuchen, ihr in diesem Fall zu helfen schien, zu glauben, „unsichtbar“ zu sein. Margret schilderte zudem, daß sie Angst davor gehabt hätte, „Umstände zu machen“, indem sie Hilfe erbeten hätte. SMITH glaubt, daß es ungewöhnlich ist, eine Frau während der Geburt so lange alleine zu lassen,

”It is even more extraordinary that Margret, herself a nurse experienced in delivery, did not register any distress around the length of her labour. She did not remember any concern and appeared to have denied to herself that her labour was overly long or in any way complicated” (Smith 1993, 110).

Die Verleugnungsmechanismen von Margret scheinen, nach SMITH, so stark gewesen zu sein, daß auch andere Personen keine Sorge um den Geburtsverlauf registrierten. Die Verleugnung betrifft sowohl die Geburtserfahrung selbst als auch ihre Bedeutung (vgl. ebd., 110). Als weitere Verleugnungsstrategie hatte Margret in der Kindheit das Verhalten entwickelt, sich nach den Vergewaltigungen zu waschen, was ihr dabei geholfen haben mag, die Existenz der Erfahrung zu verleugnen. Margret wendete dieses Verhalten auch nach sexuellen Begegnungen mit ihrem Ehemann an.

”During her labour, after the *”invasive”* enema, Margret had a *”good shower”*” (Smith 1993, 111; Hervorhebungen i. O.; Anmerkung A. E.).

Auch nach der Geburt war es für Margret nötig, ein Duschbad zu nehmen, obwohl es nicht den Regeln der Klinik entsprach und sie sich schwach fühlte. SMITH erklärt, daß das Sich-Waschen und Duschen für Margret eine Form ritualisierten Verhaltens darstellt, um eine schwierige Erfahrung zu verleugnen und sich von den verletzenden Gefühlen zu befreien (vgl. ebd., 111).

Die Unfähigkeit zur Kommunikation, das Verbot die Realität wahrzunehmen und das reinigende Verhalten werden von SMITH als der Überlebensstrategie „Verleugnung“ zugehörig identifiziert und haben Margrets Leben in vielen schwierigen Lebenssituationen, so auch unter der Geburt, stark beeinflusst (vgl. ebd., 111).

3.2.2.2 Dissoziation

In Patricia SMITHS Monographie wird festgestellt, daß Margret eine weitere Überlebensstrategie angewendet hat. Die Dissoziation von ihrem Körper, die Margret im Laufe der Jahre des Gewaltgeschehens entwickelt hatte, diente dazu, sich vor überwältigenden Gefühlen zu schützen. Laut Autorin, wendete Margret während der aktuellen Gewaltsituation eine kontrollierte Atmung an, um sich unter Kontrolle zu halten. Diese Dissoziationstechnik hatte Auswirkungen auf die Geburt. Margret konzentrierte sich während der protrahierten Geburt darauf, um sich von den schmerzhaften Gefühlen abzuspalten. Dieses Verhalten mag dazu beigetragen haben, wie SMITH konstatiert, daß sie den Kontakt zu anderen Menschen verlor, was zur Folge hatte, daß sie nicht nach Hilfe fragte und auch von niemandem erhielt. Patricia SMITH schließt daraus, daß Margret sowohl die Vergewaltigungen in der Kindheit als auch die Geburtserfahrung mit dieser Art handhaben konnte. Die Abspaltung ermöglichte ihr, viele Jahre eine Erinnerung an das sexuelle Trauma zu verhindern (vgl. ebd., 113).

Mimy E. VAN-DER-LEIDEN und Valerie D. RASKIN (1993) stellen dar, daß eine Untersuchung der Daten von 144 schwangeren Frauen ergeben hat, daß bei Frauen mit einer Geschichte von sexueller Gewalt in der Kindheit eine kürzere Geburtsdauer ausgemacht werden konnte als bei nicht mißbrauchten Frauen. Die Daten der Probandinnen einer geburtshilflichen Klinik eines Universitätskrankenhauses ergaben einen Anteil von 10% Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit, ohne daß die Autorinnen eine konkrete Definition von sexualisierter Gewalt liefern. Es wird eine Geburtsdauer von Opfern mit 3,5 Stunden bestimmt, im Gegensatz zu Frauen, die keine Gewalt erlebten, deren Geburtsdauer bei 7,4 Stunden lag (vgl. Van-der-Leiden/Raskin1993, 1337). Die Autorinnen machen die Symptomatik des Posttraumatischen Belastungssyndroms, insbesondere die dabei zu beobachtende Dissoziation, für die geringere Geburtsdauer verantwortlich. Das geringe Körperbewußtsein der Betroffenen, daß sie bereits als Kinder erlernen mußten, mag die Dissoziation z.B. von den Schmerzen und damit die kürzere Geburtsdauer erklären (vgl. ebd., 1337). Zudem weisen die Forscherinnen auf einen weiteren Zusammenhang in Verbindung mit dissoziativen Symptomen hin. Das verringerte Körperbewußtsein verhindert eine optimale Pränatalüberwachung, denn

Symptome von Frühgeburten oder Infektionen, abnehmenden Kindsbewegungen oder eine frühe Schwangerschaft werden nicht wahrgenommen (vgl. ebd., 1337).

Melissa FARLEY und Joanne C. KEANEY (1997) untersuchten eine klinische Stichprobe mit 83 Frauen hinsichtlich "Somatization" und Dissoziation bei Überlebenden von sexualisierter Gewalt. 53 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 37 Jahren, die selbst berichteten, Opfer sexualisierter Gewalt zu sein, und 30 Frauen, die keine Gewalt berichteten, wurden interviewt und anhand von Fragebögen bewertet (vgl. Farley/Keaney 1997, 38).

Die Autorinnen verwenden eine äußerst detaillierte Definition von sexualisierter Gewalt. Ihre Ergebnisse weisen darauf hin, daß Opfer bei hoher Korrelation von Somatisierung und Dissoziation nach sexualisierten Gewalterfahrungen, häufiger Geburtskomplikationen aufweisen. Die Komplikationen stiegen an, je älter die Mädchen waren, als sie sexuell mißbraucht wurden (vgl. ebd., 38 und 41f). Die Autorinnen vermuten, daß der Entwicklungsstand des Mädchens einen wichtigen Indikator hinsichtlich der Folgen darstellt. FARLEY und KEANEY sind der Auffassung, daß, wenn das Trauma in die Zeit der Pubertät fällt, Geburten traumatisch erlebt werden. Die Frauen berichteten von einem häufigerem Auftreten von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und Kaiserschnitten (vgl. ebd., 42). Opfer, die von mehreren Tätern mißbraucht wurden, berichteten häufiger von chronischen körperlichen Symptomen, unter anderem im Bereich von Geburtskomplikationen, als Frauen ohne Gewalterfahrungen (vgl. ebd., 41). Jenny PARRAT (1994) berichtet von einer Frau, die während der Wehen dissoziierte und dies eine Zunahme der Wehentätigkeit bewirkte. Die Autorin bewertet dieses Verhalten als „objektive“ Auswirkung von sexualisierter Gewalt. Eine weitere Frau erläuterte, daß eine Gefahrensituation bei der Geburt ihres ersten Kindes sie dazu veranlaßte, zu dissoziieren.

"I heard them say "the baby´s heartbeat is slowing right down" (...) I thought of the baby ... I was killing my own baby and that was when I started to come round again and the baby´s heart beat picked up and I decided I was going to go through with it ´til the end (...) the baby should get out in that world ... it was like will power, I will power myself to turn off (...) I just shut down all mechanisms of the body" (Parrat 1994, 35).

Auch dieses Verhalten wird von PARRAT als „objektive“ Auswirkung definiert. Neun Geburten wurden in der Studie als sehr schnell beschrieben, wobei PARRAT konstatiert, daß die Anwendung der Dissoziation diese Resultate hervorbringt. Das Bedürfnis einer Frau nach Ungestörtheit und Isolation war so ausgeprägt, daß sie bei der Geburt ihres vierten und fünften Kindes so stark dissoziierte, daß weder Hebamme noch ÄrztIn die Gebärende vor der Geburt der Kinder erreichen konnte (vgl. ebd., 35f). PARRAT vermutet, daß es einigen Überlebenden durch die Anwendung personeller protektiver Mechanismen möglich ist, die Geburtserfahrung als positiv zu bewerten. Zwei Frauen empfanden ihre Geburtserfahrungen als positiv, da sie in der Lage waren zu dissoziieren. Bis zur Geburt erinnerten die Frauen die Gewalt nicht (vgl. ebd., 36).

Eine Verkürzung der Geburtsdauer durch die Fähigkeit zur Anwendung von Dissoziation wird von Mimy E. VAN-DER-LEIDEN und Valerie D. RASKIN (vgl. Van-der-Leiden/Raskin1993, 1336f) untersucht und ist in PARRATS Studie ebenfalls bei einer Frau beobachtet worden. PARRAT interpretiert, daß die Dissoziation als subjektive Auswirkung von den Frauen wahrgenommen werden mag, aber nicht als objektive Auswirkung zu bewerten ist (vgl. Parrat 1994, 38).

Als eine Möglichkeit des Umganges mit einer Geburt erhoben RHODES und HUTCHINSON (1994), daß viele Frauen sich dem Geburtsverlauf und den Wehenkräften „ergaben“. Diese Frauen wurden von den geburtsbegleitenden Personen als „unproblematisch“ wahrgenommen. Sie machten keine Schwierigkeiten bei Vaginaluntersuchungen, erschienen als „gute Patientin“, sie reagierten auf männliches wie weibliches Personal gleich und erschienen humorvoll in der Konversation. RHODES und HUTCHINSON erklären, daß dieses Phänomen als Dissoziation des PTSD charakterisiert werden kann. Die Frauen waren und sind dadurch in der Lage, sich gegen den psychologischen und physischen Streß während der Gewalterfahrung und auch unter der Geburt zu wehren (vgl. van der Kolk u.a. 1987, zit. nach Rhodes/Hutchinson1994, 218). Dissoziation ermöglichte es den Frauen unter der Geburt zu funktionieren, ohne in ihrer Persönlichkeit berührt zu werden (vgl. Rhodes/Hutchinson1994, 218).

Rückzug stellt einen weiteren Geburtsstil dar, den die Autorinnen identifiziert haben. Das bedeutet, daß die Frauen versuchten, sich körperlich und mental

von den Gefühlen zu entfernen, die dem Gewaltgeschehen ähnlich sind. Während der Geburt erschienen die Frauen stoisch in ihrem Verhalten, gaben keine Schmerzäußerungen von sich, antworteten nur auf direkte Ansprache. Weder Gestik und Mimik, noch Worte oder Körperpositionen drückten Schmerz aus. Auch diese Verhaltensweisen sind der Dissoziation des PTSD zuzuordnen, so RHODES und HUCHINSON. In dramatischeren Fällen schienen die Frauen, die Gewalterfahrung wieder zu erleben. Sie wirkten verwirrt und desorientiert, bekamen eine kindliche Stimme, fühlten sich selbst wie ein Kind. Auch das Wiedererleben der Traumaerfahrung ist dem PTSD zugehörig (vgl. ebd., 218f; vgl. auch Kapitel 1.6.4.3 dieser Arbeit).

3.2.2.3 Verdrängung

Verdrängung ist eine weitere Überlebensstrategie, die Margret viele Jahre ihres Lebens benutzte, so SMITH. Sie hatte jegliche Erinnerungen an die Gewalt verloren. Wie Christiane A. COURTOIS (1991) berichtet, können Erinnerungen an Gewalterfahrungen durch normale entwicklungsbedingte Ereignisse wie Geburt und Tod hervorgerufen werden. Dies kann auf emotionaler und physiologischer oder körperlicher Ebene in Form von Körpererinnerungen und -wahrnehmungen geschehen (vgl. Courtois 1991, zit. nach Smith 1993, 114; vgl. auch Courtois/Courtois Riley 1992, 223). SMITH sieht die Geburt ebenfalls als auslösendes Moment in Margrets Geschichte an und beschreibt, daß sie Unterdrückungsmechanismen eingesetzt hat, um Körpererinnerungen, die durch die intensiven Körpererfahrungen unter der Geburt ausgelöst werden, nicht wahrzunehmen. Zudem sind unter der Geburt, wie bei der Gewalterfahrung auch, die gleichen Körperbereiche betroffen. Verdrängungs- und Dissoziationsstrategien halfen Margret, die starken körperlichen Erfahrungen in Schach zu halten, ohne Erinnerungen an den Mißbrauch aufkommen zu lassen (vgl. Smith 1993, 115).

Catherine BONNETS (1993) Untersuchung mit 22 Frauen über die Gründe, neugeborene Kinder zur Adoption freizugeben, „passive“ oder „aktive“ Kindstötung an ihnen zu begehen, ergab eine Prävalenz von „etwa“ 20% bei in der Kindheit mißbrauchten Frauen (vgl. Bonnet 1993, 506; vgl. Kapitel 3.1.2.1 dieser Arbeit).

In bezug auf den Geburtsverlauf berichtet BONNET, daß die Frauen, die zur Adoption entschlossen waren, aufgrund der starken Verdrängung der Schwangerschaft häufig eine Klinik erst erreichten, kurz bevor das Kind geboren wurde. Diese Geburten stellen Notfallgeburten dar (vgl. ebd., 507). Zwei Frauen verleugneten die Schwangerschaft so extrem, so die Autorin, daß ein Geburtsbeginn von ihnen nicht wahrgenommen wurde. Sie ignorierten den Schmerz so lange, bis das Kind aus ihnen herausglitt. Zwei weitere Frauen verleugneten die Schwangerschaft und die beginnende Geburt so stark, daß sie die Kinder auf einer öffentlichen Toilette oder an einem öffentlichen Ort gebären mußten (vgl. ebd., 507). Als Folge dieser ohne Hilfe stattfindenden Geburten ist das Leben der Frau durch einen hohen Blutverlust nach der Geburt im höchsten Maße gefährdet und bedarf dringend medizinischer Betreuung (vgl. ebd., 508).

