

Physiotherapie mit Opfern von sexueller Gewalt

Barbara Köhler, dipl. Physiotherapeutin, Ausbilderin Physiotherapie-Schule Triemli, Zürich, E-Mail: barbara.koehler@triemli.stzh.ch.
Barbara Schmidiger, dipl. Ergotherapeutin, Beraterin SGGT, Beratungsstelle Nottelefon, Zürich.
Eva Weishaupt, Dr. iur., Leiterin der Kantonalen Opferhilfestelle, Direktion der Justiz und des Innern des Kantons Zürich, Zürich.

ABSTRACT

Sometimes victims of violence, especially of sexual violence, show unusual signs during physiotherapy. It is possible, that the therapy is not successful, if the physiotherapist is unaware of that persons special situation. Therefore it is important to be sensitiv and professional when treating victims of sexual violence. Only in certain stages of the recovery process it is possible and usefull to do physiotherapy. A physiotherapist can help in an important way, alone or together with the aid of a professional consultant to assist in the persons recovery.

Schlüsselwörter:

Sexuelle Gewalt, Verarbeitungsprozess, Hilfe an Opfer, Anpassung physiotherapeutischer Intervention

Opfer von Gewalt, insbesondere von Sexualdelikten, können bei der physiotherapeutischen Behandlung Auffälligkeiten zeigen. Der Behandlungserfolg kann vermindert sein, wenn die spezielle Situation der Frau nicht berücksichtigt wird. Es gilt sensibel und professionell mit Frauen umzugehen, die von sexueller Gewalt betroffen sind oder waren. Nur in bestimmten Phasen des Verarbeitungsprozesses nach sexueller Gewalt ist Physiotherapie möglich und sinnvoll. Alleine oder zusammen mit Beratungs- und Unterstützungspersonen kann eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut einen wertvollen Beitrag für die Salutogenese der betroffenen Frau leisten.

EINLEITUNG

Im Jahr 1999 wurden in der Schweiz 447 Vergewaltigungen zur Anzeige gebracht. Es wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen – nur jede zehnte betroffene Frau zeigt an, wie das Statistische Jahrbuch der Schweiz im Jahr 2001 schreibt. Im selben Jahr wurden in Deutschland rund 30 000 Fälle von Vergewaltigung angezeigt, wobei man davon ausgeht, dass nur 20 Prozent angezeigt werden [1]. Gemäss einer Studie des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Mann und Frau, der sogenannten Genfer Studie, wurden vor dem Stichtag der Befragung 59 Prozent in den zurückliegenden zwei Jahren und im gesamten Arbeitsleben 72 Prozent der befragten Frauen sexuell belästigt [2]. Eine Untersuchung der Universität von New Hampshire geht davon aus, dass eine von drei Frauen in ihrem Leben mindestens einmal vergewaltigt wird. Statistisch gesehen heisst das, dass jede dritte Frau, die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten behandeln, sexuelle Gewalt erfahren hat [3].

Es stellt sich die Frage, wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit diesem Wissen umgehen. Es gilt zu überlegen, was professionelles physiotherapeutisches Verhalten in schwierigen Behandlungssituationen ist.

Zu den sexuellen Gewalttaten zählt man:

- Vergewaltigung (gegen den Willen des Opfers erzwungener vaginaler Geschlechtsverkehr)
- versuchte Vergewaltigung
- sexuelle Nötigung
- sexuelle Belästigung (auch am Arbeitsplatz)
- Telefonterror, Anmache, sexistische Bemerkungen
- Exhibitionismus
- Sexuelle Ausbeutung in Abhängigkeitsbeziehungen (zum Beispiel therapeutische Beziehungen oder bestimmte Arbeitsverhältnisse)

Im vorliegenden Artikel wird auf die Situation von sexueller Gewalt, insbesondere Vergewaltigung, betroffener Frauen eingegangen. Dies hat mit der beruflichen Tätigkeit von zwei Autorinnen dieses Artikels zu tun. Leider sind auch Männer und Kinder von sexuellen Übergriffen betroffen, auf die in diesem Artikel indes nicht speziell eingegangen wird.

Grundsätzlich ist eine Vergewaltigung ein Aggressionsdelikt, also eine Gewalttat. Die Sexualität spielt eine so genannte gewalttransportierende Rolle und ist untergeordnet. Wenn Beraterinnen Frauen fragen, warum der Täter sie vergewaltigt hat, sagen sie beispielsweise: «Ich glaube, er wollte spüren, dass er der Stärkere ist.» Es gibt Aussagen von Tätern, die das bestätigen. Dem Sexualstraftäter geht es also vor allem darum, Macht auszuüben. Das tut er, indem er die körperlichen und seelischen Grenzen einer Frau gewalttätig überschreitet.

Sexuelle Gewalt verletzt die Identität und Integrität eines Menschen und wirkt deshalb besonders stark und hinterlässt schwerwiegende Folgen. Gleichzeitig ist die eigene Sexualität in unserer Kultur verdeckt gehalten, von Selbstbestimmung, aber auch Schamhaftigkeit geprägt. Verletzungen der Sexualität gehen darum besonders tief, bis an die Basis der Identität und Reaktionen darauf sind nicht unbefangen.

