

Traumasensibilität im Kontext von FGM/C – Unterstützung der Gebärenden und Schutz der Hebamme

Martina Kruse Traumasensibilität ist in den vergangenen Jahren im Rahmen der Hebammenarbeit zu einem Schlagwort geworden. Um diesen Handlungsansatz in der praktischen Arbeit verwirklichen zu können, ist es unabdingbar, sich die Folgen und Auswirkungen von Traumata bewusst zu machen und zu verstehen, was Traumasensibilität eigentlich bedeutet. Zudem gilt es, Besonderheiten zu beachten, die sich im Kontext von Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) ergeben.

Traumatische Erlebnisse in der Lebensbiografie haben unterschiedliche Ursachen:

- körperliche, sexualisierte oder psychische Gewalt,
- Krieg, Flucht, Vertreibung oder Folter,
- Verlust von nahestehenden Personen (des Kindes oder eines Elternteils, aber auch der Heimat),
- schwere Erkrankungen, Unfälle oder auch Geburten,
- das Miterleben von Gewalt als Zeugin/Zeuge,
- das Zusammenleben von Kindern mit Eltern, die unter Traumafolgen leiden, und
- die Konfrontation von Helferinnen und Helfern mit Traumafolgen.

Vorausschicken möchte ich, dass nicht jeder Mensch, der in seinem Leben eine oder mehrere traumatische Erfahrungen gemacht hat, auch an Traumafolgen leiden muss. Dies hängt von den jeweiligen Unterstützungs- und Schutzfaktoren ab, die zur Verfügung stehen. Ein stabiles, haltgebendes Umfeld nach dem Trauma hat zum Beispiel einen schützenden Effekt. Dennoch können die genannten Ursachen Menschen so sehr belasten, dass sie in der Folge psychische, psychosomatische oder körperliche Reaktionen (teils über einen langen Zeitraum) zeigen.

Betroffene nehmen sich selbst und ihren Körper verändert wahr, das Erleben von Schwangerschaft und Geburt unterscheidet sich infolge dessen eventuell von anderen Ursachen. Körpersignale können abgespalten werden, sodass Schmerzen oder andere Körperempfindungen/Warnsignale nicht gefühlt werden – mit den entsprechenden Folgen.

Das Welt- und Selbstbild der Betroffenen ändert sich nach traumatischen Erfahrungen deutlich. Das kann sich beispielsweise an der Beziehungsgestaltung zu Dritten (Partnerinnen/Partnern, Familie, Fachkräften, Kindern) zeigen. Wie soll einem Fremden vertraut werden, wenn die eigenen Eltern das Vertrauen missachtet haben, indem sie das Kind etwa zu einer Beschneiderin brachten?

Was passiert in Gehirn und Körper?

Was aber passiert im Gehirn und Körper bei einem traumatischen Ereignis, wie kommt es zu solch gravierenden Traumafolgen?

Im Fall einer existenziellen Bedrohung wird im Gehirn eine Art Notfallreaktion in Gang gesetzt, die dazu befähigen soll, die bedrohliche Situation zu bewältigen – zu kämpfen oder zu fliehen. Stresshormone werden ausgeschüttet, Kleinhirn (Motorik) und Stammhirn werden aktiviert. Die Verbindung zwischen Hippocampus und Neocortex wird unterbrochen. Sind Kampf oder Flucht nicht möglich, erstarren wir und finden uns hilflos und ohnmächtig in der Gefahrensituation. Die Erinnerungen an das auslösende Ereignis werden in diesem Fall in Bruchstücken – fragmentiert – abgespeichert. Das traumatische Ereignis wird nicht im narrativen Gedächtnis, sondern als Erinnerungsfetzen im limbischen System abgespeichert, als Gefühle und Affekte.

Dieses Gedächtnis ist leicht triggerbar: So kann derselbe Geruch, dieselbe Wortwahl, eine ähnliche Körperhaltung erneut die beschriebene Notfallreaktion auslösen. Die Betroffene verliert den Kontakt zum Hier und Jetzt und reagiert mit dem gleichen Stress wie in der auslösenden Situation: *fight or flight*. Falls das nicht möglich ist: *freeze and fragment*. Dies wird die Trauma-Zange genannt.

Es ist für uns als Hebammen wichtig, diesen Mechanismus zu kennen, da wir uns so erklären können, weshalb manche Gebärende während einer für uns normalen Situation scheinbar völlig unangemessen reagiert. Denn genau das tut sie nicht – im Gegenteil! Die ungewöhnliche Verhaltensweise ist eine kompetente Reaktion des Gehirns, des Menschen, infolge eines zutiefst unnormalen Lebensereignisses.