3.2.2.4 Hypervigilanz

Ein Effekt der Hypervigilanz Margrets, der Probandin in SMITHS Monographie (1993), ist ihr beruflicher Erfolg als Krankenschwester. Beruflicher Erfolg wird als eine mögliche Auswirkung von Überlebenden von sexualisierter Gewalt in der Literatur erwähnt (vgl. Brunngraber; Courtois; Gordy, zit. nach Smith 1993, 118). Erfolg ist aber, laut COURTOIS (1988) und HERMAN und SCHATZOW (1987), verbunden mit dem Mangel sowohl körperlich als auch emotional für sich selbst sorgen zu können (vgl. Courtois 1988;

Herman/Schatzow 1987, zit. nach Smith 1993, 118f). Margrets Berufswahl zur Krankenschwester ermöglichte ihr, ihre eigenen Bedürfnisse zu ignorieren und andere Menschen auf legale Weise zu „retten“. Es wird berichtet, daß unter ÄrztInnen und Krankenschwestern eine hohe Prävalenz von Opfern sexualisierter Gewalterfahrungen vorliegt (vgl. Enders 1997, 77; Finkelhor/Browne 1985; Finkelhor u.a. 1990, zit. nach Bohn/Holz1996, 449; Briere 1992, zit. nach Seng/Petersen 1995, 27).

SMITH beschreibt, daß Margret als Krankenschwester vielfältige Erfahrungen mit der Klinikroutine erfahren hatte. Diese Erfahrung verhalf ihr dazu, die klinischen Untersuchungen während Schwangerschaft und Geburt leichter zu akzeptieren und daher eine geringere Entfremdung zu erleben als

andere Frauen, wenngleich sie z.B. die vaginalen Untersuchungen ebenfalls als invasiv empfand und möglichst vermied.

"It seemed she might have extended her nursing skills to herself, and managed to "nurse" herself through fifty six hours of labour" (Smith 1993, 121).

Als einen möglichen Geburtsstil identifizieren RHODES und HUTCHINSON (1994) in ihrer Untersuchung starkes Kontrollverhalten (vgl. auch Burian 1996, 308). Das Kontrollverhalten ist als Hypervigilanz des PTSD beschrieben worden, was dazu dient, so die Autorinnen, die Ängste in bezug auf die Geburt unter Kontrolle zu halten. Auch hier betonen die Autorinnen, daß viele Frauen dieses Verhalten zeigen, bei Überlebenden aber ein extremeres Maß beobachtet wird. Das erhöhte Kontrollverhalten kann sowohl den Geburtsfortschritt beschleunigen als auch hemmen. Die Frau versucht mit ihrem Verhalten der Hilflosigkeit und der Angst, Kontrollverlust zu erleben, zu begegnen. Die Kontrolle stellt den Versuch dar, so die Autorinnen, die Geburtserfahrung befriedigender zu gestalten. So werden bspw. das Geburtsmanagement und die Geburtsumgebung vorher bestimmt. Ein detaillierter Geburtsplan mit Wünschen und Ablehnung bestimmter Eingriffe wird entworfen, oder eine Haus- oder Praxisgeburt wird geplant, um möglichst viel Kontrolle zu behalten. Die Autorinnen kommentieren:

"Efforts to attain control during labor may not always be successful, but in making the effort the sexual abuse survivor affirms her right of control" (Rhodes/Hutchinson1994, 217).

PARRAT erklärt, daß durch die Entstehung eines Kontrollverlustes unter der Geburt einige Frauen die Geburt als mißbrauchende Situation erlebt haben mögen, wenngleich ihre Studie keine eindeutigen Beweise liefert, aber sicherlich erklären kann, warum einige Frauen die Geburt als negatives Erlebnis empfunden haben (vgl. Parrat 1994, 38).

Penny SIMKIN (1992) nennt ebenfalls Kontrolle als ein Verhalten, das sie häufig bei Überlebenden beobachtete. Die Frauen versuchen sowohl die Betreuung, die sie erhalten, als auch ihre Reaktionen auf den Schmerz und den Streß unter der Geburt zu kontrollieren. Dieses Kontrollverhalten dient dazu, die Verletzlichkeit und Abhängigkeit in einer hilflosen Situation zu

vermeiden, denn diese Erfahrung ist mit der Gewalterfahrung assoziiert. Häufig werden diese Frauen als „schwierig“ vom Geburtshilfepersonal deklariert, denn sie stellen viele Fragen und bedürfen besonderer Begleitung. Im Hinblick auf den Zusammenhang von sexualisierten Gewalterfahrungen ist dieses Verhalten jedoch nachvollziehbar, so die Autorin. Die Angst vor Schmerz oder Verletzung der Geschlechtsorgane während der Wehen und unter der Geburt mag die Überlebende dazu veranlassen, Kontrollmechanismen einzusetzen, um die Erfahrung des Schmerzes zu vermeiden. Eventuell bittet sie deshalb um einen Kaiserschnitt oder eine Periduralanästhesie (vgl. Simkin 1992, 224f).

Aufgrund der Angst die Kontrolle zu verlieren, mögen, laut BOHN und HOLZ (1996), Überlebende von sexualisierter Gewalt anscheinend „unangemessenes“ oder „übertriebenes“ Verhalten zeigen. Durch das machtvolle Bedürfnis, Kontrolle zu gewinnen, kann es dazu kommen, daß über große Zeiträume das Verhalten aller Personen, die die Gebärende begleiten, kontrolliert wird. Dieser Mechanismus kann den Geburtsfortschritt negativ beeinflussen (vgl. Bohn/Holz1996, 447).

James L. JACOBS (1992) fand in seiner Befragung, daß Frauen, die Opfer sexualisierter Gewalterfahrungen waren, verlängerte Geburten aufwiesen als Frauen ohne diese Erfahrungen. Der Autor zitiert die Aussagen der Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen, die die Geburtserfahrung als Kontrollverlust erlebten und mit Ängsten, Isolation, Entfremdung und Hilflosigkeit unter der Geburt konfrontiert waren. Die körperliche Erfahrung der Geburt, so JACOBS, mag als interner Auslöser von Erinnerungen an die Gewalterlebnisse geführt haben, wodurch diese Ängste zunehmen und einem „normalen“ Geburtsverlauf zuwiderlaufen (vgl. Jacobs 1992, 109).

Hinsichtlich der Determinante Kontrolle erklärt NORTHRUP, daß Überlebende mit Kontrolle versuchen, Schwangerschaft und Geburt zu lenken. Sie haben eine genaue Vorstellung davon, wie die Geburt stattfinden soll und haben die Illusion, alles mit dem Verstand kontrollieren zu können. In der Regel ist mit dem Kontrollverhalten ein hohes Maß an Komplikationen verbunden (vgl. Northrup 1996, 391).

3.2.2.5 Ängste

SMITH analysiert, daß Margret als eine Auswirkung der sexualisierten Gewalt, tiefe Ängste während der Geburt erlebte. Dies begründet sie mit der erhöhten Anwendung der Überlebensstrategien. Sie war damit in der Lage, die protrahierte Geburt zu handhaben (vgl. Smith 1993, 123).

Weiterhin können Margrets Ängste, laut SMITH, den Geburtsverlauf und die Geburtsdauer beeinflusst haben. Möglicherweise sind Körpererinnerungen in Form von "Flashbacks" aufgetaucht gegen die Margrets Körper gearbeitet hat, denn sie selbst hat keine mentale Erklärung für die protrahierte Geburt. Unterstützt durch die Angaben von anderen Autorinnen interpretiert SMITH, daß, wenn "Flashbacks" physiologische Effekte, wie Schmerz und Erbrechen auslösen können (vgl. Courtois 1991, zit. nach Smith 1993, 124) sowie auch sexuelle Aktivität diese Auswirkung hervorrufen kann (vgl. Maltz 1993, 188f) das gleiche unter der Geburt passieren mag. Möglicherweise traten "Flashbacks" wegen der körperlichen, fundamentalen, überwältigenden Natur des Geburtsprozesses auf und lösten Körpererinnerungen aus. Das Resultat dessen, ist Angst und Furcht und mag einen normalen Geburtsverlauf Margrets verhindert haben. Nach Auffassung von SMITH mag die sexuelle Natur einer Geburt ebenfalls dazu beigetragen haben, daß Margret sich gegen die physischen Sensationen ihres Körpers gewehrt hat, indem sie die Atmung als dissoziative Technik benutzte. Auch hier mag ein Grund für den prolongierten Geburtsverlauf liegen (vgl. Smith 1993, 124).

Diane K. BOHN und Karen A. HOLZ (1996) beobachteten, daß viele Opfer von sexueller Gewalt nicht in der Lage sind, irgendeinen vaginalen Schmerz oder Druck zu tolerieren. Damit einher gehen kann, daß die Austreibungsperiode bzw. Preßperiode erschwert oder verlängert ist. Das mag zu einem vermehrten Einsatz von Epiduralanästhesien und Sectiones führen, so die Verfasserinnen. Ein Stillstand der Geburt bei einer Muttermundweite von 4-6 Zentimeter ist häufig. Die betroffenen Frauen fürchten sich, zu schreien oder Schmerz zu erfahren. Normale Körperfunktionen wie Schweißabsonderungen oder Zeichnungsblutungen bzw. nicht pathologische Blutungen unter der Geburt mögen Opfern von sexualisierter Gewalt besonders unangenehm sein, so die Autorinnen. Viele Überlebende ängstigen sich vor den Wehen, da sie glauben, unfähig zu sein, ihr Kind, wenn es einmal geboren ist, vor Gewalt zu schützen. Dadurch mag

es ihnen nicht gelingen, in die „Wehen zu gehen“, und Interventionen unter der Geburt können notwendig werden (vgl. Bohn/Holz1996, 447f).

Christiane NORTHRUP (1996) zitiert eigene Praxiserfahrungen als Ärztin und beschreibt, daß bei einer Geburt bewußte und unbewußte Ängste berührt werden können. Überlebende sind, nach ihrer Aussage, besonders gefährdet, Komplikationen unter der Geburt zu haben, die häufig einen Kaiserschnitt notwendig machen. Sie vermutet, daß viele Frauen, die sexualisierte Gewalt erfahren haben, gelernt haben, Opfer zu sein. Bei einer Geburt ginge es darum, eine Einheit mit dem Geburtsprozeß herzustellen und nicht zum Opfer des eigenen Körpers zu werden (vgl. Northrup 1996, 390f).

3.2.2.6 Scham

Margret, die Probandin aus SMITHS Monographie (1993), hat wie viele Überlebende auch das Gefühl schuldig zu sein, empfindet Scham und übernimmt Verantwortung für die Bedürfnisse und Wünsche anderer. Auch unter der Geburt konnte SMITH dieses Verhalten feststellen:

”(...) she decribed taking so long to deliver a six pound baby as *”ridiculous”*. Her tendency to accept responsibility personally and blame herself was deep-seated” (Smith 1993, 125; Hervorhebungen i. O.; A. E.).

Diane K. BOHN und Karen A. HOLZ (1996) beobachteten, daß Frauen, die eine „natürliche Geburt“ oder minimale Interventionen wünschen, ihre Geburt wie einen Mißerfolg erleben, wenn Medikamente oder Interventionen erforderlich wurden. Einerseits besteht die Angst und die Scham darüber, daß der Körper nicht richtig funktioniere, andererseits mögen sich die Frauen wie eine „schlechte“ Mutter fühlen. Schuld kann auch gegenüber dem Partner empfunden werden, indem die Frauen glauben, ihn enttäuscht zu haben, weil sie eine „natürliche Geburt“ nicht erreichen konnten (vgl. Bohn/Holz1996, 448).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß z. T. konträre Ergebnisse zu Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf die Geburt erhoben wurden. VAN- DER-LEIDEN und RASKIN (1993) berichten über eine geringe Geburtsdauer

bei Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen, wobei sie dissoziative Zustände dafür verantwortlich machen. Die Analyse der Aussagen von Margret, der untersuchten Frau in der Monographie von SMITH (1993), ergab, daß die Autorin davon ausgeht, daß Margret aufgrund unterschiedlicher Überlebensstrategien eine protrahierte Geburt erfahren mußte.

M. E. weisen die Daten von VAN-DER-LEIDEN und RASKIN (1993) auf einen engen Zusammenhang zwischen sexualisierter Gewalt und Geburt hin. Definitionen und Untersuchungsmethodik fehlen bei ihnen. PARRAT (1994) kritisiert, daß die Autorinnen keinen Beweis erbracht haben, warum sie die dissoziativen Zustände für die Ergebnisse der geringeren Geburtslänge verantwortlich machen, unterstützt sie aber gleichzeitig mit den Aussagen einer Probandin, die ebenfalls mitteilte, daß dissoziatives Verhalten die Geburtsdauer verkürzte (vgl. Parrat 1994, 38).

Deutlich wird, daß es Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf die Geburt geben kann. Eine sorgfältige, individuelle Begleitung von Gebärenden ist m. E. dringend erforderlich. Die Forschung zeigt, daß bestimmte Verhaltensweisen unter der Geburt von vielen Frauen gezeigt werden, aber die Folgen von Gewalt als Einflußgröße nicht beachtet wurde.