Gewalt gegen die sexuelle Integrität ist eine besonders wirksame Waffe.

Es handelt sich um einen sexualisierten Gewaltakt, durch den der Täter sich in seiner Potenz und seiner Identität als Mann bestätigt, während die Frau traumatisiert und in ihrer Identität erschüttert wird.

METHODE

BEZIEHUNG PATIENTIN – PHYSIOTHERAPEUTIN

Kann man während der physiotherapeutischen Behandlung die spezielle Situation der Patientin wahrnehmen?

Prinzipiell ist es nicht möglich, anhand von Verhaltensauffälligkeiten auf einen sexuellen Übergriff auf die Patientin zu schliessen, es sei denn, sie teilt sich von sich aus mit oder entsprechende Informationen befinden sich im Krankenblatt. In der komplexen Untersuchungs- und Behandlungssituation ist es zudem schwierig und unsinnig, alle erdenklichen Faktoren «durchzuchecken». Es gilt, sensibel zu sein, wenn Reaktionen der Patientin nicht stimmig und nicht angemessen sind. Wenn die Behandlung nicht den zu erwartenden Verlauf zeigt und beeinflussende Faktoren nicht gefunden werden können, ist auch ein Gewaltakt in Betracht zu ziehen.

Folgende Symptome sind möglich (können aber auch andere Ursachen haben):

- Übermässige Verschlussheit trotz guter therapeutischer Beziehung.
- Starke Berührungsangst oder vegetative Reaktionen, vor allem bei «ohnmächtigen» Situationen wie zum Beispiel Bauchlage auf der Behandlungsliege mit dem Gesicht im Behandlungsschlitz.
- Mangelnde Entspannung trotz angepasster Behandlung.
- Verklemmtheit – Verkrampfung, die sich nicht lösen lässt.
- Übermässige Bindung an die/den PhysiotherapeutIn.
- Atypische emotionale und körperliche Reaktionen.
- Emotionale Überreaktion (auch sexuelle).
- Störungen der Vitalfunktionen (insbesondere Ess- und Schlafstörungen).
- Hemmung, Schamgefühl zum Beispiel beim Entkleiden, speziell im Gymnastiksaal.
- Hämatome, Narben als erkennbare Zeichen.
- Gang/Haltung und deren psychischer Ausdruck.
- Negatives Körperbild, selbstverachtender Sprachgebrauch.

- Begrenzung auf physisches Leiden (ganzheitlichen Ansatz der Behandlung nicht zulassen).
- Kein Therapieerfolg trotz fachlich guter Arbeit.
- Unregelmässiges Wahrnehmen von Terminen.

Was muss eine Physiotherapeutin/ein Physiotherapeut über sich selbst wissen?

Bevor Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sich mit einem Menschen in einer schwierigen Situation befassen, ist es notwendig, die eigene Einstellung zu diesem Thema zu kennen. Eine professionelle Therapeutenrolle verlangt die klare Trennung zwischen eigener Betroffenheit und der Betroffenheit des anderen Menschen. Nachfolgende Fragen helfen, die eigene Einstellung zu beleuchten und den eigenen Entwicklungsbedarf zu entdecken, um gegebenenfalls Fördermassnahmen einzuleiten.

Eigenanamnese:

- Wie kann ich mit der Tatsache, dass es sexuelle Gewalt gibt, umgehen?
- Welche Einstellung habe ich zu Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben?
- Registriere ich meine Empfindungen? Sind diese angenehm oder unangenehm?
- Kann ich offen darüber sprechen, oder sind mir diese Themen unangenehm und peinlich? Kann ich sachlich objektiv reden? Bewerte oder unterbewerte ich bestimmte Elemente? Wenn ja, warum?
- Habe ich ein Gefühl für mein eigenes Gefährdetsein? Wenn ja, welches?

- Wie ist mein Sprachgebrauch? Ist es möglich, dass ich negative Assoziationen hervorrufe?
- Kenne ich meine Grenzen? Wie gehe ich damit um?
- Weiss ich, welche Ressourcen ich nutzen kann, wenn ich an meine Grenzen komme? Bin ich bereit, sie zu beanspruchen? Wenn nein, warum nicht?

Was fühlen die Opfer während eines sexuellen Übergriffs?

Das Gefühl der Ohnmacht und der Verlust der Selbstbestimmung wird von vielen Frauen als das Schlimmste beschrieben, was sie je erlebt haben. Das Gefühl, völlig der Macht und Willkür eines anderen Menschen ausgesetzt zu sein und nicht abschätzen zu können, wann und ob sich die Situation ändert und ob die Betroffene sie überlebt, bedroht sie massiv und existentiell.

Viele Frauen berichten von der Angst vor schwerwiegenden körperlichen Schäden, vor Verstümmelung und am häufigsten von Todesangst. Die Angst um das eigene Leben ist in dem Moment fast schlimmer, als die Angst um den sexuellen Übergriff.

