

Aus der
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der
Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. Dieter Naber,

**Sexueller Mißbrauch bei opiatabhängigen Frauen-
Einstieg, Verlauf und Überwindung der Abhängigkeit.**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg
vorgelegt von
Sonja C. Huhle
aus Hamburg
Hamburg, 2000

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am:

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Sprecher:

Referent:

Korreferent:

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Theoretischer Bezugsrahmen	3
1.2. Stellenwert von sexuellem Mißbrauch für süchtiges Verhalten bei Frauen	7
1.3. Definition von sexuellem Mißbrauch	9
1.4. Zielsetzung der Arbeit	10
1.5. Generelle Problematik der Untersuchung, Fehlerquellen	11
1.5.1. Fehlerquellen bei der Befragung	11
1.5.2. Anmerkung	11
1.6. Kurzer Überblick über die folgenden Kapitel	11
2. Stand der Literatur	12
2.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch	12
2.1.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch bei drogenabhängigen Frauen	13
2.1.2. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch in der Durchschnittsbevölkerung	15
2.2. Drogenabhängigkeit	16
2.2.1. Einstiegsalter	16
2.2.2. Motivation zum Erstkonsum	16
2.2.3. Verlauf der Drogenbindung	17
2.2.4. Überwindung der Drogenabhängigkeit und Therapie	17
2.3. Soziales Netzwerk	18
2.4. Suizidalität	23
2.5. Prostitution	25
2.6. Selbsteinschätzungen	27
2.6.1. Persönlichkeitsstruktur	27
2.6.2. Depressivität	27
2.6.3. Persönlichkeitsstörungen	32

3. Untersuchungsgebiete und Hypothesen	35
3.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch	35
3.2. Verlaufparameter der Drogenabhängigkeit	35
3.2.1. Einstiegsphase	35
3.2.2. Verlauf der Drogenabhängigkeit	36
3.2.3. Ausstiegsphase	36
3.3. Soziales Netzwerk	37
3.4. Suizidalität	38
3.5. Selbsteinschätzungen	39
3.5.1. Persönlichkeitsstruktur	39
3.5.2. Depressivität	39
3.5.3. Persönlichkeitsstörungen	39
4. Material und Methoden	40
4.1. Stichprobe	40
4.2. Datenschutz	40
4.3. Methode	40
4.4. Untersuchungsinventarien	41
4.4.1. NEO-FFI (Neo - Fünf - Faktoren - Inventar)	41
4.4.2. BDI (Beck - Depressions - Inventar)	41
4.4.3. PDQ-R (Personality Diagnostic Questionnaire-Revised)	42
4.5. Zuordnung zu den Untersuchungsgruppen	42
4.6. Datenverarbeitung und Statistik	46
5. Ergebnisse	48
5.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch unter opiatsüchtigen Frauen	48
5.2. Umgang mit der Droge	50
5.2.1. Einstiegsphase	50
5.2.2. Dauer der Drogenzeit im Gruppenvergleich	56
5.2.3. Ausstiegssphase	60

5.3. Das soziale Netzwerk bei opiatsüchtigen Frauen	67
5.3.1. Familienstand und Partnerschaft	67
5.3.2. Freundschaftsbeziehungen	71
5.4. Die Suizidalität bei opiatsüchtigen Frauen	75
5.5. Die Rolle der Prostitution für den Lebensunterhalt bei opiatsüchtigen Frauen	81
5.6. Selbsteinschätzung	83
5.6.1. Persönlichkeitsstruktur (Neo-Fünf-Faktoren Inventar)	83
5.6.2. Einschätzung der Depressivität anhand des Beck-Depressions-Inventars	86
5.6.3. Persönlichkeitsstörungen	90
6. Diskussion	94
6.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch	95
6.2. Verlaufparameter der Drogenabhängigkeit	97
6.2.1. Einstiegsalter	97
6.2.2. Motivation zum Erstkonsum; Drogenpartner	99
6.2.3. Dauer des Drogenkonsums, Motivation im Verlauf, "needle-sharing"	100
6.2.4. Überwindung der Drogenabhängigkeit, Therapie; angestrebtes Ziel im Umgang mit der Droge	102
6.3. Soziales Netzwerk	103
6.4. Suizidalität	106
6.5. Prostitution	108
6.6. Selbsteinschätzungen	109
6.6.1. Persönlichkeitsstruktur	109
6.6.2. Depressivität	113
6.6.3. Persönlichkeitsstörungen	115
6.7. Schlußfolgerung und Ausblick	117
7. Zusammenfassung	118
8. Literatur	119

Anhang

1. Einleitung

Die Bedeutung des sexuellen Mißbrauchs für die psychische Entwicklung des Individuums war in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend Thema wissenschaftlicher Arbeiten verschiedener Disziplinen. Tauchte dieser Begriff in den siebziger Jahren allenfalls vereinzelt in der Fachliteratur auf, ist die Anzahl der Publikationen zu diesem Thema inzwischen unüberschaubar geworden.

Insbesondere die Frauenbewegung hat dieses Thema in das Blickfeld öffentlichen Interesses rücken können und den Anstoß zu intensiver Beschäftigung mit dieser weitreichenden Problematik gegeben. Diesem Engagement erst ist es zu verdanken, daß dieser Begriff breiter in der Forschungsliteratur auftauchte.

Eine Reihe von Forschungsgruppen hat sich seitdem auf internationaler Ebene dieser Thematik angenommen und versucht, auf dem schmalen Grat zwischen Überschätzung und Bagatellisierung Erkenntnisse über Verbreitung, Diagnostik, Auswirkungen, Therapie und Prävention von sexuellem Mißbrauch zu gewinnen. Bei den durchgeführten Studien lag das Hauptaugenmerk insbesondere auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten in der Folge eines derartigen Traumas.

Allen Studien gemeinsam ist die Schlußfolgerung, daß ein "typisches Krankheitsbild" in der Folge eines Mißbrauchstraumas im Sinne eines "Mißbrauchssyndroms" - zumindest langfristig betrachtet - nicht gefunden werden konnte. Dennoch ist die Liste der empirisch ermittelten Symptome und Krankheitsbilder in Verbindung mit sexuellem Mißbrauch lang. Sie werden im allgemeinen nach Initialwirkungen, die als unmittelbare Reaktionen innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Mißbrauch auftreten, und Langzeitauswirkungen unterschieden. Die wichtigsten großen Bereiche, in denen gehäuft Störungen bei Mißbrauchsopfern auftreten, seien hier kurz aufgeführt (nach Moggi, 1997):

- Emotionale und kognitive Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Dissoziative Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Somatisierung

- Schlafstörungen
- Eßstörungen
- Sexuelle Störungen
- Substanzgebundenes Suchtverhalten
- Störungen interpersonaler Beziehungen,
- Probleme der sozialen Anpassung

Während in zahlreichen Studien eine Korrelation von erlebtem sexuellen Mißbrauch und verschiedenen Beeinträchtigungen festgestellt werden konnte, wird in der Forschungsliteratur zunehmend die Kritik am Mangel ätiologischer Modelle für diese Störungen und Krankheitsbilder geäußert (Kendall-Tackett et al., 1997). Einer der Gründe für die Schwierigkeiten bei der Erklärung der Entstehung von Mißbrauchsfolgen besteht darin, die Auswirkungen dem sexuellen Mißbrauch nicht kausal und unabhängig zuschreiben zu können. Die beträchtliche Überschneidung mit dysfunktionellen Familienverhältnissen, Traumatisierungen durch physische Gewalt und emotionale Vernachlässigung erschwert neben den psychodynamischen Faktoren eine eindeutige Ursachenzuordnung.

Der Versuch einer ätiologischen Betrachtung von Mißbrauchsfolgen ist durch zahlreiche Autoren unter Verwendung verschiedener psychodynamischer Modelle unternommen worden. Einen häufig zitierten Erklärungsansatz stellt zum einen das Modell der traumatogenen Dynamiken, wie es von Finkelhor (1988) formuliert wurde, dar. Streng genommen handelt es sich hierbei aber in erster Linie um die Beschreibung spezifischer Symptome, welche durch vier verschiedene Mechanismen der Traumatisierung ausgelöst werden und je nach Kombination dieser Faktoren die Art und Schwere der Folgeerscheinungen bestimmen (vergl. Moggi, 1997). Dies trifft in ähnlicher Weise auf das Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung zu, welches zwar eine Einordnung von Symptomen und deren Schweregraden in eine übersichtliche Systematik gemäß DSM-III-R (1989) erlaubt, spezifische Initial- oder Langzeitfolgen in ihrer Entstehung aber nicht zu erklären vermag.

Bisher konnte sich kein theoretisches Modell finden lassen, mit dem alle beobachteten Folgen des sexuellen Mißbrauchs erklärt werden können. Ätiologische Modelle lassen sich aber sehr wohl für einzelne Teilbereiche formulieren, wie zum Beispiel für die Entstehung von Depressionen speziell bei Inzestopfern (siehe weiter unten).

1.1. Theoretischer Bezugsrahmen

Für die Hypothesenbildung über die zu erwartenden Folgen von sexuellem Mißbrauch sollen in der vorliegenden Arbeit zwei psychodynamische Ansätze besondere Beachtung finden. Zum einen wird hier das Konzept von der "erlernten Hilflosigkeit" von Seligmann (1988) im Zusammenhang mit den Vorstellungen des Situations-Verhaltens-Modells von Perrez und Reicherts (1992) zur Erklärung der Folgen im emotionalen und kognitiven Bereich herangezogen.

Zum anderen soll hier das Konzept der Objektbeziehungstheorie zur Vorhersage von Auswirkungen des Mißbrauchs verwendet werden. Beide Modelle sollen im Anschluß kurz vorgestellt werden.

Situations-Verhaltens-Modell

Besonders Moggi (1997) hat die Bedeutung v.a. des inzestuösen Mißbrauchs für die Entstehung von Depressionen, dem häufigsten Symptom im Erwachsenenalter, herausgestellt. Vor dem Hintergrund des Situations-Verhaltens-Modells von Perrez und Reicherts (1992) und unter Zuhilfenahme der Theorien Seligmanns (1988) über die erlernte Hilflosigkeit seien hier die Annahmen von Moggi dargestellt.

Zuerst soll das Situations-Verhaltens-Modell kurz skizziert werden. Perrez und Reicherts unterscheiden sogenannte "objektive Situationsmerkmale, subjektive Situationseinschätzungen (kognitive Bewertungen), emotionale Reaktionen und Bewältigungsverhalten (Adaption)". Zu den objektiven Situationsmerkmalen für das Auslösen negativer Emotionen in unangenehmen Situationen gehören zum einen die Vorhersagbarkeit, zum anderen die Kontrollierbarkeit einer Situation (vergl. Seligmann, 1988).

Inzestuöse Handlungen besitzen eine geringe Vorhersagbarkeit; möglicherweise ist das Kind über Diskriminationslernen in der Lage, festzustellen, daß es in Abwesenheit anderer Personen (z.B. der Mutter) zu solchen Situationen kommt. Die objektive Kontrollierbarkeit ist klein, weil erstens die Vorhersagbarkeit gering ist und zweitens es der Täter meist gut versteht, die wenigen Kontrollmöglichkeiten zunichte zu machen. Die auf allen Ebenen vorhandene Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern schränkt die Kontrollmöglichkeiten von vornherein ein. Vermeidungsstrategien des Kindes

werden gezielt unterlaufen bzw. bestraft; Versuche, das Geschehene zu berichten, scheitern durch Erpressung oder Gewaltandrohung.

Relevant für die Entstehung von Depressionen sind nach Perrez und Reicherts (1992) die subjektiven Situationseinschätzungen: Valenz, Zielrelevanz, Kontrollierbarkeit und Kausalattribution.

Valenz beschreibt hierbei die "Einschätzung einer Situation hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens". Durch die Verbindung mit Zuwendung und Zärtlichkeit wird die inzestuöse Handlung zuerst u.U. befriedigend, später aber zunehmend bedrohlich und schließlich schädigend in bezug auf die eigene psychische und physische Integrität empfunden, so daß negative Emotionen auftreten.

Mit Zielrelevanz werden die Auswirkungen auf wichtige Bedürfnisse und Erwartungen (Ziele) des Kindes bezeichnet. Dazu gehören "körperliche Zärtlichkeit, emotionale Zuwendung, Anerkennung, Schutz und Geborgenheit und die Förderung eigener Fähigkeiten". Diese werden durch inzestuöse Handlungen verletzt. In dem Maße, wie die Erkenntnis des Kindes wächst, daß diese Vorkommnisse die Integrität des Kindes und die sozialen Normen verletzt, wird der Inzest als aversiv und verletzend erlebt. Der Vertrauensbruch durch den Vorwand, die Bedürfnisse des Kindes durch körperliche Zuwendung zu befriedigen, die vielmehr der Befriedigung des Täters dient, führt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, soziales Mißtrauen zu entwickeln und zur Unfähigkeit, Vertrauen in Beziehungen zu erleben.

Mit Unkontrollierbarkeit beschreibt Seligmann (1988) die Unfähigkeit, durch eigenen Einfluß eine aversive Situation zu verhindern oder zu beenden. Wie auch immer das Kind handelt, es hat keinen Einfluß auf die Konsequenzen. Der Täter versteht es, das Kind davon zu überzeugen, daß es die inzestuöse Situation nicht kontrollieren kann. Nach Garber et al. (1980) stellen sich als emotionale Reaktion auf Unkontrollierbarkeit zuerst Furcht und Angst ein. Erst die wiederholte Erfahrung führt beim Kind zu der Überzeugung und der Erwartung, daß es den Inzest nicht beeinflussen bzw. beenden kann, Angst und Furcht werden durch Hilf- und Hoffnungslosigkeit ersetzt.

Diese Hilflosigkeit wird stabilisiert und generalisiert und geht mit depressiven Symptomen einher. Dazu gehören ungünstige Kontrollüberzeugungen, das Gefühl einer niedrigen Selbstwirksamkeit, Passivität, Dysphorie, niedriges Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität und andere (Abramson et al., 1978).

Kausalattribution bezeichnet die Zuschreibung von Ursachen vergangener Ereignisse. Diese determiniert zukunftsgerichtete Erwartungen über die Kontrollierbarkeit von Situationen. Da der Täter die Verantwortung für sein Handeln an das Kind delegiert, werden beim Kind Schuldgefühle induziert, nicht zuletzt durch Bemerkungen wie: "Du hast ja mitgemacht" oder "Dir hat es doch auch Spaß gemacht" oder "Du hast mich verführt". Das Kind lernt auf diese Weise, die Situation als selbst verursacht einzustufen.

Kausalattributionen erzeugen nach Abramson et al. (1978) erst dann Hilflosigkeit, wenn diese als "personal (internal), stabil und global" attribuiert werden. Durch die Verschiebung der Verantwortung vom Vater auf das Kind wird diese Internalität gefördert. Die wiederholte Erfahrung, die Mißbrauchssituationen nicht vermeiden bzw. beenden zu können, bedingt die stabile Attribution.

Die Generalisierung der personalen Hilflosigkeit auf andere Lebensbereiche erfolgt über klassische Konditionierungsvorgänge. Auf diese Weise können auch Interaktionssituationen mit Männern ähnliche Reaktionen auslösen. Es handelt sich beim Inzest um ein regelrechtes Hilflosigkeitstraining, in dessen Rahmen das Opfer depressionstypische kognitiv-emotionale Schemata erwirbt, die im Erwachsenenalter durch vielfältige Stimuli aktualisiert werden können.

Objektbeziehungstheorie

Unter Objektbeziehungen werden in diesem Zusammenhang "die phantasierten Beziehungen zwischen dem eigenen Selbstbild (Selbstrepräsentanz) und einem vorgestellten Interaktionspartner (Objektrepräsentanz)" verstanden. "Objektbeziehungen stellen einen Niederschlag aus der Summe real erlebter früher Beziehungserfahrungen einschließlich ihrer affektiven Qualitäten dar" (Gast, 1997). "Gute" und "böse" Beziehungserfahrungen werden in frühen Entwicklungsphasen getrennt abgespeichert, so daß je nach Affektzustand jeweils z.B. nur eine gute oder eine böse Mutter wahrgenommen wird. Die Fähigkeit zur Integration dieser beiden Anteile bildet sich erst im späteren Verlauf der Entwicklung, sodaß beide Eigenschaften - gut und böse - zu einem vollständigen Bild vereinigt werden können. In gleichem Maße, wie die Vorstellungen von einer liebevollen und beschützenden Elternperson einerseits und einer strafenden andererseits zu einem Bild verknüpft werden können,

kommt das Kind in die Lage, nun auch die guten und schlechten Seiten des eigenen Selbstbildes verschmelzen zu können. Auf diese Weise können ambivalente Gefühle und Widersprüche ertragen werden; diese Entwicklung ist die Voraussetzung für die Ausbildung eines psychologisch autonomen Individuums und die Ablösung von der Bezugsperson.

Ist diese Ablösung - etwa durch eine lieblose Elternperson - gestört, bleibt die Spaltung erhalten und das Kind schafft sich aus "narzistischem Selbsterhaltungstrieb die Illusion einer liebevollen Elternperson" (Shengold, 1979), indem die schlechte Seite unterdrückt wird. Die auf diese Art geleugnete Eigenschaft der Elternperson wird der eigenen Person zugeschrieben; Die Illusion, geliebt zu werden, wird durch die Aufrechterhaltung der Vorstellung von der eigenen Schlechtigkeit und den damit verbundenen Schuldgefühlen erreicht; Aggressionen gegen die Eltern werden unterdrückt. Diese Psychodynamik resultiert in der Folge in Selbsthaß, Depressionen, unkontrollierbarer Wut und selbstzerstörerischen Verhaltensweisen.

Bereits Ferenczi (1933, S. 308f) formulierte diesen zentralen Gedanken, daß das mißbrauchte Kind die lebensnotwendige Beziehung zum Täter zu erhalten sucht, indem es sich selbst die Ursache der Gewalt, des Bösen und der Schuld zuschreibt. Die äußere Gewalt wird im Rahmen einer aktiven Abwehrleistung introjiziert und bildet einen Fremdkörper im Selbst (Hirsch, 1997) der destruktiv weiterwirkt. Auf diese Weise wird die äußere Umgebung bzw. der Täter vom Bösen befreit, während das Böse hierdurch in das Opfer gelangt. So kann der lebensnotwendig gebrauchte Täter "gut" bleiben, die Illusion vom genügend guten äußeren Objekt kann aufrecht erhalten werden.

Eine weiteren möglichen Nutzen einer solchen Abwehroperation nennen Zepf et al. (1986): "Dadurch, daß die äußere traumatische Realität nach innen verlegt wird, eröffnet sich dem Ich eine Chance, daß sie dort in der Phantasie beherrschbar ist, denn als äußere Realität ist sie überwältigend".

Hirsch (1997) erläutert den Unterschied zwischen den Begriffen Introjektion und Identifikation, die Ferenczi noch gleichsetzte: Die Introjektion verursacht durch den Fremdkörper im Selbst eine Spannung, die nur durch Identifikation mit dem Introjekt verringert werden kann - eine "Möglichkeit der Assimilation, der Entschärfung introjizierter Gewalt".

Die Introjektion der Gewalt und die Identifikation mit dem Aggressor sind Abwehrleistungen des Ich; die Gewalt geht jedoch ursprünglich vom äußeren Objekt aus, das dem Opfer die Gewalt von außen "implantiert" (Hirsch, 1995). Der Implantation des Bösen folgt - so Ferenczi - ein "Berauben des Guten"; in diesem Vorgang sieht er den Grund für "Leere des Lebendig-Tot-Seins", wie sie später häufig von den Patienten beschrieben wird: "...Zugleich annektiert der Aggressor ...die naive, angstlose, ruhige Glückslage, in der bis dahin das Opfer lebte" (Ferenczi, 1985, S. 124). Das mißbrauchte Kind wird auf diese Weise "zu einem mechanisch gehorsamen Wesen" (Ferenczi, 1933, S. 309). Hirsch (1987b) sieht in diesem Mechanismus die Ursache für das Abschalten der Affekte des Opfers - sowohl während des Mißbrauchs, als auch später - als Charakterzug. Shengold (1979) bezeichnet diesen Vorgang als "vertikale Spaltung", einem Nebeneinander von Denken und Wahrnehmung, um durch "Kompartimentierung das Unerträgliche in Schach zu halten".

1.2. Stellenwert von sexuellem Mißbrauch für süchtiges Verhalten bei Frauen

Die Hinwendung zum Alkoholkonsum bzw. zum Konsum psychotroper Substanzen ist eine im Vergleich zur "Durchschnittsbevölkerung" bei Opfern sexuellen Mißbrauchs häufiger auftretende Verhaltensweise und konnte durch zahlreiche Untersuchungen belegt werden (eine ausführliche Beschreibung der Studien zu diesem Thema findet sich in Abschnitt 2.1.1.).

Für den deutschen Sprachraum existieren jedoch noch recht wenige Arbeiten, die sich über die Feststellung einer höheren Prävalenz hinaus differenziert mit der Entstehung und dem Verlauf einer Drogenabhängigkeit von Mißbrauchsoptionen auseinandersetzen. Dies gilt insbesondere für die gezielte Untersuchung von drogenabhängigen Frauen mit einer sexuellen Traumatisierung in der Vorgeschichte.

Die Erklärungsversuche für die Entstehung einer Drogenabhängigkeit bei Mißbrauchsoptionen sind vielfältig: Richter-Appelt (1997) beobachtet im Rahmen einer Hamburger Studie: "Suchtmittelmißbrauch scheint gerade bei Frauen, die in der Kindheit mißbraucht und mißhandelt worden waren, zum Problem zu werden. Sie greifen vermehrt zu Mitteln, die ihnen kurzfristig Entspannung, Angst-,

Bewußtseinsminderung, aber auch Abbau von Schuldgefühlen verschaffen und einen Lösungsweg darzustellen scheinen, mit Angst, Depressionen und Selbstwertzweifel besser umgehen zu können. Nicht selten wurde der sexuelle Mißbrauch vom Täter unter Betäubung durch Suchtmittel vollzogen, so daß eine Assoziation von Sexualität und Suchtmittelkonsum stattgefunden hat, die wiederum dazu führen kann, daß Opfer von sexuellem Mißbrauch später sexuelle Handlungen überhaupt nur unter Suchtmiteleinfluß zulassen können".

Kreyssig (1997) spricht von Suchtmitteln als "Überlebensmitteln", die von Opfern sexuellen Mißbrauchs zur Bewältigung der damit verbundenen Folgen im Sinne einer Selbstmedikation eingesetzt werden. Auch sie betont an dieser Stelle die Funktion psychotroper Substanzen für die Sexualität im Erwachsenenalter; diese sei für die Betroffenen "oft erst unter dem Einfluß von Drogen erträglich".

Root (1989) sieht in dem häufigen Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der Folge sexuellen Mißbrauchs ein wichtiges Motiv zum Konsum psychotroper Substanzen, um die damit verbundenen Symptome zu lindern.

Für die Psychogenese der Sucht aus objektpsychologischer Sicht ist das Suchtmittel als Ersatz bzw. Wiederholung frühkindlicher Objekte zu verstehen. Pathologische Objekt- bzw. Selbstrepräsentanzen verhindern die Ablösung von den frühen Beziehungsfiguren.

Lürßen (1974, S. 146) sieht das zentrale Problem in einer "archaischen Objektabhängigkeit"; der Ablösungsprozeß von den Eltern und die damit verbundene Trauerarbeit ist nicht gelungen. Der unbewußte Verschmelzungswunsch und die vorhandene Trennungsangst stehen dem äußeren Trennungswunsch ungelöst gegenüber. Vor dem Hintergrund mangelhaft entwickelten Urvertrauens bzw. fehlender innerer Sicherheit dient das Suchtmittel als Ersatzobjekt, welches die Bedeutung eines inneren Objekts gewinnt, das "geliebt und gehaßt wird wie die Eltern" (Krausz und Freyberger, 1997).

1.3. Definition von sexuellem Mißbrauch

In der öffentlichen Meinung existieren recht unterschiedliche Vorstellungen davon, was unter sexuellem Mißbrauch zu verstehen ist. Häufig wird dieser Begriff undifferenziert gleichgesetzt mit dem inzestuösen Mißbrauch von Töchtern durch ihre Väter im Sinne eines vollzogenen Koitus.

Abhängig von Forschungseinrichtung und Studienziel werden bei der Definition von sexuellem Mißbrauch unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Kriterien wie z.B. eine kritische Altersdifferenz zwischen Täter und Opfer, ein vorhandenes Macht- oder Kompetenzgefälle wie auch ein nach oben hin begrenztes Alter des Opfers werden unter anderem häufig zugrunde gelegt.

So definiert Engfer (1995b) den sexuellen Mißbrauch als die "Beteiligung noch nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite noch nicht erfassen. Dabei benutzen bekannte oder verwandte (zumeist männliche) Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation und mißbrauchen das vorhandene Macht- oder Kompetenzgefälle zum Schaden des Kindes".

Briere und Runtz (1988a) definieren sexuellen Mißbrauch als sexuelle Handlungen, die von Personen +5 Jahren an Personen unter 15 Jahren gegen ihren Willen von intra- oder extrafamiliärer Seite vorgenommen werden.

Eine häufig zitierte Definition ist diejenige von Kempe und Kempe (1978, S. 62): "Sexueller Mißbrauch wird definiert als die Inanspruchnahme von abhängigen, entwicklungsmäßig unreifen Kindern und Adoleszenten für sexuelle Handlungen, die sie nicht gänzlich verstehen, in die einzuwilligen sie in dem Sinne außerstande sind, daß sie nicht die Fähigkeit haben, Umfang und Bedeutung der Einwilligung zu erkennen, oder die sozialen Tabus von Familienrollen verletzen. Sie schließt Pädophilie, Vergewaltigung und Inzest ein"

Mullen et al. (1993) betonen in ihrer Untersuchung verschiedene Schweregrade des sexuellen Mißbrauchs, die sich auch in ihren Auswirkungen für das Opfer deutlich unterscheiden, je nachdem, ob Körperkontakt bzw. Koitus mit einbezogen war.

Eine sehr ausführliche Zusammenschau der bisher verwendeten bzw. publizierten Definitionen für sexuellen Mißbrauch ist bei Wipplinger und Amann (1997) zu finden

Die dort vorgestellten Definitionen unterscheiden sich z.T. wesentlich voneinander, so daß die Vergleichbarkeit von Studien, die sich mit der Thematik des sexuellen Mißbrauchs auseinandersetzen, erschwert - wenn nicht unmöglich - wird. Tatsächlich existiert auch nach vielen Jahren der Forschung noch keine Standarddefinition von sexuellem Mißbrauch.

1.4. Zielsetzung der Arbeit

In dieser Arbeit sollen Zusammenhänge zwischen der Erfahrung eines sexuellen Mißbrauchs und dem Verlauf der Opiatabhängigkeit bei Frauen untersucht werden.

Hierzu soll eine Gruppe opiatabhängiger Frauen mit Mißbrauchsanamnese mit einer Kontrollgruppe von opiatabhängigen Frauen ohne derartige Erfahrung hinsichtlich der Verlaufparameter der Opiatabhängigkeit verglichen werden. Diese betreffen sowohl die Einstiegsphase, in deren Rahmen v.a. das Alter bei Beginn des Drogenkonsums wie auch die Motivation zur Drogeneinnahme von Interesse ist. Darüber hinaus soll sowohl der Verlauf der Drogenabhängigkeit als auch die Inanspruchnahme professioneller Hilfseinrichtungen zur Überwindung einer Drogensucht auf die Unterschiede zwischen den o.g. Gruppen untersucht werden.

Diese Daten sollen durch die vergleichende Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur und des Auftretens typischer Symptome und Krankheitsbilder, wie sie in der Folge von sexuellem Mißbrauch beschrieben wurden, ergänzt werden. Dazu gehört auch die Fragestellung nach vorhandenen Persönlichkeitsstörungen. Weitere Untersuchungsgebiete befassen sich mit der Struktur des sozialen Netzwerks und mit dem Bereich "Prostitution".

Ziel dieser Arbeit ist die Einschätzung des Stellenwertes, welchen die Mißbrauchserfahrung für den Umgang mit psychotropen Substanzen besitzt.

Leitende Fragestellung hierbei ist, ob sich der sexuelle Mißbrauch im Sinne einer Dramatisierung der Drogenkarriere im Hinblick auf einen früheren Beginn, einen verlängerten Verlauf bzw. eine erschwerte Überwindung der Drogenabhängigkeit auswirkt.

1.5. Generelle Problematik der Untersuchung, Fehlerquellen

1.5.1. Fehlerquellen bei der Befragung

Die Frage nach einem erlebten sexuellen Mißbrauch berührt einen sehr intimen Bereich; die befragende Person ist der Klientin weitgehend unbekannt. So ist es durchaus denkbar, daß ein derartiges Erlebnis bewußt verschwiegen wird. Weiterhin besteht die Möglichkeit, daß trotz stattgefundenen Mißbrauchs das Ereignis aus Scham- oder Schuldgefühl nicht erinnert werden kann. Darüber hinaus könnte die selbst in Fachkreisen bestehende Unklarheit darüber, was als sexueller Mißbrauch anzusehen ist, auf der Seite der Befragten zu Unsicherheiten führen. Es ist also mit einer Dunkelziffer zu rechnen, welche die Studie möglicherweise verfälscht, indem sie die Grenzen zwischen den beiden untersuchten Gruppen (opiatabhängige Frauen mit erlebtem sexuellen Mißbrauch versus Frauen ohne derartige Erfahrung) verwischt.

1.5.2. Anmerkung

In dieser Arbeit wurden 107 opiatabhängige Frauen auf die Erfahrung des sexuellen Mißbrauchs hin untersucht. Die Datenerhebung erfolgte im Laufe des Jahres 1995. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden also Daten ausgewertet, die zeitlich vor der Festlegung der zu bearbeitenden Themen erhoben worden sind.

1.6. Kurzer Überblick über die folgenden Kapitel

Im folgenden Abschnitt (2.) wird der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch und Opiatabhängigkeit abgehandelt. Die sich daraus ergebenden Untersuchungsannahmen schließen sich in Kapitel 3. an.

Methodik und Stichprobe sind die Themen des vierten Abschnitts, auf welchen dann die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 5. folgt. In Abschnitt 6. werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der vorgestellten Literatur diskutiert und interpretiert.

Die Numerierung der Abschnitte erfolgt analog in den einzelnen Kapiteln; dadurch soll die leichtere Auffindbarkeit zusammengehöriger Abschnitte gewährleistet werden. Lediglich im Diskussionsteil fallen die Unterteilungen zugunsten der besseren Lesbarkeit fort.

2. Stand der Literatur

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels (2.1.) sollen vorhandene Forschungsergebnisse zur Prävalenz von sexuellem Mißbrauch unter drogenabhängigen Frauen als auch unter nichtabhängigen Frauen vorgestellt werden. Im zweiten Abschnitt (2.2.) werden diejenigen Studien behandelt, die sich mit Drogenabhängigkeit bei sexuell mißbrauchten Frauen beschäftigt haben. Der dritte Abschnitt dieses Kapitels (2.3.) befaßt sich mit der Literatur zu sozialen Netzwerken sexuell mißbrauchter Frauen. Der vierte Abschnitt (2.4.) widmet sich dem Thema Suizidalität, im fünften werden Studien zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Prostitution vorgestellt (2.5.). Der letzte Abschnitt (2.6.) schließlich beschäftigt sich mit den Selbsteinschätzungen von Frauen mit der Erfahrung des sexuellen Mißbrauchs.

2.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch

Abhängig von der zugrundeliegenden Definition finden sich recht unterschiedliche Angaben zur Prävalenz von sexuellem Mißbrauch bei Frauen. Einige Autoren beschränken sich auf inzestuöse Erlebnisse, während andere sich mit dem gesamten Spektrum der unerwünschten sexuellen Annäherung, dem Mißbrauch durch Personen, die nicht zur Familie gehören, wie auch mit Vergewaltigung, auseinandersetzen. Der oftmals für die Erfüllung des Tatbestandes "sexueller Mißbrauch" geforderte Altersabstand von fünf Jahren zum Täter wird durchaus nicht von allen als gültiger Maßstab betrachtet, für andere wiederum gilt ein Mindestabstand von zehn Jahren als Voraussetzung.