4 Konsequenzen für die medizinische und sozialpädagogische Praxis

Aus dem bisher Geschilderten lassen sich für die sozialpädagogische Praxis Schlüsse ziehen. Wenngleich in dieser Arbeit häufig vom medizinischen Tätigkeitsbereich die Rede war, wird das Feld der Schwangerenbegleitung und der Unterstützung von Müttern pädagogisch (auch) von Sozialpädagoginnen abgedeckt. Im folgenden werden Konsequenzen für die medizinische und für die pädagogische Praxis herausgearbeitet.

4.1 Geburtsvorbereitung

Für die medizinische Praxis betonen Beth Vaughan COLE, Marcia SCOVILLE und Linda T. FLYNN (1996) den besonderen Wert der Begleitung in der Schwangerschaft von Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben. Die Geburt als auch das Wochenbett werden in die Vorbereitung einbezogen. Besonders hervorgehoben wird, daß Überlebende ermutigt werden sollen, dissoziative Zustände wahrzunehmen. Da einigen Frauen dieses Verhalten nicht bewußt ist, ist das Verbalisieren dessen nötig, um den Frauen eine Vorstellung zu bieten, was Dissoziation ist. Streßreduktion, Entspannungs- und Atemübungen werden angeboten, um mit Hilfe derer den Streß der Geburtssituation bewältigen zu können. Die Anwendung positiver Verstärkung kann den Überlebenden in der aktuellen Geburtssituation helfen, in Kontakt mit ihrem Körper zu bleiben und aktiv am Geburtsprozeß teilzuhaben (vgl. Cole u.a. 1996, 232).

Christine A. COURTOIS und Claire COURTOIS RILEY (1992) konstatieren, daß Überlebende intensiver als andere Frauen auf die Geburt vorbereitet werden sollten. Die körperlichen Veränderungen von Schwangerschaft und Geburt müssen ausführlich besprochen werden, da sich viele Opfer von sexualisierter Gewalt von ihrem Körper entfremdet fühlen und eine ambivalente oder negative Einstellung zu ihrer Reproduktionsfähigkeit haben. Die Autorinnen schlagen Selbstgesprächstechniken vor, um negativen Glauben und falsche Vorstellungen, von dem, was Überlebende zu können oder nicht zu können glauben, zu korrigieren. Die Anwendung kann sowohl in der Schwangerschaft als auch unter der Geburt erfolgen. Notwendig ist die Vermittlung der Tatsache, daß Wehen und Geburten

emotional und körperlich schmerzhaft sind, so die Autorinnen. Diese Erklärung ist erforderlich, da die Erwartungen der Frauen hinsichtlich des Geburtsverlaufes an sich selbst sehr hoch sind und viele Überlebende exzessiv selbstkritisch sind. Die Autorinnen fordern eine detailliertere Geburtsvorbereitung, in der die Frauen präzise über den Geburtsverlauf unterrichtet werden, um Ängste zu verringern (vgl. Courtois/Courtois Riley 1992, 223).

Penny SIMKIN (1992) berichtet von Schwierigkeiten, die Überlebende in der Geburtsvorbereitung haben. Insbesondere kann Widerstand gegen die Erwartungen in einem Geburtsvorbereitungskurs entwickelt werden, so die Autorin. Die Überlebenden sind von fremden Menschen umgeben, so daß eine Entspannung möglicherweise keinesfalls erreicht werden kann. Die Konzentration auf die Veränderungen des Körpers, in den Körper „hineinzugehen“ oder sich bei simulierten Übungen den Kontraktionen „hinzugeben“, mag der Frau große Ängste bereiten, so SIMKIN. Zudem kann die Sprache, in der die Techniken erklärt werden, abgelehnt werden. Auch Filme über Geburten oder das Stillen können Panik auslösen. Spontane Äußerungen von Gefühlen und Körperwahrnehmungen, zu denen in Geburtsvorbereitungskursen ermutigt wird, können für die betroffenen Frauen unmöglich sein. In Partnerkursen wird (in der Regel) der Ehemann oder Freund angeleitet, die Frau zu unterstützen, indem er ihr Verhalten überwacht oder reguliert. Nach Auffassung der Körpertherapeutin könnten Erinnerungen an die Macht des Täters erweckt werden, denn die Partner sind männlich (vgl. Simkin 1992, 225).

4.2 Anamnese, Thematisierung und Intervention bei sexualisierter Gewalt in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Lydia MAYER (1995) gibt Hinweise für das Erkennen und die Begleitung von schwer traumatisierten Patientinnen in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie beobachtete, daß diese Frauen charakteristische Eigenschaften zeigen, die Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Untersuchender/dem und Patientin haben. Dieser Abschnitt beschreibt sowohl Techniken für die Anamnese, die Durchführung der körperlichen Untersuchung als auch die Planung der Therapie. MAYER unterscheidet nicht zwischen körperlichem

oder emotionalen Mißbrauch, sondern befaßt sich mit schweren Mißbrauchsformen, die die Frauen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter erlebt haben mögen. Als von der Autorin definierte Traumaüberlebende werden u.a. Opfer von sexualisierter Gewalt angesehen und Frauen nach Vergewaltigungen durch ihre Partner.

Anamnestisch teilen Überlebende ihre Gewalterfahrungen selten direkt mit. Es ist damit zu rechnen, daß Angaben über die Gewalt gemacht werden, die, laut MAYER, entweder widersprüchlich oder fragmentarisch gegeben werden, was dann als unglaubwürdig angesehen werden könnte oder es kommt zu einem Überhäufen mit äußerst detaillierten Informationen. Eine Aufdeckung der Gewalterfahrungen sollte behutsam, bei mehreren Besuchen, in Abwesenheit des Partners bzw. anderer Personen durchgeführt werden. Für die Aufdeckung kann sich die/der Untersuchende/r einen empathischen, non-direktiven Gesprächsstil zu Nutze machen. Die Frau wird damit gestärkt, das Vertrauen gefördert und die transportierte Information ist am Ende genauer und vollständiger, so MAYER (vgl. Mayer 1995, 14).

Julia S. SENG und Barbara A. PETERSEN (1995) zeigen in diesem Zusammenhang Gründe auf, warum ÄrztInnen und Pflegepersonal sich scheuen, nach Gewalterfahrungen zu fragen. Sie argumentieren, daß erstens die Mythen, daß sexualisierte Gewalt sehr selten auftritt, noch bestehen und die Diskussion darüber tabuisiert wird und zweitens das Vorkommen von Überlebenden in helfenden Berufen sehr hoch sei und möglicherweise eigene Ängste ausgelöst werden. Hingegen wird erhoben, daß 90% der Frauen mit Gewalterfahrungen niemals danach gefragt wurden (vgl. Felitti 1991, zit. nach Seng/Petersen 1995, 27), aber nur 3% bei Befragung ängstlich reagierten. Dem Großteil der Frauen ist es wichtig, nach den Erfahrungen gefragt zu werden (vgl. Russell 1986, zit. nach Seng/Petersen 1995, 27f). Die Erlaubnis, das Verschwiegenheitsgebot zu brechen, kann eine sinnvolle Intervention sein (vgl. Lister 1982, zit. nach Seng/Petersen 1995, 28). Zudem weisen die Autorinnen darauf hin, daß die Frauen starke Überlebensstrategien entwickelt haben und diese bei Bedrohung anwenden können (vgl. Dinsmore 1991, zit. nach Seng/Petersen 1995, 28). Die Vorteile des Thematisierens liegen im Brechen der Tabus und der Möglichkeit, Überlebenden bei ihrer Heilung zur Seite zu stehen, damit sie stärker und gesünder werden können (vgl. Seng/Petersen 1995, 29).

Karen A. HOLZ (1994) entwickelt konkrete Fragestellungen, die in der Anamnese Platz finden sollten, um Opfer sexualisierter Gewalt zu ermitteln. Fragen nach vorangegangener Behandlung von Depressionen, insbesondere nach vorherigen Geburten, ob die Frau in einer Beziehung gelebt hat oder lebt, in der sie jemals verletzt wurde, ob es Alkoholprobleme in der Familie gab und in welchem Ausmaß, wie sie in der Familie aufwuchs und wann sie zuletzt die Vorsorgeuntersuchung bei einer Frauenärztin/einem Frauenarzt hat durchführen lassen. Die Vorteile der Fragestellungen sieht die Autorin darin, daß sie indirekt gestellt sind und die Frau die Möglichkeit erhält, über eventuelle Gewalterfahrungen zu schweigen. Gewalterfahrungen zu ignorieren und nicht danach zu fragen, bedeutet eine erneute Tabuisierung von Gewalt (vgl. Holz 1994, 15).

Lydia MAYER zeigt auf, wie eine körperliche Untersuchung durch eine Gynäkologin/einen Gynäkologen, Hebamme o.ä. bei Überlebenden von sexualisierter Gewalt durchzuführen ist. Sie berichtet, daß "Flashbacks" auftreten können oder eine Anspannung des Beckenbodens bei einer vaginalen Untersuchung die Untersuchung erschwert. Verschiedene Techniken der körperlichen Untersuchung führen zum Aufbau einer Vertrauensbeziehung zu den Frauen, so die Autorin. Der Frau muß vermittelt werden, daß die Untersuchung der Ermittlung von medizinischen Informationen dient, nicht einer subjektiven Betrachtung ihres Körpers. Die Kooperation wird verbessert, wenn die ÄrztIn die Grenzen der Frau wahrt und ihr so viel Kontrolle wie möglich überläßt. Eine körperliche Untersuchung kann derart gestaltet sein, daß die Hand der/des Untersuchenden von der Frau geführt wird. Berührungen sollten angekündigt und langsam durchgeführt, Schmerz vermieden werden. Eine ständige Kommunikation ist erforderlich, um den Kontakt aufrecht zu erhalten. Nach Auffassung der Autorin sollten bestimmte körperliche Befunde wie "Trigger-Points", vaginale Verletzungen, chronische Unterleibsschmerzen usw., die/den Untersuchende/n hinsichtlich sexueller Gewalterfahrungen alarmieren. Gibt es in der Anamnese der Unterleibsschmerzen keine Begründungen wie bspw. Unfälle in der Kindheit, Geburt eines Kindes oder chirurgische Eingriffe, sollte an Gewalterfahrungen gedacht werden, so MAYER. Unterleibsschmerzen können durch die Somatisierung von unterdrückten Erinnerungen entstehen oder aufgrund von Angstzuständen, die mit

verstärkter Wahrnehmung und schützender Muskelanspannung einhergehen (vgl. Mayer 1995, 15).

Aufmerksamkeit sollte weiterhin folgenden Organen bei der körperlichen Untersuchung geschenkt werden: der Haut und den Brüsten. Karen HOLZ (1994) meint, daß Narben von Selbstmutilation damit erkannt werden oder Striae von vorangehender Dickleibigkeit, die auf Eßstörungen hinweisen können. Die Frage ist nötig, wie häufig die Frauen eine Selbstuntersuchung der Brüste vornahmen, da die Autorin feststellte, daß dies von Betroffenen selten, trotz Wissen darüber, durchgeführt wurde (vgl. Holz 1994, 15).

MAYER konstatiert, daß, wenn eine Frau durch einen gynäkologischen Besuch oder einen Krankenhausaufenthalt in einer geburtshilflichen oder gynäkologischen Einrichtung die sexualisierten Gewalterfahrungen das erste Mal erinnern sollte oder ihre Bedeutung einen anderen Inhalt bekäme, es nötig für helfende Personen wäre zu wissen, welche Maßnahmen zu treffen seien. Die Sicherheit der Frau ist die wichtigste Aufgabe. Die Verfasserin erklärt:

"The patient is served best when the obstetric-gynecologic clinician limits his/her customary counseling role" (Mayer 1995, 17).

Die Autorin ist der Ansicht, daß die weitere Beratung und Unterstützung der Frauen durch andere Personen und Einrichtungen erfolgen sollte. Sie hält es für wünschenswert, diese Einrichtungen zu kennen und dieses Kenntnis an die Betroffenen weiterzugeben. Zur Aufdeckung sind zudem bestimmte Handlungsweisen vorteilhaft, die sich positiv auf die Frau auswirken. Der Frau ist Glauben zu schenken, in dem, was sie berichtet, und sie ist in ihrem Heilungswunsch zu bestärken. Die in der Gynäkologie oder Geburtshilfe tätigen Personen sollten in der Lage sein, das aktuelle Risiko der Frau festzustellen, d.h., ob die Frau akuter Bedrohung oder Gefahr ausgesetzt ist. Eine detaillierte Dokumentation aller Besonderheiten, die im Hinblick auf Auswirkungen sexueller Gewalterfahrungen festgestellt wurden, ist sinnvoll, so MAYER (vgl. Mayer 1995, 17).

Tabelle 1 verdeutlicht in Kurzform noch einmal die möglichen Schritte von der Aufdeckung von sexualisierten Gewalterfahrungen bis hin zu möglichen Interventionen. Diese sind m. E., eventuell in Kurzform, in Kliniken, Geburtspraxen, Schwangerenberatungsstellen, Gesundheitsämtern u.ä. für die MitarbeiterInnen anzufertigen.