Totale Ohnmacht erzeugt das Gefühl der Todesangst. Todesangst «lähmt», macht handlungsunfähig.

Frauen fühlen sich durch eine Vergewaltigung erniedrigt und entwertet. Das Erleben des Benutztwerdens und des gänzlich Ausgeliefertseins führt zu Gefühlen tiefer Verzweiflung und existentieller Sinnlosigkeit.

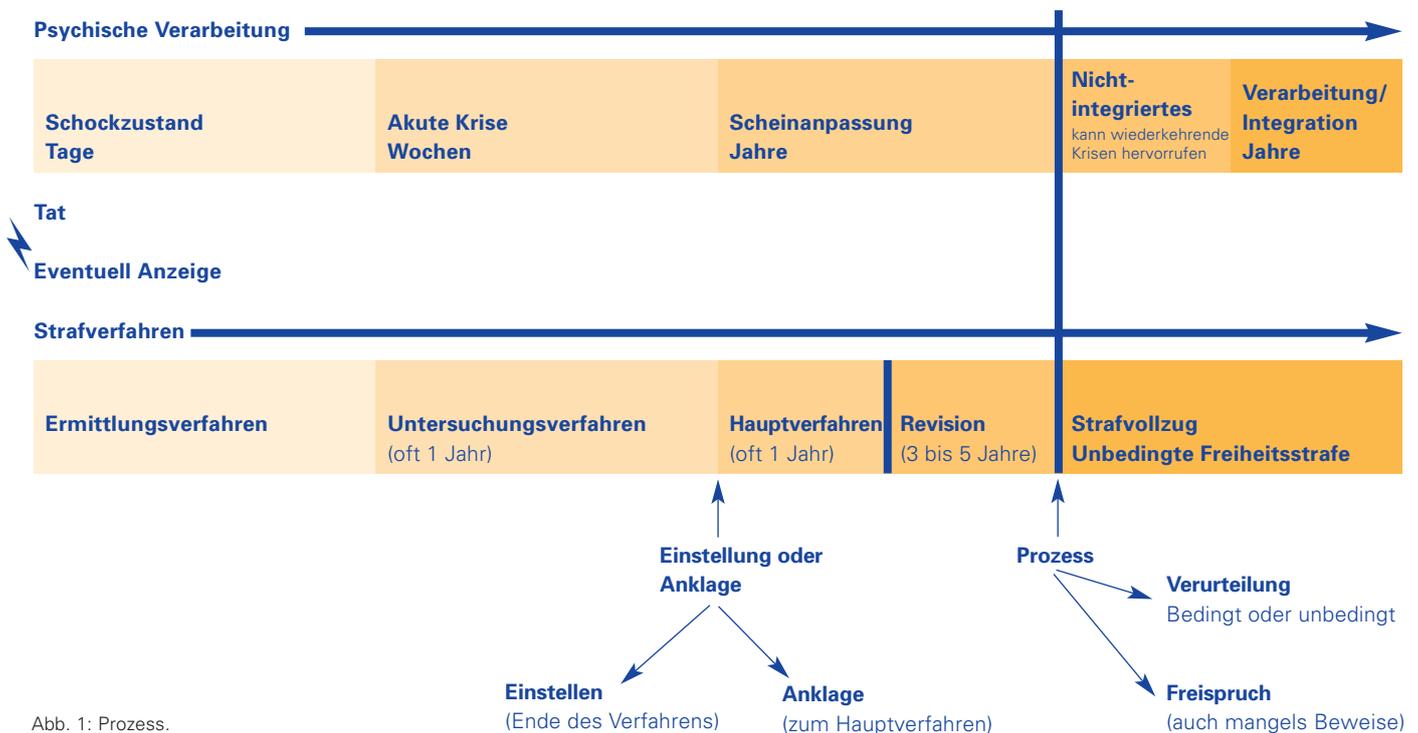


Abb. 1: Prozess.

Wie wird die Gewalttat verarbeitet und welchen Einfluss hat sie auf die physiotherapeutische Arbeit?

Der Überlebensmechanismus beginnt bereits während der Tat. Viele Frauen berichten, dass es ihnen zum Zeitpunkt der Tat unmöglich war zu glauben, was ihnen da gerade geschieht. Sie berichten auch von Schockzuständen, die alle ihnen sonst verfügbaren Möglichkeiten und verlässlichen Reaktionen ausser Kraft setzten. Es ist daher nicht sinnvoll, eine erlittene Vergewaltigung nach der Gegenwehr oder dem fehlenden Widerstand zu beurteilen.

Zudem kann eine Vergewaltigung sehr selten durch Gegenwehr oder Widerstand vermieden werden. 75 bis 80 Prozent der Vergewaltigungen werden unter massiven Drohungen oder unter Schlägen und Waffengewalt begangen [3].

