

„Später Schmerz - Frühe Gewalt“

Schmerz durch früh erlittene Gewalt bei Frauen und Kindern

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

Ich begrüße Sie herzlich! Ich werde der Frage nachgehen, inwieweit Patientinnen und Patienten, die in Kindheit und Jugend Gewalt in ihrer verschiedensten Form erlitten haben, später zu Schmerzpatientinnen und -patienten werden, also Schmerzäußerungen verschiedenster Art gegenüber ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten angeben.

Ich selbst bin seit 20 Jahren als Ärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie in Hannover niedergelassen. Ich arbeite primär hausärztlich, und trotz der Zusatzbezeichnung Psychotherapie arbeite ich nicht im Rahmen der sogenannten Antragspsychotherapie, sondern betreue, so gut es geht, meine eigenen Patientinnen und Patienten ganzheitlich, auch im Sinne einer kleinen Psychotherapie in der Praxis. Darüber hinaus bin ich berufspolitisch aktiv und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

In Niedersachsen habe ich bis vor 2 Jahren eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die ursprünglich vom Niedersächsischen Sozialministerium ins Leben gerufen worden war, geleitet. Sie bestand aus Teilnehmerinnen des Ministeriums, der Ärztekammer Niedersachsen, der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen, der Medizinischen Hochschule Hannover, verschiedener Krankenkassen-vertreterinnen und unserer Landesvereinigung für Gesundheit.

Unser Thema war „Gewalt gegen Frauen“, vor allem häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder. Wir haben in diesen Jahren umfangreiche Arbeitsmaterialien erstellt, die von einem kleinen Flyer im Checkkartengröße zur Information von betroffenen Frauen bis hin zu Fortbildungsmaterialien und Dokumentationsbögen für Ärztinnen und Ärzte, die mit gewaltbetroffenen Frauen konfrontiert sind, reichten und die ich Ihnen, soweit noch verfügbar, in Kopie mitgebracht habe.

Aus dieser Arbeit heraus habe ich den heutigen Vortrag entwickelt der aus einem theoretischen Teil und drei Fallbeispielen besteht, die ich in meiner eigenen Praxis erlebt habe und behandle.

Nach neuesten Zahlen haben 25 Prozent der Frauen zwischen 16 und 85 Jahren ein oder mehrmals körperliche Gewalt durch ihren Lebenspartner oder andere Männer in der unmittelbaren Lebenserfahrung erlitten. 64 Prozent dieser Frauen haben körperliche Verletzungen davongetragen, das entspräche etwa 16 Prozent der weiblichen Gesamtbevölkerung der BRD, und immerhin 37 Prozent dieser verletzten Frauen haben ärztliche Hilfe in Anspruch genommen.

Wenn es sich um körperliche oder sexuelle Gewalt in engen sozialen und

intimen Beziehungen handelt, sind zu über 95 Prozent Frauen die Opfer und Männer die Täter. Rund 9 Prozent der Frauen zwischen 16 und 29 Jahren werden in ihrem Leben mindestens einmal Opfer einer Vergewaltigung oder sexuellen Nötigung, davon 2/3 innerhalb des Haushaltes und der Familie.

Etwa ebenso viele Frauen, rund 9 Prozent der Befragten, berichten über sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit. Auch hier kommen die Täter zum überwiegenden Teil aus dem näheren sozialen Umfeld.

Gewalt gegen Frauen hat viele unterschiedliche Formen. Über 20 Prozent aller Frauen haben geschlechtsbezogene Gewalt in einer Ausprägung erlitten, die ihre Gesundheit beeinträchtigt.

Im Gesundheitswesen Beschäftigte gehen davon aus, dass jede fünfte Frau, die das Gesundheitswesen wegen gesundheitlicher Probleme aufsucht, geschlechtsbezogene Gewalt erlebt hat oder erleben wird.

Wegen eines gewalttätigen Übergriffs durch ihren Mann oder Lebenspartner suchen ca. 11 Prozent aller Frauen mindestens einmal das Gesundheitssystem auf. Die Folgen dieser Gewalt verursachen im Gesundheitswesen immense Kosten. Exakte Berechnungen gibt es nur aus den USA, wo sich diese in Milliardenhöhe bewegen sollen.