Während einige Autoren sich darauf beschränken, einen festgesetzten Lebensabschnitt (meist die Zeit bis zum 14. Lebensjahr) auf den sexuellen Mißbrauch hin zu beleuchten, berücksichtigen andere auch Übergriffe zu einem späteren Zeitpunkt. Des weiteren handelt es sich nicht bei allen im folgenden angeführten Autoren, die sich mit der Prävalenz von sexuellem Mißbrauch bei drogenabhängigen Frauen beschäftigen, um Opiatabhängigkeit, sondern auch um die Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Substanzen u.a. Es liegt auf der Hand, daß eine Vergleichbarkeit dieser Studien nur eingeschränkt möglich ist. Die Vergleichbarkeit von Prävalenzraten wird weiterhin begrenzt durch verschiedene Methoden der Datengewinnung wie auch durch

Unterschiede zwischen den untersuchten Populationen in Bezug auf ethnische, religiöse und sozioökonomische Merkmale und nicht zuletzt in der Alterszusammensetzung.

Darüber hinaus ist bei allen Untersuchungen, in denen sexueller Mißbrauch angesprochen wird, eine Dunkelziffer nicht zu vernachlässigen, die sich sowohl aus der Befragungs-situation (häufig fremde Interviewer) als auch aus der Scham der Betroffenen, "so etwas" zu erzählen, ergibt. Eine nicht zu unterschätzende Rolle muß auch der Verdrängung einer solchen Erinnerung zugewiesen werden. Die so entstandenen Unschärfen zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppen sind bei allen Studien in mehr oder minder großem Ausmaß vorhanden und sollten bei der Interpretation der Befunde mit berücksichtigt werden.

2.1.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch bei drogenabhängigen Frauen

In einer älteren Studie an drogenabhängigen Frauen (Benward, 1977) wurde bei 44% der Befragten ein Inzest gefunden. Sterne (1983) konnte in einer Untersuchung an drogen-abhängigen Frauen eine Prävalenz für Inzesterlebnisse von 53% feststellen. In einer auf Inzestopfer spezialisierten amerikanischen Klinik fand Holman bei einem Anteil von 70% der Frauen eine Drogenabhängigkeit (Holman, 1986)

Eine Vergleichstudie zwischen drogenabhängigen Frauen und nichtdrogenabhängigen Frauen ergab für die Prävalenz von sexuellen Übergriffen Werte von 67% für die drogenabhängigen Frauen versus 15% für die nichtabhängigen Frauen (Hagan, 1988). Der Begriff "sexueller Mißbrauch" umfaßte in diesem Fall Inzest und Vergewaltigung.

In einer breit angelegten Studie in 3.132 Haushalten in Los Angeles konnten Burnam et al. (1988) zeigen, daß für die Opfer von sexuellem Mißbrauch (Männer und Frauen) ein deutlich erhöhtes Risiko besteht, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln. Im gleichen Jahr fanden Rohsenow et al. unter jungen Drogenabhängigen (Männer und Frauen) einen Anteil von nahezu 75%, welche einen sexuellen Mißbrauch erlebt hatten (Rohsenow et al., 1988). In einer Prospektivstudie an stationär behandelten Drogenabhängigen (Hanel, 1988) waren 41% der Frauen in einem durchschnittlichen Alter von 13 Jahren sexuell mißbraucht worden.

Evans et al. (1984) belegten in einer Studie, daß süchtige Frauen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Frauen ohne Suchtprobleme wesentlich länger mißbraucht worden

waren. Sie fanden einen Anteil von 28% der Frauen, die länger als zehn Jahre sexuellem Mißbrauch ausgesetzt waren. Keine der nichtsüchtigen Frauen gab mehr als zehn Jahre an. Wegen der überraschend ähnlichen Ergebnisse soll an dieser Stelle noch eine Studie an Alkoholikerinnen erwähnt werden: Covington (1986) fand einen hohen Anteil von Alkoholikerinnen, die den sexuellen Mißbrauch länger als 10 Jahre erlitten haben (14%), während in der nichtsüchtigen Kontrollgruppe keine Frau über einen derart langen Zeitraum berichtete. Dazu kommt, daß bei den Alkoholikerinnen der Mißbrauch wesentlich früher einsetzte, als bei den Frauen der Kontrollgruppe. Rose et al. (1991) konnten ebenfalls Substanzmißbrauch als Folgeerscheinung bei Opfern sexuellen Mißbrauchs (Männer und Frauen) in erhöhtem Maße feststellen.

In einer Studie an stationär behandelten Patienten der Psychiatrischen Abteilung eines Militärkrankenhauses konnten Brown und Anderson (1991) höhere Raten von Suchterkrankungen bei Patientinnen mit einer Mißbrauchsvorgeschichte finden. Auch Pribor und Dinwiddie (1992) fanden unter Frauen mit sexuellem Mißbrauch erhöhten Substanz-mißbrauch bzw. vermehrt Drogenabhängigkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung. Diese Befunde konnten von Mullen et al. (1993) bestätigt werden.

Im Rahmen der Befragung einer repräsentativen Stichprobe von Frauen aus der Durchschnittsbevölkerung Großbritanniens fand die Arbeitsgruppe einen signifikanten Anstieg des Drogenkonsums (v.a. verschreibungspflichtiger Substanzen), der mit der Schwere des stattgefundenen Mißbrauchs korrelierte. Während in der Kontrollgruppe der nichtmißbrauchten Frauen ein Anteil von 4% Drogenprobleme hatte, stieg dieser in der Gruppe des leichten Mißbrauchs auf 9%, erreichte bei den mittelschweren Formen 12% und betrug bei denjenigen Mißbrauchsformen, die den Koitus miteinschlossen, 25% (Mullen et al., 1993). Moncrieff (1994) erwähnt eine Studie an 40 Opiatabhängigen, darunter 18 Frauen, von denen neun (50%) einen sexuellen Mißbrauch erfahren hatten.

Stellvertretend für den deutschen Sprachraum sei hier die Studie von Hedrich erwähnt. Sie berichtete über einen Prozentsatz von 33% für sexuellen Mißbrauch unter den befragten drogenabhängigen Frauen, wobei es sich um die Erstbefragung durch fremde Interviewer handelte und daher eine hohe Dunkelziffer zu erwarten ist (Hedrich, 1989).

Wenn auch die Befunde zahlenmäßig stark variieren, kommen jedoch alle vorgenannten Autoren zu dem Schluß, daß der sexuelle Mißbrauch ein häufiges Phänomen unter Drogenabhängigen ist.

2.1.2. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch in der Durchschnittsbevölkerung

Unter den Frauen der Durchschnittsbevölkerung finden sich - abhängig von der Fragestellung und der gewählten Stichprobe - Häufigkeiten zwischen 6,8% (Stein et al., 1988, USA), 9.9% (Mullen et al., 1988, Neuseeland), 13% (Bushnell et al., 1992), 15,5% (Draijer, 1990, Holland) 16% (Sedney und Brooks, 1984, USA) bzw. 16,7% (Burnam et al., 1988, USA) für sexuellen Mißbrauch.

Finkelhor (1979) fand in einer Stichprobe von 796 College-Studenten (USA) eine Prävalenz für Inzest bei den weiblichen Teilnehmern von 19%. Die von Boudewyn und Liem (1995) gewählte Stichprobe bestand ebenfalls aus College-Studenten; hier waren es 24% der befragten Frauen, die vor dem Erreichen des 14. Lebensjahres unter sexuellen Übergriffen verschiedener Schweregrade gelitten hatten. In einer Befragung von 933 zufällig ausgewählten Frauen in San Francisco fand Russel (1983) einen Anteil von 28 % der Frauen, die vor dem 14. Lebensjahr ungewollten Sexualkontakten ausgesetzt waren.

Einer Schätzung des Bundeskriminalamtes zufolge sind in der Bundesrepublik 25% der Frauen in ihrem Leben von sexuellem Mißbrauch betroffen (Brachatzek, 1991). Da nur ein sehr geringer Prozentsatz von Delikten zur Anzeige kommt und die kriminalpolizeilich verfolgten Tatbestände einen besonderen Ausschnitt des sexuellen Mißbrauchs darstellen, sind Aussagen über die Vorkommenshäufigkeit anhand von Kriminalstatistiken jedoch nur eingeschränkt möglich. Die so ermittelten Fallzahlen sind nicht mit sozialwissenschaftlichen Dunkelfeldstudien vergleichbar.

Arbeiten für den deutschen Sprachraum über die Prävalenz von sexuellem Mißbrauch liegen vor allem über abgeschlossene Kollektive, (z.B. Inhaftierte, Prostituierte, stationär behandelte Patienten usw.) vor. Eine Befragung von 1018 Würzburger Schülern ergab bei den weiblichen Teilnehmern eine Prävalenz von 9,7% für sexuelle Übergriffe vor dem 14. Lebensjahr bei einem geforderten Altersabstand zum Täter von mindestens 5 Jahren (Elliger und Schötensack, 1991).

In einer Befragung von 91 Frauen aus den Geburtsjahrgängen 1895-1936 gab ein Fünftel einen sexuellen Mißbrauch in der Kindheit oder Jugend an, bei 7% der Frauen handelte es sich um inzestuösen Mißbrauch (von Sydow, 1991). In einer Studie an 518 weiblichen Studentinnen der Universität Dortmund konnte Bange (1992) bei 25% der Befragten Teilnehmerinnen sexuelle Übergriffe feststellen. Mehr als die Hälfte der Frauen hatten schwere Formen des Mißbrauchs erlebt.

2.2. Drogenabhängigkeit

2.2.1. Einstiegsalter

Die Literatur zu Verlaufsparemern einer Drogenkarriere bei Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte ist bislang spärlich; Statistische Angaben zum Einstiegsalter, zum Verlauf der Drogenbindung und zum Thema Abstinenz sind nicht verfügbar.

Die einzige empirische Arbeit zu diesem Thema wurde von Cavaiola und Schiff erstellt. In einer retrospektiv durchgeführten Studie an 500 psychiatrisch behandlungsbedürftigen Adoleszenten konnte bei 30% der Probanden einen körperlicher oder sexueller Mißbrauch festgestellt werden (Cavaiola und Schiff, 1988). Die mißbrauchten Jugendlichen begannen zu einem früheren Zeitpunkt mit dem Konsum von Alkohol und Drogen, als die nichtmißbrauchten Suchtpatienten im gleichen Behandlungsprogramm.

Literatur aus dem deutschen Sprachraum zum Einstiegsalter bei sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte liegt nicht vor.

2.2.2. Motivation zum Erstkonsum

Die Motivation zum Drogenkonsum durch mißbrauchte Frauen kann allenfalls beispielhaft aus Kasuistiken entnommen werden, da die empirische Forschung sich bisher nicht eingehend mit dieser Thematik auseinandergesetzt hat. Stellvertretend sei hier ein aus einem Artikel von Mebes und Jeuck (1989) zitiert:

"Ich war 11 Jahre alt, als ich das erste Mal entdeckte, daß Drogen diese furchtbare Welt um mich herum verschwinden lassen konnten. Ich begann, Klebstoff zu schnüffeln, um aus meinem Leid rauszukommen, und es funktionierte. Drogen wurden meine großen

Fluchthelfer, es gab nichts, was ich nicht ausprobiert hätte, um ‚high‘ zu sein. Ich wußte nie, wie ich mich fühlen würde, wenn ich mit unterschiedlichen Menschen zu tun hatte - aber unter Drogen konnte ich sein, was immer ich sein wollte ... Manchmal bin ich völlig verblüfft, daß ich es nicht fertiggekriegt habe, mich mit Drogen kaputtzumachen; bei Gott, ich hab´s versucht. Die Hälfte der Zeit kümmerte es mich noch nicht mal, oder ich wußte nicht, was ich runterschlucke. Später habe ich mit voller Absicht schmutzige Nadeln benutzt, um Hepatitis zu kriegen. Ich entwickelte so eine Art Liebes-/Vertrauensbeziehung zu Drogen, die ich mit Menschen nie gehabt hatte. Ich wußte, sie würden mich nie im Stich lassen, wie Menschen es getan hatten. Ich konnte sicher sein, wie Drogen wirken würden; ich hatte einen Weg gefunden, glücklich zu sein, mich gut zu fühlen - auch wenn es ein Weg mit Drogen anstelle von Menschen war."

In einer Studie an ausstiegswilligen Prostituierten (von denen 95% in ihrer Kindheit einen sexuellen Mißbrauch erfahren hatten) konnte Marwitz (1990) den Drogengebrauch häufig im Sinne eines als Hilfsmittels finden, um die Umstände der Prostitution ertragen zu können und den damit verbundenen Ekel unterdrücken zu können.

Empirische Studien zur Motivation zum Drogenkonsums bei sexuell mißbrauchten Frauen liegen zur Zeit nicht vor.

2.2.3. Verlauf der Drogenbindung

Empirische Studien an Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte mit Variablen wie z.B. "Dauer der Drogenbindung", "intravenöser Konsum", "Benutzung gemeinsamer Injektionsnadeln" u.a. sind derzeit nicht vorhanden.

2.2.4. Überwindung der Drogenabhängigkeit und Therapie

Die einzige zur Zeit verfügbare Literatur über die Therapie von Drogenabhängigkeit bei Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte ist die Darstellung zweier Kasuistiken von Root (1989).

Vor dem Hintergrund der Funktionalität des Drogengebrauchs für derart traumatisierte Frauen beschreibt sie die besonderen Schwierigkeiten, die sich damit aus der Abstinenzforderung zu Beginn der Therapie ergeben.

Sie weist der Droge eine Funktion als "körperliches und emotionales Anästhetikum" gegen diese Erinnerungen zu; an anderer Stelle bezeichnet sie den Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie eines "Posttraumatischen Streßsyndroms".

Wird der Drogenkonsum reduziert oder beendet, fällt diese lindernde Wirkung fort, und massive negative Emotionen und unerträgliche Erinnerungen an das Trauma lassen die erneute Hinwendung zum Drogengebrauch als das "kleinere Übel" erscheinen. Solche Fälle würden dann häufig als sogenannte Therapieversager bzw. Suchtpersönlichkeiten bezeichnet.

Root betont, daß der Konsum psychotroper Substanzen in diesem Zusammenhang eine derart wichtige Rolle als Bewältigungsversuch der persönlichen Geschichte darstellt, daß die Forderung von Abstinenz kaum erfüllbar sei, bevor nicht alternative Bewältigungsstrategien mit den Betroffenen gefunden würden.

Empirische Arbeiten zu diesem Thema sind zur Zeit nicht vorhanden.

2.3. Soziales Netzwerk

Untersuchungen bezüglich des sozialen Netzwerkes gestalten sich vorstellbar schwierig, handelt es sich doch um eine eingeschränkt quantitativ meßbare Struktur. Unter einem sozialen Netzwerk wird ein "Geflecht sozialer Beziehungen verstanden, an welchem deren Mitglieder mehrheitlich wechselseitig teilnehmen" (Siegrist, 1988). Die dort erreichbare soziale Unterstützung dient als "Resource, auf die das Individuum bei der Streßbewältigung zurückgreifen kann, um adaptive Handlungen oder Gedanken zur Beseitigung von Streß auszuführen" (Schwarzer und Leppin, 1989).

Ein schwach ausgebildetes soziales Netzwerk bzw. soziale Isolation stellt nicht nur einen Risikofaktor in sogenannten "Mißbrauchsfamilien" dar; es ist auch ein häufig beobachtetes Phänomen bei Frauen, die in ihrer Kindheit oder Jugendentwicklung einem sexuellen Mißbrauch ausgesetzt waren.

Generelle Probleme im Umgang mit anderen Menschen und ganz besondere Schwierigkeiten im Rahmen von intimen Beziehungen sind in der Literatur für derart traumatisierte Frauen vielfach beschrieben worden. Die mangelnde Fähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen, negative Meinungen über sich selbst und andere, insbesondere aber über Männer, weiterhin die Unfähigkeit, sich in einer intimen Beziehung geliebt

und beschützt zu fühlen, erschweren die Schaffung und auch die Nutzung einer funktionierenden Netzwerkstruktur.

Über die Auswirkungen von sexuellem Mißbrauch auf das Bindungsverhalten bzw. spätere Partnerschaften wird von vielen Autoren übereinstimmend berichtet, daß die Aufnahme intimer Beziehungen durch derartige Vorerfahrungen, insbesondere aber durch die häufig negative Selbsteinschätzung erschwert ist.

Eine signifikant niedrigere Selbsteinschätzung sexuell mißbrauchter Frauen fanden Bagley und Ramsey (1985 a) mit 19% für die Untersuchungsgruppe versus 5% für die Kontrollgruppe. Daß sich eine niedrige Selbsteinschätzung insbesondere auf sexuelle Beziehungen auswirkt, betont Finkelhor (1984). Sexuelle Schwierigkeiten wie zum Beispiel Probleme im sexuellen Erleben mißbrauchter Frauen werden ebenfalls von Fromuth (1986) erwähnt.

Auch die Arbeitsgruppe um Bachmann führt die Furcht vor intimen Beziehungen als eine häufige Langzeitfolge von sexuellem Mißbrauch an (Bachmann et al., 1988). Als typische Symptome schildern sie ebenfalls eine erhöhte Verwundbarkeit innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen und Feindseligkeit. In dem Maße, wie die Mißbrauchsoffer das Gefühl von Hilflosigkeit zu vermeiden suchen, entwickelten sie oft ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis, welches ihr Verhalten anderen Menschen gegenüber prägt.

Hermann et al. (1986) kommen zu dem Schluß, daß die Aufnahme von intimen Beziehungen für Opfer von inzestuösem Mißbrauch erschwert ist, da es in diesem Rahmen immer wieder zum Auftreten von Symptomen, wie Angst, Alpträumen, "flashbacks" und anderem kommt. Perioden der Vermeidung solcher Beziehungen wechseln sich ab mit erneuten Phasen der Reviktimisierung. Die Arbeitsgruppe untersuchte Frauen auf die Langzeitauswirkungen des erlebten sexuellen Mißbrauchs. Auf die Frage nach subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen gaben die Frauen an, "negative Gefühle gegenüber Männern, gegenüber Sex oder sich selbst" zu haben. Weitere Beschwerden waren generalisierte Ängstlichkeit und Mißtrauen, Schwierigkeiten beim Eingehen oder Aufrechterhalten von intimen Beziehungen und sexuelle Probleme. Erwähnt sei an dieser Stelle, daß bei der vorgenannten Studie nur "gut integrierte Mitglieder der Gesellschaft" miteinbezogen wurden, und daß nach eigenen Aussagen der Autoren die am schwersten betroffenen Frauen wahrscheinlich nicht berücksichtigt

wurden. Ausschlußprinzipien waren unter anderem Alkoholabusus und Drogenabhängigkeit, aber auch das Fehlen eines stützenden sozialen Umfeldes oder der Aufenthalt in einer Institution.

Frauen mit der Vorerfahrung des sexuellen Mißbrauchs werden auch im Erwachsenenalter oft wieder Opfer sexueller Übergriffe. Draijer (1990) konnte zeigen, daß Frauen, die als Kinder sexuell mißbraucht worden waren, auch später (nach dem 16. Lebensjahr) vermehrt erzwungenen sexuellen Erfahrungen ausgesetzt waren, zum Teil durch ihre eigenen Lebenspartner.

Die zwanghafte Wiederholung spezifischer Traumata der Kindheit im Erwachsenenalter wird auch von Fromuth (1986) beschrieben. Sexuelle Übergriffe in Ehe und Partnerschaft treten demnach bei Inzestopfern im Vergleich zur durchschnittlichen Bevölkerung in höherem Maße auf. Für den sexuellen Mißbrauch wird dies durch Fromuth (1986) bestätigt.

Fox und Gilbert (1994) konnten zeigen, daß vor allem Frauen mit der Erfahrung von kombiniertem sexuellen und physischen Mißbrauch dazu geneigt sind, Beziehungen einzugehen, in der sie dann erneut körperlicher und sexueller Gewalt ausgesetzt sind.

Die zugrundeliegende Psychodynamik einer solchen Reviktimisierung wurde - besonders im Rahmen der Inzestforschung - vielfältig diskutiert. Besonders aus erlebten inzestuösen Mißbrauchserlebnissen resultiert eine eingeschränkte Fähigkeit, Bedürfnisse in "nicht-sexualisierter" Form zu äußern. Dies führe zu einer unbewußten sexuellen Ausstrahlung und weiter zu sexualisierten Verhaltensweisen, die ihrerseits eine Vergewaltigungs-situation oder erneuten Mißbrauch begünstigen können (Renvoize, 1982). Auch die Selbstbestrafung aufgrund schuldhaft verarbeiteter Inzesterlebnisse wurde diskutiert (Hirsch, 1987b).

Für einige der betroffenen Frauen stellt die partnerschaftliche Beziehung unter Umständen die einzige Möglichkeit dar, emotionale Zuwendung zu erlangen, da die Opfer häufig nicht lernen konnten, Bedürfnisse in "nicht-sexualisierter" Form zu äußern. Möglicherweise wird deshalb eine Partnerschaft, in der sexuelle und körperliche Gewalt eine Rolle spielt, häufig nicht aufgegeben. Auch ein nachträglicher Bewältigungsversuch in der Hoffnung, daß eine ähnliche wie die traumatische Situation einen diesmal günstigeren Ausgang nehme, scheint denkbar (Zepf et al., 1986, S. 133).

Es liegt auf der Hand, daß die Untersuchung der Beziehungsqualität, abgesehen vom Vorhandensein solcher extremen Merkmale, erhebliche Schwierigkeiten in sich birgt. Finkelhor (1984) fand bei sexuell mißbrauchten Frauen eine reduzierte sexuelle Wertschätzung. In einer anschließenden Untersuchung konnte er zeigen, daß Frauen, die Opfer eines sexuellen Mißbrauchs geworden waren, ihre sexuellen Beziehungen im Erwachsenenalter seltener als befriedigend einschätzten (Finkelhor et al., 1989). In späteren Studien konnten diese Ergebnisse jedoch nicht repliziert werden (Fromuth, 1986); Greenwald et al., 1990). Mullen et al. (1994) fand in seiner Untersuchung einer großen randomisierten Bevölkerungsstichprobe, daß Frauen mit der Erfahrung eines sexuellen Mißbrauchs beinahe doppelt so häufig von aktuellen sexuellen Problemen berichteten, wie die Frauen der Vergleichsgruppe (47% versus 28%). Bei Frauen mit schwerem sexuellen Mißbrauch, welcher mit Penetration verbunden war, stieg der Anteil derjenigen Frauen mit sexuellen Problemen auf fast 70% an.

Hinsichtlich der Anzahl und Dauer von Beziehungen bei Frauen mit erlebtem sexuellen Mißbrauch wurden bis jetzt übereinstimmend keine Unterschiede zu den jeweiligen Kontrollgruppen gefunden (Mullen et al., 1988; Bifulco et al, 1991), allerdings konnte ein höheres Risiko für Trennung bzw. Scheidung gezeigt werden (Mullen et al., 1988).

Für den inzestuösen Mißbrauch bleibt zu beachten, daß eine frühe Eheschließung die Möglichkeit bietet, das mißbrauchende Elternhaus zu verlassen, wenn die notwendige Autonomie für das Alleinleben noch nicht ausreichend erworben wurde. Für Inzestopfer sind dementsprechend eine auffallend frühe Eheschließungen nachweisbar (Lukianovicz, 1972; Hirsch, 1987b).

Studien, welche sich mit dem Bindungsverhalten und den Scheidungsraten bei sexuell mißbrauchten Frauen als Hauptzielvariable auseinandersetzen, wurden bislang nicht publiziert.

Das individuelle Netzwerk setzt sich nicht nur aus den natürlich vorhandenen Personen, wie zum Beispiel Eltern oder Nachbarn, sondern auch aus bewußt dafür ausgewählten Personen zusammen. Die Voraussetzung zum bewußten Aufbau und zur Aufrechterhaltung eines Netzwerks als Quelle sozialen Rückhalts ist der erfolgte Lernprozeß, bei anderen Hilfe zu suchen und zu finden.

Aus verschiedenen Arbeiten wird deutlich, daß dieser Prozeß durch Mißhandlung und Mißbrauch in der Kindheit gestört werden kann.

Generelles Mißtrauen anderen Menschen, besonders aber Männern gegenüber erschweren nicht nur das therapeutische Verhältnis, wie Root in ihrem Artikel über die Bedeutung von sexuellem Mißbrauch für das süchtige Verhalten von Frauen aufzeigt (Root, 1989). Sie beschreibt zwei typische, scheinbar gegensätzliche Verhaltensmuster bei derart traumatisierten Frauen. Sie neigten zum einen zu einer übergroßen Abhängigkeit, zeigten zum anderen aber erhebliche Schwierigkeiten, sich auf jemanden zu verlassen, aus Angst, die Kontrolle zu verlieren.

Bereits Gelinas (1983) konnte drei große Bereiche von Langzeitfolgen - hier bei Inzestopfern - beobachten, von denen einer durch erhebliche Beziehungsprobleme charakterisiert war. Auch Cole und Putnam (1992) stellten fest, daß ein Kind, welches Inzest erlebt hat, in seinem fundamentalen Vertrauen in die Sicherheit einer zwischenmenschlichen Beziehung erschüttert ist. Die Arbeitsgruppe betont die häufig gefundenen negativen Auswirkungen des sexuellen Mißbrauchs im Hinblick auf soziale Kompetenz und die Fähigkeit, zufriedenstellende Beziehungen zu erleben, in denen sie sich geliebt und beschützt fühlen.

Briere und Runtz (1988b) konnten zeigen, daß Frauen, die in ihrer Kindheit Opfer inzestuöser Erlebnisse geworden waren, häufiger Schwierigkeiten damit hatten, vertrauensvolle Bindungen zu Gleichaltrigen aufzubauen und persönliche Nähe zu erleben.

Aber und Chichetti (1984) weisen darauf hin, daß frühe negative Folgen des Mißbrauchs, wie z.B. der eingeschränkte Gefühlsausdruck und die Ausbildung von unsicheren Bindungsbeziehungen mit den primären Versorgungspersonen mit späteren Strukturdefiziten verbunden sein können, welche die Gestaltung der Beziehungen zu Gleichaltrigen erschweren.

In einer Studie von Draijer (1990) konnten die Autoren die größten Unterschiede zwischen einer Gruppe von mißbrauchten Frauen und einer nichtmißbrauchten Kontrollgruppe in den folgenden Bereichen ermittelt werden: "Gefühle der eigenen Wertlosigkeit, Einsamkeit, Minderwertigkeit und die Unfähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen". Alle genannten Einschätzungen waren bei den Frauen der Mißbrauchsgruppe in vermehrtem Maße vorhanden. Bei dieser Studie bestand die Ausgangsstichprobe aus "gesunden und relativ gut angepaßten Individuen" (Draijer, 1990).

Aus den vorgenannten Untersuchungen wird deutlich, daß für Frauen, die sexuell mißbraucht wurden, die Aufnahme von zwischenmenschlichen Beziehungen erschwert ist, und daß sie von solchen nicht in dem Maße profitieren können, wie es nichtmißbrauchte Frauen vermögen.

Ob sich diese Voraussetzungen auch quantitativ - etwa in der Anzahl der Freunde u.ä. - niederschlagen, wurde bislang nicht gezielt durch empirische Arbeiten untersucht.

2.4. Suizidalität

Aus der Literatur zur Depressivität von Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte (s.u.) geht hervor, daß Suizidendenzen ein typisches Phänomen in diesem Zusammenhang sind.

Zu den langfristigen Folgen von sexuellem Mißbrauch wird von vielen Autoren das Auftreten von Suizidgedanken und -versuchen beschrieben. Es scheint sich dabei um eine eher typische Reaktion von Frauen zu handeln (Malinowsky-Rummel und Hansen, 1993).

In ihrem Übersichtsartikel, der sich mit den langfristigen Auswirkungen von sexuellem Mißbrauch bei Opfern beiderlei Geschlechts beschäftigt, liefern Beitchmann et al. (1992) eine umfassende Bearbeitung der Forschungsliteratur. Entscheidend für die Ausprägung der suizidalen Symptomatik sei dabei sowohl Dauer und Intensität des erlebten Mißbrauchs, als auch der Bekanntheits- bzw. Verwandtschaftsgrad des Täters, weiterhin das Ausmaß an Gewalt, durch die der Mißbrauch begleitet war. Bachmann et al. (1988) konnten eine hohe Korrelation zwischen sexuellem Mißbrauch und Suizidgefährdung bei Frauen feststellen. Zu diesem Ergebnis kamen auch Sedney und Brooks (1984).

Mullen und seine Arbeitsgruppe, die den sexuellen Mißbrauch in Schweregrade einteilte (Mullen et al., 1993), zeigten signifikant steigende Werte für suizidales Verhalten mit steigendem Schweregrad des Mißbrauchs. Während suizidales Verhalten in der Kontrollgruppe bei <1% blieb, stieg es auf 8% bei allen mißbrauchten Frauen insgesamt; bei denjenigen mit schwerstem sexuellen Mißbrauch (schloß vollzogenen Geschlechtsverkehr mit ein) erreichten die Werte 25%. Das geschätzte relative Risiko für die Gruppe der mißbrauchten Frauen insgesamt betrug das 20fache und stieg bei

denjenigen Frauen, bei denen im Rahmen des Mißbrauchs Geschlechtsverkehr stattgefunden hatte, auf ein 70faches im Vergleich zu den nichtmißbrauchten Frauen an. Briere und Runtz (1986) berichten, daß bei Patienten (Männer und Frauen), die Suizidversuche verübt haben, signifikant häufiger ein sexueller Mißbrauch in der Kindheit ermittelt werden konnte.

Van der Kolk et al. (1991) untersuchten den Einfluß verschiedener Traumata wie körperlichen und sexuellen Mißbrauch in der Kindheit, als auch Vernachlässigung auf selbstschädigendes Verhalten, wie Schnippeln, Suizidversuche und andere Formen der Selbstbeschädigung. Sie konnten für Opfer beiderlei Geschlechts zeigen, daß von allen untersuchten traumatischen Faktoren in der Kindheit am stärksten der sexuelle Mißbrauch mit sämtlichen Formen der Selbstbeschädigung korrelierte.

Wagner und Linehan fanden bei der Untersuchung von Frauen mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, daß bei denjenigen, die über einen Mißbrauch berichteten, das parasuizidale Verhalten häufiger letale Auswirkungen hatte, als bei denjenigen Frauen, die keinerlei sexuellen Mißbrauch angaben (Wagner und Linehan, 1994).

Auch Draijer (1990) konnte bei den untersuchten Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte eine erhöhte Rate von suizidalem Verhalten feststellen, weist aber darauf hin, daß die gefundenen Störungen und Verhaltensweisen nicht allein dem sexuellen Mißbrauch zuzuschreiben sind, sondern ebenso eine Konsequenz anderer Formen elterlichen Versagens sein kann.

Brown und Anderson fanden in einer Gruppe von männlichen und weiblichen Patienten, die körperlichen oder sexuellen Mißbrauch erfahren hatten, eine vermehrte Häufigkeit von Suizidalität, die signifikant über derjenigen der Kontrollgruppe lag. In der Gruppe des kombinierten Mißbrauchs (sexuell und physisch) erreichte die Suizidneigung Werte von 79% (Brown und Anderson, 1991). Die Arbeitsgruppe stellte gleichzeitig fest, daß Suizidalität dasjenige Symptom bei mißbrauchten Patienten war, welches am häufigsten verbreitet war. Dabei gaben die Patienten als "Gründe" für Suizid vor allem Verzweiflung, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe wegen des stattgefundenen Mißbrauchs an. Die Betroffenen schilderten die Suizidneigung als ein chronisches, jeweils phasenhaft auftretendes Symptom, dessen Einsetzen in der Zeitspanne nach dem Mißbrauch zu datieren sei. Auch Browne und Finkelhor (1986a) benennen in

ihrem Übersichtsartikel unter anderem Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten als häufig gefundene Langzeitfolgen von sexuellem Mißbrauch.

2.5. Prostitution

Die langfristigen Folgen des sexuellen Mißbrauchs im Bereich des sexuellen Erlebens sind nicht nur im Sinne von sexuellen Funktionsstörungen, Angst vor sexuellen Handlungen und Situationen u.a. zu erwarten, sondern vielmehr auch in einer scheinbar paradoxen Hinwendung zum Sexuellen, die durch sexualisiertes Verhalten, Promiskuität und Prostitution zum Ausdruck kommt.