Unabhängig von den Umständen der Vergewaltigung entwickeln alle Frauen Schuld- und Schamgefühle. Meist übernehmen sie dadurch «Mitverantwortung» für das Geschehene. Das ist ein Versuch, die Ich-Funktionen zu retten und mindestens im Nachhinein noch ein eigenes selbstbestimmtes Handeln in die erlittene Gewalttat hineinzupretieren. Selbstentwertung und das Übernehmen einer Mitschuld (provoziert oder verführt zu haben), dient vor allem dem Ziel, das existentiell viel bedrohlichere Ohnmachtgefühl zu verdrängen und wird von der Umwelt – insbesondere in einem Strafverfahren – oft fehlerhaft übernommen.

Der psychische Prozess der Verarbeitung, der nach einer Vergewaltigung folgt, kann mit vier Stufen charakterisiert werden:

1. Schockzustand (Stunden bis Tage)
2. Akute Krise (einige Wochen)
3. Scheinanpassung (oft Jahre)
4. Verarbeitung und Integration (Jahre)

Der Verarbeitungsprozess läuft grundsätzlich in dieser Form ab. Individuell sind die Zeiten oft unterschiedlich, jede Frau durchlebt aber jede Phase irgendwann. Prinzipiell ist es wichtig zu bedenken, dass Verarbeitung nicht immer möglich ist (Abb. 1).

Phase des Schockzustandes

Unmittelbar nach der Tat ist das Verhalten auf Überlebensstrategien reduziert. Die überlebte Gewalttat wirkt verstörend und hinterlässt akute Lebensangst. Im Schockzustand werden oft Vorkommnisse verdrängt. Eine Frau kann dann so reagieren, dass sie Gefühle deutlich zeigt oder sich völlig zurückzieht. Äusserlich kann das Verhalten sehr ruhig und gefasst wirken. Manche Frauen funktionieren automatisch und fühlen sich teilnahmslos. Bereits hier stellen sich Schuldgefühle ein. Die Ursachensuche wird oft zur Selbstbeschuldigung.

Ist eine Frau in dieser akuten Phase in Spitalbehandlung, sind vor allem Schulterluxationen, Frakturen, Schleudertrauma, schwere Platzwunden, Schock, Stich- und Schussverletzungen meist der Einweisungsgrund. Die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut weiss in der Regel über die Situation Bescheid. Entweder sind die Symptome eindeutig, die Patientin spricht die Situation offen aus oder das Krankenblatt beziehungsweise das betreuende Personal gibt Auskunft. Bisweilen wird auf der Verordnung der Vermerk platziert: «Bitte nur weibliches Personal». Einfühlsamkeit, aber auch Stabilität in Bezug auf die eigenen Emotionen sind hier für eine angepasste physiotherapeutische Behandlung entscheidend.

Die Frau wird von der Existenz der Beratungsstellen erfahren, wenn sie eine Anzeige erstattet. Grundsätzlich sollte es dem Opfer überlassen werden, ob es von der erlittenen Gewalttat berichten will. Was Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten signalisieren können, ist die Bereitschaft zuzuhören und adäquate Informationen über Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten (Abb. 1 und 2) aufzeigen.

Phase der akuten Krise

Auf den Schockzustand folgt immer die akute Krise. In dieser Zeit geht es um das psychische Überleben. Das Ohnmachtserlebnis muss bewältigt und Selbstkontrolle wiedererlangt werden. Die Ohnmacht ist so stark, dass auf den Täter noch keine Wut entstehen kann. Dominant sind diffuse Ängste, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit und Alpträume. Viele der betroffenen Frauen ertragen ihren eigenen Körper nicht mehr, schämen sich, eckeln sich vor sich selbst. Vermehrtes Waschen oder, als anderes Extrem, völlige Vernachlässigung sind als Folge der Entfremdung vom eigenen Körper zu sehen. Vitale Störungen zeigen die massive Störung der Integrität deutlich. Die Sexualität kann in dieser Zeit durch Scham, Ekel und Abwehr stark beeinflusst sein. Zur Verarbeitung wird die Tat oft geistig wiederholt, um die bedrohenden Gefühle an die Tat zu unterdrücken. Das Verlassen der Wohnung kann mit Angst verbunden sein. Um die Ohnmacht zu überwinden ist es der Frau meist wichtig, möglichst schnell wieder selbstständig zu werden und in den Alltag zurückzukehren.

In dieser Zeit ist Psychotherapie und Physiotherapie eher kontraindiziert, weil sie der Frau das Gefühl vermitteln können, krank und hilflos zu sein. Sollte aus konkreten körperlichen Gründen Physiotherapie durchgeführt werden müssen, ist es wichtig, als Physiotherapeutin/Physiotherapeut die Frau nie als Opfer, sondern als verletzte Frau mit Anspruch auf Gerechtigkeit und Genugtuung zu betrachten. Mangelnde Körperhygiene sollte auf Beobachtung und Bitte um klar formulierte Massnahmen reduziert werden (zum Beispiel: «Können Sie vor der nächsten Behandlung bitte die Haare waschen? Wir benutzen Material, das für weitere Behandlungen sauber bleiben muss»). Jeglicher Vorwurf muss aus dem Tonfall und der Gestik herausgehalten werden (siehe Abb. 1 und 2).