Traumatisierung voraussetzen

Frauen, die FGM/C überlebt haben, haben Gewalt erlitten, das ist ohne Zweifel so. Erschwerend kommt dazu, dass viele von ihnen vor Krieg und Gewalt geflohen sind, ihre

Heimat verloren haben und auf der Flucht Unvorstellbares erlitten haben. Angekommen in Deutschland, finden sie sich in prekären, höchst unsicheren Lebensumständen wieder, wissen nicht, ob sie bleiben können, und haben kein stabiles Umfeld mehr.

Trotz dieser Kumulation potenzieller Ursachen kann nicht gesagt werden, dass jede von ihnen traumatisiert ist. Dennoch: Wir sollten jede von ihnen, wie auch sonst jede Schwangere, Gebärende und Mutter so begleiten, als ob. Wir können niemals ermessen, was die Frau, die sich uns als Hebamme anvertraut, an Erfahrungen mit sich trägt.

Achtsamkeit zeigen

Was heißt also traumasensibel begleiten? Zunächst einmal allgemein eine Achtsamkeit für die Existenz von Trauma und Traumafolgen zeigen – und eine entsprechend angepasste und fördernde Verhaltensweise. Diese Haltung bezieht sich auf drei Ebenen:

- auf die Menschen, mit denen wir arbeiten, also auf die Schwangeren und ihre Familien;
- auf uns selbst;
- auf unsere Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber, die uns die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen müssen.

Traumasensibilität im Umgang mit Schwangeren und Gebärenden ...

... zeigt sich zuerst in der Haltung, mit der wir den Menschen begegnen. Menschen, die Traumafolgen zeigen, sind weit mehr als nur traumatisiert. Frauen, die in ihrem Herkunftsland FGM/C überlebt haben und geflohen sind, müssen über einen großen Lebensmut und immense Stärke verfügen, wenn sie den Weg mit all den fürchterlichen Erfahrungen gemeistert haben und sich trotz allem trauen, eine Familie zu gründen. Das müssen wir anerkennen. Eine Frau auf die Traumatisierung zu reduzieren bedeutet, sie in ihrer Opferrolle festzuschreiben. Jedes Verhalten macht in seinem Kontext Sinn. Jeder Mensch versucht

bewusst oder unbewusst in jedem Moment seines Lebens die jeweils geeignetste Lösung für die jeweilige Anforderung zu finden. Dies gilt es wertzuschätzen und anzuerkennen.

Wenn eine Mutter ihren schreienden Säugling ablegt und die Zimmertür schließt, kann ich das defizitär sehen und ihr Vorhaltungen machen – oder aber ich kann annehmen, dass sie nicht anders handeln konnte. Denn wenn wir wissen, dass traumatisierte Frauen ein deutlich höheres Stresslevel haben als nicht betroffene Menschen, und vermuten, dass das weinende Kind ihre Stressresistenz überfordert, ergibt sich ein anderes Bild. Dann sehen wir vielleicht die Mutter, die nicht anders kann, die versucht, über ihr Verhalten ihr Stresslevel zu reduzieren, damit sie überhaupt ihr Kind versorgen kann. So wird aus dem nicht adäquaten Verhalten ein wertzuschätzender Versuch der Bewältigung.

Erst dann können wir mit der Mutter zusammen nach alternativen Möglichkeiten suchen. Die Verhaltensweisen, die infolge Traumata gezeigt werden, müssen ebenso in einen Kontext gesetzt werden wie die Existenz von FGM/C.

Durch die Augen der Betroffenen sehen

Wir müssen den Menschen auf Augenhöhe begegnen. Das heißt auch, dass wir versuchen, ihre Verletzungen mit ihren Augen zu sehen. Uns steht es nicht zu, zu entscheiden, ob eine Frau sich als verstümmelt (FGM) ansieht oder als beschnitten (FGC). Für die meisten von uns, die wir in Europa sozialisiert wurden, ist es vielleicht unvorstellbar, aber FGM/C kann für eine Frau auch Zugehörigkeit und soziale Anerkennung bedeuten. Ohne würde sie wahrscheinlich aus ihrer Community ausgeschlossen sein, ihre Heiratschancen und damit ihre Existenz wären bedroht.