Uns interessieren die gesundheitlichen Folgen von sexueller und körperlicher Gewalt. Neben den unmittelbar auftretenden Beschwerden wie allen Arten von Verletzungen, zum Beispiel Hämatome, Schürfwunden, Prellungen, Quetschungen und Frakturen, Brandwunden finden sich psychische Probleme, nämlich Schlafstörungen, Alpträume und Depressionen.

Nach Angaben der Weltbank ist häusliche Gewalt an Kindern und Frauen die Ursache für jeden fünften Krankenstand, und dies gilt sowohl für Frauen in den Entwicklungs- als auch in Industrieländern. Kurz gesagt lässt sich es so ausdrücken: Traumatische Erfahrungen haben eine Langzeitwirkung!

Als Langzeitfolgen von früher Gewalt, sei es in Form von sexuellem Missbrauch oder körperlicher Gewalt durch Schläge, sozialer Gewalt, durch Vorenthalten von Umgang mit anderen Kindern, oder gar psychischer Gewalt durch verschiedenste Arten von Bestrafungen und Psychoterror, lassen sich folgende Störungen und Krankheitsbilder nennen:

An erster Stelle die sogenannte posttraumatische Belastungsstörung mit Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Alpträumen, Depressionen, Essstörungen, Konzentrationsstörungen, Störungen der Sexualität, Suizidgedanken und Sucht in Form von Alkohol-, Tabletten- oder Drogenabhängigkeit. Weiter werden geklagt: Chronische Schmerzen, vor allem Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen und, ganz typisch: chronische Unterbauchschmerzen. Darüber hinaus aber auch Schmerzen im Brustkorb, Zahnschmerzen, uncharakteristische Schmerzsyndrome und gar Luftnot und Erstickungsanfälle.

Frauen, die als Kind regelmäßig geschlagen worden sind, leiden 11 Mal so häufig an Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen und Muskelverspannungen wie Frauen mit einer glücklichen Kindheit. Ein dreifach erhöhtes Risiko für chronische Schmerzen tragen Frauen, die als Erwachsene sexuell missbraucht worden sind. Bei fast 50 Prozent der Patientinnen mit chronischen Rückenschmerzen finden sich massive Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte.

Umfangreiche Gewalterfahrungen werden auch in mehreren Studien für Patienten mit chronischen Schmerzen im Gesichts- und Kieferbereich (hier rund 50%) beschrieben. Zu 60 Prozent beklagen Fibromyalgiepatientinnen frühe Gewalt, und mehr als 50% der Patientinnen mit chronischen Unterleibsschmerzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Gewalterfahrungen erzeugen chronischen Schmerz. Misshandlungen leisten einen erheblichen Beitrag zur Entstehung späterer chronischer Schmerzerkrankungen. Bei der Behandlung von Schmerzpatienten muss bedacht werden, dass ein der bewussten Kontrolle entzogenes Schmerzgedächtnis in späteren Belastungssituationen zum Ausgangspunkt chronischer Schmerzen werden kann.

Für uns als Ärztinnen und Ärzte heißt das, immer wieder ein besonderes Ohr für psychosoziale Ursachen als Grund chronischer Schmerzen zu haben. Denn nach neueren Untersuchungen leiden 40 Prozent der Erwachsenen an chronischen Schmerzen, 25 Prozent geben schwere, 3,5 Prozent gar schwerste chronische Schmerzen an.

Eine andere Untersuchung zeigte aber, dass bei mindestens 30 Prozent dieser an psychosomatischen Störungen leidenden Patienten gravierende Störungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses auftreten, was meiner Ansicht nach bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte immer noch nicht ausreichend dafür geschult sind, bei chronischen Schmerzen nicht nur den ganzen, uns allen bekannten, hochtechnisierten Abklärungsapparat laufen zu lassen, sondern auch die psychosozialen Aspekte und Ursachen und Abgründe ihrer Patientinnen anzunehmen und aufzudecken.