Reaktionen des Opfers		
Psychische Reaktionen/Schädigung	Psychosomatisch verursachte Schädigung	Direkte traumatische Schädigung
Angst Ekel Ohnmacht Wut Verletzt sein Scham Verzweiflung Bedroht sein usw.	Vegetative Störungen Schlafstörungen Bewegungsmodifikation Haltungsänderung Kopfschmerzen Verspannungen usw.	Frakturen Luxationen Weichteilverletzungen Hirnerschütterung Hämatome usw.
↓	↓	↓
Primär sind andere Berufsgruppen gefordert.	Schadensbegrenzung, das heisst psychosomatische Reaktionen sollen sich möglichst nicht manifestieren.	Schäden minimieren.
Auf Wunsch der Patientin kann interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr hilfreich sein.	Folgen psychosomatischer Schädigung lindern.	Behinderungen integrieren.
Verhalten in selbst- und sozialverträgliche Bahnen lenken.	Die psychische Problematik wahrnehmen, integrieren und Grenzen des eigenen Handlungsfelds deutlich vertreten.	

Abb. 2: Anpassung physiotherapeutischer Zielsetzung.

Phase der Schein Anpassung

Nach der Krise scheint die Frau langsam das Leben wieder zu bewältigen und lebt scheinbar normal. Das Umfeld erwartet von der Frau, dass sie endlich wieder «normal» ist. Die Symptome schwinden und eine neue Lebenseinstellung wird möglich. Reden über die Vergewaltigung ist scheinbar normal möglich. Die Verarbeitung ist scheinbar, weil der Lebensraum immer noch massiv eingeschränkt ist. Erkennbar ist die fehlende Integration der traumatischen Erfahrung am sozialen Rückzug und resignativer Grundstimmung. Die Beziehung zu Männern und zur Sexualität gestaltet sich schwierig oder wird abgelehnt. Die Folgen der Isolation werden der Frau nicht klar. Neben den Ängsten treten hier psychosomatische Probleme auf, die Physiotherapie indizieren können. Die Symptome sind oft so selbstständig, dass sie nicht in Zusammenhang mit der Vergewaltigung gebracht werden. Körperliche Symptome, die zu einer Verordnung von Physiotherapie führen können sind Kopfschmerzen, Migräne, LWS-Syndrome und Nackenverspannungen. Eine physiotherapeutische Behandlung kann trotz adäquater Massnahmen erfolglos sein oder gar die Symptome verstärken. Ein Behandlungsversuch ist hier bedingt möglich und nur teilweise sinnvoll. Bei Wahrnehmungsschulung in der Behandlung kann eine akute Krise wieder ausgelöst werden, wenn die Aufmerksamkeit auf ausgeblendete Körperbereiche gelenkt wird. Die Behandlung muss entsprechend angepasst oder gar abgebrochen werden (siehe Abb. 1 und 2).

Phase der Integration

Der positive Verlauf der letzten Phase ist eine heilende Verarbeitung. Ausgelöst wird sie meist durch ein äusseres Ereignis, das die Krise erneuert. Starke Gefühle an die Vergewaltigung werden wach und der Schutz der Verleugnung wird aufgegeben. Bisherige Einschränkungen werden wahrgenommen und die Frau möchte sich nicht mehr damit abfinden. Jetzt ist die Frau entscheidungs- und handlungsfähig, was eine optimale Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung bietet. Eine Auseinandersetzung mit den massiven Problemen ist möglich. Leider gelingt längst nicht allen Gewaltopfern eine Verarbeitung und Integration der traumatischen Erlebnisse. Dies bedeutet für viele ein Leben mit massiven Schwierigkeiten und immer wiederkehrenden Krisen. Eine physiotherapeutische Behandlung kann hier sehr gut durchgeführt werden. Krisen können sinnvoll begleitet werden (siehe Abb. 1 und 2).

GESETZGEBUNG UND ÖFFENTLICHE DIENSTE

Der Verarbeitungsprozess und das Strafverfahren stören sich gegenseitig

Falls sich eine Frau gleich nach der Tat zur Anzeige entschliesst, befindet sie sich noch im Schockzustand oder in der akuten Phase. In der Schweiz muss die Einvernahme durch eine Frau erfolgen, wenn ein Sexualdelikt angezeigt wird und die betroffene Frau dies ausdrücklich wünscht. Wesentlich ist, dass es bei der Befragung möglichst nicht zur Retraumatisierung kommt, also die Opferrolle ein zweites Mal demütigend erfahren wird (*siehe Abb. 1*).

In der Phase der Scheinanpassung kommt es zur ersten Untersuchung vor der Untersuchungsrichterin/dem Untersuchungsrichter. Die Befragung dauert oft mehrere Stunden. Dabei versucht die Anwältin/der Anwalt des Beschuldigten durch Fragen die Intimsphäre der Frau zu verletzen. Auch wird oft versucht, ihre Glaubwürdigkeit zu untergraben. Durch das Wieder-Erzählen der Tat geraten Frauen oft in eine grosse Krise. Wird das Untersuchungsverfahren eingestellt, kommt für die betroffene Frau noch der zusätzliche Schaden hinzu, weil sie sich vom helvetischen Rechtssystem im Stich gelassen fühlt (*siehe Abb. 1*).