Tabelle 1

I. Vergangenheit

- die Gewalt bemerken
- respektvoll zuhören
- vorurteilsfrei antworten
- Entwerfen von Interaktionen, die die Vertrauensbildung und Sicherheit der Frau als erste Priorität haben
- die Schritte der Aufdeckung verlangsamen
- entscheiden, welche Art der Aufdeckung direkt oder indirekt, am effektivsten sein wird

II. Untersuchung

- Stärken der Patientinnenposition und Teilen der Kontrolle mit der Patientin
- anhaltender verbaler Kontakt während der Untersuchung

III. Therapeutische Planung

- auf die Frau abgestimmte, an ihre Wahrnehmungen angepaßte Information
- übliche Beratungen begrenzen und die gemeinsame Annäherung an das Problem nutzen, falls möglich
- Festlegen des Risikos weiterer Verletzungen für die Frau und Bereitschaft, die Gewaltsituation zu belassen; sich im Klaren darüber sein, daß beim Zeitpunkt des Verlassens (des mißbrauchenden Partners) das größte Risiko für Gewalt und Mord besteht
- Entwickeln eines Sicherheitsplanes, der folgendes beinhaltet:
 - A. sicheren Platz zum Hingehen (FreundIn, NachbarIn, Schutzort)
 - B. alle Gegenstände, die zur Flucht nötig sind, außerhalb des Hauses aufbewahren (Zweitschlüssel für das Auto, Bargeld, Ausweispapiere, andere wichtige Papiere)
 - C. geheimen Zugang zu Telefonnummern von Not-Telefonen oder Schutzorten (z.B. unter der inneren Schuhpolsterung)
- Wissen um lokale AnsprechpartnerInnen. Nur, wenn sie sicher sind, sollten soziale oder staatliche Organisationen, Kriseninterventions- oder Schutzorte angesprochen werden.

Vickie WAYMIRE (1997) gibt Hinweise für in der Geburtshilfe tätige Personen, wie es Frauen erleichtert werden kann über erinnerte sexuelle Gewalt zu sprechen oder bei Auslösen der Erinnerungen durch die Geburt, sich den Betreuenden anzuvertrauen. Durch eine offenes, nicht konkret auf die schwangere oder gebärende Frau bezogenes Verbalisieren des Themas sexualisierter Gewalt, haben die Frauen die Gelegenheit, ihre Erfahrungen zu eröffnen oder sie für sich zu behalten. Eventuell fühlen sie sich zur Zeit des Verbalisierens durch die Hebamme o.ä. auch noch nicht sicher genug, um ihre Erfahrungen zu eröffnen. Sollten jedoch unter der Geburt Situationen auftreten, die eine Beziehung zum ursprünglichen Gewaltgeschehen haben, ist den so Frauen der Weg geebnet worden, darüber zu sprechen, da die Hebamme, ÄrztIn, o.ä. Person Gesprächsbereitschaft bereits signalisiert hat, so die Autorin. Eine offene, nicht reglementierende, vertrauensvolle und ruhige Atmosphäre ermöglicht es den Frauen, sich sicher zu fühlen (vgl. Waymire 1997, 48).

Kristina HÄNEL (1998) berichtet von ihren Praxiserfahrungen als Ärztin, die Schwangerschaftsabbrüche durchführt und erwähnt die Notwendigkeit, Gesprächsbereitschaft über sexualisierte Gewalterfahrungen zu signalisieren. Sie mißt der Anamnese eine besondere Bedeutung für eine optimale Begleitung von Überlebenden bei. Sie konstatiert, daß nach Eröffnung von Gewalterfahrungen durch die Frauen Absprachen getroffen werden können, um das "Triggern" vergangener Gefühle und Körperreaktionen, selbst bei schwer traumatisierten Frauen, zu verhindern. Insbesondere meint die Autorin, daß Dissoziation vermieden werden kann, indem vor der Interruptio thematisiert wird, welche Hilfestellung die Frau benötigt, um im Falle von Derealisation in die Realität zurückzukehren (vgl. Hänel 1998, 7).

Christine A. COURTOIS und Claire COURTOIS RILEY (1992) machen ebenfalls auf die Notwendigkeit aufmerksam, in der Anamnese aller Frauen sensibel und respektvoll nach jeglicher Form von Gewalterfahrungen zu fragen. Sollten die in der Geburtshilfe tätigen Personen den Aussagen keinen Glauben schenken, kann es zu einer sekundären Verletzung der betroffenen Frauen kommen, so die Autorinnen. Dies wird unterstützt dadurch, daß Personen in helfenden Berufen Autoritätsfiguren sind, wie die meisten Täter auch. Die Autorinnen geben Hinweise für Schwangerschafts- und

GeburtsbegleiterInnen, wie sie auf "Flashbacks" und dissoziative Zustände von Frauen reagieren können. Verbale Ermutigungen, in der Realität zu bleiben, der Frau Sicherheit zu vermitteln, die Herstellung von Augenkontakt zwischen der gebärenden Frau und der unterstützenden Person und den Unterschied zwischen der Vergangenheit und Gegenwart zu betonen, sind sinnvolle Hilfen (vgl. Courtois/Courtois Riley 1992, 222f). Karen HOLZ fügt hinzu, daß körperliche Nähe notwendig sei, Berührung aber nur mit Erlaubnis erfolgen dürfe. Der Frau dürfe aber nicht erlaubt werden, allein zu bleiben. Bei regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erscheint es sinnvoll, so HOLZ, der Frau erstens mitzuteilen, wann die nächste Vaginaluntersuchung durchgeführt werde, und zweitens der Frau beizubringen, mit Hilfe eines Spekulum ihre Vagina selbst zu betrachten und Veränderungen festzustellen. Des weiteren ist ihr bei einer vaginalen Tastung zu erlauben, die Position, wie sie sitzen oder liegen möchte, zu wählen und ihr beizubringen, ihren Beckenboden zu entspannen, indem sie eine Hand auf die Innenseite eines Oberschenkels legt, um zu spüren, wann die Beckenbodenmuskeln sich anspannen. Die Begleitende sollte sich bemühen, andere Worte als „Entspannen Sie sich!“ zu verwenden, da diese Aussage häufig im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen vom Täter angewendet wird. Eine Variante wäre die Ausdrucksweise, die Muskeln des Beckenbodens „weich“ zu halten. Weiterhin kann die Frau ermutigt werden, zu erzählen, was sie denkt oder fühlt (vgl. Holz 1994, 16f).

Bei regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen schlägt Karen A. HOLZ (1994) vor, folgende Fakten über sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen, die die Gewalterfahrungen eröffnet haben, in die Vorsorge miteinfließen zu lassen:

- (1) Die Frau ist das Opfer und unschuldig. Ihr Verhalten rechtfertigt keine Gewalt, der Täter hatte die Macht und ist immer schuldig.
- (2) Gewalt ist keine Liebe und sie ist niemals richtig. Es ist ein Akt von Gewalt, Kontrolle und Aggression.
- (3) Die körperlichen Reaktionen während des Mißbrauchs sind instinktive Reaktionen und bedeuten nicht, daß die Gewalt gewollt war oder genossen wurde. Kinder brauchen Liebe und Aufmerksamkeit, aber keine Gewalt und keinen Sex mit Erwachsenen.
- (4) Die Frau ist „normal“ und die Gewalt nicht äußerlich sichtbar. Ihr Körper kann heilen.
- (5) Die Frau hat das Recht, Grenzen zu setzen, wer, wann und wie ihren Körper berührt (vgl. Holz 1994, 17).

Der Frau zu vergegenwärtigen, daß sie nicht die einzige Betroffene ist, mag nach Auffassung von Julia S. SENG und Barbara A. PETERSEN ebenfalls, hilfreich sein (vgl. Seng/Petersen 1995, 28).

Naomi RHODES und Sally HUTCHINSON (1994) resümieren aus ihrer Untersuchung mit 15 Überlebenden und Hebammen, daß vier Geburtsstrategien bei Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen beobachtbar seien. Häufig werden keine Verbindungen zwischen den Verhaltensweisen unter der Geburt und sexualisierter Gewalterfahrungen durch ÄrztInnen, Hebammen und ähnliches Geburtshilfepersonal wahrgenommen. Die Strategie, sich gegen die Prozesse, die unter der Geburt passieren, zu wehren, ist ein Verhalten, was erwartet wird, was aber nicht mit sexualisierten Gewalterfahrungen in Zusammenhang gebracht wird. Frauen, die sich der Geburt „ergeben“ oder sich aus der Realität zurückziehen, beides Symptome der Dissoziation, werden leicht als Opfer übersehen, da sie weder psychologisch noch geburtshilflich Auffälligkeiten zeigen, so die Autorinnen (vgl. Rhodes/Hutchinson 1994, 219). Wie auch Jenny PARRAT (1994) vertreten RHODES und HUTCHINSON die Auffassung, daß eine Verbindung zwischen sexuellen Gewalterfahrungen und Geburtserleben gemacht werden sollten, um eine adäquate Begleitung zu ermöglichen (vgl. Parrat 1994, 26ff). Die Autorinnen schlagen folgendes Vorgehen vor: Das Auslösen von Erinnerungen oder das Wiedererleben der sexuellen Gewalterfahrung müssen dringend vermieden werden.

”The caregiver can guide the woman through each contraction, using her voice to help the women visualize what is happening in her body and what her baby is doing” (Rhodes/Hutchinson 1994, 219).

Vaginaluntersuchungen müssen, so weit wie möglich, vermieden werden, besonders vorsichtig durchgeführt werden und die Frauen müssen darauf vorbereitet werden. Die Frauen sollten, so die Autorinnen, in die Führung des Geburtsablaufes mit eingebunden werden, um dem Wunsch nach Kontrollverhalten nachzukommen. Berührungen oder Massagen sollten nur mit ausdrücklicher Erlaubnis erfolgen, um ”Triggern” von Erinnerungen zu verhindern. Nach einer erfolgreichen Geburt ist es sinnvoll, die positiven Seiten der Sexualität, nämlich das Geburtserleben hervorzuheben, um die negativen sexuellen Erfahrungen zu relativieren.

"Childbirth has the potential to reconnect the sexual abuse survivor to a creative, competent sense of herself" (Rhodes/Hutchinson1994, 219).

RHODES und HUCHINSON machen auf die Dringlichkeit weiterer Forschung aufmerksam.

4.3 Notwendigkeit der individuellen Betreuung von Gebärenden

Die Untersuchung von Jenny PARRAT (1994) mit sechs Überlebenden sexualisierter Gewalt in der Kindheit geht der Fragestellung nach, welche Auswirkungen sexualisierte Gewalterfahrungen auf ein aktuelles Geburtserlebnis haben, welche Auslöser als Erinnerungen wirken und welche Bedürfnisse die Frauen unter der Geburt haben. Sie interpretiert, daß die Ergebnisse der Auswirkungen und Bedürfnisse sehr variabel, komplex und individuell seien (vgl. Parrat 1994, 26ff).

Die Unterschiedlichkeit der Auswirkungen von traumatischen sexuellen Gewalterfahrungen auf die Geburt und die differierenden Bedürfnisse der Frauen unter der Geburt erfordern eine individuelle Betreuung. PARRAT konstatiert:

"As care givers will not necessarily know if a women is a survivor of incest (indeed the woman herself may not know) is seems appropriate that care to ALL childbearing women should be given in an individualised manner as possible with special regard to maintaining the woman´ s integrity" (Parrat 1994, 38; Hervorhebung i. O., A. E.).

Da vielen Frauen eine Erinnerung an das Gewaltgeschehen fehlt, ist es, laut PARRAT, nötig, allen Frauen eine individuelle Begleitung mit besonderem Schwerpunkt auf der Wahrung der Integrität, zu garantieren (vgl. ebd., 38). Vickie WAYMIRE (1997) geht weiter und fordert eine individuelle Betreuung, die es den Frauen erlaubt, ihren Körper neu, machtvoll und kreativ zu erleben (vgl. Waymire 1997, 47; vgl. auch Kitzinger 1992, 168). Sie beschreibt, daß es notwendig ist zu erklären, wie und warum Untersuchungen durchgeführt werden. Eine Bedenkzeit für die Zustimmung muß den Frauen ermöglicht werden. Verständnis seitens der Hebamme für das unangenehme Gefühl während der Untersuchungen, erlaubt der Frau die bevorstehende Untersuchung von der früheren Gewalterfahrung zu

differenzieren. Da Vaginaluntersuchungen als besonders unangenehm von den Frauen empfunden werden, schlägt WAYMIRE folgendes Vorgehen vor:

”Keeping examinations to a minimum and giving the woman permission to stop the examination at any time add the survivor’s comfort level” (Waymire 1997, 49).

Marshall H. KLAUS, John H. KENELL und Phyllis H. KLAUS (1995) entwerfen das Bild eines neuen Umganges für die Begleitung von Schwangeren und jungen Müttern. Da das geburtshilfliche System selten eine kontinuierliche Begleitung während der Schwangerschaft und unter der Geburt gewährleisten kann, sprechen die AutorInnen sich für das Etablieren der Unterstützung von Schwangeren und Gebärenden durch sogenannte ”Doulas” aus. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und bedeutet, „betreuende Frau” (vgl. Klaus u.a. 1995, 10). ”Doulas” sind dazu befähigt, den Frauen nicht medizinische Unterstützung zu geben und ihnen damit individuelle, emotionale Unterstützung zu ermöglichen (vgl. ebd. 135ff). Anhand von durchgeführten Studien wurden enorme Vorteile dieses Unterstützungssystems erhoben. Weniger Geburtskomplikationen, geringerer Medikamentenbedarf unter der Geburt bis hin zu weniger Gesundheitsproblemen der Neugeborenen wurden ermittelt (vgl. ebd., 45ff). Auch mit sexualisierter Gewalt beschäftigen sich die AutorInnen und plädieren für die frühzeitige und umfangreichere Unterstützung durch die Geburtsbegleiterinnen.

„Bei Frauen, die sexuelle oder andere traumatische Mißbrauchserfahrungen hinter sich haben, kann die Geburt bewußt oder unbewußt Gefühle auslösen, die von diesen Erfahrungen herrühren. Dann findet die Geburtsbegleiterin zusammen mit der Mutter heraus, welche Worte oder Ausdrücke und welches Verhalten dazu beitragen, diese Erinnerungen nicht wieder wachzurufen” (Klaus u.a. 1995, 41f).