Ohnmacht ist das bestimmende Gefühl, das mit Trauma assoziiert ist. Ein traumasensibler Umgang mit Menschen soll Gegenenerfahrungen ermöglichen: statt Hilflosigkeit die Erfahrung von Stärke und Handlungsfähigkeit. Jede Frau ist Expertin für ihr eigenes Leben und für ihren Körper. Traumasensibilität heißt demzufolge auch, der Schwangeren zu ermöglichen, ihren eigenen, selbstbestimmten Weg durch die Schwangerschaft und Geburt zu wählen, sie dabei zu unterstützen herauszufinden, was sie sich für sich wünscht, und dies – nach Möglichkeit – zu realisieren.

Es passiert gar nicht so selten, dass wir mit unserer europäischen Kulturbrille Ideen entwickeln, was gut für belastete Frauen ist. »Ich sehe immer zu, dass möglichst wenig Menschen im Kreißsaal sind, das wird der Frau Sicherheit vermitteln.« Wie können wir das wissen? Vielleicht vermittelt gerade die Anwesenheit von mehreren Personen das Gefühl, geborgen zu sein! Wir sollten uns davor hüten, unsere Vorannahmen auf andere zu übertragen.

Offene Sprache

Interaktion zwischen zwei Menschen findet verbal und nonverbal statt, auch hier können wir ansetzen. Eine offene Sprachwahl, die Raum lässt, eigene Gefühle zu äußern, ist für Frauen eine gute Unterstützung. Infolge eines Traumas verändert sich die Wahrnehmung für sich selbst, die Betroffene fühlt sich falsch im eigenen Körper und in dieser Welt.

Mithilfe offener Fragen können wir diesen Frauen ermöglichen, ihren eigenen Empfindungen Worte zu geben. Statt »Wollen Sie stillen?« (dies impliziert, dass man das wünschen sollte) ist es besser zu fragen: »Wie möchten Sie Ihr Kind ernähren?« (Das benötigt keine Ablehnung, falls sich die Schwangere für Flaschenernährung entscheiden möchte.)

Wenn Sie feststellen, dass Ihre Patientin FGM/C-Überlebende ist, benutzen Sie die Bezeichnung, die die Frau wählt. Redet sie von Beschneidung, so sprechen auch Sie davon, wählt sie eine andere Bezeichnung, so übernehmen Sie diese.

Ein anderes Beispiel, wie Worte wirken können: FGM/C wird vielen Mädchen als Fest und als frohes Ereignis angekündigt. Stattdessen erleben sie, dass andere feiern, sie selbst aber unerträgliche Schmerzen leiden. Was denken Sie, was passieren kann, wenn der Schwangeren die Geburt als Grund zur Freude angekündigt wird – und sie stattdessen sehr schmerzhaftes Wehen spürt, eine ähnliche Körperhaltung wie bei der Beschneidung einnehmen soll und Finger ihr im Genitalbereich Schmerzen zuführen? Vermutlich wird sie reagieren wie bei der Beschneidung selbst. Entweder wird sie außer sich sein – oder aber sie spaltet das Erleben (die Geburt) ab und wirkt teilnahmslos auf uns.

Sicherheit und Selbstermächtigung

Um sich entwickeln zu können, benötigen Menschen als Erstes äußere Sicherheit – auch

diese ist eine Gegenerfahrung zum Trauma. Als Hebammen können Sie viel dafür tun:

- Kreißsaaltüren, die geschlossen sind, durch die nicht jeder treten kann.
- Vertraulicher Umgang mit den Informationen, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden.
- Parteiliches Einstehen für Ihre Patientin gegenüber Dritten. Unterstützen Sie die Schwangere bei der Realisierung ihrer Vorstellungen.
- Respektieren Sie die Schamgefühle der Frau, bieten Sie ihr an, sich mit einem Tuch zu bedecken, wenn sie es wünscht. Bevor Sie ihr erklären, was die Untersuchung ergeben hat, lassen Sie ihr die Zeit, sich wieder zu bekleiden.
- Wenn Sie Dolmetscher benötigen, sollten Sie jemanden finden, der nicht zur Familie gehört. Für intime Gespräche sollte kein Mann hinzugezogen werden. FGM/C ist häufig mit einem Tabu belegt, in Anwesenheit von Männern kann es viel schwerer sein, darüber zu reden.
- Ermöglichen Sie der Frau Zugang zu Netzwerken und Beratungsstellen. Dies ist ein Beitrag zur Selbstermächtigung.