Kommt es zum Prozess, ist oft ein Jahr oder mehr nach der Tat vergangen. Die Frau befindet sich in der Phase der Scheinanpassung und hat meist ihr Leben – zumindest oberflächlich gesehen – stabilisiert. Der Prozess rollt das gesamte Geschehen wieder auf. Die Frau muss nicht vor Gericht erscheinen. Aber auch die Tatsache, dass der Prozess stattfindet, kann für das Auslösen einer neuen Krise reichen (*siehe Abb. 1*).

Nach der Verhandlung ist es entweder zur Verurteilung oder zum Freispruch des Täters gekommen. Eine Verurteilung wirkt sich positiv auf den Verarbeitungsprozess aus, weil die Tat von der Gesellschaft offiziell registriert und verurteilt wurde. Ein neuer Lebensabschnitt kann beginnen. Wird der Täter (auch mangels Beweisen) freigesprochen, bleibt das Gefühl der Ungerechtigkeit. Der Verarbeitungsprozess wird dadurch eventuell erschwert (*siehe Abb. 1*).

Welche Unterstützung können Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten weiterempfehlen und selbst aufsuchen?

Seit 1993 regelt das Opferhilfegesetz (OHG) in der Schweiz die Unterstützung von Gewaltopfern, namentlich von Opfern von Sexualdelikten. Vor Inkrafttreten des OHG war die Opferhilfe weitgehend privaten Institutionen überlassen. Das OHG gibt Opfern nun einen Anspruch auf staatliche Hilfe. Es baut auf drei Säulen auf:

- Beratung
- Besserstellung im Strafverfahren
- Entschädigung und Genugtuung

Die Inanspruchnahme von Opferhilfe setzt nicht voraus, dass der Täter ermittelt worden ist oder das Opfer die Straftat anzeigt. So kann gerade das Opfer eines Sexualdeliktes gute Gründe haben, auf eine Anzeige zu verzichten, handelt es sich doch mit der Inangsetzung eines Strafverfahrens auch erhebliche Belastungen ein.

Das Opfer hat Anspruch auf eine fachkundige, professionelle Beratung und Betreuung. Die kantonalen Beratungsstellen helfen dem Opfer bei allen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Straftat stellen.

Die Beratungsstellen leisten und vermitteln:

- (Psycho-)Soziale und psychologische Unterstützung
- Medizinische Hilfe
- Materielle Unterstützung
- Juristische Unterstützung.

Die Beratung ist kostenlos und absolut vertraulich. Auch Angehörige und Kontaktpersonen des Opfers – wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten – können sich an eine Opferberatungsstelle wenden.

Mit dem Strafverfahren gehen für das Opfer oft erhebliche Belastungen einher. Man spricht in diesem Zusammenhang von der so genannten sekundären Viktimisierung. Das Opfer hat deshalb gestützt auf das OHG im Strafverfahren besondere Informations-, Schutz- und Beteiligungsrechte. Bei den Schutzrechten ist vor allem das Recht bedeutsam, sich bei einer Befragung durch die Polizei oder Untersuchungsbehörde von einer Vertrauensperson begleiten lassen zu können. Opfer von Sexualdelikten können zudem verlangen, dass sie von einer Person des gleichen Geschlechts befragt werden.

Im Rahmen der finanziellen Hilfe können Hilfeleistungen finanziert werden, die nicht von den Beratungsstellen selbst, sondern von Dritten erbracht werden (zum Beispiel therapeutische oder anwaltliche Hilfe). Das Opfer hat sodann Anspruch auf die Vergütung von Schäden, die in direktem Zusammenhang mit der Opferstellung stehen (so genannte Personenschäden wie zum Beispiel Erwerbsausfall oder Ausfall von regelmäßigen Unterhaltsleistungen). Bei sehr schweren und lang andauernden Beeinträchtigungen hat das Opfer Anspruch auf eine Genugtuung (eine Art Schmerzensgeld). Finanzielle Opferhilfeleistungen haben lückenfüllende Funktion. Sie werden nur dann gewährt, wenn das Opfer keine Leistungen von Dritten (zum Beispiel Täter, Versicherungen wie Unfallversicherung, Krankenkasse, etc.) erhältlich machen kann und durch die Straftat in wirtschaftliche Schwierigkeiten gerät. Einzig bei der Genugtuung spielen die finanziellen Verhältnisse des Opfers keine Rolle.

ZIELE UND TIPPS FÜR DIE THERAPIE

Therapeutische Rolle

Ziele

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten setzen sich mit eigenen Gefühlen und Einstellungen zum Thema «sexuelle Gewalt» auseinander. Sie sind sich der relativen Häufigkeit von sexuellen Übergriffen bewusst. Sie übernehmen Verantwortung für ihr Handeln im Rahmen ihrer beruflichen Möglichkeiten und Pflichten.