Dieser Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch während der Kindheit bzw. Jugendentwicklung und Prostitution ist schon seit längerem bekannt. So fand schon Flügel im Jahre 1921(!) einen Prozentsatz von 51% Inzestopfern unter Prostituierten (Flügel, 1921). Weiner stellte 1964 fest, daß sich Mädchen, die im Laufe der Adoleszenz einem Inzest ausgesetzt waren, nach Beendigung desselben häufig prostituieren (Weiner, 1964). Dies konnte durch Ferracuti bestätigt werden (Ferracuti, 1972). Auch er konnte gehäuft sexuell promiskuitives Verhalten nach Beendigung einer inzestuösen Beziehung nachweisen.

In einer Studie von James und Meyerding (1977) konnten die Untersucher bei 46 % der befragten Prostituierten sexuelle Übergriffe in der Kindheit feststellen, die von Männern verübt wurden, die mehr als 10 Jahre älter waren. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Silbert und Pines; in ihrer Untersuchung betrug der Anteil der Prostituierten, die einen sexuellen Mißbrauch in der Kindheit erfahren hatten, 60%. Von diesen war etwa ein Viertel zusätzlich körperlicher Gewalt ausgesetzt (Silbert und Pines, 1981).

Finkelhor (1984) wies darauf hin, daß das Auftreten von Drogenmißbrauch bei einem Teil der ehemals sexuell Mißbrauchten mit Prostitution vergesellschaftet ist.

Fromuth (1986) und Teegen et al. (1992) betonen als Folgeerscheinung sexuellen Mißbrauchs insbesondere sexuelle Probleme, zu denen Blockierungen im sexuellen Erleben und Promiskuität bis hin zur Prostitution gehören, wie auch das Risiko, im Erwachsenenalter erneut Opfer sexueller Übergriffe zu werden.

Hirsch (1987b) stellt in Bezug auf Inzest fest: "Wenn auch die meisten typischerweise anzutreffenden Symptome unspezifisch sind, ist m.E. der Bereich der Sexualisierung

von Beziehungen, die Neigung zur Promiskuität, teilweise Prostitution, häufig in Verbindung mit Frigidität noch am ehesten als spezifische Inzestfolge aufzufassen." Renvoize (1982) erklärt das häufige Zustandekommen der "Karriere" als Prostituierte mit den chaotischen und gerade auch inzestuösen Familienverhältnissen, die dazu führen, daß die Mädchen oft von zu Hause weglaufen. Sie lassen sich dann von zuerst freundlichen Männern versorgen und aushalten, deren Fürsorge sie nicht gewohnt waren. Durch die entstehende Abhängigkeit geraten sie schließlich in die Gefahr, durch Drohungen zur Prostitution gezwungen werden zu können.

Eine neuere Arbeit über den Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Prostitution stammt von Marwitz et al. (1990). Die Arbeitsgruppe (Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten, Berlin) konnte durch die Auswertung psychologischer Beratungsgespräche ausstiegswilliger Prostituerter zeigen, daß 95% der Prostituierten Opfer sexuellen Mißbrauchs waren. 80% der Klientinnen waren von legalen und/oder illegalen Drogen abhängig. Die betroffenen Frauen "versuchen, durch Prostitution ihre Gewalterfahrungen zu verarbeiten" (Marwitz, 1990).

Eine Schweizer Autorin bringt es noch deutlicher auf den Punkt: "Die Tätigkeit in der Prostitution läßt den Eindruck eines umgekehrten Machtverhältnisses entstehen" (Wirtz, 1989). Und: "Die Möglichkeit, den Freier wählen zu können, überdeckt das Gefühl des Ausgeliefertseins" (Marwitz, 1990). In einer Arbeit von 1985 bezeichnet Weißberg die Prostitution als "Überlebensstrategie sexuell mißbrauchter Mädchen" (Weißberg, 1985). Eine weitere Folge des sexuellen Mißbrauchs - so Marwitz - sei der Konsum legaler und illegaler Drogen. Frauen, die sich prostituieren, benutzen insbesondere Alkohol, um den Ekel zu unterdrücken, der während der Tätigkeit aufkommt. Um den Alltag zu bewältigen, griffen viele Frauen auf Tabletten zurück. Die somatischen Folgen des Doppellebens der Prostitution würden oftmals durch Ärzte, die von ihren Patientinnen nicht ausreichend informiert werden, zusätzlich medikamentös therapiert. "Für andere Frauen und Mädchen ist der Konsum illegaler Drogen eine Möglichkeit zu überleben. Der Prozeß des Abspaltens des Körpers vom Ich, der notwendig ist, um das Erlebte auszuhalten, verhindert das Wahrnehmen von Gefühlen. Diese Depersonalisierung wird durch Betäuben erträglich. Die von illegalen Drogen abhängigen Frauen gehen der Prostitution nach, um das Geld für die Drogen zu beschaffen. Für diese Prostituierten ist der Ausstieg mit extremen Anstrengungen verbunden, da neben der Beendigung des

Drogenkonsums auch die Bewältigung des sexuellen Mißbrauchs erforderlich wird" (Marwitz 1990).

Die Gedanken einer Betroffenen zum Thema Prostitution geben Mebes und Jeuck (1989) wieder: "Ich fühlte mich gebrandmarkt. Ich wußte, wo immer ich war, Männer würden mich finden und mißbrauchen. Meine Haltung gegenüber Prostitution war also: "Warum nicht?". Wenn ich schon mit Männern schlafen mußte, warum soll ich nicht auch was davon haben? Ich fand, ich hatte das Geld verdient: andere Männer würden für jedes einzelne Mal bezahlen, das mein Vater sich nahm ... Weil ich dachte, alles, was Männer wollen, sei Sex, sah ich den einzigen Weg zur Macht in einer Beziehung darin, sie dafür zahlen zu lassen...Prostitution war ein anderer Weg, meinen Zorn auszudrücken, es ihnen allen zu zeigen - für das, was mir angetan wurde. Ich dachte immer, ich würde sie ausnehmen statt umgekehrt ...Ich hatte gelernt, mein Bewußtsein von meinem Körper zu einem so frühen Zeitpunkt abzutrennen, daß ich mich selbst nicht mit diesen kurzen sexuellen Begegnungen in Verbindung brachte".

Neben den genannten Beweggründen, welche die Prostitution zur Überlebensstrategie auf psychischer Ebene machen, gibt es auch noch den Aspekt eines recht existentiellen Motivs, nämlich die Flucht aus einer mißbrauchenden Familie, die finanzielle Probleme aufwirft, die dann durch Prostitution gelöst werden.

2.6. Selbsteinschätzungen

2.6.1. Persönlichkeitsstruktur

Da im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch in erster Linie Langzeitfolgen im Sinne von klinisch relevanten Krankheitsbildern und Störungen untersucht worden sind, lassen keine Hinweise auf "typische" Persönlichkeitsstrukturen bei sexuell traumatisierten Frauen finden.

Untersuchungen sexuell mißbrauchter Frauen aus persönlichkeitspsychologischer Sicht wurden bislang nicht gezielt durchgeführt, insbesondere liegen keine empirischen Arbeiten auf der Grundlage dimensionaler Persönlichkeitskonzepte vor.

2.6.2. Depressivität

Depression ist eine häufige Diagnose im Zusammenhang mit sexuellen Mißbrauch. So berichten beispielsweise Bagley und Ramsey (1986), Draijer (1990), Peters (1988) und

Stein et al. (1988) über ein häufigeres Auftreten von Depressionen bei Frauen, die in ihrer Kindheit Opfer sexueller Übergriffe waren, als bei Frauen, die nicht mißbraucht wurden. Die betroffenen Frauen berichteten nicht nur häufiger über aktuelle Symptome; sie wiesen auch häufiger depressive Episoden und Behandlungen wegen Depressionen in ihren Lebensläufen auf. Diese Ergebnisse konnten von Bagley (1991), Beitchmann et al. (1992), Briere und Runtz (1988 a, b), Bushnell et al. (1992), Gorcey et al. (1986), Moggi und Clemencon (1993) bestätigt werden. Auch Bifulco et al. (1991, England) und Yama et al. (1993, USA) beobachteten ein häufigeres Auftreten von Depressionen bei männlichen und weiblichen Patienten, die über sexuellen Mißbrauch berichteten. Die Bedeutung solcher traumatisierender Ereignisse belegen auch Feinauer (1989), Fisher et al. (1990) und Silver et al. (1983). In ihrer Befragung von 301 College-Studentinnen fanden Sedney und Brooks (1984) signifikante Unterschiede in Bezug auf Depressionen und depressive Symptome zwischen einer Gruppe von Frauen, die über einen sexuellen Mißbrauch berichtete und einer nichtmißbrauchten Kontrollgruppe. Während in der Kontrollgruppe lediglich 4% der Frauen wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung gewesen waren, hatte bei 18% der Frauen aus der Mißbrauchsgruppe eine ärztliche Behandlung oder ein Krankenhausaufenthalt stattgefunden.

Häufig werden in Studien über sexuellen Mißbrauch jedoch weniger konkrete psychiatrische "Fälle" im Sinne einer klinisch relevanten Depression, sondern vielmehr Symptome, die sich unter dem Niveau eines Krankheitsbildes bewegen, gefunden. So konnte zum Beispiel Bagley (1991) in einer Übersichtsarbeit darstellen, daß sexuelle Kindesmißhandlung häufig negative Auswirkungen auf die Selbstachtung ausübt. Eine hohe Korrelation zu niedrigem Selbstwertgefühl konnten auch Bagley und Ramsey (1986), Courtois (1979), Draijer (1990), Kilpatrick (1987) und Moggi (1991) zeigen. Gold (1986) fand bei einer Stichprobe freiwilliger Frauen, daß die Opfer sexuellen Mißbrauchs stärker an depressiven Symptomen leiden, als Frauen ohne solche Vorerfahrung. Weiterhin konnte er feststellen, daß die Betroffenen Frauen dazu neigen, sich bezüglich negativer Ereignisse selbst die Schuld zuzuweisen. Auch Brown und Finkelhor (1986b) geben als häufige Folge von sexuellem Mißbrauch in der Kindheit Depressionen neben Angst, Gefühlen der Isolation und schwachem Selbstbewußtsein an.

Weniger psychiatrische Diagnosen, sondern eher Symptome als Folgen vorangegangenen Mißbrauchs konnten auch Briere (1984), Briere und Runtz (1985), deYoung (1982 b), Gorcey et al. (1986), Meiselman (1978) und Rew (1989) finden. Die Art und Weise des sexuellen Mißbrauchsgeschehens scheint hinsichtlich der Ausbildung depressiver Symptome ein Faktor von besonderer Bedeutung zu sein: So berichten Peters (1988) und Gold (1986), daß besonders langdauernde und schwere sexuelle Mißhandlungen, vor allem im Rahmen von Inzestbeziehungen, zur Entstehung von extremer Hilflosigkeit und Depression beitragen. Draijer (1990) und Finkelhor (1979) konnten in ihren Arbeiten zeigen, daß die sexuelle Ausbeutung in der Kindheit besonders dann hoch mit psychischen Störungen korreliert, wenn es sich um Täter aus der nahen Verwandtschaft handelte, oder wenn der Mißbrauch mit Gewaltanwendung verbunden war. Hierbei erlaubte besonders der vollzogene Geschlechtsverkehr eine Vorhersage für das Auftreten psychischer Störungen. Mullen et al. (1993) fanden unter den mißbrauchten Frauen eine Rate von 13% für depressive Erkrankungen im Vergleich zu 5% bei der Kontrollgruppe (Frauen ohne Mißbrauchserfahrung). Bei schwererem Mißbrauch stieg der Anteil der Frauen mit Depressionen deutlich an, in der Gruppe der Frauen mit schwerstem Mißbrauch, der auch Geschlechtsverkehr mit einbezog, erreichte er schließlich 23%. Dies fanden bereits Bagley und Ramsey (1986) in einer multivariaten Analyse. Moggi und Clemencon (1993) bewiesen eine um so stärkere Selbstwertminderung beim Opfer, je näher der Bekanntheits- bzw. der Verwandtschaftsgrad des Täters und je ausgeprägter die Gewaltanwendung war. Diejenigen Frauen, die angaben, unter dem Mißbrauch zu leiden, waren zu 70 % Opfer sexueller Übergriffe durch den Vater oder durch Täter aus der Verwandtschaft. Unter den Frauen, die nach eigener Aussage nicht unter dem Mißbrauch leiden, befanden sich 64 %, deren Täter nicht aus dem sozialen Nahraum stammten. Die Frauen der letztgenannten Gruppe hatten eher die Möglichkeit, sich einer nahestehenden Person anzuvertrauen und über ihre Erlebnisse zu berichten. Die in dieser Studie gefundenen Persönlichkeitsveränderungen waren vor allem Defizite in der Selbstwirksamkeit und dem interpersonellen Vertrauen, welche eine emotionale Hilflosigkeit bedingen, die wiederum mit niedriger Selbstwertschätzung und depressiver Symptomatik korreliert war. Gold (1986) fand in einer Freiwilligen-Stichprobe, daß weibliche Opfer sexueller Kindesmißhandlungen nicht nur häufiger unter Depressionen leiden, sondern sich

bezüglich negativer Ereignisse häufiger internal attributieren, sich also selbst die Schuld zuweisen.

Die häufig im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch, aber auch zusammen mit depressiven Symptomen gefundenen Schuldgefühle erklärt Wurmser (1981; 1990) mit dem sog. Schamdilemma: Die primäre Scham (im Sinne eines Gefahrensignals) als Folge des sexuellen Übergriffs führt zu dem Versuch, sich aus dem Geschehen zurückzuziehen. Unternimmt der Täter mit Hilfe von Umdeutungen den Versuch, das Kind als Spielverderber (erzeugt sekundäre Scham beim Kind) hinzustellen, kann es sich nicht, seinen primären Schamimpulsen folgend, zurückziehen. Fügt sich das Kind dem sexuellen Übergriff, wird es wieder mit primärer Scham konfrontiert. Wie immer sich das Opfer verhält, es ist einem Schamdilemma ausgesetzt. Durch Umdeutung des Affekts schämt sich das Kind schließlich für die Scham an sich. Damit verliert die Scham ihre primäre Funktion als Warnung vor Gefahr und Aufforderung zum Rückzug - die Scham bekommt selbst traumatischen Charakter, da sie von außen und von innen auf das Kind einwirkt. Werden nun die für das Opfer unerträglichen Schamgefühle durch Schuldgefühle abgewehrt, resultiert daraus ein doppelter Gewinn. Zum einen täuschen Schuldgefühle dem Opfer vor, es hätte die Macht gehabt, das Geschehene zu verhindern, wenn es sich nur genug Mühe gegeben hätte. Dadurch wird die erlebte Ohnmacht relativiert. Zum anderen wird dadurch, daß nun die Schuld im Mittelpunkt steht, nicht mehr das gesamte Selbst in Frage gestellt, wie es bei der Scham der Fall ist, sondern die Emotionen drehen sich nur noch um die verbotene Handlung selbst. Schuldgefühle werden also als eine mögliche Form der Bewältigung des Schamdilemmas genutzt.

Bereits 1942 konnten Sloane und Karpinski vermehrt Schuldgefühle bei Jugendlichen nachweisen, die Opfer inzestuöser Handlungen geworden waren (Sloane und Karpinski, 1942). In einer Studie an 1054 holländischen Frauen konnte Draijer (1990) zeigen, daß Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vergangenheit vermehrt unter Schuldgefühlen zu leiden haben. Auch Hildebrand (1986) beschreibt das gehäufte Auftreten von tiefen Scham- und Schuldgefühlen bei Frauen, die in ihrer Kindheit inzestuösen Erlebnissen ausgesetzt waren. In einer Studie an 17 erwachsenen Frauen, die in ihrer Kindheit Inzestopfer gewesen waren, fanden Lindberg und Distad (1985) bei allen Frauen

Schuldgefühle und Depressionen neben anderen Symptomen, die sich in ihrer Gesamtheit als "posttraumatic stress disorder" einordnen ließen.

In einem engen Zusammenhang mit Depressionen und depressiven Symptomen steht ebenfalls die Beeinträchtigung des Körperbildes als eine häufig gefundene Folge sexuellen Mißbrauchs. So berichtet Hildebrand (1986), daß speziell Inzestopfer häufig tiefe Schamgefühle für ihren eigenen Körper hegen. Sie fühlten sich "häßlich, schmutzig und körperlich abstoßend, unabhängig von ihrem wirklichen Aussehen".

Auch Cole und Putnam (1992) berichteten in ihrem Übersichtsartikel, der sich mit den Folgen von Inzest auseinandersetzt, über Körperbildstörungen als Folge derartiger Traumatisierung. Dies konnte auch von Gardner et al. (1990) bestätigt werden.

Das Ringen um ein intaktes Körpergefühl, beeinträchtigt durch "Depersonalisationsgefühle, Fragmentierungserlebnisse und durch Affektblockaden, welche an bestimmte Körperzonen gebunden sind", wurde ausführlich von Frey (1993) geschildert.

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls die häufig gefundene Tendenz zu selbstschädigenden Verhaltensweisen bei sexuell mißbrauchten Frauen zu nennen, die häufig, zusammen mit anderen Symptomen, der Diagnose "Borderline-Persönlichkeitsstörung" zugeordnet wird (vergl. Wagner und Linehan, 1994). Ein negatives Selbstwerterleben, verbunden mit einem gestörten Verhältnis zu eigenen Körper, steht im Mittelpunkt zahlreicher Persönlichkeitsstörungen der Opfer und ist - in unterschiedlicher Ausprägung - bei vielen Krankheitsbildern zu finden (siehe weiter unten). Aus psychodynamischer Sichtweise wurde der Selbstbeschädigung eine Funktionalität im Sinne der Selbstbestrafung zugewiesen, die dazu diene, die vorhandenen Schuldgefühle zu reduzieren (Hirsch, 1987b). Darüber hinaus - so Hirsch weiter - werde die Selbstbeschädigung eingesetzt um "Zustände der Spannung und der Leere zu beseitigen, die durch Trennung und Alleinsein hervorgerufen werden, um einen Kontakt mit sich selbst wie mit einem mütterlichen Objekt herzustellen".

Selbstbeschädigung findet sich sowohl als unmittelbare Reaktion direkt nach dem sexuellen Mißbrauch (vergl. deYoung, 1982a; Shapiro, 1987), als auch als längerfristige Auswirkung eines derartigen Traumas.

Die Arbeitsgruppe um Favazza (1989) konnte den Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch an einem größeren Patientenkollektiv belegen: Von 240 erwachsenen

Frauen, die unter selbstschädigendem Verhalten litten, hatten 46% einen sexuellen Mißbrauch erlebt, mehr als die Hälfte von ihnen in Kombination mit körperlicher Mißhandlung. Der sexuelle Mißbrauch begann durchschnittlich mit sieben Jahren und dauerte durchschnittlich zwei Jahre (Favazza et al., 1989).

Wilkins und Coid (1991) untersuchten 74 weibliche Häftlinge mit schwerer offener Selbstverletzung und fanden bei 34% sexuellen Mißbrauch in der Vorgeschichte, während in der Kontrollgruppe nur 7% einen sexuellen Mißbrauch erlebt hatten.

Briere und Runtz (1986) fanden bei 100 Frauen, die in ihrer Kindheit einen sexuellen Mißbrauch erfahren hatten, 55% parasuizidale bzw. selbstschädigende Verhaltensweisen.

Auch Suizidimpulse, die häufig im Zusammenhang mit Depressionen stehen, sind ebenfalls als Folge von sexuellem Mißbrauch beschrieben worden. Für Literatur zu diesem Thema sei auf den Abschnitt "Suizid" (2.4.) verwiesen.

2.6.3. Persönlichkeitsstörungen

Das vermehrte Auftreten bestimmter Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang mit vorangegangenem sexuellem Mißbrauch ist in der Vergangenheit vielfach beschrieben worden. Besonders häufig wurden v.a. die Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Formenkreis der dissoziativen Störungen untersucht.

Browne und Finkelhor wiesen bereits 1986 darauf hin, daß die Opfer von sexuellem Mißbrauch ähnliche Symptome aufweisen, wie man sie bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung finden kann (Browne und Finkelhor, 1986a). Hierzu gehörten Depressionen, Selbstverletzungen, Substanzmittelmißbrauch und Reviktimisierung. Inzwischen konnte der sexuelle Mißbrauch als wichtiger ätiologischer Faktor zur Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt werden.

So berichteten Brown und Anderson (1991) in ihrer Studie an 947 Patienten (Männer und Frauen) eines Militärkrankenhauses in den USA über ein gehäuftes Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit sexuellem und physischem Mißbrauch in der Vorgeschichte. Hier war es vor allem die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die unter

den nicht mißbrauchten Personen mit einer Häufigkeit von nur 3% auftrat, bei den Patienten mit vorangegangenem sexuellen Mißbrauch dagegen bei 21% lag.

Auch Herman et al. (1989) konnten in ihrer Studie an ambulant behandelten Patienten (Männer und Frauen) zeigen, daß die Erfahrung sexuellen Mißbrauchs unter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger (67%) anzutreffen war, als bei den übrigen untersuchten Patienten. In einer Gruppe von ambulanten Borderline-Patienten betrug der Anteil derjenigen, die einen sexuellen Mißbrauch erfahren hatten, 67%, während er in den Kontrollgruppen bei 27% bzw. 26% lag.

Die Arbeitsgruppe um Ogata (Ogata et al, 1990) konnte ebenfalls eine signifikant erhöhte Prävalenz von sexuellem Mißbrauch unter stationär behandelten Borderline-Patienten (Männer und Frauen) nachweisen. Während in der Kontrollgruppe, die von Patienten mit depressiver Erkrankung gebildet wurde, lediglich 22% einen sexuellen Mißbrauch erlebt hatten, waren es bei den Borderline-Patienten 71%. Die statistische Bearbeitung der Ergebnisse, getrennt nach Männern und Frauen, konnte die Hypothese eines positiven Vorhersagewertes des sexuellen Mißbrauchs bezüglich der Diagnose "Borderline-Persönlichkeitsstörung" bei Frauen stützen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Bryer et al. (1987). Die Arbeitsgruppe untersuchte ausschließlich Frauen auf den Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Während bislang nur ein relativ enger Bereich von Persönlichkeitsstörungen in diesem Zusammenhang untersucht worden war, beschäftigten sich Bryer et al. mit dem gesamten Spektrum der Persönlichkeitsstörungen. In dieser Studie fand sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei 41% derjenigen Frauen, die sexuellen Mißbrauch erfahren hatten, jedoch nur bei 7% der Frauen ohne derartige Vorerfahrung.

Zanarini (1989) konnte bei 26% der untersuchten Borderline-Patienten (Männer und Frauen) einen sexuellen Mißbrauch finden, während in einer Kontrollgruppe von Patienten mit neurotischer Depression nur 4%, und in einer weiteren Kontrollgruppe von Patienten mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung nur 7% der Patienten einen Mißbrauch erlebt hatten.

Im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch sind auch die dissoziativen Störungen bei Frauen häufig untersucht worden. Zahlreiche Autoren kamen zu dem Schluß, daß die Höhe der Dissoziationsscores (DES) mit der Schwere des Mißbrauchs positiv

korrelierte und immer dann am höchsten lag, wenn eine Vorgeschichte mit kombiniertem sexuellen und körperlichem Mißbrauch vorlag (Chu und Dill, 1990; Swett und Halpert, 1993; Shearer, 1994).

Die Multiple Persönlichkeitsstörung (DSM - IV: Dissoziative Identitätsstörung) als wohl schwerstes Krankheitsbild aus diesem Formenkreis wurde 1989 von Ross et al. untersucht. Sie fanden in einer Gruppe von 207 weiblichen Patienten mit "Multipler Persönlichkeitsstörung" einen Anteil von 74,4% für die Erfahrung von kindlichem sexuellen Mißbrauch (Ross et al., 1989). Die meisten Arbeiten über den Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und dissoziativen Störungen wurden allerdings nicht gezielt für Frauen durchgeführt.

Pribor und Dinwiddie (1992) untersuchten insgesamt 19 psychiatrische Störungen bei weiblichen Opfern sexuellen Mißbrauchs, die sich in Behandlung befanden und verglichen das Auftreten dieser Störungen mit der Prävalenz in der Normalbevölkerung. Die Stichprobe wies für alle Störungen höhere Raten auf. Unter den Achse-II-Störungen des DSM-III-R wurden die Antisoziale Persönlichkeitsstörung und die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung untersucht; ein signifikant erhöhtes Auftreten dieser beiden unter den Mißbrauchsopfern konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Auch Bryer et al. (1987) untersuchten das Auftreten sämtlicher Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R unter 66 stationär behandelten Frauen einer psychiatrischen Abteilung. Die Arbeitsgruppe fand lediglich für die Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant höhere Werte in der Gruppe derjenigen Frauen, die einem sexuellen oder einem kombinierten Mißbrauch ausgesetzt gewesen waren. Für alle anderen Persönlichkeitsstörungen konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen festgestellt werden.

3. Untersuchungsbereiche und Hypothesen

Vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse aus der Literatur und auf der Basis des vorangestellten theoretischen Modells werden die folgenden Untersuchungsannahmen formuliert:

3.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch

Es ist anzunehmen, daß sich eine Vorgeschichte mit sexuellem Mißbrauch bei opiatabhängigen Frauen häufiger findet als in der Durchschnittsbevölkerung; der Anteil der Betroffenen wird sich in einer ähnlichen Größenordnung bewegen wie in vergleichbaren Studien.

3.2. Verlaufparameter der Drogenabhängigkeit

3.2.1. Einstiegsphase

Einstiegsalter

Es ist anzunehmen, daß Frauen mit der Erfahrung des sexuellen Mißbrauchs früher mit dem Konsum von Opiaten beginnen, als solche Frauen ohne sexuellen Mißbrauch in der Vorgeschichte.

Intravenöser Konsum

Ein intravenöser Konsum von Heroin ist bei den sexuell mißbrauchten Frauen früher zu erwarten.

Motivation und "Drogenpartner"

Die Motivation zum Erstkonsum wird sich bei Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte durch eher negativ gefärbte Beweggründe im Vergleich zur Kontrollgruppe auszeichnen. Positive Beweggründe werden seltener zum Erstkonsum motivieren als es bei den Frauen ohne Mißbrauchserfahrung der Fall ist.

Weiterhin ist zu erwarten, daß der Erstkonsum von Opiaten bei sexuell mißbrauchten Frauen häufiger allein stattfindet als in der Kontrollgruppe.

3.2.2. Verlauf der Drogenabhängigkeit

Jahre des Gesamtgebrauchs

Es ist anzunehmen, daß sich der Drogengebrauch bei Frauen mit der Vorerfahrung des sexuellen Mißbrauchs auf den Zeitraum des Drogengebrauchs auswirkt: es ist eine insgesamt längere Zeitspanne des Drogenkonsums bei den mißbrauchten Frauen zu erwarten.

Motivation im Verlauf

Da es sich bei der Stichprobe um Frauen handelt, die bereits Hilfe wegen ihrer Drogenbindung suchen, wird sich die Motivation im Verlauf nicht von der Kontrollgruppe der nicht mißbrauchten Frauen unterscheiden und in erster Linie durch Abhängigkeit bestimmt sein.

needle-sharing

Hinsichtlich des gemeinsamen Gebrauchs von Injektionsnadeln ist anzunehmen, daß er bei Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte häufiger anzutreffen ist.

3.2.3. Ausstiegsphase

Freiwilliger Selbstentzug, Abstinenzzeiträume

Es ist anzunehmen, daß opiatabhängige Frauen mit der Vorerfahrung des sexuellen Mißbrauchs weniger häufig "auf eigene Faust" entziehen. Entsprechende Abstinenzzeiträume werden bei dieser Gruppe im Durchschnitt kürzer ausfallen.

Langzeittherapien, Abstinenzzeiträume

Es ist zu erwarten, daß sexuell mißbrauchte Frauen seltener Langzeittherapien abschließen als Frauen ohne solche Vorerfahrung. Weiterhin ist anzunehmen, daß Abstinenzzeiten nach vorangegangener professioneller Behandlung kürzer ausfallen.

Angestrebtes Ziel im Umgang mit der Droge

Es ist anzunehmen, daß von den Frauen mit Mißbrauchserfahrung seltener "ein Leben frei von Drogen" angestrebt wird.

3.3. Soziales Netzwerk

Familienstand

Es wird angenommen, daß sich unter den sexuell mißbrauchten Frauen mehr ledige, mehr getrennt lebende und mehr geschiedene befinden als in der Vergleichsgruppe.

Aktuelle Partnerschaft

Es ist zu erwarten, daß sich unter den Frauen mit Mißbrauchserfahrung mehr alleinstehende und weiterhin mehr Frauen mit zeitweiligen Beziehungen finden.

Längste feste Beziehung

Es ist anzunehmen, daß sich in der Gruppe der Frauen mit Mißbrauchserfahrung kürzere Zeiträume für feste Beziehungen allgemein finden.

Gute Freunde

Es ist anzunehmen, daß sich in den Netzwerken von Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung weniger gute Freundschaften finden als in denjenigen der Vergleichsgruppe.

Freizeitverhalten

Es ist davon auszugehen, daß sich in der Gruppe mit Mißbrauchserfahrung mehr Frauen finden, die ihre Freizeit allein verbringen.

Unterstützung im Ernstfall

Es ist anzunehmen, daß die durchschnittliche Zahl verlässlicher Personen für den Ernstfall bei den Frauen mit Mißbrauch in der Vorgeschichte niedriger angegeben wird.

3.4. Suizidalität

Suizidgedanken

Es ist davon auszugehen, daß unter den Frauen mit Mißbrauchserfahrung häufiger der ernsthafte Gedanke an Suizid auftrat, als bei den Frauen der Vergleichsgruppe.

Suizidversuche

Es ist weiterhin zu erwarten, daß der Anteil der Frauen, die einen oder mehrere Suizidversuche verübt haben, in der Gruppe der mißbrauchten Frauen höher liegt als in der Vergleichsgruppe.

Häufigkeit von Suizidversuchen

Es ist anzunehmen, daß die durchschnittliche Zahl der verübten Suizidversuche bei den Frauen mit Mißbrauch in der Vorgeschichte höher liegt als in der Vergleichsgruppe.

Drogenüberdosis

Es ist zu erwarten, daß eine gewollte bzw. bewußte Drogenüberdosis im Sinne suizidalen Verhaltens bei Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung häufiger vorkommt als in der Vergleichsgruppe.

3.5. Prostitution

Es ist anzunehmen, daß in der Gruppe mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte mehr Frauen ihren Lebensunterhalt zum Teil oder in der Hauptsache mit Prostitution verdienen.

3.5. Selbsteinschätzungen

3.5.1. Persönlichkeitsstruktur

Es ist anzunehmen, daß die Frauen in der Gruppe mit Mißbrauchserfahrung höhere Neurotizismuswerte aufweisen als in der Vergleichsgruppe.

3.5.2. Depressivität

Es ist anzunehmen, daß in der Gruppe der Frauen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte Angaben über Depressivität häufiger sind bzw die Depressivität stärker ausgeprägt ist, als bei Frauen ohne derartige Vorerfahrung. Diese Annahmen gelten insbesondere für die Untergruppen Schuldgefühle, Selbstmordimpulse und negatives Körperbild.

3.5.3. Persönlichkeitsstörungen

Es werden sich in der Gruppe der Frauen mit Mißbrauchserfahrung mehr Personen mit einer signifikanten Persönlichkeitsstörung finden, als in der Vergleichsgruppe. Weiterhin ist anzunehmen, daß folgende Persönlichkeitsstörungen in der Mißbrauchsgruppe häufiger anzutreffen sind, als in der Vergleichsgruppe: Borderline-P.-S., Selbstunsichere P.-S., Dependente P.-S., Selbstschädigende P.-S. und Histrionische P.-S.

4. Material und Methoden

4.1. Stichprobe

Im Rahmen der Ausgangserhebung einer auf fünf Jahre angelegten prospektiven Studie (BMFT II) wurden im Laufe des Jahres 1995 insgesamt 351 Klienten des Hamburger Drogenhilfesystems untersucht. Der Kontakt zu den Teilnehmern wurde über folgende Institutionen aufgenommen: Drogenambulanzen, Praxen substituierender Ärzte und Ärztinnen, Stationen des niedrigschwelligen Entzugs in einem städtischen allgemeinen Krankenhaus in Hamburg, ambulante Beratungseinrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften. Unter den Klienten befanden sich 107 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren (Mittelwert: 27 Jahre).