4.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Geburtshaus

In Salt Lake City, UT ist im Jahre 1988 ein Geburtshaus eröffnet worden, in dem Hebammen in freier Tätigkeit arbeiteten. Die Autorinnen Beth Vaughan COLE, Marcia SCOVILLE und Linda T. FLYNN (1996) beschreiben die Erweiterung der Schwangeren-, Geburts- und Mütterbegleitung in Hinblick

auf die Prävalenz sexualisierter Gewalt in der Kindheit, indem diese Thematik einen Schwerpunkt in der Beratung und Begleitung eingenommen hat.

”Birth Care Health Care Associates is a unique venture in which certified nurse midwives and advance practice nurses share space and collaborative services for the benefit of their clients” (Cole u.a. 1996, 230).

Das Zentrum ”Birth Care Health Care Associates” stellt somit ein einmaliges Modell dar, in dem schwangere Frauen von Hebammen, psychiatrischem Personal und einem familien-/pädiatrischen Dienst durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett begleitet werden. Die Notwendigkeit psychiatrischer Begleitung hatte sich nach einigen Jahren Praxis im Zentrum als dringend erforderlich herausgestellt: Häufig eröffneten die Frauen ihre Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt in der Kindheit gegenüber den Hebammen. Zur Unterstützung der Hebammen, die die einzigen Personen waren, die von den Frauen aufgesucht wurden, wurde daraufhin ein psychiatrischer Dienst im Haus errichtet. Die Errichtung des psychiatrischen Dienstes ermöglichte eine ideale Begleitung, denn die betroffenen Frauen mußten nicht außerhalb des Zentrums Beratungsstellen aufsuchen, so die Autorinnen. Die Frauen empfanden es als unangenehm, ihre Erfahrungen gegenüber anderen Personen nochmals zu eröffnen und erhielten eine kontinuierliche Betreuung im ”Birth Care Health Care“-Zentrum seit dem Jahre 1991 (vgl. ebd., 229ff). Ein weiterer Schwerpunkt der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachrichtungen miteinander, bildet auch die Erkennung von schwangeren Frauen mit einer Geschichte von erlittener oder andauernder sexueller Gewalt. Den betroffenen Frauen wird die Aufdeckung des Traumas erleichtert durch das Thematisieren des Problems und durch das Angebot psychologischer Hilfe. Insbesondere werden, laut der Autorinnen, die körperlichen und psychischen Probleme in der Schwangerschaft bewertet, die im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt in der Kindheit stehen könnten (vgl. ebd., 233).

4.5 Prävention von und Umgang mit Teenagerschwangerschaften

BUTLER und BURTON (1990) interviewten 41 junge Mütter, die im Alter von durchschnittlich 17 Jahren Mütter geworden waren. Eine Prävalenz von 54 % sexuell mißbrauchten Frauen wurde erhoben (vgl. Butler/Burton 1990, 76). Die Gründe schwanger zu werden, lagen oftmals in dem konkreten Wunsch nach einem Kind, im Gegensatz zu den Frauen, die keine Gewalt erlebt hatten (vgl. ebd., 77). Dies unterstützt die Hypothese, daß junge Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt hatten, mehr gewollte Schwangerschaften als Teenager haben als Frauen ohne Gewalterfahrungen (vgl. ebd., 78). Zudem zeigte sich, daß in der Kindheit mißbrauchte Frauen, seltener glaubten, die Wahl und Art von sexuellen Begegnungen bestimmen zu können und eher in Sex einwilligten, den sie nicht wollen, als dazu gezwungen zu werden (vgl. ebd., 78). BUTLER und BURTON betonen, daß ein Zusammenhang zwischen früher sexueller Viktimisierung und Teenagerschwangerschaften besteht. Diese Ergebnisse geben Hinweise für die Praxis der sozialen Arbeit.

”Teen pregnancy prevention and adolescent parenting programs need to consider sexual abuse component of this phenomen, and sexual abuse treatment programs should attend to a possible long-term effect of victimization - adolescent childbearing” (Butler/Burton 1990, 79).

Notwendig sind Beratungsstellen, die es den jungen Frauen ermöglichen über ihre Situation zu sprechen. BUTLER und BURTON stellten fest, daß nur eine der 22 Frauen ihrer Stichprobe mit einer BeraterIn Kontakt aufgenommen hatte. Eine sichere Atmosphäre muß hergestellt werden und sensitive Methoden angewendet, um den Frauen das Gespräch zu erleichtern. Zudem ist es den Autorinnen ein Anliegen, den betroffenen jungen Frauen ein positives Selbstwertgefühl zu vermitteln.

”Being sensitive to girl’ s self-esteem, especially that of child abuse victims, could help that they are worth protecting and that their needs should not be secondary to others’. In order to prevent early pregnancy and the restrictions placed on some girls’ development because they are female (...)” (Butler/Burton 1990, 78).

Die Unterstützung des positiven Selbstwertgefühls sollte die jungen Frauen dazu befähigen, aus dem Kreislauf von sexueller Gewalt und früher Schwangerschaft auszubrechen. Aus den Ergebnissen der Stichprobe läßt sich zudem ableiten, daß Prävention von Gewalt ein notwendiges

Betätigungsfeld ist. Dies sollte nicht nur Prävention für junge, sondern auch für adoleszente Mädchen umfassen, so die Autorinnen.

Patricia E. DONALDSON u.a. (1989) machen auf die Dringlichkeit aufmerksam, Forschung über Teenagerschwangerschaften im Zusammenhang mit sexualisierten Gewalterfahrungen zu sehen. Jegliche Unterstützungsprogramme, die Teenagerschwangerschaften verhindern wollen oder Schwangere begleiten, haben sexualisierte Gewalt bislang ignoriert und bedürfen der Unterstützung zur Begleitung von Opfern sexualisierter Gewalt. Die Unterstützung muß, laut Autorinnen, individuell auf die Situation, die Bedingungen und Ressourcen der Frauen abgestimmt werden. Sollte bei einer jungen Schwangeren oder Mutter festgestellt werden, daß sie weiterhin Gewalt erfährt, sind "child protection services" einzuschalten. Ist die sexualisierte Gewalterfahrung durch die junge Frau offenbart worden, erhalten diese Frauen mehr angemessene Unterstützung. Sie werden eher als Opfer von Gewalt angesehen und weniger als unverantwortlich und impulsiv (vgl. ebd., 297). Die jungen Frauen sind stark darauf bedacht, „gute“ Mütter zu sein (vgl. Boxill 1987, zit. nach Donaldson u.a. 1989, 297), aber es ist nötig, auch die persönliche Entwicklung der jungen Mütter zu unterstützen. Die Konfrontation mit den Gewalterfahrungen mag Vorteile für die Frau und das Kind mit sich bringen (vgl. Donaldson u.a. 1989, 298).

4.6 Besonderheiten bei Schwangerschaftsverdrängung

Catherine BONNET (1993) interviewte 22 Frauen über die Gründe, die sie dazu veranlaßten, ein Kind, daß sie austrugen und gebaren, zur Adoption freizugeben, es auszusetzen oder zu töten. Die Hintergründe waren sexualisierte Gewalterfahrungen in der Kindheit, die dazu führen können, die Schwangerschaft zu verleugnen und Gewaltphantasien gegenüber dem Fetus zu entwickeln (vgl. Bonnet 1993, 504ff). Einigen Frauen, die in einer Klinik geboren hatten und sich bereits zu einer Adoptionsfreigabe entschieden hatten, wurde durch das Klinikpersonal oder die Verwandten eine Interaktion mit dem Kind aufgezwungen. Das Kind wurde auf den Bauch der Frau gelegt oder die Frauen waren zum Stillen angehalten worden. Die Frauen gerieten unter enormen Druck und fühlten sich gespalten. Der eine

Teil ihres Selbst nahm den Reichtum der körperlichen Interaktion wahr, der andere Teil konnte die Angst vor den Gewaltphantasien nicht auslöschen. BONNET warnt, daß es nicht möglich sei, die gewalttätigen Impulse gegen das Kind mit Druck zur Interaktion zwischen Frau und Kind aufzulösen. Die Ignoranz gegenüber den Gefühlen der Gebärenden provoziert ein hohes Risiko (vgl. ebd., 508). Die Adoptionsfreigabe sei, laut BONNET, als mütterlicher Akt zu verstehen und die Autorin drückt dies folgendermaßen aus:

”In giving up the child they (die Frauen; Anmerkung A. E.) are performing a maternal act, for they are identifying with the needs of the infant, protecting its life from the risk of violence or neglect, and giving it the chance to be loved by others” (Bonnet 1993, 509).

Die sexualisierten Gewalterfahrungen, die eine Verdrängung der Schwangerschaft verursachen können und Gewaltimpulse freisetzen mögen, können das Leben des Kindes durch Aussetzung oder Kindstötung bedrohen. Professionelle sollten sich bemühen z.B. in Familienberatungsstellen zum Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz oder in medizinischen Praxen oder Kliniken, den betroffenen Frauen den Zugang zu erleichtern und ihnen Unterstützung anzubieten. Z.B. erfragten einige Probandinnen BONNETS eine Interruptio nach der im Gesetz vorgesehenen Frist oder baten um eine medizinische Indikation zur Verlängerung der Frist eines nicht strafbaren Abbruches. Aufmerksamkeit ist auch in den Fällen geboten, in denen Schwangerschaften sehr spät erkannt wurden. Eine dringend erforderliche Unterstützung ist angezeigt bei der Äußerung von Tötungsgedanken gegen den Fetus (vgl. ebd., 509f).

Sollten diese Zeichen auftauchen, ist Hilfe nötig die Gründe für die Verdrängung der Schwangerschaft mittels psychologischer Unterstützung zu reflektieren. Des weiteren benötigen die Frauen rechtliche, finanzielle und medizinische Beratung. Die Prävention von Kindesaussetzung oder Kindstötung ist nur erreichbar durch eine professionelle Hilfestellung. In Kliniken ist ein besonderes Augenmerk auf Frauen mit Notfalleinweisungen mit uterinen Blutungen zu werfen. Eine Plazentaretention mit fehlendem kindlichen Körper mag auf eine Aussetzung oder Kindstötung hinweisen. Die Frauen bedürfen nach Geburten, die ohne Beistand stattfanden, der

medizinischen Hilfe wegen möglicher Vaginal- und/oder Dammverletzungen und Blutungen post partum (vgl. ebd., 510).

”They (die Frauen, Anmerkung A. E.) must be treated with human kindness, and given access to medical care and follow-up in order to prevent a repetition of this kind of tragic childbirth” (Bonnet 1993, 510).

4.7 Sozialpädagogische Arbeitsfelder

Es zeigt sich, daß eine interdisziplinäre Vernetzung zur Unterstützung von Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, in der Schwangerschaft und unter der Geburt dringend erforderlich ist. So können sich SozialpädagogInnen und Hebammen oder ÄrztInnen in der Schwangerenbegleitung und der Unterstützung von Müttern gegenseitig Hilfestellung leisten.

Die Darstellung des Geburtshausmodellprojektes zeigt ein deutliches Thematisieren von sexualisierter Gewalt in den USA, da die Vorstellung, daß Reaktionen auf Schwangerschaft und Geburt nach sexualisierten Gewalterfahrungen auftreten können, wahrgenommen wird. Der interdisziplinäre Ansatz in dem dargestellten Geburtshaus ermöglicht den Frauen eine ganzheitliche Begleitung und stellt m. E. ein nachzuahmendes Modell dar.

Möglicherweise sind die Ergebnisse der Arbeit eine Grundlage zur Planung und Durchführung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen über sexualisierte Gewalt mit Hebammen/ÄrztInnen, die SozialpädagogInnen anleiten.

Da viele Frauen eine Hebamme als enge Bezugsperson wählen, ist insbesondere die Fortbildung von Hebammen über sexualisierte Gewalt dringend erforderlich, um den Bedürfnissen der Frauen gerecht zu werden und eine Überforderung der Hebamme zu verhindern, da die Ausbildungsordnung in der BRD derartige Lehrinhalte nicht enthält.

Selten sind SozialpädagogInnen in der Gynäkologie oder Geburtshilfe in die Arbeit mit eingebunden. Es wäre denkbar, daß die Einbeziehung dieser, die Begleitung von Schwangeren, Gebärenden bzw. Müttern vollständiger werden lassen, insbesondere auch als Fachfrauen für sexualisierte Gewalt.

Schwangerenberatungsstellen sind durch das Herausgearbeitete angesprochen mit dem Hinweis, besonders sorgfältig Frauen zu beraten, die eine Interruptio nach der gesetzlich dafür festgelegten Schutzfrist des straffreien Abbruchs erbitten.

Adoptionen, Kindstötung und Aussetzung von Neugeborenen bekommen als Folge sexualisierter Gewalterfahrungen einen möglichen Erklärungsansatz, der bisher unbeachtet blieb.

Teenagerschwangerschaften bilden einen Schwerpunkt der Auswirkungen sexualisierter Gewalt. In der Prävention von Schwangerschaften ist besonderer Augenmerk auf sexualisierte Gewalterfahrungen zu richten und die bestehenden sexualpädagogischen Angebote zu erweitern, um Schwangerschaften zu verhindern. In der Unterstützung von jungen (werdenden) Müttern in Wohngruppen, Wohnheimen oder ambulant ist es für SozialpädagogInnen möglich, sexualisierte Gewalterfahrungen zu thematisieren und sich als Ansprechpartnerin anzubieten. Jungen Frauen kann Hilfestellung in der Auseinandersetzung mit medizinischem Personal angeboten werden, z.B. in Form der Begleitung zur ÄrztIn und Hebamme, möglicherweise des Thematisierens der Gewalterfahrungen mit diesen Personen auf Wunsch der Frau, Absprachen für die Schwangeren- oder Geburtsbegleitung zu treffen u.ä.. Eine Verarbeitung von komplikationsreichen Schwangerschaften und Geburten aufgrund der Auswirkungen von sexualisierter Gewalt kann durch SozialpädagogInnen erfolgen.