Oftmals stehen uns keine Dolmetscher zur Verfügung – das muss nicht hinderlich sein. Auch durch nonverbale Kommunikation können wir Sicherheit vermitteln. Der Tonfall macht die Musik. Eine ruhige, klare Stimme vermittelt ein Gefühl von Geborgenheit: Mir wird nichts passieren. Ein Lächeln, ein freundlicher Gesichtsausdruck kann Wunder wirken. Die Spiegelneuronen werden dafür sorgen, dass sich unser Gegenüber wohler fühlt.

Was vermutlich nicht betont werden muss, ist, dass eine interventionsarme Geburtshilfe Stress und die Wahrscheinlichkeit von Retraumatisierung reduziert.

Traumasensibilität uns selbst gegenüber

Die Arbeit mit Menschen, die großes Leid erfahren haben, kann die Helfer selbst in ihrem Inneren erschüttern. Charles Figley spricht von Mitgefühlerschöpfung (compassion fatigue). Er beschreibt dies als »Preis des Helfens«, als eine »vorhersehbare, verhinderbare, vermeidbare Folge der Arbeit mit ›leidenden Menschen‹. Eine Art Berufsrisiko. Wenn es uns nicht gelingt, achtsam mit uns umzugehen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass wir

Symptome entwickeln, die einer Posttraumatischen Belastungsstörung ähnlich sind. Unsere Empathie, die für eine gute Geburtshilfe nötig ist, erschöpft sich.

Michaela Huber nennt weitere Auswirkungen, die sich negativ auf die Gebärenden auswirken:

- Blame the victim,
- Zynismus,
- Resignation,
- Beziehungsabbruch.

Schlimmstenfalls kommt es zum Rückzug aus dem Beruf, zu einer inneren oder äußeren Kündigung.

Es ist also unerlässlich, dass wir auf uns achten. Anerkennung des Risikos, das wir tragen, Achtsamkeit für die Belastungen, die wir bei uns wahrnehmen, sollte zum Grundhandwerkszeug gehören, das jeder Hebamme zur Verfügung steht.

Die Regulierung von Nähe und Distanz ist unbedingt notwendig. Das Leid unserer Patientinnen ist nicht unser Leid. Wir sollten lernen, uns davon abzugrenzen. Sorgen Sie für ausreichend Pausen und für Ausgleich zu der anspruchsvollen Arbeit, die Sie leisten. Es ist nicht wichtig, jederzeit zur Verfügung zu stehen, wichtig ist aber, den Frauen transparent zu machen, was sie von Ihnen erwarten können.

Traumasensibles Arbeitsumfeld

Dafür brauchen Sie Arbeitgeber, die Ihnen ein traumasensibles Arbeitsumfeld zur Verfügung stellen. Fort- und Weiterbildung und die Möglichkeit zu (Krisen-)Supervision sollten selbstverständlich sein, ebenso wie vernünftige Pausen- und Überstundenregelungen.

Nur wenn diese drei Aspekte zusammen greifen, kann die Betreuung für die Gebärende förderlich und für die Hebamme gesundheits-erhaltend sein. Eins ohne das andere oder das Dritte wird auf Dauer dazu führen, dass die Schwangere ihre Betreuung als unzureichend, schlimmstenfalls retraumatisierend empfindet – und die Hebamme sich aufreißt und ihre so wichtige Empathie verliert.

Quellen

- 1 Kruse M: Traumatisierte Frauen begleiten. Das Praxisbuch für Hebammenarbeit, Geburtshilfe, Frühe Hilfen. Hippokrates 2017
- 2 Fischer G, Riedesser P: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, 4. Aufl. 2009
- 3 Huber M: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Junfermann, 5. Aufl. 2012
- 4 Ebd.
- 5 UN-Flüchtlingshilfe. Stichwort Flüchtlingsfrauen. www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/fluechtlingsschutz/fluechtlingsfrauen.html (Zugriff 16.11.17)
- 6 siehe Anmerkung 1
- 7 United to End Female Genital Mutilation (UEFGM). Soziale Normen. <https://uefgm.org/index.php/2-fgm-understanding-gender-and-social-dynamics/?lang=de> (Zugriff 16.11.17)
- 8 Figley CF: Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens. In: Hudnall Stamm B (Hrsg.): Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Junfermann 2002: 41–59
- 9 Huber M: Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Junfermann, 4. Aufl. 2009

Martina Kruse, MA, BA, Hebamme, Familienhebamme, systemische Beratung und traumazentrierte Fachberaterin (DeGPT).

Kontakt: martina.kruse@gmx.net

Kruse M: Traumasensibilität im Kontext von FGM/C – Unterstützung der Gebärenden und Schutz der Hebamme.

Hebammenforum 2/2018; 19: 152–155