

## Hintergrundinformationen

### zur psychischen Situation von weiblichen/männlichen Prostituierten

Prostituierte und Stricher gelten als Hochrisikogruppe für psychische Störungen. Häufig findet man bei ihnen erhebliche Störungen vor. Viele Prostituierte leiden an psychischen Traumata, die in ihrer Vergangenheit und durch ihren Beruf bedingt sind. Hierbei liegt sexueller Missbrauch von Kindern bei 26 – 73% vor. An körperliche Kindesmisshandlung litten etwa die Hälfte der untersuchten Prostituierten. Auch sonstige potentiell Trauma auslösende Situationen, sind häufiger zu finden als bei nicht Prostituierten.

In Hamburg wurden bei 98% der untersuchten Prostituierten mind. ein traumatisches Ereignis festgestellt. Hierbei fanden sich bei 83% bereits ein Trauma in der Kindheit (familiäre Gewalt 70 %, körperliche Misshandlung 65 %, sexueller Missbrauch 48 %). Während der Prostitution erfahrene Traumata fanden sich bei 83% (körperlicher Angriff 61%, Vergewaltigung 61%, Bedrohung mit einer Waffe 52%). Hierbei erreichten 53% einen Krankheitswert im Sinne einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen bei 74%. In internationalen Vergleichsstudien finden sich ähnlich alarmierende Befunde. (*Zumbeck, Prävalenz....*)

---

**Psychische Störungen** sind erhebliche Abweichungen vom Erleben oder Verhalten psychisch (seelisch) gesunder Menschen; konkret betroffen sind die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns. Als weiteres Kriterium für eine Diagnose psychischer Störungen wird heute neben der Abweichung von der Norm häufig auch psychisches Leid auf Seiten der Betroffenen vorausgesetzt. Die Wissenschaften, die sich primär mit Störungen der Psyche beschäftigen, sind die Klinische Psychologie und die Psychiatrie.

**Missbrauchte Kinder** können Angststörungen, Depressionen, ein geringes Selbstwertgefühl sowie Verhaltensstörungen entwickeln. Psychische Auffälligkeiten in der Folge sexuellen Missbrauchs können enthemmtes triebhaftes Verhalten bei Kleinkindern mit ungewöhnlich aktivem Interesse an den eigenen Genitalien oder denen anderer Kinder, Distanzlosigkeit gegenüber Fremden, nicht altersgemäße sexuelle Aktivitäten mit Gleichaltrigen, exzessive Masturbation, spielerische Imitation und Nachvollziehen der Tat, Exhibieren und sexuell provozierendes Auftreten sein sowie ein erhöhtes Risiko, erneut Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden. Diese Auffälligkeiten können bereits im Vorschulalter auftreten. Im Schulkind- und Jugendalter zeigen sich häufig zusätzlich eine Blockierung und Angst in der Sexualentwicklung, funktionelle Sexualstörungen, Promiskuität und Prostitution, sexuell aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern, ausgeprägte Angst homosexuell zu sein, sowie eine gestörte Geschlechtsrollenidentität.

Wenn die unmittelbare Krise vorüber ist, brauchen viele Kinder weiterhin professionelle Hilfe. Häufig entwickelt sich eine Posttraumatische Belastungsstörung. Hier hängt die Beeinträchtigung der Opfer oft von der Schwere der Tat ab. Untersuchungen haben gezeigt, dass vor allem bei dissoziativen Identitätsstörungen, Essstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit sexueller Missbrauch vorlag. Dies bedeutet nicht, dass Personen, bei denen diese Störungen diagnostiziert wurden, zwangsläufig sexuell missbraucht wurden. Ebenso bedeutet dies nicht, dass jeder, der in der Kindheit sexuell missbraucht wurde, eine dieser Störungen entwickeln muss. Hier ist lediglich ein statistischer Zusammenhang zu erkennen, der besagt, dass schwere Traumata in der Kindheit, wie sexueller Missbrauch, eine dieser Störungen verursachen können.

Eine **Posttraumatische Belastungsstörung** entsteht weder aufgrund einer erhöhten psychischen Labilität, noch ist sie Ausdruck einer (psychischen) Erkrankung – auch psychisch gesunde und gefestigte Menschen können eine PTBS entwickeln. Sie stellt einen Versuch des Organismus dar, eine mögliche Existenzbedrohung zu überstehen. Daher handelt es sich ursächlich nicht um eine Störung (Fehlfunktion), sondern um eine gesunde und zweckdienliche Reaktion. Die ebenfalls geläufige Bezeichnung „Posttraumatische Belastungsreaktion“ weist auf diese Unterscheidung hin, gleichzeitig verdeutlicht sie in ihrer begrifflichen Anlehnung den Unterschied zur so genannten *Akuten* Belastungsreaktion, welche als eine kurzfristige, auf die Überlebenseicherung abzielende Reaktion auftreten kann und nicht wie die PTBS zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung führt.

Die PTBS kann infolge eines als existentiell bedrohlich erlebten Ereignisses oder mehrerer Ereignisse dieser Art auftreten, etwa Deprivation, Gewaltandrohungen, Misshandlungen, sexuelle Übergriffe, Krieg, Katastrophen aller Art, Unfälle, schwerwiegende Verluste (etwa den Tod nahestehender Menschen, aber auch Bindungstraumatisierungen), einschneidende Veränderungen oder deren Erwartung (etwa hervorgerufen durch die Diagnose einer schweren Krankheit) oder auch durch Mobbing. Das traumatisierende Ereignis geht meist mit Todesangst, Entsetzen oder Gefühlen von Hilflosigkeit einher. Auch das Erleben von "mental defeat" (dtsch: sich aufgeben) wird mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit posttraumatischer Symptombildung in Zusammenhang gebracht. Häufig kommt es zu Schockreaktionen, die sich in Übersprungsreaktionen und -handlungen oder Distanzerleben äußern können. Ist das der Fall, wird die Tragweite des Ereignisses oftmals nicht sofort deutlich, das Erlebnis wird daher häufig übergangen, die zur Verarbeitung (Integration) wichtige Abarbeitung somatischer Traumareaktionen bleibt u.U. aus. Erfolgt keine zeitnahe Verarbeitung oder Behandlung, kann eine PTBS entstehen, deren Symptome sich mitunter erst Jahre nach dem auslösenden Ereignis zeigen können, z. B. wenn das Ereignis durch spätere Informationen eine andere Bedeutung erhält.

Wenn Sie mit jemandem darüber reden wollen, steht Ihnen Pfr. Maas hierfür zur Verfügung.