M. E. bieten die Ergebnisse dieser Arbeit vielfältige Impulse, um bestehende sozialpädagogische Angebote um den Themenschwerpunkt der Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt zu erweitern.

5 Schlußbetrachtung

Im Rahmen dieser Arbeit habe ich die Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt dargestellt. Es war mein Anliegen, herauszuarbeiten, ob Überlebende sexualisierter Gewalt Auswirkungen ihrer Erfahrungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt erleben. Meine Grundannahme war, daß Folgen sexualisierter Gewalterfahrungen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen hervorrufen können. Zusammenfassend ist zu erklären, daß es Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt gibt. Diese können vielfältig, individuell und schwerwiegend sein. Die erhobenen Auswirkungen ergeben z. T. gegensätzliche Resultate, aber sind dennoch als Auswirkungen von sexualisierter Gewalt nachzuweisen. Es hat sich herausgestellt, daß die Gefahr, Opfer sexualisierter Gewalt, die einen „normalen“ Schwangerschafts- und Geburtsverlauf haben, zu „übersehen“, sehr groß ist, obwohl auch hier möglicherweise Überlebensstrategien nach sexualisierter Gewalt eingesetzt wurden.

Die Frauen, die Schwangerschaften und Geburten mit vielen Komplikationen aufgrund der Auswirkungen sexualisierter Gewalt erleben, sind auf die männliche Geburtsmedizin angewiesen und werden damit erneut Opfer eines männlich-dominierten Systems. Ihre Beschwerden werden mit anderen Ursachen in Verbindung gebracht und sexualisierte Gewalterfahrungen übersehen. In der Geburtshilfe werden Schwangere oder Gebärende mit „auffälligem“ Verlauf oder Verhalten häufig abgewertet, erfahren oftmals eine weniger „gute“ Betreuung, da die begleitenden Personen versuchen, sich vor Überforderung zu schützen. Werden aber Gewalterfahrungen als Ursache erkannt, ist eine Unterstützung eventuell leichter möglich.

Wie sich herausstellte, können Schwangerschaft oder Geburt bzw. medizinische Eingriffe bei nicht erinnerten Gewalterfahrungen aufdeckend wirken. Hier vermute ich, daß das Erleben „subtiler Gewalt“ in einer Klinik zu einer Aufdeckung beitragen kann, deren Zeitpunkt und Intensität damit aber

für die Frauen nicht bestimmbar ist und ebenfalls gewalttätig erfahren werden kann.

Obwohl Hinweise für die Erkennung von sexuell traumatisierten Frauen aufgezeigt wurden, ist es tatsächlich schwierig, Überlebende, die die Gewalt nicht erinnern oder sie nicht äußern, zu erkennen und zu unterstützen. Die Notwendigkeit, sexualisierte Gewalt als mögliche Ursache von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen anzusehen, hat sich als dringend erforderlich herausgestellt.

Eine individuelle Begleitung von Schwangeren und Gebärenden in Verbindung mit dem Thematisieren sexualisierter Gewalt ist aufgrund der herausgestellten Ergebnisse zwingend. Die Ergebnisse der Arbeit können die Grundlage zur Entwicklung eines interdisziplinären Ansatzes bieten, in dem medizinisches und pädagogisches Personal einbezogen ist. Auch die Notwendigkeit Teenagerschwangerschaften im Hinblick auf sexualisierte Gewalterfahrungen zu betrachten, ist aufgezeigt worden und vor allem in der sozialpädagogischen Prävention zu berücksichtigen.

Literaturverzeichnis

Anderson, Geri / Yasenik, Lorri / Ross, Colin A.

Dissociative Experiences and Disorders Among Women Who Identify Themselves as Sexual Abuse Survivors.

Child Abuse & Neglect 1993, 17(5), 677-86

Amann, Gabriele / Wiplinger, Rudolf (Hg.)

Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch.

Tübingen 1997

Amaro, Hortensia / Fried, Lise E. / Cabral, Howard / Zuckerman, Barry

Violence During Pregnancy and Substance Use.

American Journal of Public Health 1990, May, 80(5), 575-9

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. AKF (Hg.):

Wege aus der Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung.

Bünde 1997

Backe, Lone / Leick, Nini / Merrick, Joav / Michelsen, Niels (Hg.)

Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien.

Köln 1986

Bange, Dirk / Deegener, Günther

Sexueller Mißbrauch an Kindern: Ausmaß, Hintergründe, Folgen.

Weinheim 1996

Bass, Ellen / Davis, Laura

Trotz allem. Wege der Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen.

Berlin 1990

Bayatpour, Mahin / Wells, Robert D. / Holford, Susan

Physical and Sexual Abuse as Predictors of Substance Abuse and Suicide Among Pregnant Teenagers.

Journal of Adolescent Health 1992, Mar, 13, 128-32

Beitchmann, Joseph H. / Zucker, Kenneth J. / Hood, Jane E. / DaCosta, Granville A. / Akman, Donna / Cassavia, Erika

A Review of the Long-Term Effects of Child Sexual Abuse.

Child Abuse & Neglect 1992, 16, 101-18

Bentovim, Arnon

Traumaorganisierte Systeme: Systemische Therapie bei Gewalt und sexuellem Mißbrauch in Familien.

Mainz 1995

Berenson, Abbey B. / San Miguel, Virginia / Wilkinson, Gregg S.

Prevalence of Physical and Sexual Assault in Pregnant Adolescents.

Journal of Adolescent Health 1992, Sep, 13, 466-9

Berenson, Abbey B. / Wiemann, Constanze M. / Rowem, Thomas F. / Rickert, Vaughn I.
Inadequate Weight Gain Among Pregnant Adolescents: Risk Factors and Relationship to Infant Birth Weight.
American Journal of Obstetrics and Gynecology 1997, Jun, 176(6), 1220-7

Berger-Oser, R. / Richter, Dietmar
Zur Psychosomatik der EPH-Gestose.
In: Jürgensen, Ortrun / Richter, Dietmar (Hg.): Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe.
Berlin / Heidelberg 1985, 183-91

Berkowitz, Carol D.
Sexual Abuse of Children and Adolescents.
Advances Pediatrics 1987, 34, 275-312

Bohn, Diane K. / Holz, Karen A.
Sequelae of Abuse. Health Effects of Childhood Sexual Abuse, Domestic Battering; and Rape.
Journal of Nurse-Midwifery 1996, Nov-Dec, 41(6), 442-56

Bonnet, Catherine
Adoption at Birth: Prevention Against Abandonment or Neonaticide.
Child Abuse & Neglect 1993, Apr, 17(4), 501-13

Botens, Vienna
Richtlinien für die Arbeit mit Mädchen und Frauen.
In: Wildwasser Wiesbaden e.V.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen ist Gewalt.
Wiesbaden 1989, 41-58

Boyer, Debra / Fine, David
Sexual Abuse as a Factor in Adolescent Pregnancy and Child Maltreatment.
Family Planning Perspectives 1992, Jan / Feb, 24(1), 4-11 und 19

Brähler, Elmar
Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele; Beiträge zur psychosomatischen Medizin.
Gießen 1995

Briere, John / Zaidi, Lisa Y.
Sexual Abuse Histories and Sequelae in Female Psychiatric Emergency Rooms.
American Journal of Psychiatry 1989, 146, 1602-6

Brockhaus, Ulrike / Kolshorn, Maren
Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Mythen, Fakten, Theorien.
Frankfurt am Main / New York 1993

Browne, Angela / Finkelhor, David
Impact of Child Abuse: A Review of the Research.
Psychological Bulletin 1986, 99(1), 66-77

Brownmiller, Susan
Gegen unseren Willen. Vergewaltigung und Männerherrschaft.
Frankfurt am Main 1980, amerikanische Originalausgabe New York 1975

Briere, John / Runtz, Marsha

Symptomatology Associated with Childhood Sexual Victimization in a Nonclinical Adult Sample.

Child Abuse & Neglect 1988, 12, 51-9

Brüderl, Leokadia (Hg.)

Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung.

Weinheim / München 1988

Brüderl, Leokadia

Auseinandersetzung mit Problemen und Anforderungen im Prozeß der Familienwerdung.

In: Brüderl, Leokadia (Hg.): Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung.

Weinheim / München 1988, 76-95

Butler, Janice R. / Burton, Linda M.

Rethinking Teenage Childbearing: Is Sexual Abuse a Missing Link?

Family Relations 1990, Jan, 39, 73-80

Chalfen, Mary Elizabeth

Obstetric-Gynecologic Care and Survivors of Childhood Sexual Abuse.

AWOHNN´ s Clinical Issues in Perinatal and Women´ s Health Nursing 1993, 4(2), 191-5

Cole, Beth Vaughan / Scoville, Marcia / Flynn, Linda T.

Psychiatric Advance Practice Nurses Collaborate With Certified Nurse Midwives in Providing Health Care for Pregnant Women With Histories of Abuse.

Archives of Psychiatric Nursing 1996, Aug, 10(4), 229-34

Courtois, Christine A. / Courtois Riley, Claire

Pregnancy and Childbirth as Triggers for Abuse Memories: Implications for Care.

Birth 1992, Dec, 19(4), 222-3

Czermak, B. / Ringler, Marianne

Schreckgespenst Dammschnitt in Vorstellung und Erleben der Frau.

Der praktische Arzt 1989, 43, 895-99

Davies-Osterkamp, Susanne (Hg.)

Psychologie und Gynäkologie.

Weinheim 1991

Davies-Osterkamp, Susanne

Psychologie der Schwangerschaft.

In: Davies-Osterkamp, Susanne (Hg.): Psychologie und Gynäkologie.

Weinheim 1991, 91-100

Davis, Elizabeth

Muster der Sinnlichkeit. Die Zyklen weiblicher Sexualität.

Frankfurt am Main 1994

Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association 1994.

Deutsche Übersetzung und Überarbeitung Göttingen / Berlin / Toronto / Seattle 1996

Donaldson, Patricia E. / Whalen, Margaret H. / Anastas, Jeane W.

Teen Pregnancy and Sexual Abuse: Exploring the Connection.
Smith College Studies in Social Work 1989, 59, 289-300

Dürung, Sonja / Hauch, Margret

Heterosexuelle Verhältnisse. Beiträge zur Sozialforschung.
Stuttgart 1995, Band 71

Egle, Ulrich Tiber / Arnim, Angela von

Psychosoziale Faktoren und psychische Erkrankungen in der Genese chronischer
Schmerzzustände.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, M 162-8

Egle, Ulrich Tiber (Hg.)

Sexueller Mißbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung
psychischer Folgen früher Traumatisierung.
Stuttgart 1997

Enders, Ursula (Hg.)

Zart war ich, bitter war´ s. Handbuch gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen.
Köln 1997

Enders, Ursula

Die Narben der sexuellen Gewalt.
In: Enders, Ursula (Hg.): Zart war ich, bitter war´ s. Handbuch gegen sexuelle Gewalt an
Mädchen und Jungen.
Köln 1997, 74- 85

Engfer, Annette

Sexueller Mißbrauch.
In: Oerter, Rolf / Montada, Leo (Hg.): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch.
Weinheim 1995, 3. vollständig überarb. und erw. Aufl., 1006-15

Esparza, Delia / Esperat, Christina M.

The Effects of Childhood Sexual Abuse on Minority Adolescent Mothers.
Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing 1996, May, 25(4), 321-8

Farley, Melissa / Keaney, Joanne C.

Physical Symptoms, Somatization and Dissoziation in Women Survivors of Childhood
Sexual Assault.
Women & Health 1997, 25(3), 33-45

Fegert, Jörg M.

Sexuell mißbrauchte Kinder und das Recht. Band II. Ein Handbuch der kinder- und
jugendpsychiatrischen und psychologischen Untersuchung und Begutachtung.
Köln 1993

Fegert, Jörg M.

Ärztliche Diagnosemöglichkeiten in Klinik und Praxis.
In: Enders, Ursula (Hg.): Zart war ich bitter war´ s. Handbuch gegen sexuelle Gewalt an
Mädchen und Jungen.
Köln 1997, 162-78

Feldmann, Harald

Untersuchungen zum Körpererleben in der Schwangerschaft.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1977, 23, 310-28

Filipp, Sigrun-Heide (Hg.)

Kritische Lebensereignisse.
München / Wien / Baltimore 1981

Filipp, Sigrun-Heide

Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse.
In: Filipp, Sigrun-Heide (Hg.): Kritische Lebensereignisse.
München / Wien / Baltimore 1981, 3-52

Finkelhor, David

Epidemiological Factors in the Clinical Identification of Child Sexual Abuse.
Child Abuse & Neglect 1993, 17, 67-70

Finkelhor, David

The International Epidemiology of Child Sexual Abuse.
Child Abuse & Neglect 1994, 18 (5), 67-70

Finkelhor, David / Hotaling, Gerald / Lewis, I.A. / Smith, Christine

Sexual Abuse in a National Survey of Adult Men and Women: Prevalence, Characteristics,
and Risk Factors.
Child Abuse & Neglect 1990, 14, 19-28

Forum Kritische Psychologie

Zur Debatte über sexuellen Mißbrauch.
Hamburg 1994, Band 33

Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft (Hg.)