In diesem Zusammenhang möchte ich Ihnen daher jetzt drei in den Kontext passende Fallbeispiele vorstellen. 1. Fallbeispiel: Im letzten Jahr stellte sich in meiner Sprechstunde ein 40-jähriger Familienvater vor, dessen gesamte Familie inklusive Ehefrau und zweier halbwüchsiger bis erwachsener Kinder ich seit mehreren Jahren immer wieder wegen kleinerer Gesundheitsbeschwerden betreut hatte.

Er gab an, seit einigen Wochen unter fast unerträglichen Schmerzen in beiden Beinen zu leiden, die er sich nicht erklären konnte, die in Ruhe genauso schlimm seien wie nach Belastungen, und wegen derer er kaum noch laufen könne, geschweige denn schlafen. Der Patient ging demonstrativ an zwei Unterarmgehstützen, die er sich selber besorgt hatte und erwartete von mir Abklärung und Beschwerdefreiheit.

Die daraufhin durchgeführte umfangreiche körperliche Diagnostik ergab

keinerlei Hinweise auf eine mögliche somatische Ursache seiner geklagten Beschwerden, außer den Schmerzen wirkte der Patient auch sonst gesund und fit und nicht beeinträchtigt. Sämtliche erhobenen Befunde waren normal.

Die zugezogenen Fachärzte, Neurologin und Orthopäde, standen vor einem Rätsel. Nachdem ich mehrere Gespräche mit Ehemann, Ehefrau und restlicher Familie geführt hatte, wurden die geklagten Beschwerden schließlich mit einer von der Ehefrau präsentierten psychosomatischen Ursache erklärt: Der Patient habe unter einem Stiefvater gelitten, der ihn als Kind mit massiver Gewalt überzogen hätte. Diese alten Traumata seien nun anlässlich der schweren Erkrankung und des kürzlichen Todes dieses Stiefvaters wieder aufgebrochen. Die ganze Familie habe aber nicht unter dem Tod gelitten, sondern sich eher gefreut. Bei meinem Patienten seien daraufhin als erneute Aufflackerung der früh erlebten Traumata die Schmerzen ausgebrochen.

Ich nahm diese Deutung erst einmal hin und sorgte dafür, dass der Patient mehrere Wochen therapeutischer Intervention in einer psychosomatisch orientierten Klinik erhielt. Dies kostete einige Überredungskraft, weil (wie immer) der Patient natürlich zunächst meinte, nicht verrückt zu sein, und nicht in eine psychisch orientierte Klinik zu müssen.

Schließlich willigte er in die Therapie ein, kam sechs Wochen später mit einer erheblichen Besserung seiner Beschwerden zurück und wurde von mir daraufhin mehrere Monate lang nicht mehr gesehen.

Auch der zwischenzeitlich zugesandte Arztbrief der Klinik hob als Ursache für die chronischen Schmerzen auf die früh erlittenen gewalttätigen Attacken des Vaters und Stiefvaters ab. Mir kam das ganze aber nicht glaubhaft und irgendwie konstruiert vor. Einige Wochen später saß denn auch die Ehefrau weinend vor meinem Schreibtisch, nun wiederum mit erheblichen körperlichen Beschwerden, weil sich inzwischen herausgestellt hatte, dass ihr Ehemann schon monatelang eine andere Beziehung eingegangen war, sich jetzt endgültig von ihr getrennt hatte und nun auch sämtliche Beschwerden in dieser neuen Beziehung losgeworden war.

So stellte sich diese psychosomatische Erkrankung mit schweren chronischen Schmerzen eher als klassischer neurotischer Konflikt oder Konversationsneurose, in dem der Patient hin und her gerissen zwischen alter und neuer Beziehung war, heraus, denn als Reaktivierung eines früh erlittenen Traumas.

2. Fallbeispiel: Ich betreue seit etwa 10 Jahren eine inzwischen Mitte 30-jährige junge Frau, die früher als Erzieherin in einem Kindergarten gearbeitet hatte. Sie schien mir die ganzen Jahre psychisch hochgradig auffällig, wollte mit mir aber nur körperliche Krankheiten besprechen. Über psychische und psychosomatische Hintergründe hatten wir zunächst keinen Austausch. Sie erbat jedoch regelmäßig ein- bis zweimal im Jahr eine Wiedereinweisung in eine psychotherapeutische Spezialklinik für posttraumatische Belastungsstörungen, die ich auch ausstellte, obwohl

sowohl die Patientin als auch die Klinik in ihren Arztbriefen mich relativ im Unklaren ließen über die zu behandelnden Beschwerden der Patientin.

