

Workshop 3 - Möglichkeiten und Grenzen der rechtsmedizinischen Befunderhebung bei häuslicher Gewalt gegen Frauen und Kinder. Chancen der Traumaberatung - Dokumentation

Konzeption: UAG Gesundheit des Netzwerkes gegen Häusliche Gewalt und Stalking
Leipzig

Referentinnen: Dr. med. Ulrike Böhm, Rechtsmedizinerin, Leipzig
Uta Avenarius, Dipl. Sozialarbeiterin, Frauenberatungsstelle Leipzig des
Frauen für Frauen e.V.

1. Möglichkeiten und Grenzen der rechtsmedizinischen Befunderhebung bei häuslicher Gewalt gegen Frauen und Kinder

Im Kontext „Häusliche Gewalt“ werden hauptsächlich folgende Gewaltformen angetroffen:

- Stumpfe Gewalt
- Scharfe Gewalt
- Gewalt gegen den Hals
- Sexuelle Gewalt
- Thermische Gewalt

Im Rahmen des Vortrages wurden insbesondere die Zeichen der stumpfen Gewalteinwirkung sowie der Gewalteinwirkung gegen den Hals erörtert.

Nach Gewalteinwirkung durch Dritte im Rahmen häuslicher Gewalt sollte nach Möglichkeit eine Befunddokumentation erfolgen. Die sichtbaren Verletzungen (Hämatome, Stich- und Schnittverletzungen, Knochenbrüche, Schwellungen, Schmerzen) heilen mit der Zeit und sind abgeheilt, wenn es zum Gerichtsverfahren kommt. Eine Zuordnung der Verletzungsspuren zu einzelnen Gewalteinwirkungen ist zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich, was die Beweislage erschwert.

Die Befunddokumentation dient als Beweismittel in einem Zivil- oder Strafverfahren und ist Aufgabe jedes Arztes. Die Interpretation der Befunde bezüglich

- Alter
- Entstehungsweise

- Einordnung in einen bestimmten Sachverhalt

ist Aufgabe eines forensisch erfahrenen Arztes.

Anhand einiger Beispiele soll die Notwendigkeit einer frühen Befunderhebung bei Hämatomen erörtert werden:

Hier sieht man die rasche Veränderung der Verletzung (so genanntes Monokelhämatom) im Verlauf von 4 Tagen.



Bedeutsame Details, wie hier der Schuhabdruck auf der Hand eines Kindes (links), können einen Tag später bereits nur noch ungenau dargestellt werden (rechts), dies mindert die Beweiskraft der Dokumentation.

Man muss wissen, dass die Abheilung eines Hämatoms von folgenden Faktoren abhängig ist:

- Alter des Patienten
- Lokalisation des Hämatoms
- Blutgerinnungsstatus

Dies erklärt, warum ein Hämatom im Gesicht eines Kindes bereits nach zwei Tagen wieder „verschwunden“ sein kann, ein Hämatom am Unterschenkel eines alten Menschen dagegen wochenlang bestehen bleibt.

So genannte geformte Hämatome weisen auf die Benutzung eines Gegenstandes bei der Gewalteinwirkung hin:



Ohrfeige



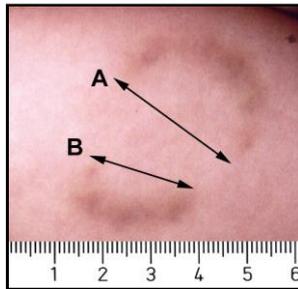
Griffhämatom



Würgemale



Fußtritt



Bissspur



Fußtritt

Auch Verletzungen der Mundschleimhaut sind von Bedeutung, insbesondere auch deshalb, weil sie auf den ersten Blick oft nicht sichtbar sind. Die genaue Inspektion der Augenbindehäute, der Mundhöhle und der Haut hinter den Ohren gehört daher zu jeder körperlichen Untersuchung von Gewaltopfern.



Verletzung der Oberlippe nach Schlag in das Gesicht

Hämatome als Zeichen der meist stumpfen Gewalteinwirkung erlauben anhand gewisser Kriterien eine Interpretation dieser Gewalt. Dies erfordert viel forensische Erfahrung und eine hohe Zahl von Untersuchungen.