4.2. Datenschutz

Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurden die Personalien der Klienten nach der Befragung vom Datensatz getrennt. Die Datensätze wurden durch Identitätsnummern gekennzeichnet und in einer durch Codewort geschützten Datei gespeichert.

4.3. Methode

Den Teilnehmern wurden nach einem Vorgespräch und ausführlicher Instruktion verschiedene Fragebögen zur selbständigen Bearbeitung vorgelegt. Dazu gehörten:

1. NEO-FFI (Neo-Fünf-Faktoren-Inventar),
 2. BDI (Beck-Depressions-Inventar),
 3. PDQ-R (Personality Diagnostic Questionnaire - Revised),
- sowie weitere Fragebögen zu den Bereichen Herkunftsfamilie, Kindheit, Jugend, Entwicklung, Streßverarbeitung u.a.

Weiterhin wurden der CIDI (Composite International Diagnostic Interview) als strukturiertes Interview sowie der ASI (Addiction-Severity-Index) als halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Die Inventarien, welche für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind, werden weiter unten beschrieben.

4.4. Untersuchungsinventarien

Es folgt eine kurze Beschreibung der Instrumente, welche für die Überprüfung der dargestellten Hypothesen relevant sind.

4.4.1. NEO-FFI (Neo - Fünf - Faktoren - Inventar)

Es handelt sich um ein faktorenanalytisch konstruiertes Fragebogenverfahren nach Costa und McCrae (1985) bzw. dessen deutsche Übersetzung nach Borkenau und Ostendorf (1994) zur Erfassung individueller Merkmalsausprägungen in den Bereichen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

Diese gefundenen fünf "Dimensionen individueller Unterschiede" (Borkenau und Ostendorf, 1994) gehen auf den sogenannten psycholexikalischen Ansatz bzw. auf die Sedimentationshypothese von Klages (1926) und Cattell (1943) zurück. Es handelt sich hierbei um die Annahme, daß alle Aspekte individueller Unterschiede, die von Bedeutung sind, in die Sprache Eingang gefunden haben. Je wichtiger ein solcher Aspekt, desto wahrscheinlicher hat er einen gesonderten Begriff hervorgebracht. Die Gesamtheit der in Lexika aufgeführten Begriffe zur Unterscheidung der individuellen Unterschiede wurde zugrunde gelegt, später mittels inhaltsanalytischer, korrelationsstatistischer und faktorenanalytischer Methoden reduziert und wieder überprüft. Letztlich konnten auf diesem Wege fünf Faktoren als weitgehend replizierbar und unabhängig von den untersuchten Probandenstichproben gefunden werden.

Für weitergehende Informationen sei auf den Literaturnachweis im Anhang verwiesen.

4.4.2. BDI (Beck - Depressions - Inventar)

Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik (Beck et al., 1961). Durch den Fragebogen werden Symptome aus dem affektiven, kognitiven, motivationalen und vegetativen Bereich erfaßt. Die erste Variante des BDI wurde 1987 durch eine modifizierte und bis heute gültige Version ersetzt (Beck und Steer, 1987). Es werden 21 Items abgefragt; jedes Item läßt sich auf einer vierstufigen Skala von 0 - 3 (Häufigkeit des Auftretens bzw. Intensität) beurteilen, so daß Summenwerte zwischen 0 und 63 möglich sind, welche

eine Einschätzung der klinischen Relevanz erlauben. Beispiele für Itembereiche sind "Traurige Stimmung, Versagen, Schuldgefühle, Selbsthaß, Selbstmordimpulse, sozialer Rückzug und Isolierung" - um nur einige zu nennen. Auch für dieses Testverfahren sei auf die weiterführende Literatur im Anhang verwiesen.

4.4.3. PDQ-R (Personality Diagnostic Questionnaire-Revised)

Dieses Fragebogenverfahren (Hyler und Rieder, 1987) wurde auf der Basis der diagnostischen Kriterien des DSM-III-R (1989) entwickelt.

Mit diesem Instrument werden Persönlichkeitsstörungen anhand von Verhaltensmerkmalen untersucht, wie sie im Rahmen des DSM-III-R beschrieben werden. Der Fragebogen wird den Klienten zur selbständigen Bearbeitung vorgelegt.

Es ergibt sich sowohl ein Gesamtpunktwert, der eine allgemeine Aussage darüber zuläßt, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt; des weiteren lassen sich gezielt einzelne Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren.

Bei der Untersuchung normalgesunder Stichproben finden sich Werte unter 20 Punkten, bei Personen ohne Persönlichkeitsstörung, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, liegen die Werte zwischen 20 und 50 Punkten. Werden mehr als 50 Punkte erreicht, läßt dies auf das Vorliegen einer bzw. mehrerer Persönlichkeitsstörungen schließen.

4.5. Zuordnung zu den Untersuchungsgruppen

Die Verteilung der Frauen auf die Untersuchungsgruppe (Erfahrung von sexuellem Mißbrauch in der Vergangenheit) bzw. die Vergleichsgruppe (kein sexueller Mißbrauch) erfolgte anhand der Beantwortung dreier Fragenkomplexe, welche sich an thematisch unterschiedlichen Stellen des Interviews befanden.

1. Die Erfassung von Lebensabschnitten, in denen Schwierigkeiten mit verschiedenen Personengruppen aus dem direkten Umfeld aufgetreten sind, umfaßte u.a. die Frage nach etwaigem sexuellen Mißbrauch durch eine dieser Personen: "Hat eine der obigen Personen sie mißhandelt oder mißbraucht?" Angeboten wurden: Vater, Mutter, Brüder/Schwestern, Lebensgefährten/Gatten, Kinder, andere wichtige Familienmitglieder, gute Freunde, Nachbarn oder Kollegen. Die Frage wurde

spezifiziert durch die Formulierung "sexuell (sexuelle Annäherung oder erzwungene Sexualkontakte)". Antworteten die Frauen auf diese Frage mit "ja", wurden sie der Mißbrauchsgruppe zugeordnet. Dies traf für 46 Frauen der Gesamtstichprobe zu.

2. An anderer Stelle im Interview bestand die Möglichkeit, in Form einer freien Nennung bis zu drei wichtige Konflikte oder Kränkungen anzugeben, die als zentral für den Lebenslauf empfunden werden. Fand sich bei denjenigen Frauen, die auf Grund der erstgenannten Frage der Vergleichsgruppe zugeordnet worden waren, eine Antwort, die sich als sexueller Mißbrauch einordnen ließ, wurden diese Frauen in die Mißbrauchsgruppe übernommen. Durch diese Frage wurden weitere vier Frauen in die Untersuchungsgruppe eingeordnet.

3. Im Rahmen der Erfassung des Bewältigungsverhalten wurden die Klientinnen aufgefordert, ein für sie bedeutsames Lebensereignis anzugeben. Ergaben sich unter denjenigen Frauen, die aufgrund der anderen Fragenkomplexe der Vergleichsgruppe zugeordnet waren, hierbei Schilderungen, die sich im Sinne von sexuellem Mißbrauch verstehen ließen, wurden auch diese Frauen in die "Mißbrauchsgruppe" übernommen, was bei drei Frauen der Fall war.

Weder die Klientinnen noch die Interviewer waren zum Zeitpunkt der Befragung über die Zielvariable informiert. Von insgesamt 107 Frauen konnten auf diese Weise 53 Frauen der Mißbrauchsgruppe zugerechnet werden, die Vergleichsgruppe bildeten 54 Frauen.

Ein Vergleich der Altersverteilung ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Frauen aus der Mißbrauchs- und der Vergleichsgruppe (t-Test: $p = 0,65$; $df = 97,3$; $t = -0,46$). Mißbrauchte Frauen waren durchschnittlich 26,7 Jahre ($s = 7,1$) alt, während das Durchschnittsalter bei den anderen Klientinnen 27,2 Jahre ($s = 5,4$) betrug (Abb. 4.1.).

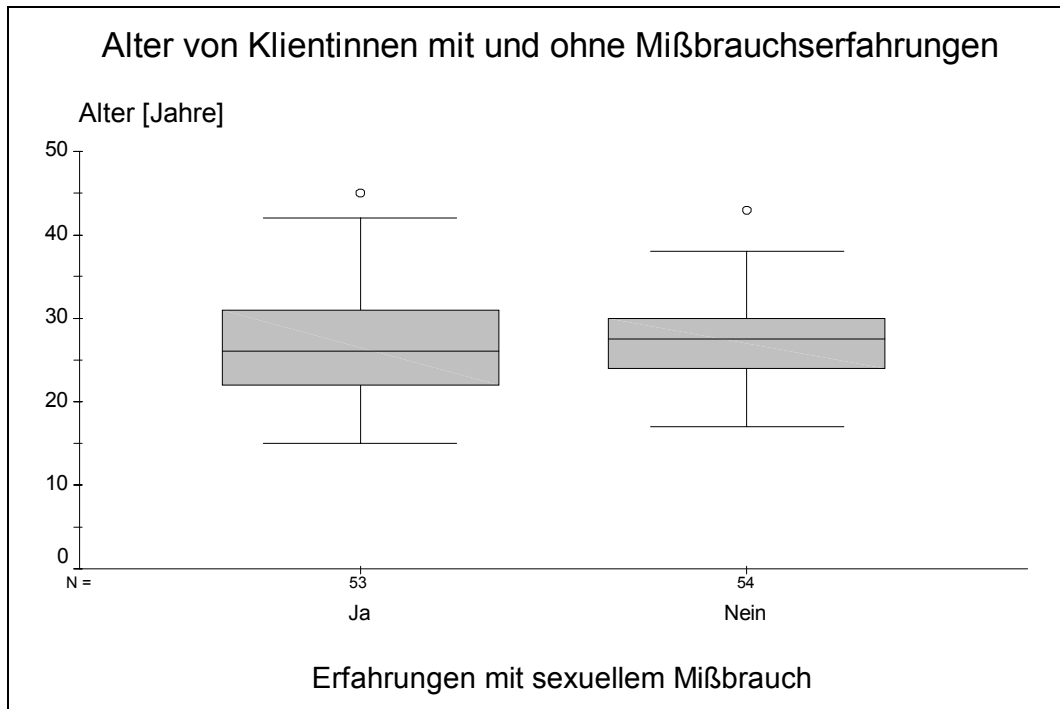


Abb. 4.1.: Das Alter bei opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Das Niveau der Schulbildung war hingegen bei Vorhandensein von Mißbrauchserfahrungen statistisch signifikant niedriger als bei den anderen Klientinnen (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,02$; $z = -2,40$; mittlerer Rang von 47,1 versus 60,8) (Tabelle 4.1.):

Tabelle 4.1.: Niveau der Schulbildung bei 107 opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

Schulabschluß [†]	Mißbrauchs- gruppe (n = 53)		Vergleichs- gruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keiner	13	24,5%	7	13,0%	20	18,7%
Hauptschule	25	47,2%	19	35,2%	44	41,1%
Mittlere Reife	9	17,0%	17	31,5%	26	24,3%
Abitur	5	9,4%	11	20,4%	16	15,0%
Hochschule	1	1,9%	-	-	1	0,9%

Anmerkung: [†] - $p < 0,05$ im Mann-Whitney U-Test

Über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten nur 16 der 53 mißbrauchten Klientinnen (30,2%) gegenüber 22 der 54 Frauen ohne die Erfahrungen von sexuellem

Mißbrauch (40,7%). Dieser Unterschied war nicht signifikant im Chi-Quadrat-Test ($\chi^2 = 1,30$; $df = 1$; $p = 0,25$). Im Zusammenhang mit der Erfassung des sexuellen Mißbrauchs wurde darüber hinaus auch nach emotionalen („*durch harte Worte*“) und physischen („*körperliche Schäden zugefügt*“) Mißhandlungen gefragt. Es zeigte sich, daß Frauen, die sexuellen Mißbrauch erfahren hatten, sowohl emotionalen ($\chi^2 = 9,1$; $df = 1$; $p = 0,003$) als auch physischen Mißhandlungen ($\chi^2 = 5,70$; $df = 1$; $p = 0,02$) signifikant häufiger ausgesetzt waren:

Tabelle 4.2.: Zahl emotional und physisch mißhandelter Frauen bei den 107 opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

		Mißbrauchs- gruppe (n = 53)		Vergleichs- gruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
		n	[%]	n	[%]	n	[%]
Emotional[†]	Ja	48	90,6%	36	66,7%	84	78,5%
	Nein	5	9,4%	18	33,3%	23	21,5%
Physisch[‡]	Ja	41	77,4%	30	55,6%	71	66,4%
	Nein	12	22,6%	24	44,4%	36	33,6%
Insgesamt		53	49,5%	54	50,5%	107	100%

Anmerkung: † - $p < 0,05$ im Chi-Quadrat-Test
‡ - $p < 0,05$ im Chi-Quadrat-Test

4.6. Datenverarbeitung und Statistik

Die aus den Fragebögen erhobenen Daten wurden in einen IBM-kompatiblen Personalcomputer 586DX166 in ein Microsoft Excel für Windows 7.0[®]-Spreadsheet eingegeben. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows 7.2.5[®]; für Schemazeichnungen und Graphiken wurden die Programme Excel 7.0[®], SPSS für Windows 7.2.5[®] und Word 7.0[®] verwendet.

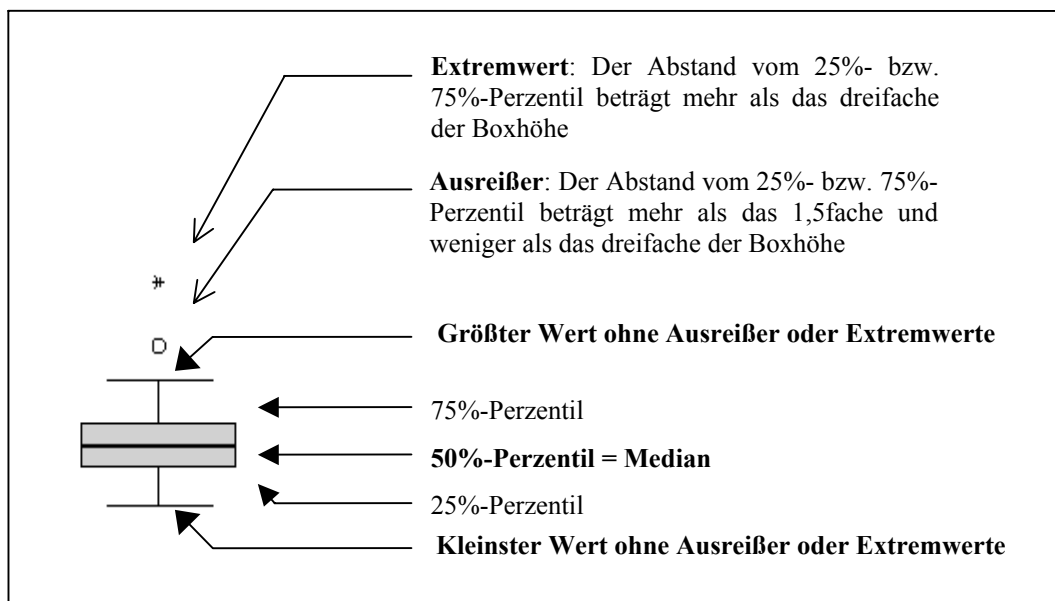


Abb. 4.2.: Erläuterung der „Boxplot-Diagramme“

Es wurden die nachstehenden Lage- und Streuungsmaße berechnet: Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Modalwert, Median, Perzentile, Minimum und Maximum. Für alle statistischen Untersuchungen galt, daß eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ($p < 0,05$) als signifikant und von 1% ($p < 0,01$) als hochsignifikant angesehen wurde.

In der deskriptiven Analyse wurden die folgenden Verfahren verwendet:

- Chi-Quadrat-Test nach Pearson mit Angabe des Wertes für Chi-Quadrat (χ^2), der Freiheitsgrade (df) und der Irrtumswahrscheinlichkeit (p)
- t-Test mit Angabe des t-Wertes (t) und der Freiheitsgrade (df) und der Irrtumswahrscheinlichkeit (p). Wenn der des Levene-Test homogene Varianzen

feststellte, kam die Variante des t-Test mit gepoolten Varianzen zum Einsatz. Andernfalls wurde mit separaten Varianzen gearbeitet.

- Mann-Whitney U-Test mit Angabe der Irrtumswahrscheinlichkeit (p), dem mittlerem Rang sowie dem U-Wert.
- Einfaktorielle univariate Varianzanalyse mit Angabe der Irrtumswahrscheinlichkeit (p), berechnet auf Grundlage des F-Wertes (F). Wenn der mit durchgeführte Levene-Test homogene Varianzen feststellte, kam die Varianzanalyse mit gepoolten Varianzen zum Einsatz. Andernfalls wurde mit separaten Varianzen gerechnet.
- Berechnung des Korrelationskoeffizienten nach Spearman (verteilungsfreies Zusammenhangsmaß)
- Reliabilitätsanalyse mit Berechnung von Cronbachs alpha

5. Ergebnisse

5.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch unter opiatsüchtigen Frauen

Von den 107 opiatsüchtigen Klientinnen gaben 53 (49,5%) an, sexuellen Mißbrauch erfahren zu haben, wobei eine eindeutige Zuordnung aller Frauen nach diesem Merkmal erfolgen konnte (Abb. 5.1.). Der Anteil von 49,5% mißbrauchter Frauen unter allen opiatsüchtigen Klientinnen ist erheblich größer, als in bei Frauen in der Normalbevölkerung.

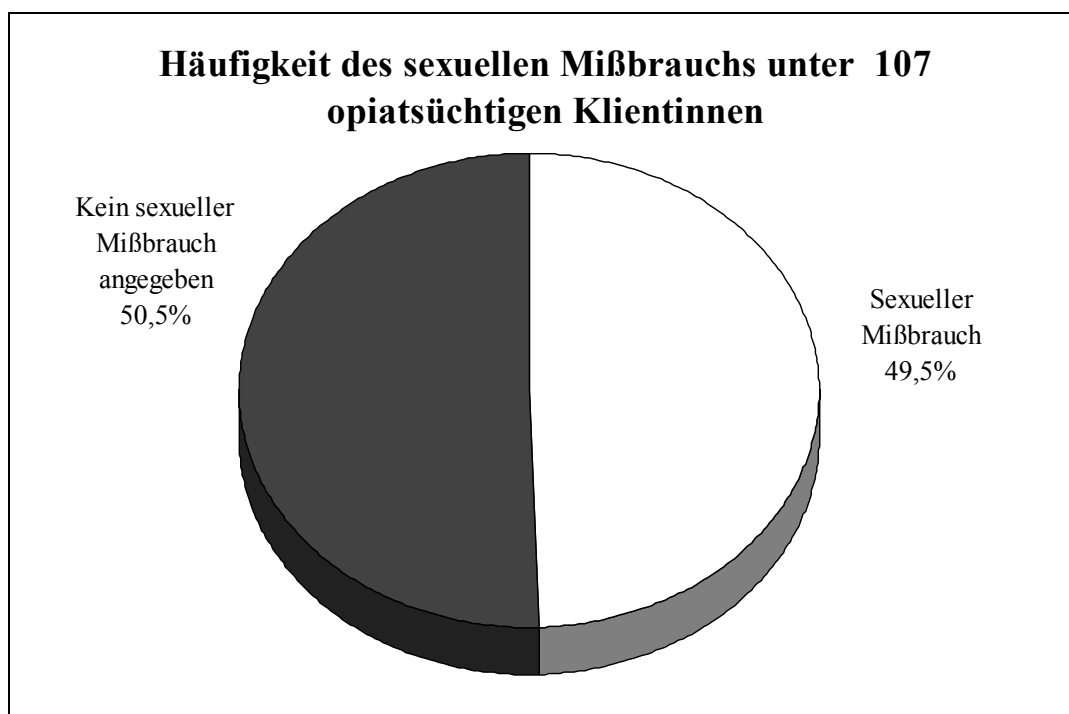


Abb. 5.1.: Häufigkeit des sexuellen Mißbrauchs unter 107 opiatsüchtigen Klientinnen

Die Erfassung des Mißbrauchs erfolgte einerseits auf Grund der Beantwortung einer direkten Frage nach einem solchen Ereignis („*sexuelle Annäherungen oder erzwungene Sexualkontakte*“). An dieser Stelle bejahten 46 der 107 Klientinnen (43,0%) unmittelbar die persönliche Erfahrung von sexuellem Mißbrauch, während diese von 61 (57,0%) verneint wurde.

In einer weiteren Frage waren die Frauen außerdem aufgefordert, anzugeben, ob auch innerhalb der letzten 30 Tage vor Eintritt in die jeweilige Institution „sexuelle Annäherungen oder erzwungene Sexualkontakte“ stattfanden. Dieses wurde von 9 der 46 Frauen (19,6%), die angaben, überhaupt sexuellen Mißbrauch erfahren zu haben, bejaht. Keine Angabe zu diesem Punkt machten 2 Frauen (4,3%).

Von den 54 Frauen, die in der unmittelbaren Frage nach Mißbrauchserfahrungen diese nicht angaben, führten 4 (7,4%) sexuellen Mißbrauch an bei der Frage 5.7 nach „wichtigen Konflikten oder Kränkungen, die als zentral für den eigenen Lebenslauf empfunden wurden“ und bei 3 dieser Frauen (5,6%) konnte auf Grund der Antworten im SEBV (Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens) auf Mißbrauchserfahrungen geschlossen werden. Tabelle 5.1. faßt die Angaben zu Prävalenz zusammen:

Tabelle 5.1.: Zuordnung der Klientinnen zur Gruppe mit Mißbrauchserfahrungen

Zuordnung zu der Gruppe mit sexuellem Mißbrauch durch:	Anzahl	Anteil an allen 107 Klientinnen
positive Antworten auf direkte Frage nach Mißbrauch	46	43,0%
In direkter Frage negiert, aber Mißbrauch in frei formulierten Fragen angeführt	4	3,7%
In direkter Frage negiert, aber Mißbrauch im SEBV festgestellt	3	2,8%
Insgesamt	53	49,5%

5.2. Umgang mit der Droge

5.2.1. Einstiegsphase

An dieser Stelle wurde das Alter der Klientinnen beim Erstgebrauch analysiert. Für jede Klientin existierte ein gültiger Wert. Durchschnittlich waren die Frauen beim Erstgebrauch von Heroin 18,9 Jahre ($s = 4,9$) alt. Das Einstiegsalter reichte von 12 bis zu 40 Jahren. Der Median war 18,0 Jahre.

Abb. 5.2. zeigt die Verteilung des Einstiegsalters für alle 107 Klientinnen. Es wird deutlich, daß keine Normalverteilung vorliegt und Frauen in den unteren Altersgruppen überrepräsentiert sind.

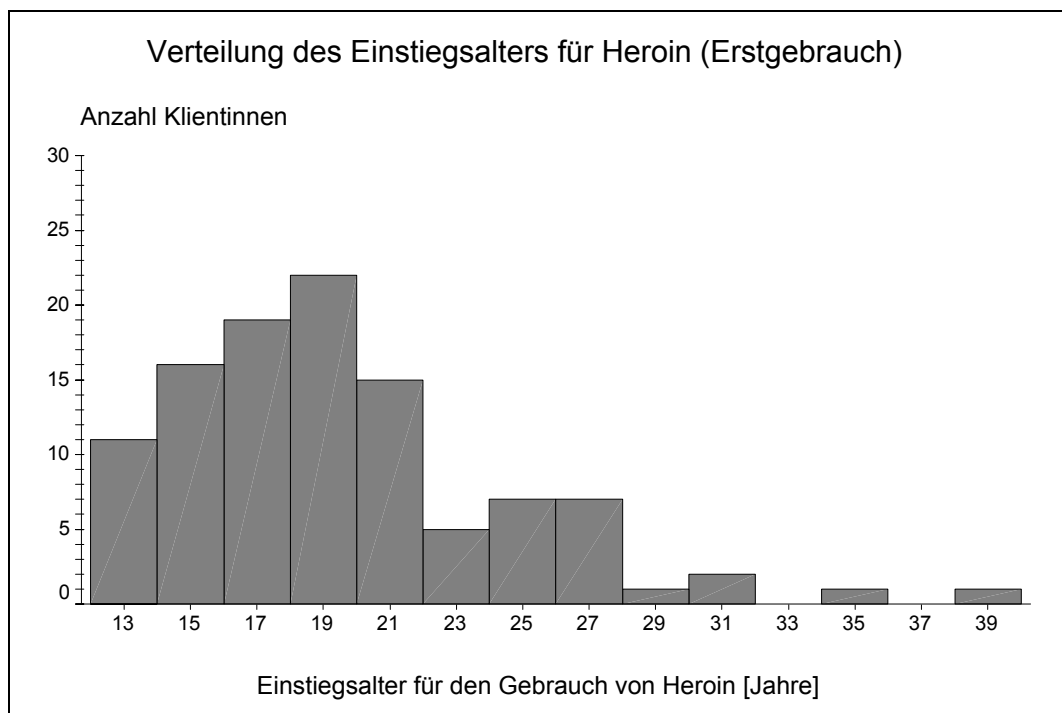


Abb. 5.2.: Die Verteilung des Einstiegsalters bei opiatsüchtigen Klientinnen ($n = 107$)

Die Hypothese, daß das durchschnittliche Einstiegsalter bei sexuellem Mißbrauch niedriger sein würde, mußte abgelehnt werden (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,22$; $z = -1,24$; mittlerer Rang von 50,3 versus 57,7), obwohl das durchschnittliche Einstiegsalter bei mißbrauchten opiatsüchtigen Frauen mit 18,6 Jahre ($s = 5,6$) geringer war gegenüber 19,2 Jahren ($s = 4,2$) bei den Frauen ohne sexuellen Mißbrauch.

Abb. 5.3. stellt das Einstiegsalter in beiden Gruppen gegenüber. Die zugehörigen statistischen Kennwerte sind der Tabelle 5.2. zu entnehmen.

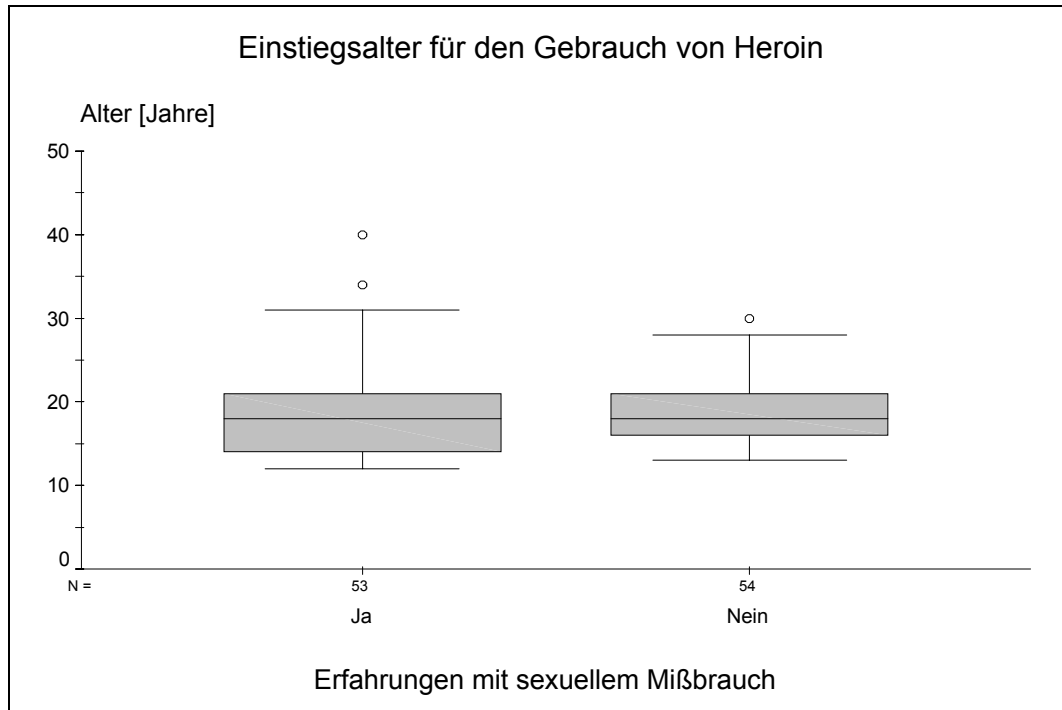


Abb. 5.3.: Das Einstiegsalter für Heroin bei opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

Tabelle 5.2.: Statistische Kennwerte zum Einstiegsalter bei den 107 opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

Statistische Kennwerte des Einstiegsalters	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)	Vergleichsgruppe (n = 54)	Insgesamt (n = 107)
\bar{x} [Jahre]	18,6	19,2	18,9
s [Jahre]	5,6	4,2	4,9
max [Jahre]	40,0	30,0	40,0
min [Jahre]	12,0	13,0	12,0
25. Perzentil [Jahre]	14,0	16,0	15,0
Median [Jahre]	18,0	18,0	18,0
75. Perzentil [Jahre]	21,0	21,0	21,0

Zum Alter der Klientinnen bei erstmaliger intravenöser Injektion von Heroin lagen gültige Angaben nur von 99 der 107 Frauen (92,5%) vor, da 8 Klientinnen (7,5%) ausschließlich andere Arten der Applikation angaben. Das durchschnittliche Alter bei erstmaliger intravenöser Zufuhr der Droge betrug 20,1 Jahre ($s = 5,1$) bei einem Wertebereich von 13 bis 41 Jahre. Dementsprechend fand die erstmalige Injektion von Heroin im Mittel 1,2 Jahre nach dem Einstieg in den Konsum von Heroin statt. Über die Verteilung des Alters bei erstmaliger intravenöser Injektion informiert die Abb. 5.4.:

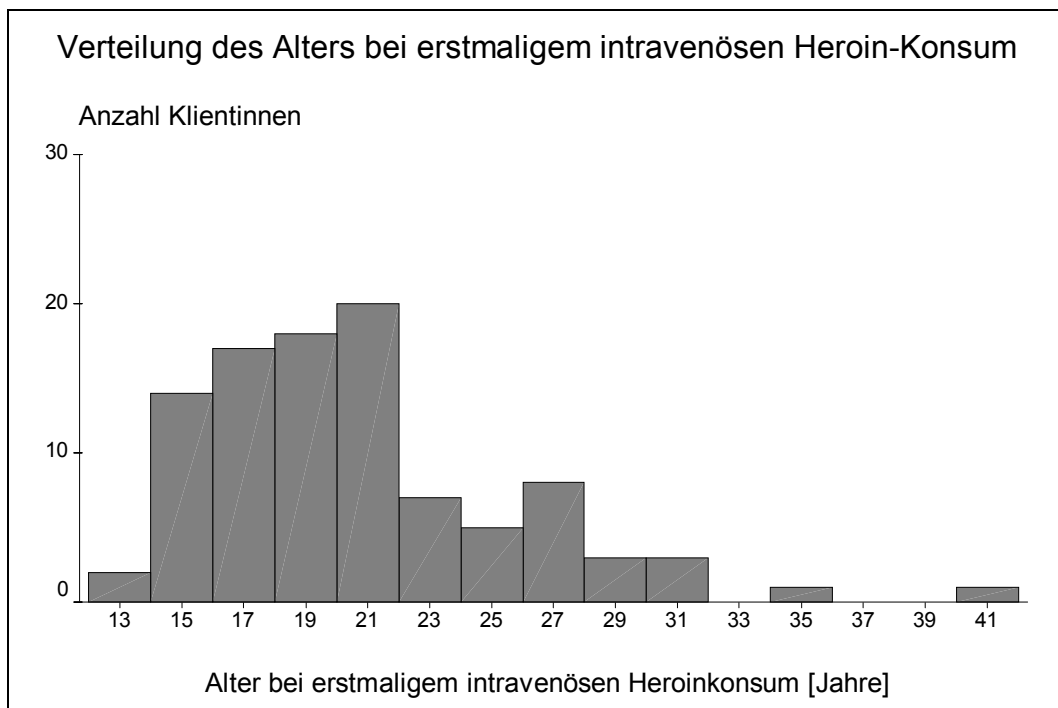


Abb. 5.4.: Die Verteilung des Alters bei erstmaligem intravenösen Heroinkonsum ($n = 99$)

Auch hier gab es keine Normalverteilung: Frauen in den unteren Altersgruppen waren sogar noch stärker überrepräsentiert als bei der Verteilung des Alters bei Erstkonsum von Heroin (Abb. 5.2.).