Nachdem wir uns im Laufe der Jahre besser und näher kennen gelernt hatten, vertraute mir die Patientin an, dass sie einem umfangreichen frühkindlichen sexuellen Missbrauch ausgesetzt gewesen sei durch sowohl Männer und Frauen ihrer gesamten Familie sowie einem dazugehörigen Täterkreis einer Sekte. Wieweit dies den Tatsachen entspricht oder auch im Verlaufe der umfangreichen Psychotherapien noch konfabuliert ist, vermag ich nicht zu beurteilen.

Tatsache ist jedoch, dass die Patientin sich als eine außerordentlich traumatisierte und gequälte junge Frau darstellt. Sie hat zum einen eine sogenannte multiple Persönlichkeit also eine schwerste dissoziative Störung entwickelt, das heißt, sie besteht aus, wie sie sagt, Hunderten von Innenpersonen, die sie abwechselnd beeinflussen und gelegentlich auch handelnde Personen ihres jeweiligen Seins darstellen.

Hierbei handelt es sich ja nicht um psychotisches Erleben, sondern um eine inzwischen als multiple Persönlichkeit bekanntes Krankheitsbild.

Darüber hinaus hat die Patientin aber, und das entspricht nun wieder unserem Thema, eine Schmerzstörung, ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelt, das Schmerzen aller Gelenke und Muskelgruppen des gesamten Körpers beinhaltet, auf herkömmliche Schmerzmittel und physikalische Therapien so gut wie nicht anspricht, und sie so intensiv beeinträchtigt, dass sie seit 2 Jahren eine Frührente erhält.

Es ist ihr zwar eingängig, dass es sich hier um ein psychosomatisches Geschehen auf Grund der frühen traumatischen Erlebnisse handeln kann, andererseits hat sie sich aber immer wieder in die Hände von Schmerztherapeuten und anderen Fachärzten wie Orthopäden, Chirurgen und Neurologen begeben, um etwaige organische Ursachen abzuklären.

Da diese anderen Fachärzte in der Regel von ihr nicht in ihre Traumavorgeschichte eingeweiht werden, wurde das Krankheitsbild von den Rheumatologen als beginnender Lupus erythematodes, den man nicht behandeln könne, diagnostiziert. So hat die Erkrankung der Patientin wenigstens einen Namen, der sie aber mehr ängstigt als beruhigt.

Nach 10-jähriger Beobachtung des Verlaufes habe ich den Eindruck, dass die umfangreiche ambulante Psychotherapie und ihre zweimal pro Jahr stattfindenden stationären Behandlungen den Krankheitsverlauf eher verschlechtern als verbessern haben.

Immerhin haben die Patientin und ich eine stabile Beziehung an ihrem Wohnort entwickelt, so dass sie jederzeit und relativ vertrauensvoll zu uns kommen kann, wenn sie nicht mehr weiter weiß. Vielleicht ist das auch ein hilfreicher therapeutischer Weg für diese gequälte junge Frau. Ihre chronischen Schmerzen haben sich bisher von keiner der herkömmlichen Therapiemethoden auch nur geringfügig bessern lassen, ebenso wenig wie

die PTSD behandelbar scheint.

3. Fallbeispiel: Seit einigen Jahren betreue ich eine nunmehr 52-jährige Patientin, Immigrantin jugoslawischer Herkunft, ebenfalls alleinstehend, die relativ wenig Verwandte und Freunde in Deutschland zu haben scheint. Sie hat bis vor einem Jahr im Krankenhaus als Assistentin eines Professors gearbeitet, für den Sie vorwiegend Laborarbeiten machen musste, die mit erhöhter körperlicher Anstrengung verbunden waren. Seit ca. 2 Jahren klagt die Patientin über ein zunehmendes chronisches Schmerzsyndrom mit fast unerträglichen Schmerzen aller Gelenke und Muskelgruppen, das auch nach umfangreicher Diagnostik und Therapie weder ursächlich geklärt noch ausreichend behandelt werden konnte. Die Patientin selber führt die Beschwerden auf die Belastungen von Schulter und Armen bei ihrer Arbeit am Mikrotom in der Anatomie zurück.