Zeitschrift für Frauenforschung.
Bielefeld 1994

Frevert, Rebecca

Unveröffentlichte Ergebnisse von "Sexual Abuse and Pregnancy Outcomes. - A Descriptive
Study."
Persönliche, schriftliche Mitteilung vom 25.05.1998

Frevert, Rebecca / Brown, Anita / Rogers, Cindy

Sexual Abuse and Pregnancy Outcomes. A Descriptive Study.
Vortrag während der 24. Konferenz der Internationalen Hebammenvereinigung.
Oslo 1996, abgedruckt in den Proceedings der Konferenz, 83-6

Frick-Bruder, Viola (Hg.)

Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe.
Berlin 1984

Frick-Bruder, Viola / Kentenich, Heribert / Scheele, Michael (Hg.)

Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge zur Jahrestagung 1994.
Berlin / Heidelberg 1995

Friedrich, Jule

Betreuung von Frauen, die sexuell mißbraucht worden sind.
Deutsche Hebammenzeitschrift 1996, Dez, 48(12), 564-7

Friedrich, Jule

Auswirkungen sexueller Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt.
Dr. med. Mabuse 1997, Nov / Dez, 22(110), 54-8

Fürniss, Tilman

Diagnostik und Folgen von sexueller Kindesmißhandlung.
In: Retzlaff, Ingeborg (Hg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger.
Neckarsulm 1989, 68-80

Gershenson, Harold P. / Musick, Judith S. / Ruch-Ross, Holly S. / Magee, Vicki / Rubino, Katherine Kamiya / Rosenberg, Deborah

The Prevalence of Coercive Sexual Experience Among Teenage Mothers.
Journal of Interpersonal Violence 1989, Jun, 4(2); 204-19

Gloger-Tippelt, Gabriele

Der Übergang zur Elternschaft. Eine entwicklungspsychologische Analyse.
Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1985, 17, 1, 53-92

Godenzi, Alberto

Gewalt im sozialen Nahraum.
Basel / Frankfurt am Main 1994

Goldman, Ronald J. / Goldman, Juliette D.G.

The Prevalence and Nature of Child Sexual Abuse in Australia.
Australian Journal of Sex, Marriage & Family 1988, 9(2), 94-106

Grant, Lorna J.

Effects of Childhood Sexual Abuse: Issues for Obstetrics Caregivers.
Birth 1992, Dec, 19(4), 220-1

Gutjahr, Karin / Schrader, Anke

Sexueller Mädchenmißbrauch.
Köln 1993

Hänel, Kristina

Absprachen treffen.
Dr. med. Mabuse 1998, Jan / Feb, 111(23), 7-8

Hagemann-White, Carol

Strategien zur Gewalt im Geschlechterverhältnis. Bestandanalyse und Perspektive.
Forschungsberichte des BIS.
Pfaffenweiler 1992

Hagemann-White, Carol / Kavemann, Barbara / Ohl, Dagmar

Parteilichkeit und Solidarität. Praxiserfahrungen und Streitfragen zur Gewalt im Geschlechterverhältnis.
Bielefeld 1997

Halliday-Summer, Linda / Kozlick, Deborah

Impact of Sexual Abuse on Breastfeeding.
Vortrag während der 24. Konferenz der Internationalen Hebammenvereinigung.
Oslo 1996, abgedruckt in den Proceedings der Konferenz, 285-8

Hedegard, M. / Henriksen, T.B. / Sabroe, S. / Secher, N.J.
Psychische Belastung in der Schwangerschaft und Frühgeburt.
Deutsche Medizinische Wochenschrift 1994, 119(33), 1141

Helton, Anne Steward / McFarlane, Judith / Anderson, Elizabeth T.
Battered and Pregnant: A Prevalence Study.
American Journal of Public Health 1987, Oct, 77(10), 1337-9

Herman, Judith / Hirshman, Lisa
Children at Risk for Father-Daughter-Incest.
American Journal of Psychiatry 1981, Jul, 138(7), 967-70

Herman, Judith / Russell, Diana / Trocki, Karen
Long-Term Effects of Incestuous Abuse in Childhood.
American Journal of Psychiatry 1986, Oct, 143(10), 1293-6

Herman, Judith Lewis
Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.
München 1993

Hertz, Dan G. / Molinski, Hans
Psychosomatik der Frau: Entwicklungsstufen der weiblichen Identität in Gesundheit und Krankheit.
Berlin / Heidelberg / New York 1981

Hildebrand, Eva
Therapie erwachsener weiblicher Inzestopfer
In: Backe, Lone / Leick, Nini / Merrick, Joav / Michelsen, Niels (Hg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien.
Köln 1986, 52-68

Hilsenbeck, Polina
Autoaggression und Selbstverletzung.
In: Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V.: Folgen der Gewalt. Dokumentation der Vortragsreihe.
Kiel 1998, 104-29

Hirsch, Mathias
Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie.
Berlin / Heidelberg / New York / London / Paris / Tokyo 1987

Holmes, Melisa M. / Resnick, Heidi S. / Kilpatrick, Dean G. / Best, Connie L.
Rape-Related Pregnancy: Estimates and Descriptive Characteristics from a National Sample of Women.
American Journal of Obstetrics and Gynecology 1996, Aug, 175(2), 320-5

Holz, Karen A.
A Practical Approach to Clients Who Are Survivors of Childhood Sexual Abuse.
Journal of Nurse-Midwifery 1994, Jan / Feb, 39(1), 13-8

Holzkamp, Klaus
Zur Debatte über sexuellen Mißbrauch. Diskurse und Fakten.
In: Forum Kritische Psychologie.
Hamburg 1994, Band 33, 122-43

Jacobs, James L.

Child Sexual Abuse Victimization and Later Sequelae During Pregnancy and Childbirth.
Journal of Child Sexual Abuse 1992 ,1(1) 103-12

Jäckel, Karin

Inzest. Tatort Familie.
Rastatt 1988

Jarka, M.

Zur Bedeutung des Körpererlebens für den weiblichen Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Entbindung.
In: Brähler, Elmar: Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele; Beiträge zur psychosomatischen Medizin.
Gießen 1995, 161-79

Jönsson, Elke

Intervention bei sexuellem Mißbrauch. Ein europäischer Vergleich am Beispiel ausgewählter Länder.
Frankfurt am Main 1997

Johns, Irene / Kirchhofer, Heinrich / Kupffer, Heinrich (Hg.)

Nicht länger Opfer sein. Folgen von sexueller Kindesmißhandlung und therapeutische Hilfen.
Aus der Arbeit des Kinderschutz-Zentrums Kiel.
Neumünster 1993

Jürgensen, Ortrun / Richter, Dietmar (Hg.)

Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe.
Berlin / Heidelberg 1985

Käser, O. / Friedberg; V. (Hg.)

Gynäkologie und Geburtshilfe. Grundlagen - Pathologie - Prophylaxe - Diagnostik - Therapie.
Stuttgart / New York 1981, 2. Neubearb. Aufl., Band 2

Kavemann, Barbara

Entwicklung der Diskussion über sexuellen Mißbrauch - Widersprüche und Positionen.
In Petze e.V.: Nur keine Panik! Schulische Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Beiträge zur LehrerInnenfortbildung.
Kiel, ohne Jahr, 9-25

Kavemann, Barbara / Lohstöter, Ingrid

Väter als Täter. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen. Erinnerungen sind wie eine Zeitbombe.
Reinbek bei Hamburg 1984

Kempe, Ruth S. / Kempe, Henry C.

Kindesmißhandlung.
Stuttgart 1980

Kinzl, Johannes / Biebl, Wilfried

Long-Term Effects of Incest: Life Events Triggering Mental Disorders in Female Patients With Sexual Abuse in Childhood.
Child Abuse & Neglect 1992, 16, 567-73

Kinzl, Johannes / Biebl, Wilfried / Hinterhuber, H.

Die Bedeutung von Inzesterlebnissen für die Entstehung psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen.

Der Nervenarzt 1991, Sep, 62, 565-9

Kitzinger, Jenny V.

Recalling the Pain.

Nursing Times 1990a, Jan, 86(3), 38-40

Kitzinger, Jenny V.

The Internal Examination.

The Practitioner 1990b, Jul, 23, 698-700

Kitzinger, Jenny V.

Counteracting, Not Reenacting, the Violation of Women's Bodies: The Challenge for Perinatal Caregivers.

Birth 1992, Dec, 19(4), 219-20

Kitzinger, Sheila

Geburtsvorbereitung. Ein Buch für Kurse, Gruppen und Beratung.

München 1981a

Kitzinger, Sheila

Die Geburt ist im wesentlichen ein Geschlechtsakt. Die kulturelle Entsexualisierung der Geburt.

In: Schreiber, Marion (Hg.): Die schöne Geburt.

Reinbek bei Hamburg 1981b, 61-8

Kitzinger, Sheila

Schwangerschaft und Geburt.

München 1982

Kitzinger, Sheila

Frauen als Mütter. Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Kulturen.

München 1983

Kitzinger, Sheila

Sexualität im Leben der Frau.

München 1986

Klaus, Marshall H. / Kenell, John H. / Klaus, Phyllis H.

Doula.

Stuttgart 1995

Knörr, Karl / Knörr-Gärtner, Henriette / Beller, Fritz Karl / Lauritzen, Christian / Schuhmann, Roland A.

Geburtshilfe und Gynäkologie: Physiologie und Pathologie der Reproduktion.

Berlin / Heidelberg / New York / London / Paris / Tokyo / Hongkong 1989, 3. völlig überarb. und erw. Aufl.

Köster-Schlutz, Maria Luise

Schwangerschaft und weibliche Identität. Individuelle und institutionelle Konflikte als Ausdruck kultureller Pathologie. Eine empirisch-hermeneutische Studie.

Frankfurt am Main / Bern / New York / Paris 1991

Kreyssig, Ulrike

Zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Sucht.

In: Amann, Gabriele / Wipplinger, Rudolf (Hg.): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch.

Tübingen 1997, 260-73

Kuckuck, Anke / Luckmann, Clara

Mütter, Lust und Sexualität.

Reinbek bei Hamburg 1997

Lampe, Astrid / Söllner, Wolfgang

Pelipathie.

In: Egle, Ulrich (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer Folgen früher Traumatisierung.

Stuttgart 1997, 213-24

Laing, Ronald D.

Die technologische Geburt ähnelt einer weiblichen Kastration.

In: Schreiber, Marion (Hg.): Die schöne Geburt. Protest gegen die Technik im Kreißsaal.

Hamburg 1981, 69-74

Larson, Noel R.

Familientherapie mit Inzestfamilien.

In: Backe, Lone / Leick, Nini / Merrick, Joav / Michelsen, Niels (Hg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien.

Köln 1986, 104-17

Lederman, Regina P. / Lederman, Edward / Work, Bruce Jr. / McCann, Daisy S.

Relationship of Psychological Factors in Pregnancy to Progress in Labor.

Nursing Research 1979, 28(2), 94-7

Lukesch, Helmut

Schwangerschafts- und Geburtsängste. Verbreitung - Genese - Therapie.

Stuttgart 1981

Maltz, Wendy

Sexual Healing. Ein sexuelles Trauma überwinden.

Reinbek bei Hamburg 1993

Martin, Emiliy

Die Frau im Körper: weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens.

Frankfurt am Main 1989

Mayer, Lydia

The Severely Aused Woman in Obstetrics and Gynecology Care. Guidelines for Recognition and Management.

Journal of Reproductive Medicine 1995, 49(1), 13-8

McFarlane, Judith / Parker, Barbara / Soeken, Karen / Bullock, Linda

Assessing for Abuse During Pregnancy.

JAMA, The Journal of the American Medicine Association 1992, Jun, 267(23), 3176-8

McFarlane, Judith / Parker, Barbara / Soeken, Karen

Abuse During Pregnancy: Associations with Maternal Health and Infant Birth Weight.

Nursing Research 1996, Jan / Feb, 45(1), 37-42

Mebes, Marion

Ihr sagt: "Verrückt". - ich nenne es Überleben.

In: Enders, Ursula (Hg.): Zart war ich bitter war´ s. Handbuch gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen.

Köln 1997, 71-3

Mebes, Marion

Hauptsache Überleben. Sucht und sexueller Mißbrauch.

In: Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna clara e.V.: Folgen der Gewalt. Dokumentation der Vortragsreihe.

Kiel 1998, 85-103

Molinski, Hans

Die unbewußte Angst vor dem Kind als Ursache von Schwangerschaftsbeschwerden und Depressionen nach der Geburt.

München 1972

Mullen, Paul E.

Der Einfluß von sexuellem Kindesmißbrauch auf die soziale, interpersonelle und sexuelle Funktion im Leben des Erwachsenen und seine Bedeutung in der Entstehung psychischer Probleme.

In: Amann, Gabriele / Wipplinger, Rudolf (Hg.): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch.

Tübingen 1997, 246-59

Newberger, Eli H. / Barkan, Susan E. / Lieberman, Ellice S. / McCormick, Marie C. / Yllö, Kersti / Garry, Lisa T. / Schlechter, Susan

Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome.

JAMA, The Journal of the American Medicine Association 1992, May, 267(17), 2370-2

Oerter, Rolf / Montada, Leo (Hg.)

Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch.

Weinheim 1995, 3. vollständig überarb. und erw. Aufl.

Ohl, Dagmar

Zwischen Kinderschutz und parteilichem Ansatz: Die Kontroverse um den sexuellen Mißbrauch.

In: Hagemann-White, Carol / Kavemann, Barbara / Ohl, Dagmar: Parteilichkeit und Solidarität. Praxiserfahrungen und Streitfragen zur Gewalt im Geschlechterverhältnis.