Die Annahme eines geringeren Alters der Klientinnen mit Mißbrauchserfahrungen bei erstmaligem i.v.-Heroinkonsum ließ sich mit den vorhandenen Daten nicht stützen: Das mittlere Alter bei mißbrauchten Frauen betrug zwar 18,6 Jahre ($s = 5,6$) gegenüber 19,2 Jahren ($s = 4,2$) bei den anderen opiatabhängigen Klientinnen. Im Mann-Whitney U-Test war dieser Unterschied jedoch nicht signifikant ($p = 0,82$; $z = -0,23$; mittlerer Rang

von 49,3 versus 50,6). Abb. 5.5. stellt die Werte der Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch gegenüber, während Tabelle 5.3. zugehörige statistische Kennwerte anführt.

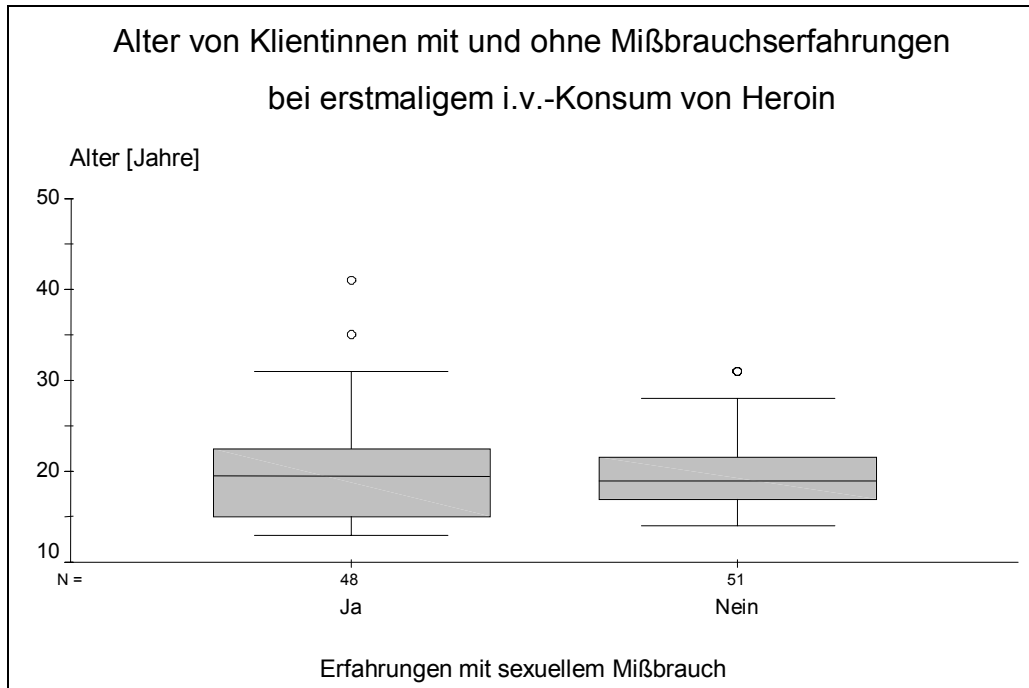


Abb. 5.5.: Das Alter bei erstmaligem intravenösen Heroinkonsum bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 99)

Tabelle 5.3.: Statistische Kennwerte zum Alter bei erstmaligem intravenösen Heroinkonsum bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 99)

Statistische Kennwerte des Alters bei erstem i.v.-Heroinkonsum	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 48)	Vergleichsgruppe (n = 51)	Insgesamt (n = 99)
\bar{x} [Jahre]	18,6	19,2	18,9
s [Jahre]	5,6	4,2	4,9
max [Jahre]	40,0	30,0	40,0
min [Jahre]	12,0	13,0	12,0
25. Perzentil [Jahre]	14,0	16,0	15,0
Median [Jahre]	18,0	18,0	18,0
75. Perzentil [Jahre]	21,0	21,0	21,0

Im Rahmen des Fragebogens (Interviews) wurde die Motivation für den Einstieg in den Opiatkonsum erfragt. Die Antworten (jede Klientin konnte drei verschiedene angeben) wurden nach positiven (z.B. „Anerkennung in einer Clique“) und negativen Motiven unterteilt. Als negative Motive wurden gewertet:

- Widerstand, Rebellion, Abgrenzung gegen Schule, Eltern, ...
- Ersatz für fehlende Liebe, Anerkennung etc.
- Perspektiv- und Orientierungslosigkeit
- Um abzuschalten oder weniger mitzukriegen
- In schwierigen Situationen zur Bewältigung von Problemen oder Konflikten

Von den 321 möglichen Antworten waren 98 (30,6%) einer negativen Motivation zuzuordnen. 64 der möglichen Antworten wurden nicht gegeben. Tabelle 5.4. zeigt die Häufigkeiten auch getrennt für Frauen mit und ohne Mißbrauchserfahrungen:

Tabelle 5.4.: Motivation für den Drogenkonsum (3 Antwortmöglichkeiten) zu *Beginn* der Opiatabhängigkeit bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

Motivation zu <i>Beginn</i> des Opiatmißbrauchs	Sexueller Mißbrauch [†]					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
„negative“ Motivation[†] insgesamt	55	34,5%	43	26,6%	98	30,6%
• Widerstand, Rebellion	3	1,9%	3	1,9%	6	1,9%
• Liebesersatz	4	2,5%	7	4,3%	11	3,4%
• Perspektivlosigkeit	4	2,5%	3	1,9%	7	2,2%
• Um abzuschalten	24	15,1%	17	10,5%	41	12,8%
• Schwierige Situation	20	12,6%	13	8,0%	33	10,3%
„positive“ Motivation	71	44,7%	88	54,3%	159	49,5%
Keine Angabe	33	20,8%	31	19,1%	64	19,9%

[†] - p < 0,05 im Chi-Quadrat-Test für negativ versus positiv motivierte Antworten

Unter den negativ motivierten Antworten wurde „Um abzuschalten oder weniger mitzukriegen“ mit 41 Antworten (12,8%) am häufigsten gewählt. „Widerstand, Rebellion, Abgrenzung gegen Schule, Eltern, ...“ spielte dagegen mit nur 1,9% aller möglichen Antworten nur eine untergeordnete Rolle.

Negativ motivierte Antworten waren bei den Frauen aus der Mißbrauchsgruppe signifikant häufiger als bei den anderen Klientinnen (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 6,01$; $df = 1$; $p = 0,02$). „Um abzuschalten oder weniger mitzukriegen“ sowie „In schwierigen Situationen zur Bewältigung von Problemen oder Konflikten“ wurde deutlich häufiger geantwortet.

Eine andere Hypothese besagte, daß unter den mißbrauchten Klientinnen „Allein“-Konsumentinnen häufiger auftreten würden. Von einer Frau aus der Mißbrauchsgruppe gab es keine gültige Antwort. Von den restlichen 106 Klientinnen stuften sich allerdings nur 4 (3,7%) als „Allein“-Konsumentin ein, so daß kein signifikanter Unterschied zwischen der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe festzustellen war ($\chi^2 = 3,94$; $df = 4$; $p = 0,42$).

Auffällig war jedoch, daß mißbrauchte Frauen häufiger als andere „In der Clique“ und seltener „mit Partner/in“ das erste Mal Opiate/Heroin konsumierten. Tabelle 5.5. gibt die Häufigkeit aller Antworten wieder:

Tabelle 5.5.: Beteiligte bei erstmaligem Opiatmißbrauch bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

Beteiligte bei erstmaligem Opiatmißbrauch	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Allein	2	3,8%	2	3,7%	4	3,7%
Freund/Bekannte	31	59,6%	31	57,4%	62	57,9%
In der Clique	8	15,4%	3	5,6%	11	10,3%
Partner/in	9	17,3%	15	27,8%	24	22,4%
Mithäftlinge	-	-	-	-	-	-
Mit jemand anderem	2	3,8%	3	5,6%	5	4,7%
Keine Angabe	1	0,9%	-	-	-	-

5.2.2. Dauer der Drogenzeit im Gruppenvergleich

Im Rahmen der Erhebung der Drogenverlaufparameter wurde die Dauer des Gebrauchs von Heroin mit einer Frequenz von mindestens dreimal je Woche erfragt. Alle Klientinnen nannten hierfür einen Wert. Durchschnittlich gaben die Frauen an, 6,0 Jahre ($s = 4,2$) Heroin mit einer Frequenz von mindestens dreimal wöchentlich konsumiert zu haben. Die Dauer schwankte hierbei zwischen 0 und 30 Jahren.

Abb. 5.6. zeigt die Verteilung der Dauer des Heroinkonsums:

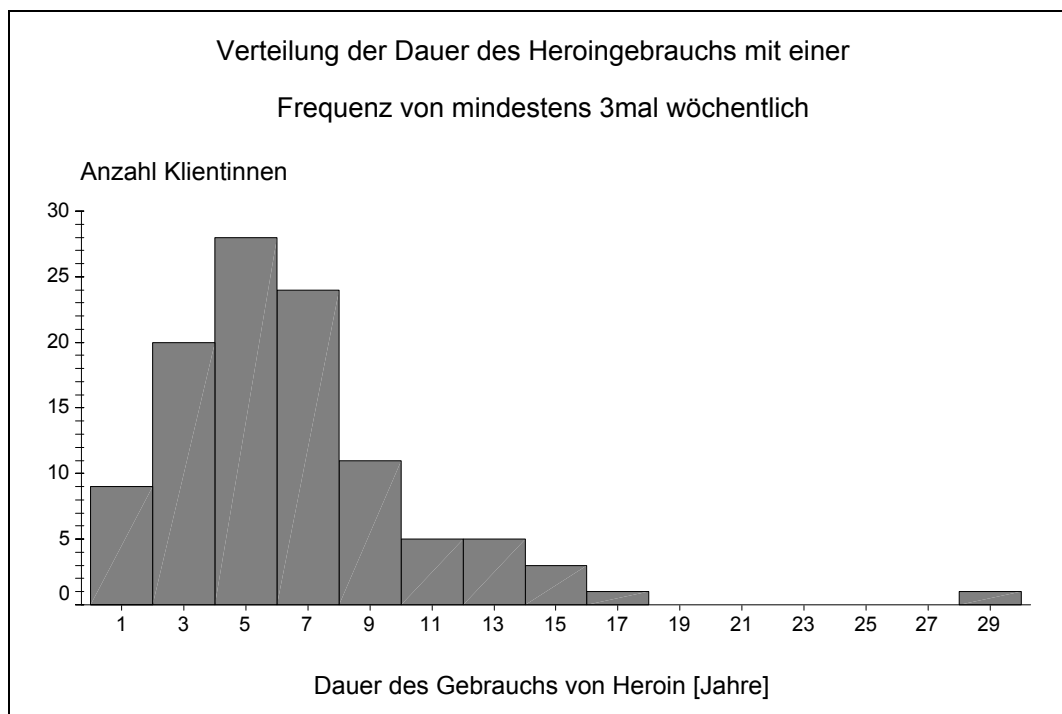


Abb. 5.6.: Die Verteilung der Dauer des Heroingebrauchs ($n = 107$)

Zwischen den Frauen aus der Mißbrauchsgruppe und den anderen Klientinnen bestand kein signifikanter Unterschied in der Dauer (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,90$; $z = -0,12$; mittlerer Rang von 53,6 versus 54,4). Die durchschnittliche Dauer betrug in der Mißbrauchsgruppe 6,1 Jahre ($s = 4,7$) gegenüber 5,9 Jahren ($s = 3,7$) in der Vergleichsgruppe.

Während Tabelle 5.5. die zugehörigen statistischen Kennwerte, unterschieden nach dem Vorliegen bzw. Fehlen von sexuellem Mißbrauch, anführt, zeigt die Abb. 5.6. die Werte in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe:

Tabelle 5.6.: Statistischen Kennwerte der Dauer des Heroingebrauchs mit einer Frequenz von mindestens 3mal wöchentlich (n = 107)

Statistische Kennwerte des Einstiegsalters	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 52)	Vergleichsgruppe (n = 54)	Insgesamt (n = 106)
\bar{x} [Jahre]	6,1	5,9	6,0
s [Jahre]	4,7	3,6	4,2
max [Jahre]	30,0	15,0	30,0
min [Jahre]	0	1,0	0
25. Perzentil [Jahre]	3,5	3,0	3,0
Median [Jahre]	5,0	5,5	5,0
75. Perzentil [Jahre]	7,0	8,0	7,0

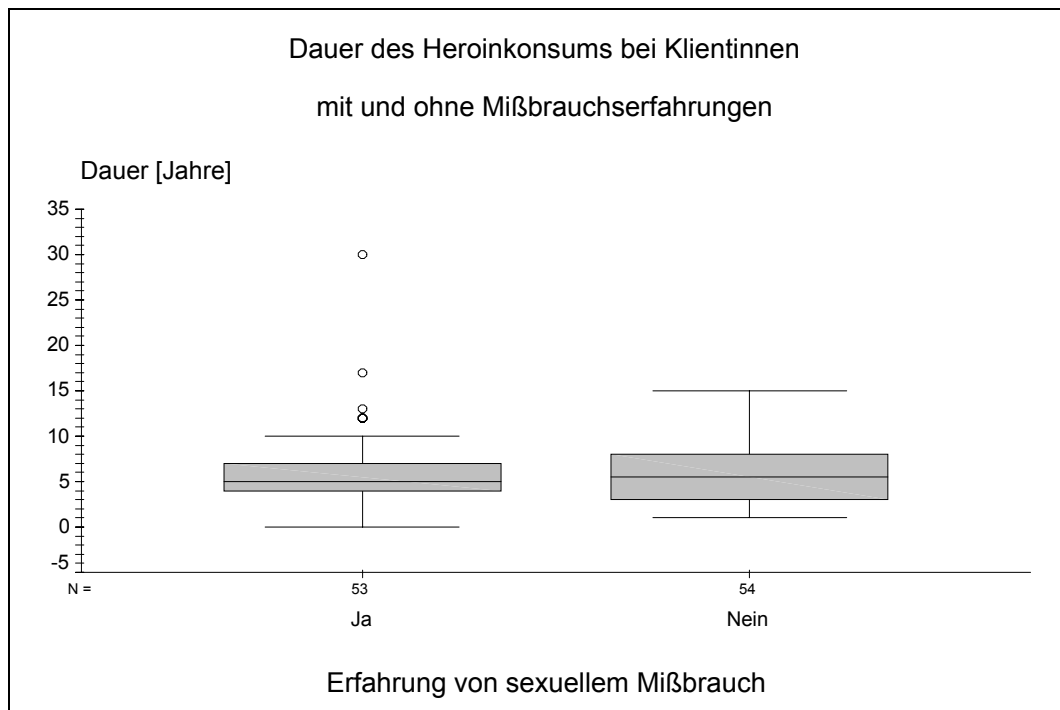


Abb. 5.7.: Die Dauer des Heroinkonsums bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Die Motivation im Verlauf der Drogenbindung war deutlich verändert gegenüber der Motivation zu Beginn der Drogenkarriere. Während zu Beginn des Drogenkonsums nur 19,9% der Antworten ungültig waren, betrug dieser Anteil jetzt 53,6%. Der Anteil der negativ motivierten Antworten dagegen sank von 30,6% auf nur 18,7%. Der Beitrag der einzelnen Antworten mit zugrundeliegenden negativen Motiven an allen Negativ-Antworten hatte sich nur geringfügig verändert. „*Widerstand, Rebellion, Abgrenzung gegen Schule, Eltern, ...*“ wurde überhaupt nicht mehr geantwortet, während jetzt Drogenkonsum „*Um abzuschalten oder weniger mitzukriegen*“ und „*In schwierigen Situationen zur Bewältigung von Problemen oder Konflikten*“ am häufigsten genannt wurden.

Bemerkenswert war, daß die Hypothese von weniger negativ motivierten Antworten in der Mißbrauchsgruppe nicht nur abgelehnt werden mußte, sondern daß im Gegenteil sogar die Frauen in der Vergleichsgruppe statistisch signifikant häufiger negativ motivierte Antworten gaben (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 7,13$; $df = 1$; $p = 0,01$). Tabelle 5.7. zeigt die Antworthäufigkeiten:

Tabelle 5.7.: Motivation für den Drogenkonsum (3 Antwortmöglichkeiten) *im Verlauf* der Opiatabhängigkeit bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

Motivation <i>im Verlauf</i> des Opiatmißbrauchs	Sexueller Mißbrauch [†]					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
„negative“ Motivation[†] insgesamt	20	12,6%	40	24,7%	60	18,7%
• Widerstand, Rebellion	-	-	-	-	-	-
• Liebesersatz	2	1,3%	2	1,2%	4	1,2%
• Perspektivlosigkeit	1	0,6%	4	2,5%	5	1,6%
• Um abzuschalten	10	6,3%	17	10,5%	27	8,4%
• Schwierige Situation	7	4,4%	17	10,5%	24	7,5%
„positive“ Motivation	49	30,8%	40	24,7%	89	27,7%
Keine Angabe	90	56,6%	82	50,6%	172	53,6%

[†] - $p < 0,05$ im Chi-Quadrat-Test für die Zahl der negativ versus der positiv motivierten Antworten

Selbstschädigendes Verhalten bei Opiatabhängigen ist u.a. in Form von „needle-sharing“ zu finden. Von 107 Klientinnen konsumierten 99 (92,5%) Heroin intravenös. Von diesen gaben 21 Frauen (21,2%) an, „needle-sharing“ zu betreiben. Hoch war dabei mit 19 Frauen (19,2%) der Anteil von Klientinnen, der hierzu trotz intravenösem Konsum von Opiaten keine Angabe machte. Zwischen den Frauen aus der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe bestand im Chi-Quadrat-Test hierbei kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 2,63$; $df = 3$; $p = 0,45$). Tabelle 5.8. zeigt die angetroffenen Häufigkeiten bei den Klientinnen mit und ohne Mißbrauch:

Tabelle 5.8.: „needle-sharing“ bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 99)

„needle-sharing“	Sexueller Mißbrauch [†]					
	Mißbrauchsgruppe (n = 48)		Vergleichsgruppe (n = 51)		Insgesamt (n = 99)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
„needle-sharing“ insges.	10	20,9%	11	21,6%	21	21,2%
• manchmal	8	16,7%	10	19,6%	18	18,2%
• oft	2	4,2%	1	2,0%	3	3,0%
eigene saubere Nadel	26	54,2%	33	64,7%	59	59,6%
Keine Angabe	12	25,0%	7	13,7%	19	19,2%

5.2.3. Ausstiegssphase

In diesem Kapitel wurde zuerst die Zahl der freiwillig unternommenen Selbstentzüge (d.h. ohne Berücksichtigung von Krankenhausaufenthalten, Haft oder stationären Langzeittherapien) untersucht. Von den 107 Klientinnen gaben 92 (86,0%) an, schon freiwillige Versuche unternommen zu haben, einen Entzug durchzuführen. Der Anteil von Frauen mit freiwillig unternommenen Selbstentzügen war mit 48 von 53 (90,6%) in der Mißbrauchsgruppe größer als in der Vergleichsgruppe, wo der Anteil nur 44 von 54 (81,5%) betrug. Statistisch signifikant war dieser Unterschied jedoch im Chi-Quadrat-Test nicht ($\chi^2 = 1,83$; $df = 1$; $p = 0,17$).

Die Anzahl der freiwillig unternommenen Selbstentzüge reichte von 1 bis zu 50 Versuchen und war sehr linkssteil, wie die Abb. 5.8. verdeutlicht.

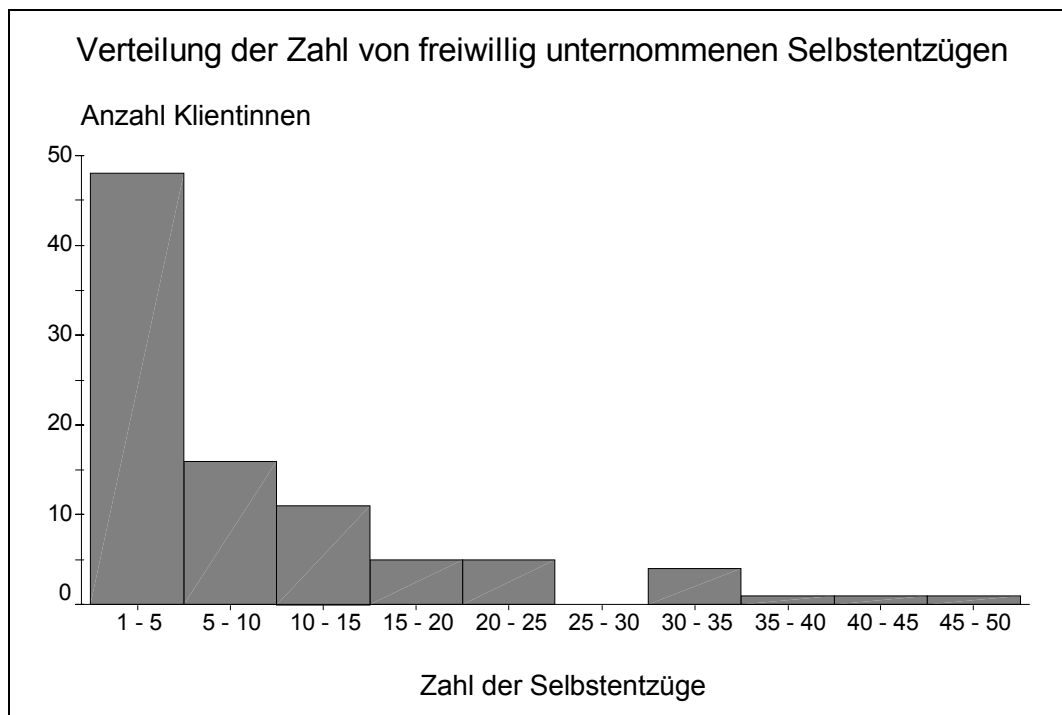


Abb. 5.8.: Die Verteilung der Anzahl freiwilliger Selbstentzüge (n = 92)

Im Median gaben die 92 Klientinnen, die solche Versuche überhaupt unternommen hatten, an, freiwillig 4 Selbstentzüge unternommen zu haben. Das 25. Perzentil waren 2 Versuche, d.h. 25% von den 92 Frauen hatten mindestens 2 Selbstentzüge unternommen. Bei 75% der Frauen waren es mindestens 10 solcher Versuche.

Frauen aus der Mißbrauchsgruppe gaben im Median (bei der linkssteilen Verteilung ist der Durchschnitt nicht anwendbar) 3 Selbstentzüge an, während der Median bei den anderen Klientinnen mit 5,5 fast doppelt so hoch war.

Die Hypothese, daß in der Mißbrauchsgruppe die Anzahl der freiwillig unternommenen Selbstentzüge geringer sein würde, als in der Vergleichsgruppe, konnte weder abgelehnt noch angenommen werden. Im Mann-Whitney U-Test war die Irrtumswahrscheinlichkeit in der exakten Methode mit 5,1% als grenzwertig einzustufen ($p = 0,051$; $z = -0,52$; mittlerer Rang von 52,44 versus 55,53). Daher wäre hier eine Folgestudie nötig, um über diese Hypothese endgültig zu entscheiden. Abb. 5.9. zeigt die Zahl der Selbstentzüge bei den Frauen aus der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe, während Tabelle 5.9. die zugehörigen statistischen Kennwerte anführt.

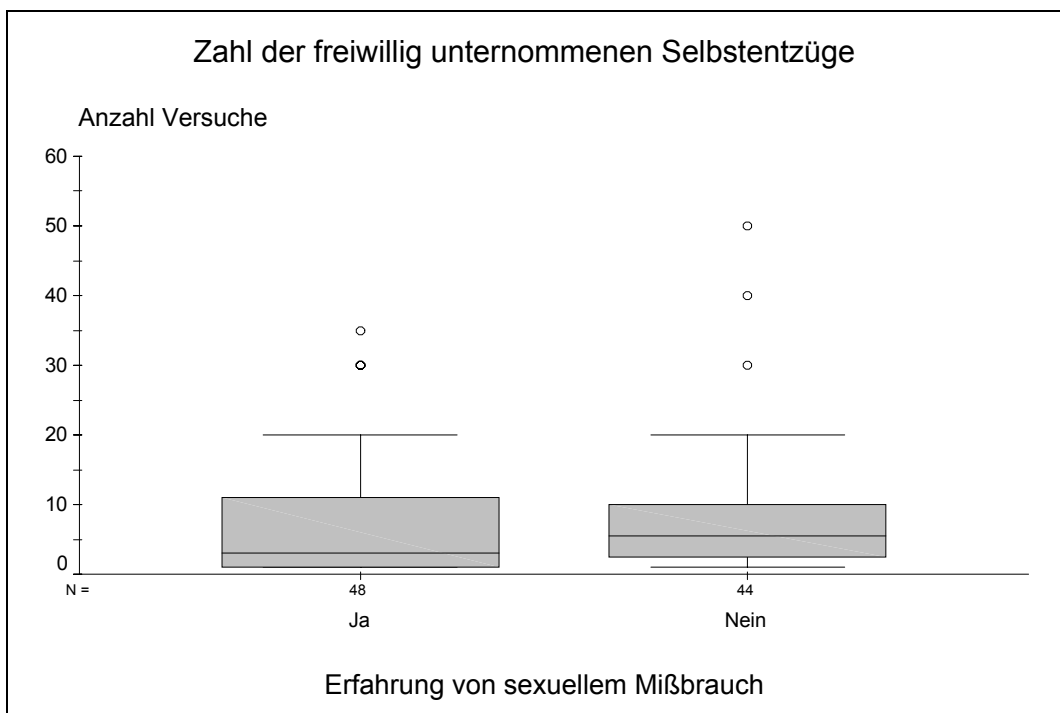


Abb. 5.9.: Anzahl freiwillig unternommener Selbstentzüge bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 92)

Tabelle 5.9.: Zahl der freiwillig unternommenen Selbstentzüge bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 92)

Statist. Kennwerte der Zahl der Selbstentzüge	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 48)	Vergleichsgruppe (n = 44)	Insgesamt (n = 92)
\bar{x}	7,4	8,6	8,0
s	9,2	10,0	9,6
max	35,0	50,0	50,0
min	1,0	1,0	1,0
25. Perzentil	1,0	2,3	2,0
Median	3,0	5,5	4,0
75. Perzentil	11,5	10,0	10,0

Eng zusammen mit o.g. Ausführungen hing die Frage nach einer eventuellen freiwilligen Abstinenz ohne Behandlungen und deren Dauer. Nur 42 der 107 Klientinnen (39,3%) schilderten solche drogenfreien Intervalle. Sowohl in der Mißbrauchsgruppe als auch in der Vergleichsgruppe befanden sich 21 Frauen (39,6% bzw. 38,9%), die eine freiwillige Abstinenz ohne Behandlungen angaben. Im Mann-Whitney U-Test bestand kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ($p = 0,26$; $z = -1,12$; mittlerer Rang von 23,6 versus 19,4).

Tabelle 5.10.: Dauer einer freiwilligen Abstinenz bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch

Statist. Kennwerte der Zahl der Selbstentzüge	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 48)	Vergleichsgruppe (n = 44)	Insgesamt (n = 92)
\bar{x} [Monate]	8,1	12,2	10,1
s [Monate]	9,4	31,4	23,0
max [Monate]	36,0	144,0	144,0
min [Monate]	1,0	1,0	1,0
25. Perzentil [Monate]	2,5	2,0	2,0
Median [Monate]	4,0	3,0	3,5
75. Perzentil [Monate]	9,0	5,5	6,0

Von Interesse war auch die Zahl der *abgeschlossenen* Langzeittherapien. 19 der 107 (17,8%) Klientinnen gaben an, eine Langzeittherapie abgeschlossen zu haben, während eine Klientin (0,9%) über 5 abgeschlossene Langzeittherapien berichtete.

Durchschnittlich verbrachten die 20 Klientinnen mit abgeschlossenen Langzeittherapien 16,6 Monate ($s = 9,0$) in Therapieeinrichtungen, wobei eine Frau keine Angabe zur Dauer machte. Abb. 5.10. zeigt die Verteilung:

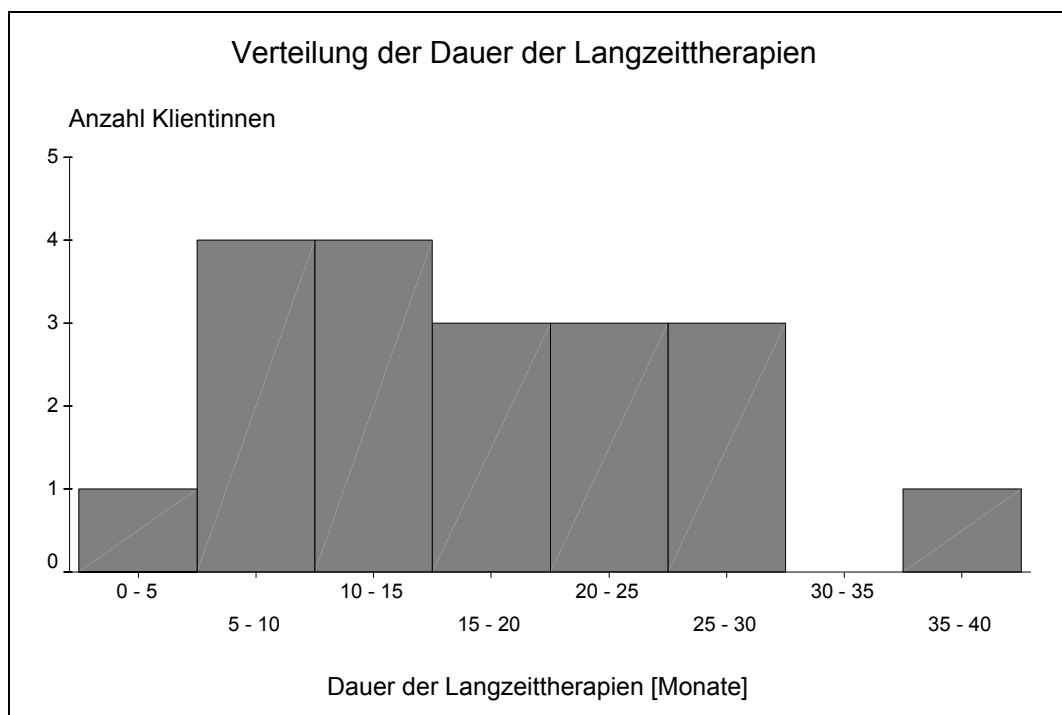


Abb. 5.10.: Verteilung der Dauer der Langzeittherapien (n = 19)

In diesem Kontext war kein Unterschied zwischen den Frauen aus der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe festzustellen. In der Mißbrauchsgruppe waren es 10 Frauen (18,9%), in der Vergleichsgruppe ebenfalls 10 Frauen (18,5%), die abgeschlossene Langzeittherapien angaben (im Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 0,00$; $df = 1$; $p = 0,96$). Auch hinsichtlich der Dauer der Langzeittherapien bestanden keine signifikanten Unterschiede bei einer durchschnittlichen Dauer von 17,2 Monaten ($s = 7,6$) in der Mißbrauchsgruppe versus 16,0 Monaten ($s = 10,5$) in der Vergleichsgruppe (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,62$; $z = 0,62$; mittlerer Rang von 96,0 versus 94,0)

Tabelle 5.11. faßt die Daten zur Dauer der Langzeittherapien zusammen:

Tabelle 5.11.: Dauer der Langzeittherapien bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 19)

Statist. Kennwerte der Abstinenzdauer	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 9)	Vergleichsgruppe (n = 10)	Insgesamt (n = 19)
\bar{x} [Monate]	17,2	16,0	16,6
s [Monate]	7,6	10,5	9,0
max [Monate]	27,0	36,0	36,0
min [Monate]	6,0	1,0	1,0
25. Perzentil [Monate]	10,5	9,0	9,0
Median [Monate]	15,0	12,5	15,0
75. Perzentil [Monate]	24,5	25,3	24,0

75 Klientinnen (70,1%) waren *nach stattgehabter professioneller Behandlung abstinent*. 30 Frauen (28,0%) verneinten die Frage nach einer Abstinenz (nach Therapie) und zwei Frauen (1,9%) machten hierzu keine Angabe.

Zwischen der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe bestand dabei im Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 1,52$; $df = 1$; $p = 0,22$). In der Mißbrauchsgruppe waren es 40 von 52 Frauen (76,9%) gegenüber 35 von 53 Frauen (66,0%) in der Vergleichsgruppe, die Abstinenzzeiten angaben.