	Kriterium	Bedeutung
1.	Alter	Stimmt das Verletzungsalter mit dem Zeitpunkt der Verletzung überein?
2.	Lokalisation	Befindet sich das Hämatom in einer Körperregion, in der beim Sturz Verletzungen auftreten?
3.	Form	Weist das Hämatom eine bestimmte Form auf? (Hinweis auf benutzten Gegenstand?)
4.	Mehrzeitigkeit	Liegen mehrzeitige Hämatome, insbesondere an nicht typischerweise beim Sturz betroffenen Stellen, vor? (Hinweis auf Wiederholung)

Medizinisch können nur die **Folgen** der Gewalteinwirkung erfasst werden, nicht die Gewalteinwirkung selbst. Die Lokalisation der Verletzung ist bedeutend für Unterscheidung zwischen Sturz und Schlag, Vorsicht ist hinsichtlich der Interpretation bei der Angabe von komplexen Stürzen, wie Treppenstürzen, geboten.

Die Ausdehnung und Schwere der Verletzung steht nicht immer im direkten Zusammenhang mit der Stärke der Gewalteinwirkung. So kann man beim Würgen äußerlich häufig nur geringe Hautverletzungen wahrnehmen, obwohl bei einer Gewalteinwirkung gegen den Hals immer Lebensgefahr besteht.

2. Diskussion/Workshoptätigkeit



Während des Workshops wurde in Kleingruppen über verschiedene Verletzungen diskutiert. Einige WS - TeilnehmerInnen schilderten Fälle aus ihrer beruflichen Tätigkeit. Abschließend wurde bei einer WS - Teilnehmerin deren (Unfall)verletzung am Unterarm fachgerecht dokumentiert und gemeinsam diskutiert.

3. Traumafachberatung in der Frauenberatungsstelle Leipzig

Einladung

In der Frauenberatungsstelle finden Frauen Hilfe, die an einem akuten Trauma leiden, die schwere Gewalterfahrung in der Kindheit und/ oder als Erwachsene gemacht haben. Dazu gehören: sexualisierte Gewalt in der Kindheit und als Erwachsene, körperliche Gewalt in der Kindheit und/oder als Erwachsene, sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung in der Kindheit.

Auch Männer, die unter einem akuten Trauma leiden, finden bei uns Hilfe.

Traumaberatung und ihre Vorbereitung enthalten Elemente aus der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann, sowie aus dem KReST-Modell nach Dr. Lutz Besser. Und doch ist Traumaberatung keine Therapie im Sinne der Psychotherapie.

Beraten werden Menschen mit Traumafolgestörungen, die das Ergebnis nicht ausreichend gelungener Verarbeitung und Integration traumatischer Erlebnisse in eine kongruente Selbsterzählung sind.

Diese Lebenserzählung als Zusammenhang, eine Erzählung, in der traumatische Erlebnisse nicht mehr gemieden / dissoziiert werden müssen, sondern dazu gehören, wie andere auch, ist das Ziel der Beratung.

Die Beratung ist für die KlientInnen kostenlos **ohne Zugang von Krankenkasse oder Überweisung** und zeitlich dem Bedarf der KlientIn folgend. Die Beratung kann auch zur Überbrückung bis zur stationären oder ambulanten Traumatherapie dienen.

Was ist das eigentlich ein Trauma?

Jede Frau, jeder Mann, jedes Kind, die, der oder das in die sogenannte Traumatische Zange gerät und mit lebensbedrohlichen Gefühlen, hochgradig ängstigenden und ausweglosen Situationen konfrontiert ist, erlebt tiefgreifende Ohnmachtsgefühle und Angst, verbunden mit extremen Kontrollverlust.

Diese Gefühle können nicht mehr mit unseren erlernten Stressbewältigungsstrategien bearbeitet werden. Wir sind Ihnen hilflos ausgeliefert. Unser Körper reagiert im hohen Maße instinkthaft. In der traumatischen Situation ist die Wahrnehmung verzerrt und wird anders abgespeichert als normalerweise. Der Traumaexperte Dr. Lutz Besser und seine Kollegen haben in herausragender Weise die intrapsychischen Abläufe in einer Traumatischen Zange beschrieben. (vgl.: Gerald Hüther, Alexander Korittko, Gerhard Wolfrum, Lutz Besser: „Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotraumatisch bedingter Symptomatiken“, Trauma & Gewalt, 4. Jg., Heft 1/ 2010,19-31)