Verhaltenstipps

- Bereitschaft: Da sein, wenn man gebraucht wird (nicht mehr und nicht weniger).
- Klare Zuständigkeiten: Keine Versprechungen machen, die nicht einzuhalten sind.
- Wege aus der Scham ermöglichen: Diskretion wahren und Demütigungen vermeiden. Wenig entkleiden, nicht vollständig nur das Nötige oder durch die Kleidung behandeln. Abdecken, wenn es angenehmer ist. Für die Therapie «geeignete» Kleidung mitbringen lassen (Trägershirt, Leggings).
- Selbstschutz: Eigene Grenzen wahrnehmen und bewusst mit ihnen umgehen und gegebenenfalls Hilfe suchen.
- Eigene momentane Befindlichkeit und eigenen geschichtlichen Hintergrund wahrnehmen und respektieren.

Kommunikation und taktile Interaktion

Ziele

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten agieren einfühlsam und arbeiten an ihrer eigenen emotionalen Stabilität. Sie trennen eigene Betroffenheit vom Betroffensein des Opfers und setzen professionelle Gesprächsführungstechniken ein. Sie reflektieren ihr Berührungshandeln selbstkritisch und passen es an die Situation an.

Verhaltenstipps

- Offenheit: Die Worte und Botschaften anhören, wahrnehmen (ohne zu werten) und beides aushalten.
- Aktivität: Zurückhaltung zeigen (nicht retraumatisieren).
- Führung: Kontrolle über die Behandlungssituation bewahren. Handlungsfähig bleiben, beziehungsweise wenn eine eigene Blockade wahrgenommen wird, eine Auszeit einlegen.
- Gesprächsführung: Wege aus der Sprachlosigkeit ermöglichen.
- Information: Über jeden Behandlungsschritt detailliert informieren. Ziele klar formulieren und Alternativen anbieten.
- Berührungshandeln: Berührung kommentieren und deren Verträglichkeit erfragen. Vorwarnen, falls der Zugang von dorsal nötig ist. Möglichst im Blickfeld der Patientin agieren oder den Spiegel benutzen und geeignete Ausgangsstellungen wählen.

Wahren der Autonomie der Patientin

Ziele

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten stärken die Patientinnen in ihrer Selbstverantwortung und Selbstachtung. Sie halten sich mit überschüssenden Aktionen zurück und ebnen den Entwicklungsweg der Patientin ohne zu forcieren. Sie öffnen Wege aus der Ohnmacht und dem (Selbst-)Vertrauensverlust.

Verhaltenstipps

- Engagement: Die Patientin in ihrer eigenen Aktivität unterstützen, keine Wege abnehmen oder in Aktivismus verfallen.
- Wege aus der Ohnmacht und dem (Selbst-)Vertrauensverlust ermöglichen. Auch durch kleine Schritte bei Entscheidungen während der Therapie kann verbale Unterstützung Erfolgsergebnisse bringen.
- Mitbestimmung: Der Patientin immer das Ziel formulieren und mehrere Methoden/Massnahmen zur Auswahl anbieten. Häufiges Nachfragen bezüglich Verträglichkeit, eventuell vorzeitiger Abbruch der Massnahme/n.

Rahmenbedingungen professionell gestalten

Ziele

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten wissen, dass «ohnmächtige» und passive Behandlungssituationen vermieden werden müssen. Sie halten die Schweigepflicht ein und gestalten den Arbeitsplatz so, dass dies möglich ist.

Verhaltenstipps

- Behandlungssequenz: Grenzen einhalten, zum Beispiel Behandlungszeit nicht überziehen. Die Grenzen sind bereits einmal gewaltsam überschritten worden. Das Signal zum Einhalten von Vereinbarungen ist wichtig. Die eigene Funktion als Physiotherapeutin und Physiotherapeut und den möglichen Spielraum kommunizieren (wie viel Redezeit wird eingeräumt).
- Gutgemeinte Zusatzleistungen vermeiden: Keine Angebote ausserhalb der physiotherapeutischen Behandlung.
- Schweigepflicht: Intimsphäre wahren, vor allem bei der Behandlung in grossen Räumen mit vielen Patienten/Patientinnen. Auf ruhige vertrauliche Arbeitsatmosphäre achten.
- Methoden anpassen: prinzipiell aktive Behandlungsformen bevorzugen. Eher passive Massnahmen modifizieren (zum Beispiel bei einer Fangopackung nicht mit einer Wolldecke bis zum Hals eingepackt und dann alleine liegen lassen).

Das Prinzip der Ressourcenorientierung

Ziele

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bewegen sich im Spannungsfeld zwischen «können» und «dürfen». Sie überprüfen, ob der therapeutische Zugang überhaupt möglich ist. Sie wissen um die Sensibilität von Wahrnehmungsschulung

und gehen behutsam vor. Sie achten auf Schutzreaktionen und passen ihre Behandlung an.