Die Dauer dieser Abstinenz betrug durchschnittlich 12,8 Monate ($s = 13,4$). Mit durchschnittlich 10,0 Monaten ($s = 9,7$) in der Mißbrauchsgruppe und 15,9 Monaten ($s = 16,3$) in der Vergleichsgruppe war bei sexuellem Mißbrauch zwar die Dauer der Abstinenzzeiten durchschnittlich vermindert. Im Mann-Whitney U-Test konnte dieser Unterschied jedoch nicht statistisch abgesichert werden ($p = 0,14$; $z = -1,49$; mittlerer Rang von 34,5 versus 42,0).

Abb. 5.11. zeigt die Verteilung der längsten Abstinenzdauer, während Tabelle 5.12. die Dauer bei Frauen der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe gegenüberstellt.

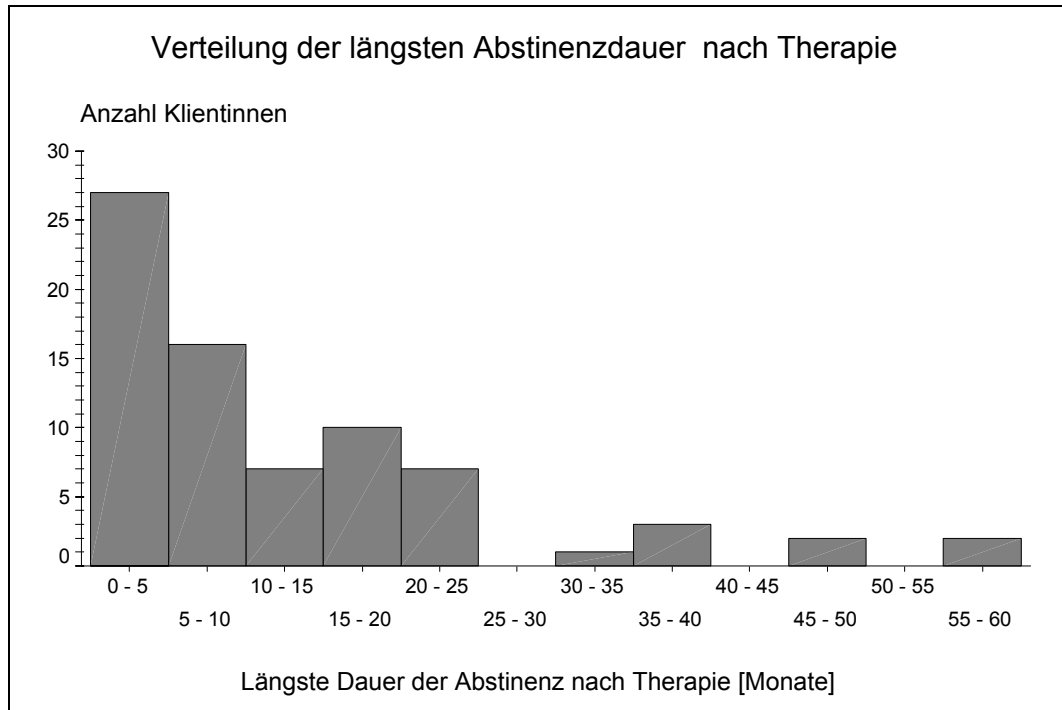


Abb. 5.11.: Verteilung der längsten Abstinenzdauer nach stattgehabter professioneller Behandlung (n = 75)

Tabelle 5.12.: Längste Abstinenzdauer nach stattgehabter professioneller Behandlung bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 75)

Statist. Kennwerte der Abstinenzdauer	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 40)	Vergleichsgruppe (n = 35)	Insgesamt (n = 75)
\bar{x} [Monate]	10,0	15,9	12,8
s [Monate]	9,7	16,3	13,4
max [Monate]	36,0	60,0	60,0
min [Monate]	1,0	1,0	1,0
25. Perzentil [Monate]	3,0	3,0	3,0
Median [Monate]	6,0	9,0	7,0
75. Perzentil [Monate]	15,0	24,0	17,0

Als abschließende Frage zum Verlauf der Drogenabhängigkeit ist noch jene nach dem angestrebten Ziel hinsichtlich des zukünftigen Drogenkonsums zu erörtern. Die Klientinnen konnten unter fünf Optionen auswählen, die in Tabelle 5.13. einschließlich der angetroffenen Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien wiedergegeben sind. Die überwiegende Mehrheit der Klientinnen gab an, in Zukunft „clean“ leben zu wollen. Immerhin ein 23,4% hingegen wollten zwar zukünftig keine Opiate, andere Drogen hingegen weiterhin konsumieren.

Zwischen den Frauen aus der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe war im Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied festzustellen ($\chi^2 = 6,85$; $df = 4$; $p = 0,14$). Frauen mit sexuellem Mißbrauch wollten häufiger als andere Opiate kontrolliert weiter konsumieren und seltener künftig „clean“ leben.

Tabelle 5.13.: Ziele hinsichtlich des zukünftigen Drogenkonsums bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Ziele hinsichtlich des zukünftigen Drogenkonsums	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keine Veränderung	1	1,9%	-	-	1	0,9%
Opiate kontrolliert konsumieren	4	7,5%	1	1,9%	5	4,7%
Opiate beenden, andere Drogen weiter nehmen	14	26,4%	11	20,4%	25	23,4%
zukünftig clean leben	33	62,3%	36	66,7%	69	64,5%
sonstiges	1	1,9%	6	11,1%	7	6,5%

5.3. Das soziale Netzwerk bei opiatsüchtigen Frauen

5.3.1. Familienstand und Partnerschaft

Insgesamt gaben 68 (63,6%) Klientinnen an, ledig zu sein. An zweiter und dritter Stelle folgten die Kategorien "geschieden" (n = 15; 14,0%) und "verheiratet" (n = 11; 10,3%). Der Anteil lediger Frauen war in der Mißbrauchsgruppe mit 33 (62,3%) etwas geringer als in der Vergleichsgruppe, in der sich 35 (64,8%) ledige Frauen befanden. Auffällig war dagegen, daß weniger sexuell mißbrauchte Frauen verheiratet, wieder verheiratet oder verwitwet waren als andere Klientinnen. Dagegen waren in der Mißbrauchsgruppe mehr getrennt lebende und geschiedene Frauen zu finden (Abb. 5.12.). Im Chi-Quadrat-Test war der Unterschied im gegebenen Studiendesign jedoch (grenzwertig) nicht signifikant ($\chi^2 = 9,54$; $df = 5$; $p = 0,07$). Da die abzulehnende Hypothese einen vermehrten Anteil allein lebender Frauen beinhaltete, mußte die angegebene zweiseitige anstatt der einseitigen Irrtumswahrscheinlichkeit zugrunde gelegt werden.

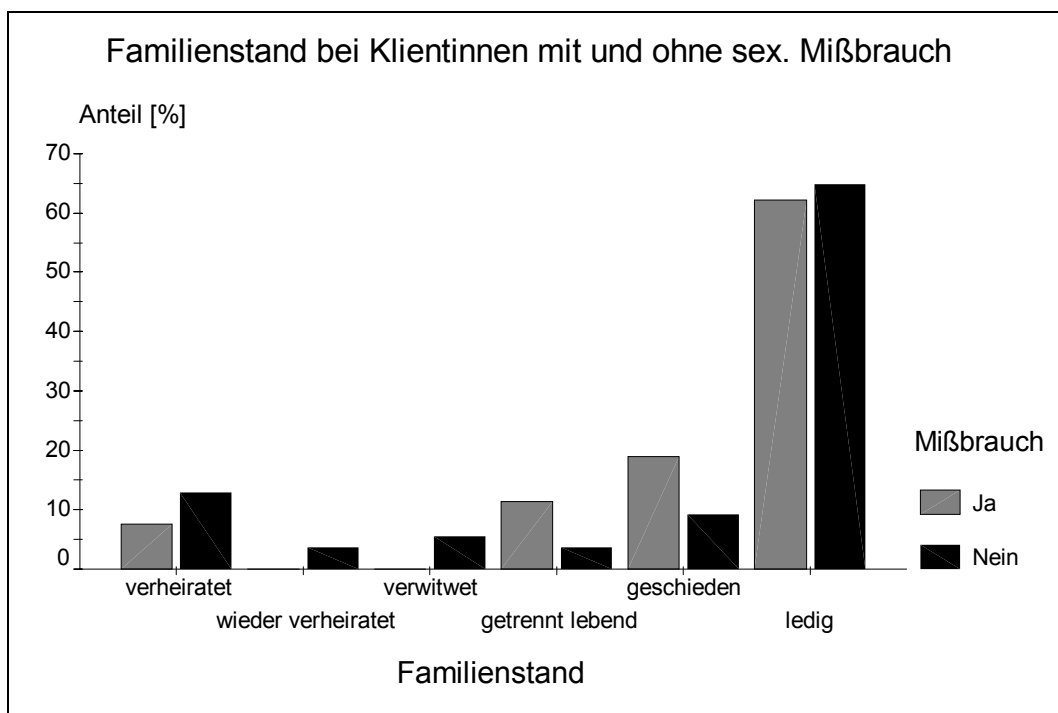


Abb. 5.12.: Der Familienstand bei Klientinnen mit und ohne sex. Mißbrauch (n = 107)

Tabelle 5.14. zeigt den Familienstand für alle Klientinnen und getrennt nach der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe:

Tabelle 5.14.: Der Familienstand bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Familienstand	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
verheiratet	4	7,5%	7	13,0%	11	10,3%
wieder verheiratet	-	-	2	3,7%	2	1,9%
verwitwet	6	11,3%	3	5,6%	3	2,8%
getrennt lebend	-	-	2	3,7%	8	7,5%
geschieden	10	18,9%	5	9,3%	15	14,0%
ledig	33	62,3%	35	64,8%	68	63,6%

Bei der Betrachtung der aktuellen Partnerschaft fiel auf, daß wie schon zuvor beim Familienstand die meisten Klientinnen (n = 46; 43,0%) alleinstehend waren. Zeitweilige Beziehung(en) wurden nur von zehn Frauen (9,3%) geäußert. Fast die Hälfte der Klientinnen gaben feste Beziehung(en) an, wobei 21 (19,6%) getrennt und 30 (28,0%) zusammen lebten (Tabelle 5.15.). Zwischen der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe bestand im Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 3,66$; df = 3; p = 0,30).

Tabelle 5.15.: Aktuelle Partnerschaft bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Aktuelle Partnerschaft	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
alleinstehend	25	47,2%	21	38,9%	46	43,0%
zeitweilige Beziehung(en)	7	13,2%	3	5,6%	10	9,3%
feste Beziehung(en), getrennt lebend	8	15,1%	13	24,1%	21	19,6%
feste Beziehung(en), zusammen lebend	13	24,5%	17	31,5%	30	28,0%

Alle Klientinnen waren aufgefordert, die Dauer der längsten Beziehung überhaupt anzugeben. Die kürzeste Zeit betrug nur zwei Monate, während eine Klientin eine über 15 Jahre andauernde Beziehung schilderte. Durchschnittlich wurde eine Dauer von 57,1 Monaten ($s = 38,5$) angegeben. Abb. 5.13. zeigt die Verteilung:

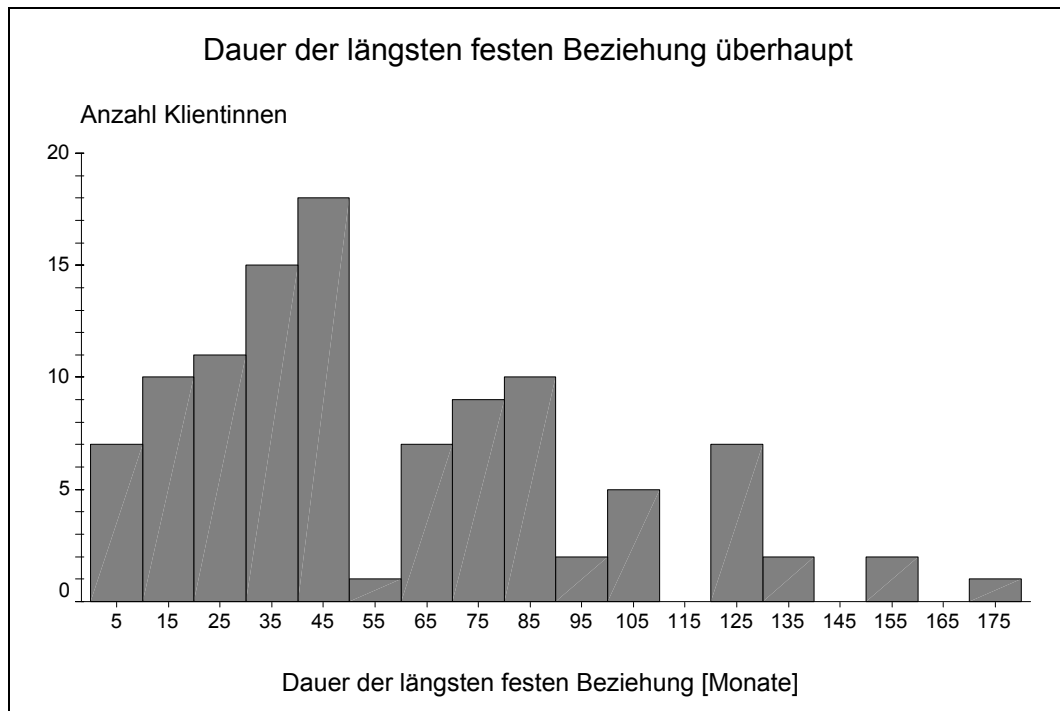


Abb. 5.13.: Verteilung der Dauer der längsten Beziehung überhaupt (n = 107)

Zwischen der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe bestand im Mann-Whitney U-Test kein signifikanter Unterschied ($p = 0,44$; $z = -0,78$; mittlerer Rang von 51,7 versus 56,3). Frauen in der Mißbrauchsgruppe gaben durchschnittlich 55,5 Monate ($s = 41,4$) gegenüber durchschnittlich 58,8 Monaten ($s = 35,8$) bei Frauen in der Vergleichsgruppe an. Der Median war in beiden Gruppen gleich und betrug genau 4 Jahre.

Tabelle 5.16. zeigt die Dauer mit den zugehörigen statistischen Maßzahlen und Abb. 5.14. stellt die Werte der beiden Gruppen gegenüber.

Tabelle 5.16.: Dauer der längsten Beziehung überhaupt bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Statist. Kennwerte der Dauer der längsten Beziehung überhaupt	Sexueller Mißbrauch		
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)	Vergleichsgruppe (n = 54)	Insgesamt (n = 107)
\bar{x} [Monate]	55,5	58,8	57,1
s [Monate]	41,4	35,8	38,5
max [Monate]	180,0	156,0	180,0
min [Monate]	2,0	5,0	2,0
25. Perzentil [Monate]	24,0	30,8	24,0
Median [Monate]	48,0	48,0	48,0
75. Perzentil [Monate]	84,0	78,5	84,0

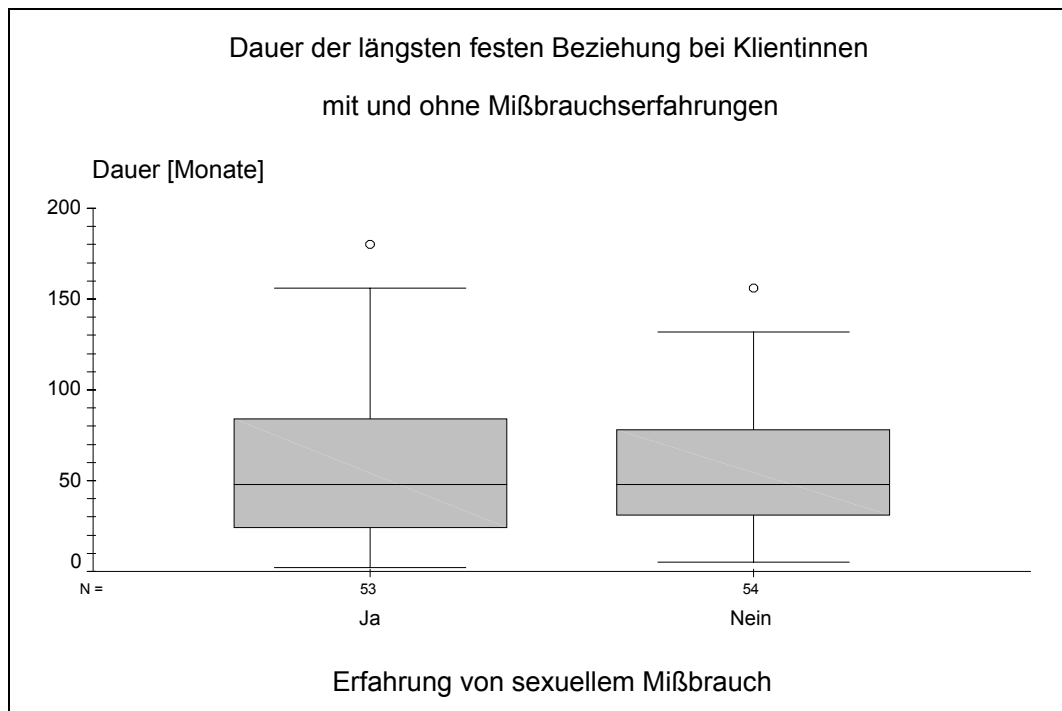


Abb. 5.14.: Dauer der längsten Beziehung überhaupt bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

5.3.2. Freundschaftsbeziehungen

Eine der Arbeitshypothesen im Kontext von Freundschaftsbeziehungen war eine geringere Zahl von „guten Freunden“ bei den Klientinnen in der Mißbrauchsgruppe. Diese Hypothese traf nicht zu. Im Mann-Whitney U-Test war kein signifikanter Unterschied zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe zu finden ($p = 0,36$; $z = -0,91$; mittlerer Rang von 51,3 versus 56,6). Tabelle 5.17. zeigt die Häufigkeiten in beiden Gruppen:

Tabelle 5.17.: Zahl „guter Freunde“ (n = 107)

Zahl „guter Freunde“	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keine	12	22,6%	10	18,5%	22	20,6%
1	14	26,4%	12	22,2%	26	24,3%
2	12	22,6%	14	25,9%	26	24,3%
3	9	17,0%	8	14,8%	17	15,9%
4	4	7,5%	7	13,0%	11	10,3%
5	1	1,9%	2	3,7%	3	2,8%
6	-	-	1	1,9%	1	0,9%
10	1	1,9%	-	-	1	0,9%

Die Klientinnen wurden gefragt, mit wem sie ihre Freizeit verbringen. Die zugrundeliegende Hypothese besagte, daß in der Mißbrauchsgruppe mehr Frauen angegeben würden, ihre Freizeit allein zu verbringen. Die Analyse der vorliegenden Daten war hiermit gut vereinbar. Die Klientinnen konnten bei der Beantwortung der Frage unter fünf Optionen auswählen:

- Familienmitglieder **ohne** aktuelle Drogenprobleme
- Familienmitglieder **mit** aktuellen Drogenproblemen
- Freunde/Bekannte **ohne** aktuelle Drogenprobleme
- Freunde/Bekannte **mit** aktuellen Drogenproblemen
- Allein

Frauen aus der Mißbrauchsgruppe gaben mit 30,2% gegenüber sonst 13,0% deutlich häufiger an, ihre Freizeit allein zu verbringen. Mit nur 20,8% gegenüber sonst 38,9% wurden Personen mit Drogenproblemen dagegen seltener genannt. Der Anteil, der die Freizeit gemeinsam mit Personen ohne Drogenprobleme verbrachte, unterschied sich mit 49,1% nicht wesentlich von dem in der Vergleichsgruppe mit 48,1% (Abb. 5.15.). Im Chi-Quadrat-Test war der Unterschied zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe statistisch signifikant ($\chi^2 = 6,68$; $df = 2$; $p = 0,04$).

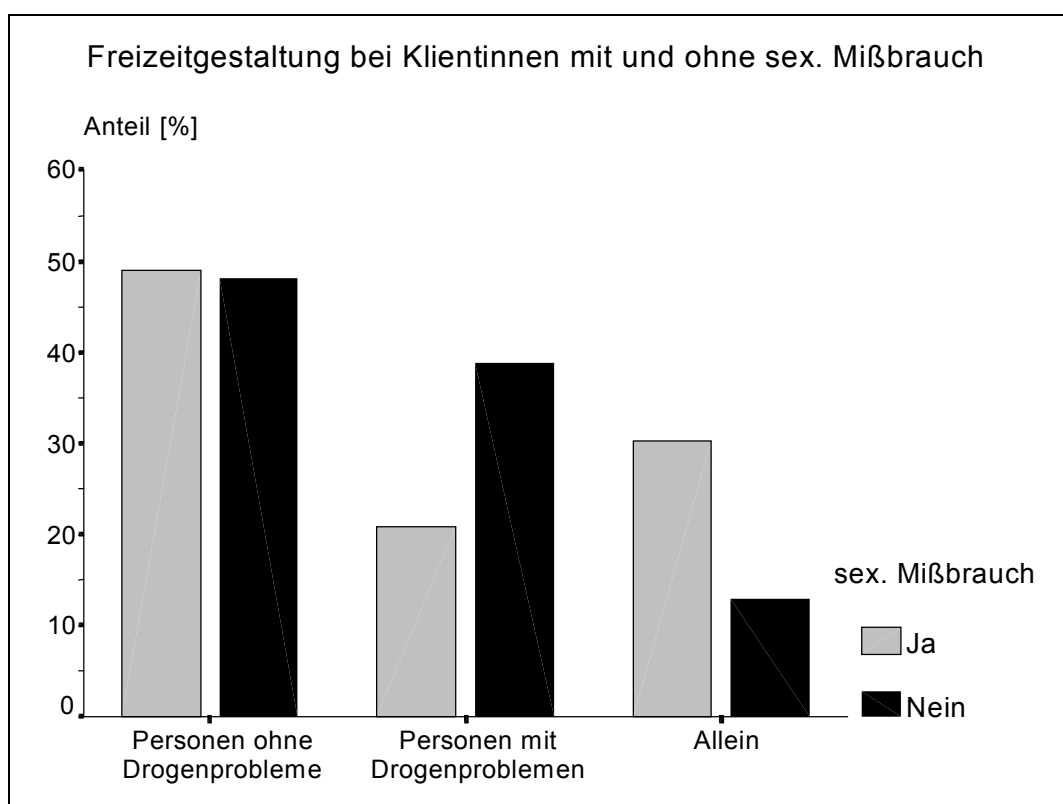


Abb. 5.15.: Freizeitgestaltung bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

In Tabelle 5.18. sind die Häufigkeiten der einzelnen Antworten aufgeführt und außerdem wird verdeutlicht, daß (unter Vernachlässigung einer eventuellen Drogenproblematik) die Frauen aus der Mißbrauchsgruppe ihre Freizeit häufiger mit Familienmitgliedern (in 24,6% versus 18,5%) und seltener mit Freunden/Bekanntem (in 45,3% versus 68,5%) verbrachten.

Tabelle 5.18.: Freizeitgestaltung bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Freizeitgestaltung mit:	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Familienmitgliedern <i>ohne</i> aktuelle Drogenprobleme	10	18,9%	6	11,1%	16	15,0%
Familienmitgliedern <i>mit</i> aktuellen Drogenproblemen	3	5,7%	4	7,4%	7	6,5%
Freunden/Bekanntem <i>ohne</i> aktuelle Drogenprobleme	16	30,2%	20	37,0%	36	33,6%
Freunden/Bekanntem <i>mit</i> aktuellen Drogenproblemen	8	15,1%	17	31,5%	25	23,4%
Allein	16	30,2%	7	13,0%	23	21,5%

Die Klientinnen wurden gefragt, auf wieviele Personen sie sich im Ernstfall verlassen könnten. Alle 107 Klientinnen gaben die Zahl mit 1, 2 oder 3 Personen an. Tabelle 5.19. stellt die Antworten in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe gegenüber. Im Mann-Whitney U-Test war kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen festzustellen ($p = 0,54$; $z = -0,61$; mittlerer Rang von 52,3 versus 55,6).

Tabelle 5.19.: Zahl verlässlicher Personen im Ernstfall (n = 107)

Zahl „verlässlicher Personen“	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
1	7	13,2%	7	13,0%	14	13,1
2	31	58,5%	28	51,9%	59	55,1
3	15	28,3%	19	35,1%	34	31,8

Abb. 5.16. stellt die Antworten der Frauen in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe hinsichtlich der Zahl der Personen, auf die sie sich im Ernstfall verlassen können, graphisch dar:

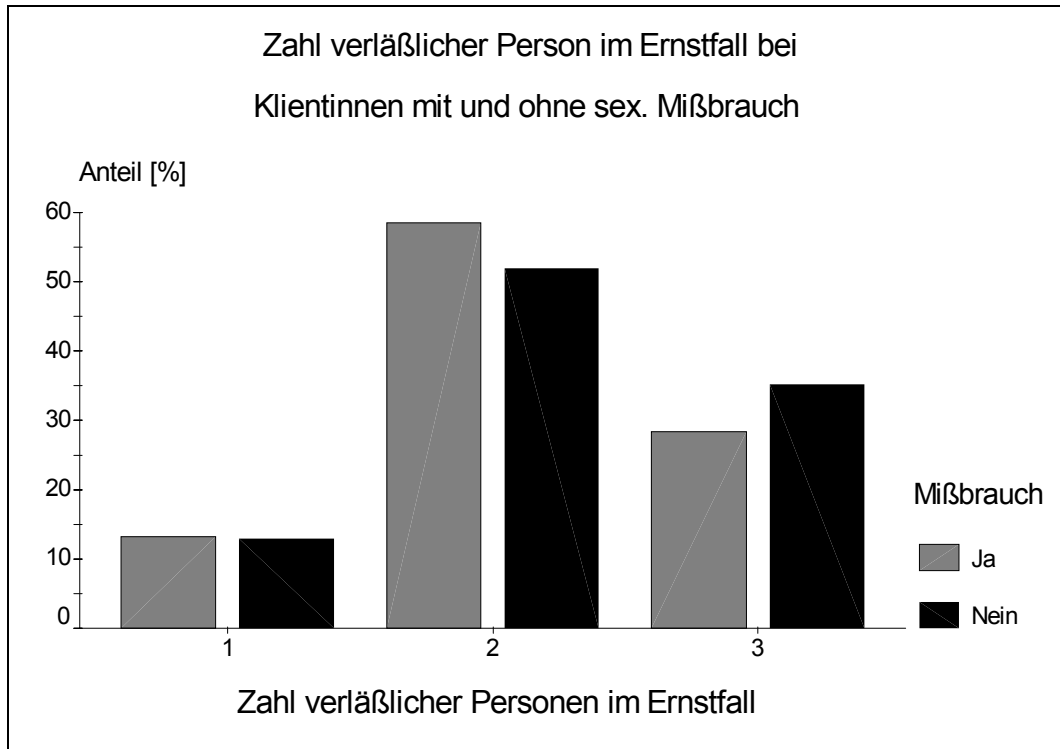


Abb. 5.16.: Zahl verlässlicher Personen im Ernstfall bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

5.4. Die Suizidalität bei opiatsüchtigen Frauen

Die Frage nach „*ernsthaften Suizidgedanken überhaupt*“ bejahten 71 der 107 (66,4%) Frauen. Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe unterschieden sich erheblich: während in der Mißbrauchsgruppe mit 45 von 53 Frauen (84,9%) die überwiegende Mehrheit Suizidgedanken äußerte, war es in der Vergleichsgruppe mit nur 26 von 54 Frauen (48,1%) weniger als die Hälfte. Im Chi-Quadrat-Test war dieser Unterschied hochsignifikant ($\chi^2 = 16,2$; $df = 1$; $p < 0,001$). Abb. 5.17. stellt die Ungleichheit in beiden Gruppen graphisch dar:

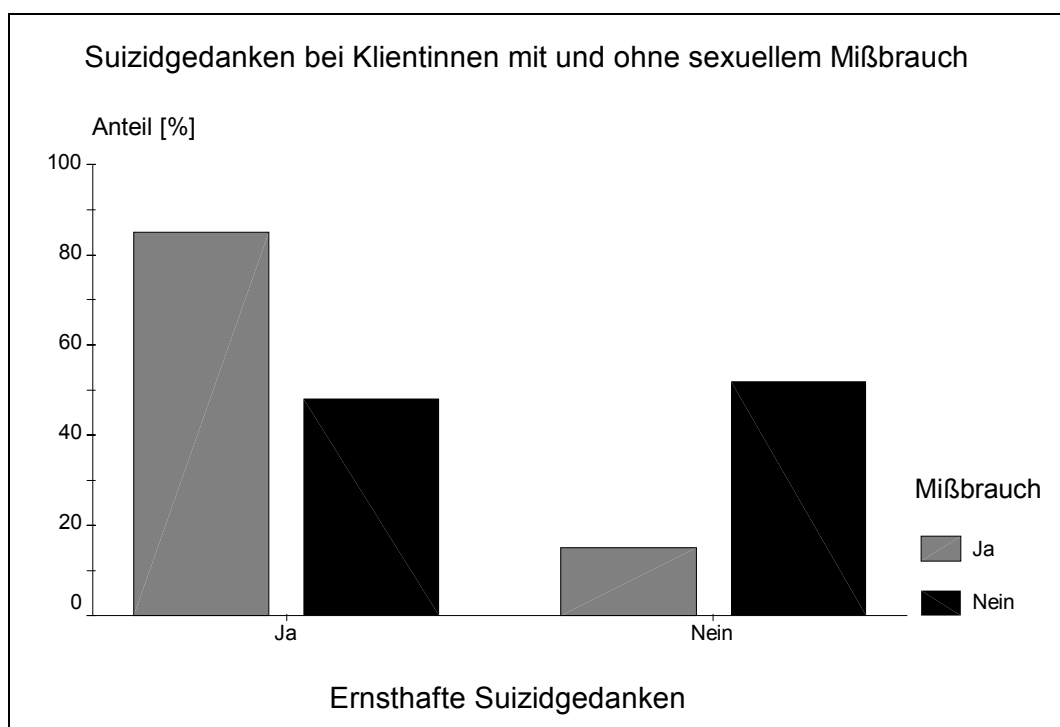


Abb. 5.17.: Ernsthafte Suizidgedanken bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Die Klientinnen wurden auch nach „*ernsthaften Suizidgedanken innerhalb der letzten 30 Tage*“ gefragt. Immerhin 29 (27,1%) Klientinnen bejahten diese Frage. Während in der Mißbrauchsgruppe mit 18 Frauen (34,0%) etwas mehr als jede dritte Klientin solche Gedanken schilderte, traf dies in der Vergleichsgruppe mit 11 von 54 (20,4%) Frauen nur auf jede fünfte zu. Im Chi-Quadrat-Test war dieser Unterschied nicht signifikant ($\chi^2 = 2,71$; $df = 1$; $p = 0,10$).

In Tabelle 5.20. sind die angegebenen Häufigkeiten von Suizidgedanken überhaupt und in den letzten 30 Tagen für beide Untergruppen zusammengefaßt.

Tabelle 5.20.: Ernsthafte Suizidgedanken bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Suizidgedanken	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchs- gruppe (n = 53)		Vergleichs- gruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<i>überhaupt</i>						
JA	45	84,9%	26	48,1%	71	66,4%
NEIN	8	15,1%	28	51,9%	36	33,6%
<i>Innerhalb der letzten 30 Tage</i>						
JA	18	34,0%	11	20,4%	29	27,1%
NEIN	34	64,1%	43	79,6%	77	72,0%
KEINE ANGABE	1	1,9%	-	-	1	0,9%

Mit 56 von 107 Frauen (66,4%) schilderte mehr als die Hälfte aller Klientinnen „*unternommene Suizidversuche überhaupt*“. Wie aufgrund der o.g. Häufigkeiten von Suizidgedanken zu vermuten war, war der Anteil mit 37 von 53 Frauen (69,8%) in der Mißbrauchsgruppe deutlich größer als in der Vergleichsgruppe, in der nur 19 von 54 Frauen (35,2%) Suizidversuche angaben. Im Chi-Quadrat-Test war der Unterschied zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe hochsignifikant ($\chi^2 = 12,9$; $df = 1$; $p < 0,001$) (Abb. 5.18.).