Abbildung 2: Die Komponenten der »traumatischen Zange«

Die sensorischen Fragmente sind als sternartige Splitter dargestellt: „S“ für Sensation (alle Sinneseindrücke, Körperempfindungen und -reaktionen), „P“ für Pictures (bildhafte Aspekte/ Teile des traumatischen Ereignisses); „K“ für Kognition (negative Gedanken und Überzeugungen im Augenblick von Gefahr und Ausgeliefertsein); „E“ für Emotionen und „R“ für Relationship (Beziehungsaspekte im traumatischen Geschehen)

Ein subjektiv als existentiell (lebens-) bedrohlich bewertetes Ereignis löst folgende Reaktionskaskade aus:

1. Angst und/oder Schmerz setzen die Alarmreaktion des Körpers in Gang, mit dem Ziel zu überleben.
2. Initiale Aktivierung des Bindungssystems. In Traumakontexten sind rettende Bindungspersonen jedoch nicht verfügbar, oder schlimmer noch, von ihnen geht die Bedrohung aus.
3. Die Möglichkeiten zu entkommen (Flucht) fehlen.
4. Das Erleben von Hilflosigkeit setzt ein; es bleibt nur noch

5. Kampf, der wegen der einwirkenden übermächtigen Kräfte (Naturgewalten, physikalische Kräfte, von Menschen ausgehende Gewalt) nicht gelingen kann und die Erfahrung von
6. Ohnmacht mit sich bringt.
7. Ausgeliefertsein als Endzustand von Hilflosigkeit und Ohnmacht; in dieser traumatischen »Zangensituation« von »no Flight – no Fight – Freeze« setzen die archaischen autoprotektiven Notfallreaktionen ein:
8. Dissoziation (Erstarren, Wahrnehmungsverzerrungen und -ausblendung) in der Übererregung;
9. Submission (Unterwerfung) entspricht einer Dissoziation in der Untererregung (»Totstellreflex«);
10. Fragmentarische Speicherung des sensorischen Inputs als Folge der unzureichenden kortikalen Einordnungs- und Bewertungsmöglichkeiten (u.a. Blockade von Broca-Sprachzentrum und Hippocampus in Zusammenarbeit mit dem Cortex)

Nicht jeder Mensch, der eine traumatische Situation erlebt hat, leidet später unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Sind wir innerlich stabil, haben gute Copingstrategien und ein schützendes, stabilisierendes Umfeld, ist es gut möglich, dass wir eine Monotraumatisierung nach einiger Zeit gut verarbeiten können.

Anders ergeht es Menschen, die über Jahre schwere Traumatisierungen erfahren oder / und die Traumatisierung schon in der Kindheit begonnen hat. Um diese Erfahrungen zu verarbeiten, brauchen sie spezielle Hilfen aus der Traumatherapie und Traumaberatung

Was erwarten die Hilfesuchenden in der Traumaberatung?

1. Beziehungsaufbau: Es ist notwendig, dass die Person, die sich auf einen längeren Beratungsprozess einlassen will, die Beratungsstelle und die Beraterin in ein bis drei Stunden kennen lernt. Nur wenn sie vertraut, fühlt sie sich sicher und nur wer sich sicher fühlt, kann sich für eine Veränderungsarbeit öffnen.

2. Anamnese: Eine ausführliche Anamnese ist wichtig, um die Betroffenen angemessen unterstützen zu können: die Beraterin macht sich ein Bild von den Symptomen, von den verschiedenen Lebensbereichen und den gemachten Erfahrungen. Die traumatischen Erfahrungen werden nicht im Detail angesprochen.

3. Psychoedukation: In der Psychoedukation werden der Klientin die intrapsychischen Abläufe auf einer rationalen Ebene erläutert. Ziel der Psychoedukation ist, die Klientin zu einem rationalen Verständnis ihrer Beschwerden zu führen und sie zudem mit dem Ablauf der Traumaberatung vertraut zu machen. Die Psychoedukation bereitet den sicheren Boden für die Traumaberatung, denn nur wer weiß, was ihn erwartet, kann mit gutem Gefühl voranschreiten.