Da sich im Laufe unserer Gespräche herauskristallisierte, dass eine umfangreiche Vorgeschichte mit Gewalt und Kriegserlebnissen bei der Patientin, also sehr offensichtlich auch hier ein psychosomatisches Geschehen vorliegt, hat sie inzwischen mehrere Wochen in psychiatrischer und psychosomatischer stationärer Therapie verbracht sowie eine Psychotherapie begonnen.

Aber auch hier waren bisher alle Interventionen vergeblich. Weder die Therapieversuche psychotherapeutischer noch medikamentöser Art noch umfangreiche Physiotherapie erbrachten irgendeinen Erfolg. Die Patientin ist daher seit 1 Jahr berentet, dadurch aber noch einsamer, noch verzweifelter und noch suizidaler als zuvor.

Tragbar scheint im Moment einzig unser beider kontinuierliche Beziehung. In unseren Gesprächen hat sich ergeben, dass die Patientin eines von acht lebenden Kindern sehr kaltherziger und wohl auch vom Leben hart gebeutelter Eltern in Jugoslawien war. Die Mutter der Patientin hat mindestens zwei weitere ihrer neugeborenen Kinder eigenhändig umgebracht, nämlich erwürgt oder im Wald ausgesetzt. Sie erzählte meiner betroffenen Patientin schon als Kind, dass sie auch diese habe umbringen wollen, dies aber nicht geglückt sei.

So muss die Patientin schon als Säugling das überaus beängstigende Erlebnis des Tötungsversuchs durch die eigene Mutter mitgemacht haben. Später hatte sie eine entbehrungsreiche Jugend. Der Vater der Patientin, der als brutal und vom Leben gebeutelt geschildert wird, hat sich in ihrer frühen Jugend umgebracht, die Mutter musste danach die Familie alleine ernähren.

Die Patientin hat mit einem ebenfalls brutalen Ehemann, von dem sie inzwischen geschieden ist, zwei Söhne gehabt. Einer davon ist heute schwer körperlich krank, der andere wurde vor wenigen Jahren in den Auseinandersetzungen in den verschiedenen jugoslawischen Kriegen von einer Mine zerfetzt. Dieses Ereignis, das die Patientin sich bis heute immer wieder in allen blutigen Einzelheiten vorstellt, war der Auslöser für ihre Schmerzkrise und ihre körperliche, im weitesten Sinne rheumatische

Erkrankung.

Inzwischen haben sich auch noch ein Bruder und nun zuletzt, vor einigen Monaten die Mutter umgebracht, wobei die Gründe dafür unbekannt sind und die Patientin darüber auch nicht spekulieren will. Jedenfalls hat die Mutter, die sich wohl auch in Anbetracht ihres hohen Alters nicht mehr alleine weiterhelfen konnte, dadurch einen Schlusstrich gesetzt, dass sie eine Plastiktüte über ihren Kopf gezogen hat und darunter erstickte.

Seither wirkt die Patientin wie befreit. Sie lacht wieder, ist eher inadäquat fröhlich, erklärt glaubhaft, dass der Tod der Mutter für sie wie eine Befreiung sei und es ihr seitdem auch körperlich etwas besser gehe, tatsächlich scheinen die körperlichen Schmerzen weniger zu werden.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die letzten beiden Fälle weiterentwickeln werden. Beide Patientinnen zeigen uns aber eindeutig einen Zusammenhang zwischen früher Gewalterfahrung und erst im Erwachsenenalter aufgetretenen chronischen Schmerzsyndromen. Zusammenfassend sprechen alle neueren Untersuchungen dafür, dass Misshandlungen und andere Gewaltereignisse einen erheblichen Beitrag zur Entstehung späterer chronischer Schmerzen leisten. Dies sollte stets bei der Behandlung von Schmerzpatientinnen bedacht und ggf. vorsichtig exploriert werden.

Vortrag von Frau Dr. Goesmann am 10.11.2006