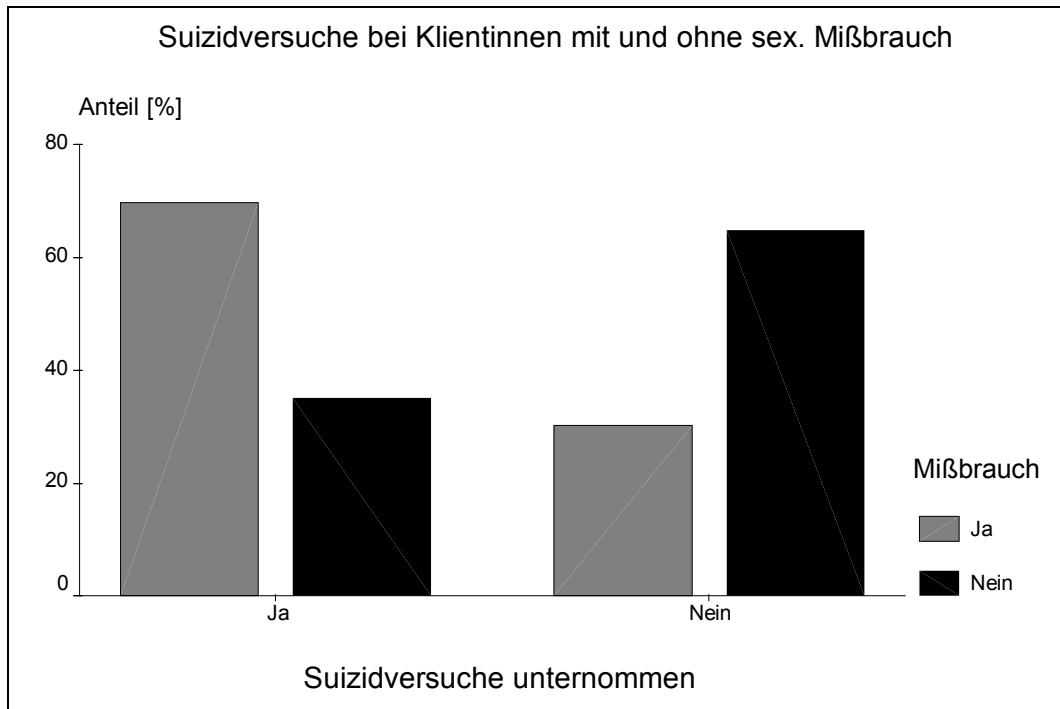


Abb. 5.18.: Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sex. Mißbrauch (n = 107)

„Suizidversuche in den letzten 30 Tagen“ schilderten 12 der 107 Klientinnen. In der Mißbrauchsgruppe war der Anteil mit 9 Frauen (17,0%) deutlich höher als in der Vergleichsgruppe, wo nur 3 Frauen (5,6%) innerhalb der letzten 30 Tagen Suizidversuche angaben. Im Chi-Quadrat-Test war dieser Unterschied bei der geringen Fallzahl von Frauen mit Suizidversuchen (grenzwertig) nicht signifikant ($\chi^2 = 3,64$; $df = 1$; $p = 0,06$). Tabelle 5.21. faßt die angegebenen Häufigkeiten zusammen:

Tabelle 5.21.: Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Suizidversuche	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
überhaupt						
JA	37	69,8%	19	35,2%	56	52,3%
NEIN	16	30,2%	35	64,8%	51	47,7%
Innerhalb der letzten 30 Tage						
JA	9	17,0%	3	5,6%	12	11,2%
NEIN	43	81,1%	51	94,4%	94	87,9%
KEINE ANGABE	1	1,9%	-	-	1	0,9%

Die „Zahl der unternommenen Suizidversuche“ differierte erheblich zwischen den Frauen aus der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe. Während Frauen in der Mißbrauchsgruppe im Median 2 Versuche angaben, lag der Median in der Vergleichsgruppe bei keinem Versuch. Dieser Unterschied war hochsignifikant im Mann-Whitney U-Test ($p = 0,001$; $z = -3,32$; mittlerer Rang von 63,0 versus 46,4) (Abb. 5.19.).

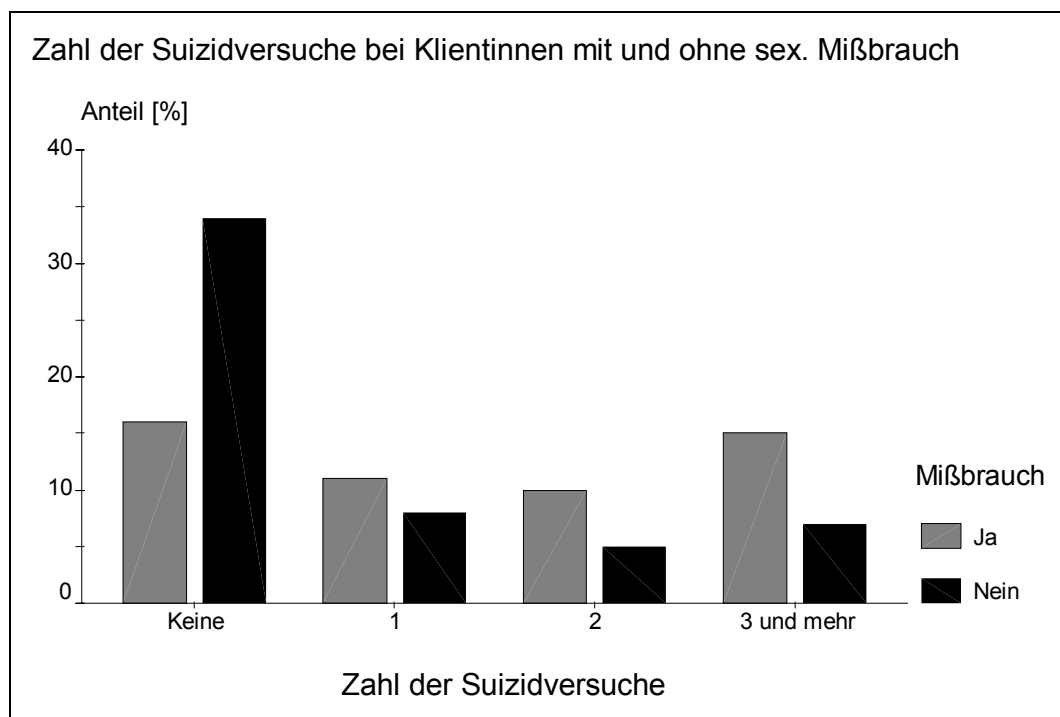


Abb. 5.19.: Zahl der Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sex. Mißbrauch (n = 107)

Tabelle 5.22. enthält die Häufigkeiten der einzelnen Angaben der Klientinnen, unterteilt nach Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe.

Tabelle 5.22.: Zahl unternommener Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Zahl unternommener Suizidversuche	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keiner	16	30,8%	34	63,0%	50	46,7%
1	11	21,2%	8	14,8%	19	17,8%
2	10	19,2%	5	9,3%	15	14,0%
3	7	13,5%	4	7,4%	11	10,3%
4	-	-	1	1,9%	1	0,9%
5	3	5,8%	-	-	3	2,8%
6	2	3,8%	-	-	2	1,9%
7	1	1,9%	1	1,9%	2	1,9%
10	2	3,8%	1	1,9%	3	2,8%
Keine Angabe	1	1,9%	-	-	1	0,9%

Wie auch bei der Zahl der Suizidversuche bestand ein hochsignifikanter Unterschied zwischen der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe hinsichtlich der angegebenen Zahl von „bewußten/beabsichtigten Überdosierungen von Drogen“. Auch wenn hier 82 der 107 Klientinnen (76,6%) keine Überdosierung angaben, war der Unterschied zwischen den beiden Untergruppen anhand der Perzentile zu verdeutlichen. Das 75. Perzentil in der Mißbrauchsgruppe waren 2 Überdosierungen, während es in der Vergleichsgruppe nur 1 Überdosierung war (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,008$; $z = -2,65$; mittlerer Rang von 59,9 versus 48,2). Abb. 5.20. stellt die Unterschiede graphisch dar und in Tabelle 5.23. sind die einzelnen Häufigkeiten für die beiden Untergruppen aufgeführt.

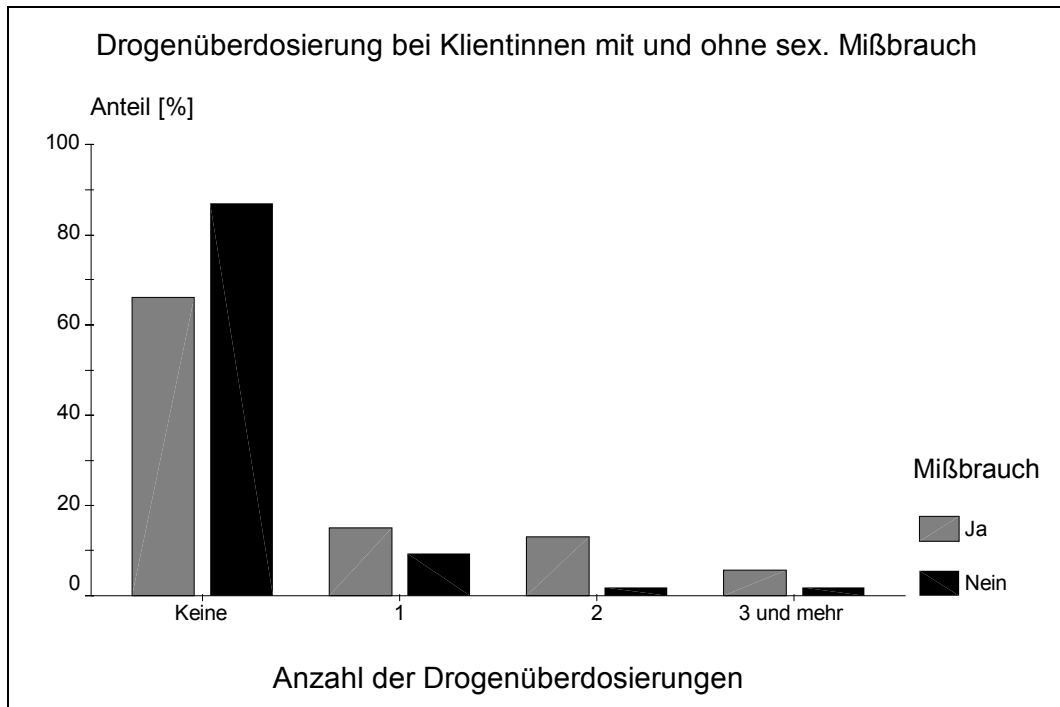


Abb. 5.20.: Anzahl Drogenüberdosierungen bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Tabelle 5.23.: Zahl von Drogenüberdosierungen bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Zahl von Drogenüberdosierungen	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keine	35	66,0%	47	63,0%	82	76,6
1	8	15,1%	5	14,8%	13	12,1
2	7	13,2%	1	9,3%	8	7,5
3	1	1,9%	-	-	1	1,9%
4	1	1,9%	-	-	1	1,9%
5	-	-	1	1,9%	1	1,9%
10	1	1,9%	-	-	1	1,9%

5.5. Die Rolle der Prostitution für den Lebensunterhalt bei opiatsüchtigen Frauen

Die Klientinnen wurden nach den Einnahmequellen für den Lebensunterhalt in den letzten 30 Tagen gefragt. Eine der 9 möglichen Kategorien war die Prostitution. 38 Frauen gaben an, mittels Prostitution Geld für den Lebensunterhalt eingenommen zu haben. Während dies auf 24 Frauen aus der Mißbrauchsgruppe (45,3%) zutraf, waren es nur 14 Frauen in der Vergleichsgruppe (25,9%). Der Unterschied erwies sich im Chi-Quadrat-Test als signifikant ($\chi^2 = 4,38$; $df = 1$; $p = 0,04$) (Abb. 5.21.).



Abb. 5.21.: Prostitution als Einnahmequelle für den Lebensunterhalt bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

In einer erweiterten Frage wurde nach der Hauptquelle des Lebensunterhalts gefragt. Immerhin 20 der 107 Klientinnen (18,7%) nannten hier die Prostitution. Wiederum war der Anteil in der Mißbrauchsgruppe deutlich größer als in der Vergleichsgruppe, wobei sich der Unterschied bei der geringen Fallzahl von Frauen mit Prostitution als Haupteinnahmequelle im Chi-Quadrat-Test nicht statistisch absichern ließ ($\chi^2 = 2,36$; $df = 1$; $p = 0,12$).

In der Tabelle 5.24. sind die Angaben zur Prostitution zusammengefaßt:

Tabelle 5.24.: Prostitution bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Prostitution	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchs- gruppe (n = 53)		Vergleichs- gruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<i>in den letzten 30 Tagen</i>						
Angegeben	24	45,3%	14	25,9%	38	35,5%
Nicht angegeben	29	54,7%	40	74,1%	69	64,5%
<i>ist Haupteinkunft</i>						
Angegeben	13	24,5%	7	13,0%	20	18,7%
Nicht angegeben	40	75,5%	47	87,0%	87	82,3%

5.6. Selbsteinschätzung

5.6.1. Persönlichkeitsstruktur (Neo-Fünf-Faktoren Inventar)

Alle Klientinnen waren aufgefordert, das Neo-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) von Borkenau und Ostendorf (1991) auszufüllen. Das NEO-FFI enthält die folgenden fünf Subskalen:

- Neurotizismus
- Extraversion
- Offenheit
- Verträglichkeit
- Gewissenhaftigkeit

Der Fragebogen wurden von den Klientinnen gut angenommen, 99 der 107 Frauen (92,5%) beantworteten alle 60 Items vollständig. Zusätzlich beantworteten zwei Klientinnen die meisten Items vollständig bis auf die von jeweils einer Subskala.

Die Interne Validität, gemessen mit Cronbachs alpha, war in der vorliegenden Untersuchung zwar geringer als bei Borkenau und Ostendorf, jedoch immer noch durchaus zufriedenstellend. In der Tabelle 5.25. sind die Ergebnisse für alle fünf Subskalen zusammengefaßt wiedergegeben.

Zunächst wurden die Ergebnisse für alle Klientinnen, unabhängig von der Zugehörigkeit zu Mißbrauchs- oder Vergleichsgruppe, analysiert und den Angaben von Borkenau und Ostendorf (1991) gegenübergestellt.

Borkenau und Ostendorf bestimmten für ihre 1076 Frauen umfassenden Stichprobe für die Subskala Neurotizismus einen Durchschnitt von 1,99 ($s = 0,69$), während in dieser Studie für alle Klientinnen der Durchschnitt 2,57 ($s = 0,61$) betrug. Damit ist bei den Klientinnen dieser Untersuchung die mit dieser Subskala psychometrisch erfaßte emotionale Labilität weitaus stärker ausgeprägt als bei der von Borkenau und Ostendorf untersuchten „Normalbevölkerung“. Für die anderen Subskalen waren die Abweichungen zwischen dieser und der Studie von Borkenau und Ostendorf durchgehend geringer ausgeprägt als hinsichtlich des Neurotizismus (Tabelle 5.25.). Es zeigte sich, daß bei den untersuchten opiatabhängigen Frauen hinsichtlich der Subskalen Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit durchgängig niedrigere Skalenmittelwerte bei den Frauen dieser

Studie vorlagen. Die geringeren Werte für Extraversion lassen vor allem auf den Wunsch, allein zu sein, schließen. „Offenheit für Erfahrungen“ erfaßt psychometrisch das Interesse an und das Ausmaß der Beschäftigung mit Neuem. Diese Eigenschaften waren bei den untersuchten opiatsüchtigen Frauen durchschnittlich geringer ausgeprägt als von Borkenau und Ostendorf angegeben. Die durchschnittlich gering ausgeprägte Verträglichkeit spricht für antagonistische, egozentrische und mißtrauische Grundeinstellungen der Befragten. Die niedrige durchschnittliche Ausprägung von Gewissenhaftigkeit kann als ein vermindertes Engagement beim Verfolgen von Zielen verstanden werden. Unbedingt erwähnt werden muß an dieser Stelle, daß die o.g. Deutungen nur relativer Natur sind.

Wie die Abb. 5.22. zeigt, lagen die Gruppenmittelwerte der Vergleichsgruppe für alle Subskalen zwischen den von Borkenau und Ostendorf angegebenen und den für die Mißbrauchsgruppe bestimmten. Die Unterschiede zwischen der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe waren für alle Subskalen außer der Gewissenhaftigkeit im t-Test signifikant (Anmerkung Tabelle 5.25.).

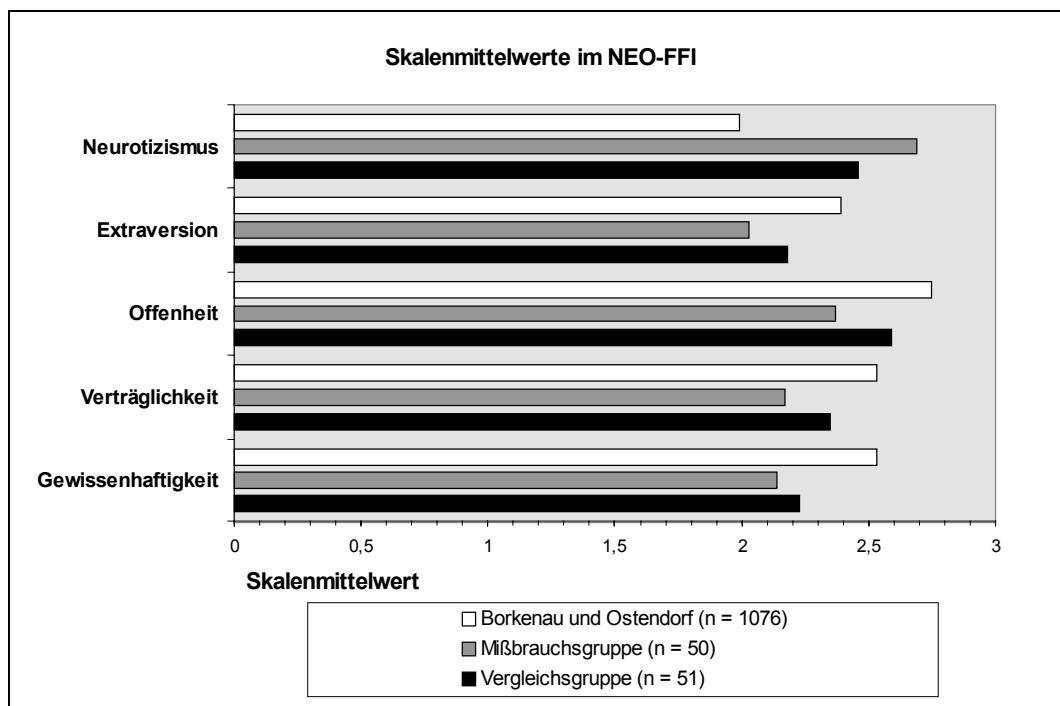


Abb. 5.22.: Skalenmittelwerte im NEO-FFI

Tabelle 5.25.: Vergleich der Skalen-Werte im Neo-Fünf-Faktoren Inventar der eigenen Studie (unter Berücksichtigung von Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe) und der Eichstichprobe von Borkenau und Ostendorf

Untersuchung	Skalen-Kennwerte				
	\bar{x}	s	min	max	α^*
Untersuchung von Borkenau und Ostendorf:					
1076 Frauen					
• Neurotizismus	1,99	0,69	-	-	0,85
• Extraversion	2,39	0,58	-	-	0,80
• Offenheit	2,75	0,51	-	-	0,70
• Verträglichkeit	2,53	0,45	-	-	0,67
• Gewissenhaftigkeit	2,53	0,64	-	-	0,85
Eigene Untersuchung:					
a) Alle Klientinnen (n = 101)					
• Neurotizismus	2,57	0,61	1,00	3,83	0,74
• Extraversion	2,10	0,49	0,83	3,09	0,62
• Offenheit	2,48	0,57	1,25	3,67	0,69
• Verträglichkeit	2,26	0,47	0,91	3,75	0,60
• Gewissenhaftigkeit	2,18	0,53	1,25	3,82	0,69
b) Mißbrauchsgruppe (n = 50)					
• Neurotizismus	2,69	0,53	1,42	3,67	0,68
• Extraversion	2,03	0,43	1,33	3,00	0,47
• Offenheit	2,37	0,58	1,25	3,64	0,66
• Verträglichkeit	2,17	0,42	0,91	3,09	0,49
• Gewissenhaftigkeit	2,14	0,48	1,33	3,17	0,58
c) Vergleichsgruppe (n = 51)					
• Neurotizismus	2,46	0,66	1,00	3,83	0,77
• Extraversion	2,18	0,53	0,83	3,09	0,71
• Offenheit	2,59	0,55	1,33	3,67	0,70
• Verträglichkeit	2,35	0,50	1,08	3,75	0,66
• Gewissenhaftigkeit	2,23	0,58	1,25	3,82	0,77

Anmerkung: * - gemeint ist hier Cronbachs alpha (Interne Validität bzw. Reliabilität)

	t	df	p	Differenz
1	1,95	99	0,03	0,23
2	-1,56	98	0,04	0,15
3	-1,96	98	0,03	0,22
4	-1,88	99	0,03	0,17
5	-0,83	99	0,26	0,08

t-Test zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe:

5.6.2. Einschätzung der Depressivität anhand des Beck-Depressions-Inventars

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Hautzinger et al. (1994) wird seit 30 Jahren zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatiken eingesetzt. Der BDI enthält 21 Items, die auf einer dreistufigen Skala beantwortet werden. Dieser Fragebogen wurde von den Klientinnen gut angenommen. Von den 107 Frauen beantworteten 88 (82,2%) alle Fragen, 13 (12,1%) beantworteten eine Frage nicht, 2 (1,9%) zwei Fragen nicht. Vier Frauen (3,7%) beantworteten mehr als zwei Fragen nicht, weshalb sie von der weiteren psychometrischen Analyse des BDI ausgeschlossen werden mußten.

Aus den 21 Items des BDI läßt sich ein additiver Summenscore bilden, der zwischen 0 und 63 Punkten schwanken kann. Die Interne Konsistenz, gemessen mit Cronbachs alpha, betrug 0,86 und war somit als gut einzuschätzen. Abb. 5.23. zeigt die Verteilung des Summenscores:

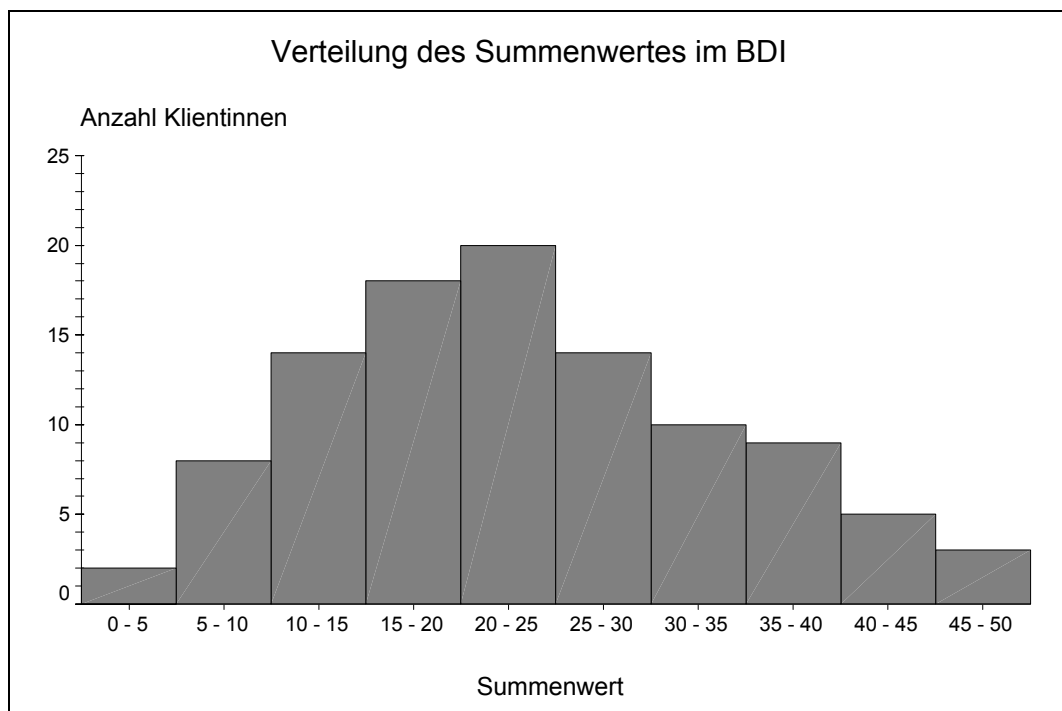


Abb. 5.23.: Verteilung des Summenwertes im BDI (n = 103)

Der Summenscore betrug durchschnittlich 22,8 (s = 10,6). In der Mißbrauchsgruppe war der Durchschnitt mit 24,6 (s = 9,6) signifikant höher als in der Vergleichsgruppe, in welcher der Summenwert durchschnittlich 21,0 (s = 11,3) betrug (t-Test: $p < 0,05$; $df = 101$; $t = 1,76$). Abb. 5.24. zeigt die Werte in Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe:

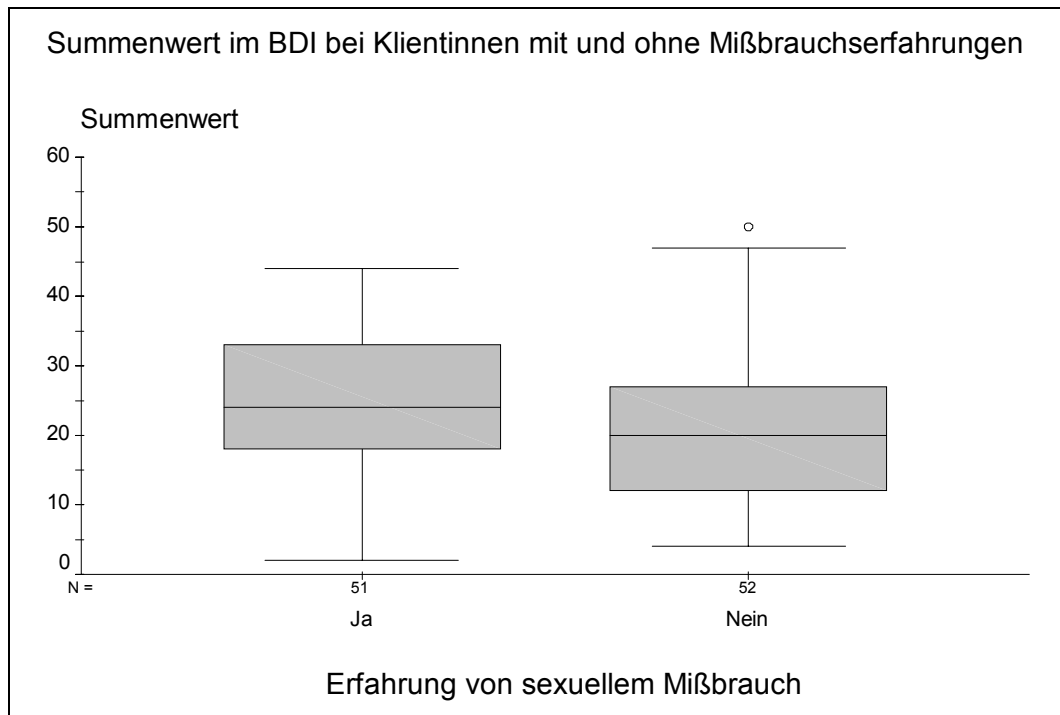


Abb. 5.24.: Der Summenwert im BDI in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe (n = 103)

Werte des Summenscores bis 10 sind als unauffällig aufzufassen. Gesunde Probanden hatten durchschnittlich eine Punktschme von 6,45 mit einer Standardabweichung von 5,2. Werte zwischen 11 und 17 Punkten sprechen für milde bis mäßige Ausprägungen depressiver Symptome und Werte ab 18 Punkten gelten als klinisch relevant (Hautzinger et al., 1994).

70 Klientinnen (65,4%) dieser Untersuchung hatten Werte von 18 Punkten und größer, sind also als klinisch relevant depressiv einzustufen. In der Mißbrauchsgruppe waren es 40 Frauen (75,5%) mit mindestens 18 Punkten und in der Vergleichsgruppe 30 Frauen (55,5%). Tabelle 5.26. zeigt die Zuordnung der Klientinnen aus Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe in die drei Kategorien:

Tabelle 5.26.: Diagnostische Einstufung der Summenwerte im BDI bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Summenwert und diagnostische Bedeutung	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Unauffällig [< 11]	3	5,7%	9	16,7%	12	11,2%
Mäßige Depression [11 - 17]	8	15,1%	13	24,1%	21	19,6%
Klinisch relevante Depr. [> 17]	40	75,5%	30	55,5%	70	65,4%
Keine Angabe	2	3,7%	2	3,7%	4	3,7%

In einem zweitem Schritt wurden die Werte folgender drei Subskalen des BDI auf Unterschiede zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe analysiert:

- E (Schuldgefühle)
- I (Selbstmordimpulse)
- N (Negatives Körperbild)

Es zeigte sich, daß signifikante Unterschiede zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe nur bei den Items E (Schuldgefühle) und N (Negatives Körperbild) bestanden. Der t-Test konnte somit bei diesen beiden Items belegen, daß schlechtere Selbsteinschätzungen der Frauen aus der Mißbrauchsgruppe insbesondere bezüglich der Schuldgefühle und des Negativen Körperbildes bestanden. Tabelle 5.27. enthält neben den Werten von Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe die des Gesamtkollektivs dieser Studie und die Angaben von Hautzinger et al. (1994).

Tabelle 5.27.: Vergleich der Item-Werte im BDI der eigenen Studie (unter Berücksichtigung von Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe) und einer Stichprobe von Hautzinger et al. (1994)

Item	Untersuchung							
	Hautzinger*		Eigene Arbeit					
	Hautzinger et al. (1994)		Mißbrauchsgruppe (n = 51)		Vergleichsgruppe (n = 52)		Insgesamt (n = 103)	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
E (Schuldgefühle)	0,20	0,52	¹ 1,18	0,71	¹ 0,83	0,71	1,00	0,73
I (Selbstmordimpulse)	0,10	0,04	² 0,88	0,82	⁵ 0,65	0,76	0,77	0,79
N (Neg. Körperbild)	0,21	0,53	³ 1,25	1,20	⁶ 0,79	1,04	1,02	1,14

Anmerkung: * Die Autoren geben hier Werte von „Kontrollpersonen“ an, ohne die Fallzahl zu nennen.
t-Test zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe:

	t	df	p	Differenz
1	2,50	101	0,01	0,35
2	1,47	101	0,14	0,23
3	2,11	101	0,04	0,47

5.6.3. Persönlichkeitsstörungen

Im PDQ-R werden auf 13 Subskalen diverse Persönlichkeitsstörungen mittels Ja-Nein-Antworten untersucht. Bis auf zwei Frauen (1,9%) machten alle Klientinnen verwertbare Angaben.

Durch Zählen „pathologischer“ Antworten resultiert ein Gesamtscore. Die Verteilung dieses Summenwertes zeigt die Abb. 5.25.:

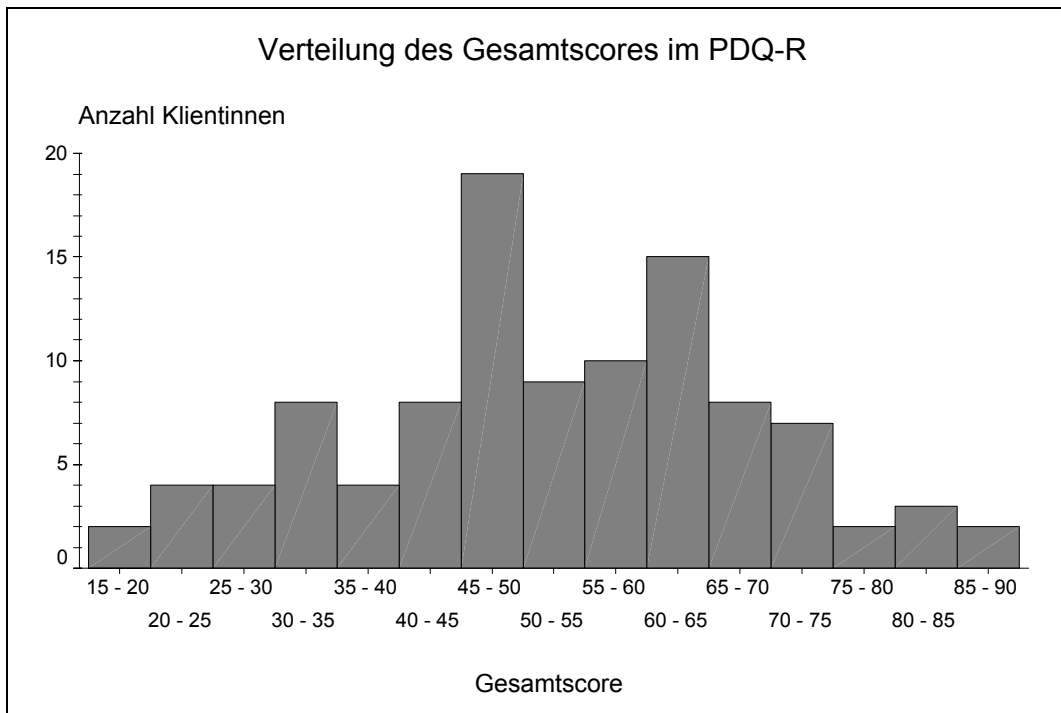


Abb. 5.25.: Die Verteilung des Summenwertes im PDQ-R (n = 105)

Durchschnittlich hatten die Klientinnen einen Score von 51,6 ($s = 15,8$). Der Wert für diesen Summenscore war in der Mißbrauchsgruppe mit 55,6 ($s = 15,4$) gegenüber 47,7 ($s = 15,3$) in der Vergleichsgruppe deutlich gesteigert. Dieser Unterschied war signifikant im t-Test ($p = 0,01$; $df = 103$; $t = 2,62$). In der Abb. 5.26. sind die Werte von Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe gegenübergestellt.