4. Äußere Sicherheit: Äußere Sicherheit ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Traumarbeit, die dauerhaft Veränderungen schafft. Nur Frauen, die einen sicheren äußeren Ort haben, d.h., Wohnung, Essen, Trinken und ggf. keinen Täterkontakt mehr, werden ihre Traumafolgestörungen erfolgreich bearbeiten. Um dies, wenn notwendig, noch herzustellen, leiten wir zuerst gemeinsam Opferschutzmaßnahmen (Ggf. Vermittlung zur Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking Leipzig(KIS)

5. Innere Sicherheit: Eine Folge der traumatischen Situation kann die unkontrollierbare Überflutung mit Bildern der Vergangenheit sein. Wir nennen das Flashbacks. Diese Erinnerungen überfallen die Person, so dass Sie sich auch in ihrem Denken und Erinnern nicht mehr sicher fühlt. Durch das Erlernen verschiedener Techniken und Methoden, wie zum Beispiel **Imaginieren eines sicheren Tresors, um Bilder zunächst „abzulegen“ und zu verschließen**, kann die Klientin sich in die Lage versetzen, die Erinnerungen zu kontrollieren, stets selbstständig in die Gegenwart zurück zu finden und nicht in der Vergangenheit haften zu bleiben. Es kostet viel Übung, um sich jederzeit in Bereiche der inneren Sicherheit zu begeben.

6. Ein Arbeitsbündnis schließen und sichern: Die Frau hat die Führung der Beratung. Sie trifft ihre Entscheidung, die Auswahl aus dem Angeboten, sie sagt, wann der nächste Schritt in der Beratung möglich ist. Der eigentliche Ort der Entwicklung ist außerhalb der Beratung. Die Beraterin versteht sich als Coach oder Trainerin. Die Frau ist die Expertin ihrer selbst. Das Arbeitsbündnis ist ein Kontrakt und damit Element äußerer und innerer Sicherheit. Inhalte der Vorbereitung setzen sich in der Beratung fort, besonders die

Begleitung von Entwicklungen im sozialen Raum und die wachsende Distanzierung zum traumatischen Geschehen.

7. Die Veränderung auf der sog. Inneren Bühne: Die Innere Bühne ist der Ort in unserem Denken, in der die Bilder und Figuren unserer Vergangenheit „auftreten“. Traumatisierte Menschen werden auf dieser Inneren Bühne oft von schrecklichen Bildern heimgesucht. Durch Erinnerung und Imagination positiver Bilder und Figuren gelingt der Aufbau von Sicherheit, Freude, Hilfe, Kraft, Licht Selbstzutrauen usw. Angewendet werden Bestandteile der Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT), entwickelt von Luise Reddemann.

Ist genügend Sicherheit vorhanden, kann die Arbeit mit dem sog. Inneren Team beginnen. Verschiedenen Teilen des Selbst wird Wahrnehmung und Annahme zuteil. Die selbstschädigenden Anteile können dann verstanden und schließlich auch verändert werden. Diese Arbeit folgt der Körper-Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie (KReST-Modell), dass Dr. Lutz Besser in den vergangenen Jahren entwickelt hat.

8. Die Veränderung auf der sog. Äußeren Bühne: Der neuen Ordnung auf der Inneren Bühne können schließlich Veränderungen auf der sog. Äußeren Bühne folgen. Die Planung und Vorübungen für eine solche Überarbeitung und Veränderung des Lebensstils und Lebenspraxis im Sinne sich neu entwickelnder Selbstständigkeit, Kongruenz, Zuversicht und sozialer Orientierung leiten neue Lebensphasen ein.

9. Abschluss: Das Ziel der gemeinsamen Arbeit ist es, die traumatischen Situationen in eine erzählbare Geschichte zu verwandeln. Dann wird die Frau nicht mehr überflutet von sie überwältigenden Bildern und Gefühlen ist.

Abschließend widmet sich die Traumaarbeit der Trauer über Lebenssituationen, die so verletzend sein konnten. So kann den Klientinnen deutlich werden, wie viel hätte werden können und nicht geworden ist, wie viel Leben verspricht, aber nicht einhält. Und wie reich das Leben dennoch ist.

Dr. med. Ulrike Böhm
(Rechtsmedizinerin)

Uta Avenarius
Dipl. Sozialarbeiterin (FH)
Ehe-, Fam.- und Lebensberaterin
traumaspezifische Fachberaterin
Traumatherapeutin i.A.