Bielefeld 1997, 117-78

Olbrich, Erhard

Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderungen.

In: Filipp, Sigrun-Heide (Hg.): Kritische Lebensereignisse.

München / Wien / Baltimore 1981, 123-38

Olbrich, Erhard / Brüderl, Leokadia

Frühes Erwachsenenalter: Partnerwahl, Partnerschaft, Elternschaft.

In: Oerter, Rolf / Montada, Leo (Hg.): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch.

Weinheim 1995, 3. vollständig überarb. und erw. Aufl., 410-22

Olbricht, Ingrid

Was Frauen krank macht. Der Einfluß der Seele auf die Gesundheit der Frau.

München 1993

Olbricht, Ingrid

Folgen sexueller Traumatisierung für die seelische Entwicklung und das Körpergefühl von Frauen.

In: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. AKF (Hg.): Wege aus der Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung.

Bünde 1997, 100-13

Omer, Haim / Everly, George S.

Psychological Factors in Preterm Labor: Critical Review and Theoretical Synthesis.

The American Journal of Psychiatry 1988, Dec, 145(12), 1507-13

Outsem, Ron van

Sexueller Mißbrauch an Jungen: Forschung - Praxis - Perspektiven.

Ruhnmark 1993

Palmer, R.L. / Oppenheimer, R. / Dignon, A. / Chaloner, D.A. / Howells, K.

Childhood Sexual Experiences with Adults Reported by Women with Eating Disorders: An Extended Series.

British Journal of Psychiatry 1990, 156, 699-03

Palluzi, Patricia

The Role of the Nurse-Midwife in Domestic Violence.

Vortrag während der 24. Konferenz der Internationalen Hebammenvereinigung.

Oslo 1996, 68-9, abgedruckt in den Proceedings der Konferenz

Parrat, Jenny

The Experience of Childbirth for Survivors of Incest.

Midwifery 1994, Mar, 10, 26-39

Petze e.V.

Nur keine Panik! Schulische Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Beiträge zur LehrerInnenfortbildung.

Kiel, ohne Jahr

Poenicke, Klaus

Duden. Wie verfaßt man wissenschaftliche Arbeiten?: Ein Leitfaden vom 1. Studiensemester bis zur Promotion.

Mannheim / Wien / Zürich 1988, 2. neu bearb. Aufl.

Prill, Hans Joachim

Psychologie und Psychopathologie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin.

In: Käser, O. / Friedberg, V. (Hg.): Gynäkologie und Geburtshilfe. Grundlagen - Pathologie - Prophylaxe - Diagnostik - Therapie.

Stuttgart / New York 1981, Band 2, 371-92

Psyhyrembel, Willibald / Dudenhausen, J.W.

Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen.

Berlin / New York 1986, 15., Neubearb. Aufl.

Psychosoziale Frauenberatungsstelle donna klara e.V.

Folgen der Gewalt. Dokumentation der Vortragsreihe.

Kiel 1998

Rainey, David Y. / Stevens-Simon, Catherine / Kaplan, David W.

Are Adolescents Who Report Prior Sexual Abuse at Higher Risk For Pregnancy?
Child Abuse & Neglect 1995, 19(10), 1283-8

Rauchfuß, Martina / Kuhlmeier, Adelheid / Rosemeier, Peter (Hg.)

Frauen in Gesundheit und Krankheit. Die neue frauenheilkundliche Perspektive.
Berlin 1996

Rauchfuß, Martina

Psychosomatische Aspekte von Schwangerschaftskomplikationen.

In: Rauchfuß, Martina / Kuhlmeier, Adelheid / Rosemeier, Peter (Hg.): Frauen in Gesundheit und Krankheit. Die neue frauenheilkundliche Perspektive.
Berlin 1996, 65-93

Reiter, Robert C. / Shakerin, Lisa R. / Gambone, Joseph C. / Milburn, Alison K.

Correlation Between Sexual Abuse and Somatization in Women With Somatic and Nonsomatic Chronic Pelvic Pain.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 1991, Jul, 165(1), 104-9

Retzlaff, Ingeborg (Hg.)

Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger.
Neckarsulm 1989

Rhodes, Naomi / Hutchinson, Sally

Labor Experiences of Childhood Sexual Abuse Survivors.

Birth 1994, Dec, 21(4), 213-20

Richter-Appelt, Hertha

Der ärztliche Umgang mit sexuellem Mißbrauch.

In: Frick-Bruder, Viola / Kentenich, Heribert / Scheele, Michael (Hg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge zur Jahrestagung 1994.

Berlin / Heidelberg 1995, 89-93

Richter-Appelt, Hertha

Sexuelle Traumatisierungen und körperliche Mißhandlungen in der Kindheit. Geschlechtsspezifische Aspekte.

In: Düring, Sonja / Hauch, Margret: Heterosexuelle Verhältnisse. Beiträge zur Sozialforschung.

Stuttgart 1995, Band 71, 57-76

Rijnaarts, Josephine

Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest.

Düsseldorf 1988

Ringler, Marianne

Psychologie der Geburt im Krankenhaus. Individuelle, kulturelle und soziale Aspekte in der Geburtshilfe.

Weinheim und Basel 1985

Ringler, Marianne

Psychologische Schwangerschaftsrisiken - Diagnostik - Therapie - Konsequenzen.

Gynäkologische Rundschau 1988, 28, suppl. 2, 79-83

Ringler, Marianne

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.

In: Springer-Kremser, Marianne / Ringler, Marianne / Eder, Anselm (Hg.): Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus.

Wien 1991, 143-84

Ringler, Marianne

Psychosexualität und Geburt.

In: Springer-Kremser, Marianne / Ringler, Marianne / Eder, Anselm (Hg.): Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus.

Wien 1991, 185-203

Ringler, Marianne

Sexuelle Probleme in der gynäkologischen Praxis.

In: Rauchfuß, Martina / Kuhlmeier, Adelheid / Rosemeier, Peter (Hg.): Frauen in Gesundheit und Krankheit. Die neue frauenheilkundliche Perspektive.

Berlin 1996, 137-50

Ringler, Marianne / Czernak, B.

Schreckgespenst Dammschnitt im Erleben und in der Vorstellung der Frau.

Der praktische Arzt, 1989, 43, 895-9

Ringler, Marianne / Langer, M.

Psychologie der Geburt.

In: Davies-Osterkamp, Susanne (Hg.): Psychologie und Gynäkologie.

Weinheim 1991, 101-13

Rose, Anna

Effects of Childhood Sexual Abuse on Childbirth: One Women's Story.

Birth 1992, Dec, 19(4), 214-8

Rush, Florence

Das bestgehütete Geheimnis. Sexueller Kindesmißbrauch.

Berlin 1984

Russell, Diana E.H.

The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children.

Child Abuse & Neglect 1983, 7, 133-46

Rutschky, Katharina / Wolff, Reinhart (Hg.)

Handbuch sexueller Mißbrauch.

Hamburg 1994

Satin, Andrew J. / Ramin, Susan M. / Paicurich, Jean / Millman, Shara / Wendel, George D.

The Prevalence of Sexual Assault: A Survey of 2404 Puerperal Women.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 1992, Oct, 167(4); 973-5

Schindele, Eva

Pfusch an der Frau. Krankmachende Normen, überflüssige Operationen, lukrative Geschäfte.

Hamburg 1993

Schücking, Beate A.

Schwangerschaft - (k)eine Krankheit?

In: Forschungsinstitut Frau und Gesellschaft (Hg.): Zeitschrift für Frauenforschung.
Bielefeld 1994, 12(4), 56-64

Schreiber, Marion (Hg.)

Die schöne Geburt.

Reinbek bei Hamburg 1981

Seng, Julia S. / Petersen, Barbara A.

Incorporating Routine Screening for History of Childhood Sexual Abuse into Well-Woman
and Maternity Care.

Journal of Nurse-Midwifery 1995, Jan / Feb, 40(1), 26-30

Sichtermann, Babara

Leben mit einem Neugeborenen. Ein Buch über das erste halbe Jahr.

Frankfurt am Main 1981

Simkin, Penny

Overcoming the Legacy of Childhood Sexual Abuse: The Role of Caregivers and Childbirth
Educators.

Birth 1992, Dec, 19(4), 224-5

Smith, Patricia

Childhood Sexual Abuse, Sexuality, Pregnancy and Birthing. A Life History Study.

Palmerston North, New Zealand 1993

Spatz Widom, Cathy / Kuhns, Joseph B.

Childhood Victimization and Subsequent Risk for Promiscuity, Prostitution and Teenage
Pregnancy: A Prospective Study.

American Journal of Public Health 1996, Nov, 86(11), 1607-12

Springer-Kremser, Marianne / Ringler, Marianne / Eder, Anselm (Hg.)

Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus.

Wien 1991

Springer-Kremser, Marianne

Der Umgang mit der Scham.

In: Stauber, Manfred / Conrad, Fried / Haselbacher, Gerhard (Hg.): Psychosomatische
Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Berlin / Heidelberg 1991, 71-5

Stauber, Manfred / Conrad, Fried / Haselbacher, Gerhard (Hg.)

Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Berlin / Heidelberg 1991

Steinhage, Rosemarie

Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Ein Handbuch für Beratung und Therapie.

Reinbek bei Hamburg 1990

Stevens-Simon, Catherine / Kaplan, David W. / McAnarney, Elizabeth R.

Factors Associated with Preterm Delivery Among Pregnant Adolescents.

Journal of Adolescent Health 1993, Jun, 14, 340-2

Stevens-Simon, Catherine / Reichert, Susan

Sexual Abuse, Adolescent Pregnancy and Child Abuse. A Developmental Approach to an Intergenerational Cycle.

Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1994, Jan, 148(1), 23-7

Stevens-Simon, Catherine / McAnarney, Elizabeth R.

Childhood Victimization: Relationship to Adolescent Pregnancy Outcome.

Child Abuse & Neglect 1994, Jul, 18(7), 569-75

Schwerdtfeger, J. / Petersen, P.

Das Erleben der frühen Schwangerschaft.

In: Frick-Bruder, Viola (Hg.): Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Berlin 1984, 161-7

Teegen, Frauke

Behandlung dissoziativer Phänomene - Ein kognitiv-behavioraler Ansatz.

In: Amann, Gabriele / Wipplinger, Rudolf (Hg.): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch.

Tübingen 1997, 537-57

The Boston Women's Health Book Collective

Unser Körper. Unser Leben. The New Our Bodies, Ourselves. Ein Handbuch von Frauen für Frauen.

Aus dem Amerikanischen übersetzt und bearbeitet von Angelika Blume und Claudia Preuschoft.

Reinbek bei Hamburg 1989, Band 2

Tress, Wolfgang (Hg.)

Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen Medizin.

Stuttgart / New York 1997

Trube-Becker, Elisabeth

Kindesmißhandlung als soziales Problem.

In: Retzlaff, Ingeborg (Hg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger.

Neckarsulm 1989, 26-35

Trube-Becker, Elisabeth

Mißbrauchte Kinder. Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung.

Heidelberg 1992

Van-der-Leiden, Mimi E. / Raskin, Valerie

Psychological Sequelae of Childhood Sexual Abuse: Relevant in Subsequent Pregnancy.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 1993, Apr, 168 (4), 1336-7

Waymire, Vickie

A Triggering Time. Childbirth May Recall Sexual Abuse Memories.

AWHONN-Lifelines 1997, Apr; 1(2), 47-50

Webster, John / Chandler, Jenny / Battistutta, Diana

Pregnancy Outcomes and Health Care Use: Effects of Abuse.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 1996, Feb, 174(2), 760-7

Wenderlein, Matthias

Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe.
Stuttgart / New York 1981

Wenninger, Kerstin

Langzeitfolgen sexuellen Kindesmißbrauchs: dysfunktionale Kognitionen, psychophysiologische Reagibilität und ihr Zusammenhang mit der Symptomatik.
Dissertation Göttingen 1994

Wessel, J. / Rau, G.

Zur Schwangerschaftsverdrängung - Darstellung eines Phänomens anhand einiger Ergebnisse von 28 Fällen und Vorstellung einer prospektiven regionalen Verbundstudie für Berlin.
Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997, 57, 116-23

Wildwasser Wiesbaden e.V.

Sexueller Mißbrauch an Mädchen ist Gewalt.
Wiesbaden 1989

Willenberg, Hans

Eßstörungen.
In: Egle, Ulrich Tiber (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer Folgen früher Traumatisierung.
Stuttgart 1997, 271-93

Wimmer-Puchinger, Beate

Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen.
Berlin / Heidelberg 1992

Windsor-Oettel, Veronika

Angst und Selbstwert von Frauen vor und nach der Entbindung in Abhängigkeit von der Entbindungsform. Eine vergleichende Untersuchung Den-Haag-Hamburg unter Einbeziehung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen.
Frankfurt am Main 1992

Wirtz, Ursula

Seelenmord.
Zürich 1997, 4. Aufl.

Woeller, Wolfgang / Kruse, Johannes

Der traumatisierte und mißbrauchte Patient.
In: Tress, Wolfgang (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen Medizin.
Stuttgart / New York 1997, 171-8

Wolff, Reinhart

Der Einbruch der Sexualmoral.
In: Rutschky, Katharina / Wolff, Reinhart (Hg.): Handbuch sexueller Mißbrauch.
Hamburg 1994, 77-94

Zuckerman, Barry / Amaro, Hortensia / Bauchner, Howard / Cabral, Howard

Depressive Symptoms During Pregnancy: Relationship to Poor Health Behaviors.
American Journal of Obstetrics and Gynecology 1989, May, 160(5), 1107-11