Verhaltenstipps

- Eigenanamnese: Professionelle Hilfe suchen (Beratungsstellen, Hauspsychologe usw.).
- Die Ressourcen der Patientin suchen und aktivieren. Was gibt ihr Stärke, wer oder was kann sie unterstützen (Coping-Strategien). Eigene Ressourcen als PhysiotherapeutIn wahrnehmen. Kommunizieren, wenn eigene Grenzen erreicht sind und von Beratungsstellen selbst Hilfe hinzuziehen.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Professionelle Hilfe vermitteln, sofern sie noch nicht erfolgt ist.
- Personalwahl: Eventuell die Behandlung durch eine andere Person durchführen lassen (nicht zwingend weiblich), wenn die Vertrauensbasis nicht herzustellen ist oder die eigene Verarbeitung (momentan) nicht möglich ist.

SCHLUSSFOLGERUNG

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten kommen bei der Behandlung von Opfern von sexueller Gewalt an eigene Grenzen. Automatisierte Fähigkeiten (Skills) in sozialen Kompetenzen helfen hier nicht weiter. Es gilt sich bewusst zu machen, wie häufig Patientinnen Betroffene sind. In bestimmten Phasen des Verarbeitungsprozesses nach sexueller Gewalt ist Physiotherapie sehr wohl möglich und sinnvoll. Wenn die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut sich wertschätzend und unterstützend verhält, ohne die professionellen Grenzen zu verletzen, kann sie/er alleine oder zusammen mit Beratungs- und Unterstützungspersonen einen wertvollen Beitrag für die Salutogenese der betroffenen Frau leisten.

Umfassende Informationen zur Opferhilfe generell, zur Organisation im Kanton Zürich sowie Links zu den Adressen von Beratungsstellen anderer Kantone finden sich unter www.opferhilfe.zh.ch.

Kontaktadresse (Listen von Kontaktstellen und Literatur)
Barbara Köhler, Ausbilderin an der Physiotherapie-Schule Triemli
Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich
barbara.koehler@triemli.stzh.ch

LITERATUR

1. TREIBEL A (2004). Internetangebote für Opfer sexueller Gewalt, www.brigitte.de.
2. DUCRET V et al. (1993). Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Worüber Frauen schweigen. Untersuchung in Genf, Eid. Büro für Gleichstellung, EDMZ Verlag, Bern.
3. SHARPP. Sexual Harassment and Rape Prevention Program, University of New Hampshire, Durham, USA.
4. ANTONOVSKY A (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt-Verlag, Tübingen.
5. BECHTER S (1991). Sexuelle Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen, unveröffentlichte Abschlussarbeit Primarlehrerseminar des Kantons Zürich, Abteilung Zürich Oerlikon.
6. BECKER GE, COBURN-STAEGE U (1994). Pädagogik gegen Fremdenfeindlichkeit, Rassismus und Gewalt. Mut und Engagement in der Schule, Beltz Verlag, Weinheim/Basel.
7. BACHMAIER H (1999). Grenzerfahrungen, in: *ÄrzteMagazin*, S. 26–28.
8. BUNDESKRIMINALAMT (2001). Polizeiliche Kriminalstatistik, www.bka.de.
9. DUPUIS M et al. (1996). Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und an der Hochschule, Komitee Feministische Soziologie, Verlag Rüegg, Chur/Zürich.
10. EUROPÄISCHE KOMMISSION (1994). Was tun gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz? Leitfaden zur Umsetzung der praktischen Verhaltensregeln der Europäischen Gemeinschaft, EGKS-EG-EAG Verlag, Brüssel.
11. FISCHER G (2003). Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen, Walter-Verlag, Zürich.
12. FRENCH M (1992). Der Krieg gegen die Frauen, Albrecht Knaus Verlag GmbH, München.
13. HAESLER W (1981). Zehn Jahre Vergewaltigung in Stadt und Kanton Zürich (118 Urteile des Ober- und Schwurgerichts des Kt. ZH), Sonderdruck Kriminolog. Bulletin 1981.
14. HEGEMANN TH (2001). Transkulturelle Psychiatrie, Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
15. HERMANN J (2003). Die Narben der Gewalt, Jungfermannsche, Paderborn.
16. KRETSCHMANN U (1993). Das Vergewaltigungstrauma. Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen, Verlag Westfälisches Dampfboot.
17. NATIONALRAT. Wintersession (1997). Sexuelle Gewalt in der Ehe als Offizialdelikt. Revision der Artikel 189 und 190 StGB, www.parlament.ch.
18. NOTTELEFON ZÜRICH (1995). Sexuelle Gewalt, www.frauenberatung.ch.
19. REDDEMANN L (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
20. SCHMIDIGER B (1999). Es ist, wie wenn wir zu zweit durch eine ausweglose Situation hindurch müssten, Aspekte zum Verständnis und Umgang mit traumatisierten PatientInnen, in: *Ergotherapie 3/99*, S. 16–22.
21. STATISTISCHES JAHRBUCH DER SCHWEIZ (2001).
22. TSCHAN W (2001). Missbrauchtes Vertrauen – Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen, Verlag für Medizin, Freiburg.