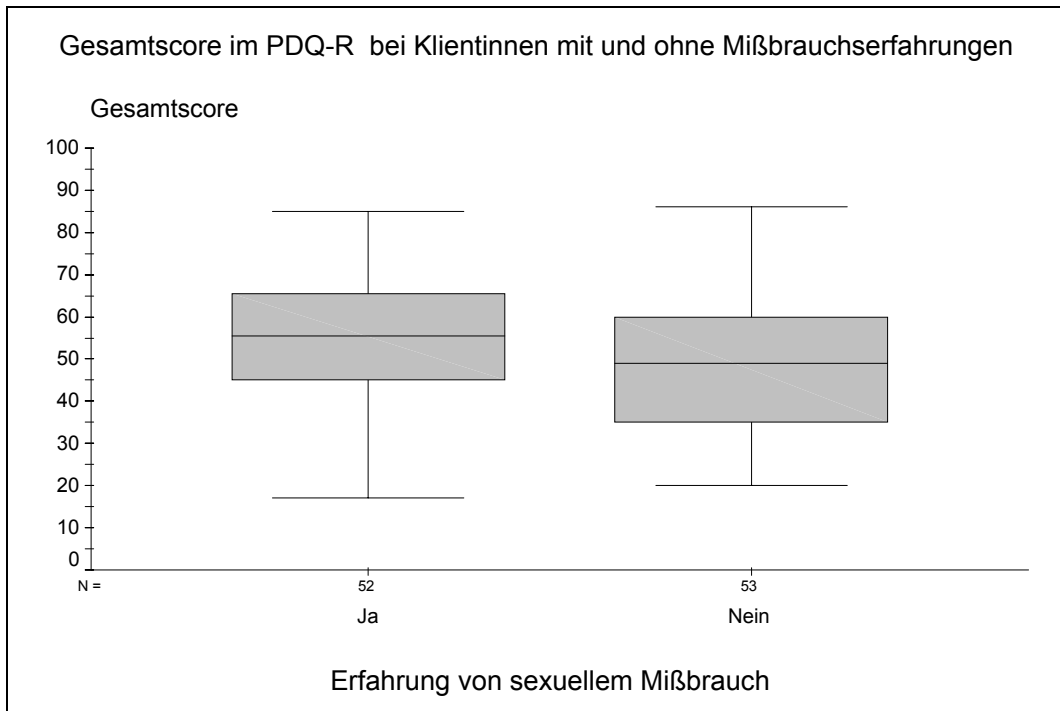


Abb. 5.26.: Der Summenwert im PDQ-R in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe (n = 105)

Die Werte für den Summenscore führen zu einer diagnostischen Einstufung hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen im allgemeinen. Werte unter 20 sprechen gegen eine Persönlichkeitsstörung, Werte bis 50 machen eine Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich und Werte über 50 weisen stark auf eine Persönlichkeitsstörung hin. 53 der 107 Klientinnen (49,5%) hatten für den Summenscore Werte über 50, so daß bei ihnen wahrscheinlich eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Die Verteilung unterschied sich erheblich zwischen Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe. In der Mißbrauchsgruppe betrug dieser Anteil 56,6% gegenüber nur 42,6% in der Vergleichsgruppe. Tabelle 5.28. zeigt die diagnostische Einstufung von Klientinnen mit und ohne sexuellem Mißbrauch:

Tabelle 5.28.: Diagnostische Einstufung des Summenwertes im PDQ-R bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)

Summenwert und diagnostische Bedeutung	Sexueller Mißbrauch					
	Mißbrauchsgruppe (n = 53)		Vergleichsgruppe (n = 54)		Insgesamt (n = 107)	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
Keine Persönlichkeitsstörung [< 20]	2	3,8%	-	-	2	1,9%
Wahrscheinlich keine Persönlichkeitsstörung [20 - 50]	20	37,7%	30	55,5%	50	46,7%
Persönlichkeitsstörung wahrscheinlich [> 50]	30	56,6%	23	42,6%	53	49,5%
Keine Angabe	1	1,9%	1	1,9%	2	1,9%

Abschließend wurde der Zusammenhang zwischen dem Summenwert aus dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Hautzinger et al. (1994) zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatiken und dem Summenscore des PDQ-R untersucht. In der Korrelation nach Pearson war der Zusammenhang sehr stark ($r = 0,51$; $p < 0,001$).

Neben der Bildung eines Summenwertes für Persönlichkeitsstörungen im allgemeinen bietet der PDQ-R auch die Möglichkeit, speziell einzelne Persönlichkeitsstörungen zu evaluieren. Im Rahmen dieser Studie wurden fünf typische Störungen analysiert:

- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- Dependente Persönlichkeitsstörung
- Selbstschädigende Persönlichkeitsstörung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung

Tabelle 5.29. zeigt deren Häufigkeit in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe.

Tabelle 5.29.: Häufigkeit einzelner im PDQ-R diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 105)

Persönlichkeitsstörung	Sexueller Mißbrauch				Insgesamt (n = 105)		Statistik		
	Mißbrauchsgruppe (n = 52)		Vergleichsgruppe (n = 53)				Chi-Quadrat-Test		
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	χ^2	df	p
Borderline-PS	36	69,2%	35	66,0%	71	67,6%	0,12	1	0,72
Selbstunsichere PS	16	30,8%	10	18,9%	26	24,8%	2,00	1	0,15
Dependente PS	21	40,4%	17	32,1%	38	36,2%	0,78	1	0,37
Selbstschädigende PS	14	26,9%	12	22,6%	26	24,8%	0,26	1	0,61
Histrionische PS	25	48,1%	20	37,7%	45	42,9%	1,15	1	0,28

Für keine der untersuchten Persönlichkeitsstörungen war im Chi-Quadrat-Test ein signifikanter Unterschied nachzuweisen. Jedoch waren alle Persönlichkeitsstörungen häufiger bei den Frauen aus der Mißbrauchsgruppe.

6. Diskussion

Die untersuchten Gruppen - Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung versus Frauen, die kein solches Erlebnis angaben - unterschieden sich nicht in der Alterszusammensetzung, wohl aber in bezug auf die erreichte Schulbildung: deren Niveau lag beim Vorhandensein von Mißbrauchserfahrungen signifikant niedriger als in der Gruppe der Frauen ohne sexuellen Mißbrauch.

Dies ist gut mit den Befunden früherer Studien vereinbar, wonach Frauen, die einen sexuellen Mißbrauch in der Kindheit erlebt haben, einen beruflichen Werdegang aufwiesen, der sie in niedrigere sozioökonomische Kategorien verweist (Bagley und Ramsey, 1986; Mullen et al., 1994).

Eine abgeschlossene Berufsausbildung wurde in der vorliegenden Studie bei den sexuell mißbrauchten Frauen ebenfalls seltener gefunden als bei den Frauen der Vergleichsgruppe, der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Das häufig kombinierte Auftreten von sexuellem Mißbrauch und psychischer bzw. emotionaler Mißhandlung wurde in der Literatur vielfach beschrieben (vergl. Ogata et al., 1990; Bifulco et al., 1991; Mullen et al., 1993). Besonders deutlich haben Muenzenmeier et al. (1993) die enge Korrelation von sexuellem Mißbrauch und physischer Mißhandlung beschrieben: die Arbeitsgruppe fand für die Opfer von sexuellem Mißbrauch ein fünfmal größeres Risiko, auch physisch mißhandelt zu werden.

Ein Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch und anderen Formen der Mißhandlung konnte auch in der vorliegenden Studie nachgewiesen werden: Frauen, die sexuellen Mißbrauch erfahren hatten, waren sowohl physischem wie auch emotionalem Mißbrauch signifikant häufiger ausgesetzt als die Frauen der Vergleichsgruppe.

Dieses Ergebnis birgt jedoch wiederum die bereits von Mullen et al. (1994) beschriebenen Probleme bei der Interpretation solcher Korrelationsstudien in sich: die negativen Langzeitfolgen lassen sich theoretisch sowohl auf den sexuellen Kindesmißbrauch selbst als auch auf die anderen traumatischen Erlebnisse

zurückführen, die mit dem Mißbrauch in Verbindung stehen. Der sexuelle Kindesmißbrauch scheint besonders dann als "unabhängiges kausales Element" (Mullen et al., 1993) bei psychischen Problemen im Erwachsenenalter zu fungieren, wenn es sich um besonders schwere Formen unter Einschluß von Körperkontakt und Penetration handelt .

6.1. Prävalenz von sexuellem Mißbrauch

Die Beobachtung, daß eine Vorgeschichte von sexuellem Mißbrauch gehäuft in Zusammenhang mit Drogenmißbrauch bzw. Drogenabhängigkeit zu finden ist, konnte auch in der vorliegenden Studie bestätigt werden.

Von den untersuchten 107 Frauen gaben 53 (49,5%) an, sexuellen Mißbrauch erfahren zu haben. Die gefundene Prävalenz dieser Stichprobe läßt sich trotz einiger Unterschiede in der Studienkonzeption mit den Ergebnissen anderer Autoren gut in Einklang bringen, so z.B. mit denen von Hanel (1988): 41%, Hagan (1988): 67% bzw. Moncrieff (1994): 50%).

Verglichen mit Werten aus der Durchschnittsbevölkerung, die sich für den deutschen Sprachraum zwischen 9,7% (Elliger und Schötensack, 1991) und 25% (Bange, 1992) bewegen, ist die Prävalenz für sexuellen Mißbrauch unter opiatabhängigen Frauen auch in dieser Studie deutlich erhöht.

Wenn auch die gefundenen Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenz recht gut mit denjenigen anderer Studien übereinstimmen, wird die Vergleichbarkeit doch durch Unterschiede der Stichprobe, der Befragungsinstrumente wie auch durch die jeweils verwendeten Falldefinitionen eingeschränkt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde bei der Befragung zum Thema sexueller Mißbrauch eine Reihe von möglichen Personen für einen etwaigen sexuellen Mißbrauch beispielhaft vorgeschlagen, um die Fragestellung zu verdeutlichen; der Täter bzw. dessen Verwandtschaftsgrad zum Opfer wurden jedoch nicht konkret erfragt.

Es wurde folgende Formulierung verwendet: "Hat eine der obigen Personen (Vater, Mutter, Geschwister, Lebensgefährte, andere Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn, Kollegen) Sie sexuell mißhandelt oder mißbraucht (sexuelle Annäherung oder erzwungene Sexualkontakte)?" . Diese Art der Fragestellung schließt einen möglichen

sexuellen Mißbrauch durch gleichaltrige Personen (Geschwister, "peers") mit ein, während in anderen Studien häufig ein Mindestabstand zum Alter des Täters gefordert wird.

Ein etwaiger sexueller Mißbrauch durch gleichaltrige Bekannte oder Verwandte wäre gemäß anderen Autoren jedoch grundsätzlich anders zu bewerten. Ernst (1997) hält neben dem nicht genau definierten Altersunterschied zum Täter eine zu unspezifische Falldefinition für die häufigste Ursache abweichender Prävalenzergebnisse verschiedener Studien. Sie erwähnt ebenfalls die Altersgrenze als wichtige Größe, um einen kindlichen Mißbrauch von anderen Formen abzugrenzen.

So ist ebenfalls denkbar, daß der Mißbrauch erstmalig im Erwachsenenalter stattgefunden hat bzw. immer noch stattfindet, z.B. durch den Lebenspartner; diese Möglichkeit wurde durch die verwendete Fragestellung nicht grundsätzlich ausgeschlossen. In der vorliegenden Untersuchung wurde lediglich das Erlebnis des sexuellen Mißbrauchs an sich, nicht jedoch das Alter, in welchem der Mißbrauch stattgefunden hatte, erfragt.

Möglicherweise wurde durch die hier verwendete unspezifische Definition ("Mißbrauch ist, was vom Probanden als solcher empfunden wird") die Prävalenz für sexuellen Mißbrauch in der vorliegenden Studie erhöht bzw. es wurden unter Umständen Fälle erfaßt, denen nach Bewertungen anderer Autoren ein anderer Stellenwert beigemessen wird. In diesem Zusammenhang sei auf die Studie von Elliger und Schötensack (1991) hingewiesen, die gezeigt hat, wie die gefundene Prävalenzen einer Studie durch unterschiedliche Definitionen des sexuellen Mißbrauchs variieren.

Auf der anderen Seite jedoch wurden in der vorliegenden Untersuchung unter Umständen solche Fälle von sexuellem Mißbrauch nicht mit erfaßt, bei denen keine "Annäherung" im eigentlichen Sinne stattgefunden hat. Möglicherweise ordneten Klientinnen die eigenen, vielleicht subtileren Erlebnisse nicht in den hier verwendeten und durch eine verhältnismäßig drastische Formulierung gesteckten Rahmen ein und blieben deshalb mit ihrer Erfahrung unberücksichtigt. Hier hätte eine konkretere Formulierung möglicherweise sogar eine höhere Prävalenz ergeben.

Auch der Schweregrad des sexuellen Mißbrauchs (Beteiligung von Bedrohung und physischer Gewalt) bzw. dessen Häufigkeit und zeitliche Dauer wurde in dieser Untersuchung nicht mit berücksichtigt, wie auch der Verwandtschaftsgrad zum Täter

nicht weiter ermittelt wurde. Da diese genannten qualitativen und quantitativen Unterschiede als bedeutsam für die Mißbrauchsfolgen erkannt wurden (vergl. Mullen et al., 1993; Moggi und Clemencon, 1993; Bagley und Ramsey, 1986), in der vorliegenden Studie jedoch keine weitere Unterteilung in Schweregrade unternommen bzw. deren differentielle Auswirkungen auf die klinische Symptomatik bzw. auf die Verlaufparameter des Drogenkonsums untersucht wurde, wäre hier eine Folgestudie sinnvoll.

6.2. Verlaufparameter der Drogenabhängigkeit

6.2.1. Einstiegsalter

Das durchschnittliche Alter beim Erstgebrauch von Heroin lag in der Mißbrauchsgruppe mit 18,6 Jahren niedriger als bei den Frauen der Vergleichsgruppe (19,2 Jahre); der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Ein Vergleich mit vorhandenen Studien fällt schwer, da für den Bereich der Suchterkrankungen bei Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung bisher kaum Studien verfügbar sind. In einer empirischen Studie an Suchtpatienten (Cavaiola und Schiff, 1988) konnte gezeigt werden, daß die mißbrauchten Jugendlichen früher mit dem Konsum psychotroper Substanzen begannen als die abhängigen Patienten der Kontrollgruppe. Die Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Stichprobe ist jedoch aufgrund der Stichprobenzusammensetzung gering.

Für den erstmaligen intravenösen Drogenkonsum lag das Alter in der vorliegenden Studie in der Mißbrauchsgruppe ebenfalls niedriger, war aber auch hier im Vergleich zu denjenigen Frauen ohne die Erfahrung des sexuellen Mißbrauchs nicht signifikant herabgesetzt.

Scheinbar stellt der sexuelle Mißbrauch für die Frauen dieser Stichprobe keinen gravierenden Einflußfaktor auf den Beginn speziell des Opiatkonsums dar, wenn auch die Tendenz zu einem früheren Konsumbeginn in der Mißbrauchsgruppe erkennbar ist.

Dennoch sollte die Beurteilung des hier gefundenen Ergebnisses mit aller Vorsicht erfolgen. Hedrich (1989) betont die Geschlechtsspezifität des Drogengebrauchs; sie erwähnt insbesondere die Medikamentenabhängigkeit als typisches "Frauenproblem" mit dem Schwerpunkt auf Benzodiazepinen. Das Hauptaugenmerk der vorliegenden

Arbeit lag auf dem Beginn des Opiatkonsums; möglicherweise sind in der Mißbrauchsgruppe andere psychotrope Substanzen unter Umständen zu einem früheren Zeitpunkt konsumiert worden, was vielleicht u.a. mit der besseren Verfügbarkeit solcher Substanzen erklärbar wäre. Möglicherweise ist der Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauchstrauma und Einstiegsalter durch solche "Übergangslösungen" maskiert.

Der Konsum von Benzodiazepinen und anderen Drogen wurde im Rahmen der hier zugrundeliegenden Erhebung zwar befragt, für die vorliegende Arbeit jedoch nicht ausgewertet. Zur Ergänzung dieses Befundes wäre eine nachträgliche Bearbeitung dieser Daten sinnvoll.

Weiterhin sind neben einem sexuellen Mißbrauch auch andere Einflußfaktoren auf den Beginn des Opiatkonsums denkbar, die sich nicht nur in der Mißbrauchsgruppe finden lassen. Hier dürften ebenso andere traumatische Erlebnisse wie u.a. physische bzw. emotionale Mißhandlungserfahrungen eine Rolle spielen, die ja auch für die Frauen der Vergleichsgruppe festgestellt wurden. Der Zusammenhang zwischen physischer Mißhandlung und Drogenkonsum läßt sich aus zahlreichen Studien entnehmen (Finkelhor et al., 1990; Famularo et al., 1992; Briere und Runtz, 1993), wenn dieser auch nicht in der gleichen Ausprägung wie für den sexuellen Mißbrauch zu finden ist.

Darüber hinaus sind auch Risikokonstellationen, wie zum Beispiel broken-home-Bedingungen (Kandel, 1978) und/oder Suchtmittelkonsum in der Herkunftsfamilie (vergl. z.B. Uchtenhagen und Zimmer-Höfler, 1985; Hedrich, 1989) als Einflußgrößen in der Literatur beschrieben worden - beide mit besonderem Gewicht für Frauen.

Des weiteren erlaubt das Fehlen eines Schul- oder Ausbildungsabschlusses eine Vorhersage über einen früheren Zeitpunkt für den Einstieg in den Drogenkonsum (Krausz und Degkwitz, 1992).

Möglicherweise hätte eine Einteilung des Mißbrauchs in Schweregrade (vergl. Mullen et al., 1993) bezüglich der Dauer, des Alters bei Beginn, des Verwandtschaftsgrades zum Täter bzw. der Kombination mit Gewaltanwendung und anderen modifizierenden Begleitumständen deutliche Unterschiede innerhalb der Mißbrauchsgruppen für das Einstiegsalter ergeben; die Betrachtung einzelner Gruppen, insbesondere derjenigen mit schweren Formen des Mißbrauchs, hätte möglicherweise signifikante Unterschiede zur Vergleichsgruppe hinsichtlich des Einstiegsalters gezeigt.

6.2.2. Motivation zum Erstkonsum; Drogenpartner

Die Motivation zum Opiatkonsum unterschied sich bei den untersuchten Gruppen deutlich: Die sexuell mißbrauchten Frauen wählten signifikant häufiger (34,5%) Antworten aus dem Bereich der "Negativ-Motivationen" als Frauen aus der Kontrollgruppe (26,6%). Am häufigsten wurden in der Mißbrauchsgruppe die Antworten "Um abzuschalten oder weniger mitzukriegen", gefolgt von "In schwierigen Situationen zur Bewältigung von Problemen oder Konflikten" gewählt. Negativ motivierte Gründe wie "Rebellion gegen Schule, Eltern..." spielten dagegen in beiden Untersuchungsgruppen kaum eine Rolle. Dagegen wurden von den Frauen der Vergleichsgruppe zu über 54,3% positive Motive für den Erstkonsum von Opiaten angegeben.

Da bislang keine Studien mit der Zielvariable "Motivation zum Opiatkonsum" verfügbar sind, fällt die Einordnung dieses Befundes schwer. Daher sei an dieser Stelle eine theoretische Betrachtung eingefügt.

Khantzian (1985) stellt in seinem Artikel über Suchterkrankungen die Hypothese auf, daß der Drogenkonsum aufgrund von unerträglichen affektiven Zuständen und damit verbundenen psychiatrischen Störungen gezielt aufgenommen wird, um diese zu lindern. Die betreffende Substanz sei daher nicht zufällig gewählt: sie diene dazu, gezielt gegen bestimmte affektive Situationen vorzugehen. Die Droge habe darüber hinaus die Funktion, einen nicht erworbenen oder defekten Abwehrmechanismus des Individuums zu ersetzen bzw. zu stabilisieren. Die gewählte Droge sei das Ergebnis einer Interaktion zwischen bestehenden Symptomen und der pharmakologischen Wirkung, welche diese auf das Individuum besitzt.

Die Selbstmedikation speziell durch Opiate begründet er mit einer zugrundeliegenden Depression; die Opiate dienen dazu, die Dysphorie zu behandeln. Nach der Hypothese von Khantzian wäre die bei Mißbrauchsoptionen so häufig gefundene Depression möglicherweise das Brückenglied zum Opiatkonsum.

Andere Autoren lehnen die Bedeutung eines substanzspezifischen Wirkungsprofils ab und sehen vielmehr einen allgemeinen Betäubungseffekt im Vordergrund.

So behauptet Root (1989), daß die Droge die Funktion eines seelischen Anästhetikums einnimmt, welches zur Behandlung der Mißbrauchsfolgen und -symptome eingesetzt

wird. Der Konsum psychotroper Substanzen biete eine Möglichkeit, die Symptome eines "Posttraumatischen Streßsyndroms" zu lindern.

Auch Krausz und Freyberger (1997, S. 293) sprechen im Zusammenhang mit der Einstiegsphase in den Drogenkonsum bei Opfern sexueller und körperlicher Mißhandlung von "Betäubung", der "Reduktion von Schmerz, Angst und Spannung"; die Droge schaffe unter Umständen eine "Distanz zur eigenen Geschichte", einen "Abstand zur Erinnerung, zur traumatischen Verletzung". Dies treffe aber lediglich für den Beginn des Drogenkonsums zu; im Verlauf werde die Drogeneinnahme "schnell zur dysfunktionalen Selbstbetäubung".

Hier wäre im Anschluß eine Studie von Interesse, welche den Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch, depressiver Symptomatik und der Motivation zum Opiatkonsum näher untersucht.

Die Frage nach denjenigen Personen, mit denen Heroin zusammen konsumiert wurde, beantworteten Frauen aus der Mißbrauchsgruppe nicht wesentlich anders als Frauen aus der Vergleichsgruppe, jedoch wurde häufiger in der "Clique" und seltener "mit dem Partner bzw. der Partnerin" konsumiert. Diejenigen Frauen, die das erste Mal "allein" konsumieren, spielten bei beiden Gruppen nur eine untergeordnete Rolle.

Auch hier fehlt die Vergleichsmöglichkeit zu anderen Untersuchungen; empirische Studien zu diesem Thema wurden bislang nicht durchgeführt.

6.2.3. Dauer des Drogenkonsums, Motivation im Verlauf, "needle-sharing"

Bei einer Einnahmefrequenz von mindestens dreimal pro Woche unterschieden sich die Angaben beider Gruppen über die Dauer des Drogengebrauchs nicht signifikant. Der Durchschnitt lag bei sechs Jahren und war in der Mißbrauchsgruppe geringfügig höher. Auch diese Parameter waren bislang nicht Ziel empirischer Untersuchungen.

Die Motivation zum Opiatkonsum im Verlauf der Drogenabhängigkeit war gegenüber der Motivation zum Beginn verändert: wurden zu Beginn des Drogenkonsums in der Gruppe der sexuell mißbrauchten Frauen häufiger "Negativ"-Motivationen als Grund für den Opiatkonsum angegeben, traf dies im Verlauf der Drogenabhängigkeit häufiger

für die Vergleichsgruppe zu. Der Anteil ungültiger Antworten betrug allerdings bei diesem Fragenkomplex 53,6%, was die Interpretation dieser Ergebnisse deutlich einschränkt.

Es ist anzunehmen, daß die Motivation im Verlauf des Drogengebrauchs durch die Entwicklung einer Abhängigkeit überlagert wird, wodurch die Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe relativiert werden. Die anfänglich unter Umständen sehr gezielte Einnahme zum Zweck der Betäubung oder zur Bewältigung von Problemsituationen tritt im Verlauf in den Hintergrund, während die Abhängigkeit wahrscheinlich zur wesentlichen Triebkraft für die Drogeneinnahme wird.

Es seien an dieser Stelle noch einmal Krausz und Freiberger (1997) zitiert: "Das anfangs Lustvolle beim Konsum psychotroper Substanzen ...wird sehr schnell zum sich selbst aufrechterhaltenden System der Abhängigkeit. Lust spielt schließlich keine Rolle mehr in der Sucht, es dominiert der Versuch der Reduktion von Leid".

Die gemeinsame Benutzung des Injektionsbesteckes wurde von den Frauen beider Untersuchungsgruppen in ähnlicher Häufigkeit angegeben. In der Mißbrauchsgruppe wurde von einem Viertel der befragten Frauen keine Angabe zum needle-sharing gemacht, obwohl Heroin intravenös konsumiert wurde.

Das Benutzen eigener, sauberer Nadeln wurde tendenziell weniger oft von den Frauen der Mißbrauchsgruppe angegeben als von den Frauen der Vergleichsgruppe. Klientinnen, die "manchmal" die Injektionsnadel teilen, waren in der Vergleichsgruppe häufiger anzutreffen; jedoch gaben in der Mißbrauchsgruppe wiederum mehr Frauen an, die Nadel "oft" zu teilen.

Aufgrund der nur lückenhaften Angaben in der Mißbrauchsgruppe (in der Vergleichsgruppe verweigerten nur 13,7% die Antwort) läßt sich das Ergebnis nur eingeschränkt beurteilen. Auch diese Verlaufparameter wurden bislang in anderen Studien nicht umfassend untersucht, worauf bereits im Literaturteil hingewiesen wurde. Eine Untersuchung über den Zusammenhang zwischen der gemeinsamen Benutzung des Injektionsbesteckes im Sinne einer selbstschädigenden Verhaltensweise und anderen autodestruktiven Tendenzen wäre in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse.

6.2.4. Überwindung der Drogenabhängigkeit, Therapie; angestrebtes Ziel im Umgang mit der Droge

In der Anzahl der freiwillig unternommenen Entzugsversuche ohne die Hilfe professioneller Einrichtungen unterschieden sich die beiden untersuchten Gruppen nicht signifikant voneinander; der Anteil derjenigen Frauen, die solche Versuche unternommen hatten, war in der Vergleichsgruppe der nichtmißbrauchten Frauen geringfügig höher.

Die Anzahl solcher freiwilligen Selbstentzüge lag zwischen einem und 50 (linkssteile Verteilung); im Median wurden vier solcher Versuche angegeben. Frauen der Mißbrauchsgruppe gaben im Median drei Entzugsversuche an, bei der Vergleichsgruppe waren es im Median 5,5. Daraus ergibt sich eine grenzwertige Irrtumswahrscheinlichkeit. Über die Hypothese, daß Frauen mit der Erfahrung des sexuellen Mißbrauch weniger häufig freiwillige Entzugsversuche unternehmen, kann daher nur durch eine Folgestudie entschieden werden.

Eine Drogenabstinenz in der Folge eines nichtprofessionellen Drogenentzuges wurde in beiden Gruppen in der gleichen Häufigkeit angegeben; dies war bei jeweils 21 Frauen der Fall. Die Dauer einer solchen Abstinenzperiode zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen.

Eine abgeschlossene Langzeittherapie wurde von insgesamt 17,8% aller untersuchten Klientinnen angegeben; eine Klientin gab an, fünf Langzeittherapien abgeschlossen zu haben. Durchschnittlich wurden 16,6 Monate in Therapieeinrichtungen verbracht. Hinsichtlich der Anzahl und Dauer von Langzeittherapien konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ermittelt werden.

Hinsichtlich der Dauer von Abstinenzzeiträumen nach stattgehabter professioneller Therapie konnten ebenfalls keine signifikanten Abweichungen zwischen beiden Gruppen gefunden werden: bei einer durchschnittlichen drogenfreien Periode von 12,8 Monaten für die gesamte Stichprobe betrug der Wert für die Mißbrauchsgruppe 10,0 Monate, derjenige für die Vergleichsgruppe lag bei 15,9 Monaten.

Hinsichtlich des zukünftigen Drogenkonsums wurde von der überwiegenden Mehrheit der untersuchten Frauen der Wunsch geäußert, in Zukunft drogenfrei zu leben. Frauen

der Mißbrauchsgruppe gaben häufiger an, auch in Zukunft Opiate kontrolliert konsumieren zu wollen, als diejenigen Frauen der Vergleichsgruppe. Der Wunsch nach einem drogenfreien Leben wurde in der Mißbrauchsgruppe seltener geäußert. Beide Unterschiede erreichten jedoch nicht das Signifikanzniveau.

Die gefundenen Unterschiede zwischen den Gruppen sind für alle genannten Bereiche bestenfalls diskret; trotzdem weisen sie übereinstimmend in die gleiche Richtung im Sinne einer Bestätigung der Hypothese, daß der Ausstieg für die Opfer sexuellen Mißbrauchs schwerer ist als für die Frauen der Vergleichsgruppe und bestätigen damit die Ergebnisse früherer Studien.

Auch hier spielt - wie schon bei der Motivation im Verlauf der Drogenbindung angenommen - sicher die Überlagerung durch eine körperliche Abhängigkeit eine wesentliche Rolle und verwischt durch ihre Eigendynamik die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. Die Bindung an den Opiatkonsum scheint hier aber doch enger mit dem Trauma verbunden, als es nur der Abhängigkeitsdynamik zuschreibbar ist. Dies zeigt sich auch am den Aussagen über das angestrebte Ziel im zukünftigen Umgang mit der Droge.

6.3. Soziales Netzwerk

Die Mehrzahl der untersuchten Klientinnen gaben an, ledig zu sein, gefolgt von den Gruppen "geschieden" und "verheiratet". Die Anzahl lediger Frauen war mit 33 (62,3%) in der Mißbrauchsgruppe geringfügig kleiner als in der Vergleichsgruppe mit 35 (64,8%). Kleiner war ebenfalls der Anteil der mißbrauchten Frauen, die verheiratet, wieder verheiratet oder verwitwet waren. Dagegen konnten in der Mißbrauchsgruppe mehr Frauen gefunden werden, die getrennt lebten oder geschieden waren. Die Unterschiede waren jedoch als (grenzwertig) nicht signifikant einzustufen.

Auch die Untersuchung der aktuellen Partnerschaft ergab einen hohen Anteil von alleinstehenden Personen in beiden Gruppen. Hinsichtlich fester Beziehungen konnten zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, wenn auch der Anteil derjenigen Frauen mit festen Beziehungen (sowohl zusammen als auch getrennt lebend) in der Mißbrauchsgruppe geringer war. Auch die untersuchte Dauer

von Beziehungen konnte keine signifikanten Unterschiede zwischen der Mißbrauchsgruppe und der Gruppe der sexuell nicht traumatisierten Frauen ergeben. Hinsichtlich der Anzahl "guter Freunde" waren nur geringfügige Abweichungen der untersuchten Gruppen voneinander festzustellen, für die allesamt kein Signifikanzniveau erreicht wurde. Deutliche Unterschiede ließen sich jedoch hinsichtlich des Freizeitverhaltens zeigen: in der Mißbrauchsgruppe gestalteten erheblich mehr Frauen (30,2%) ihre Freizeit allein, als dies in der Vergleichsgruppe (13%) der Fall war. Freunde oder Bekannte mit aktuellen Drogenproblemen wurden von den nicht mißbrauchten Frauen häufiger in die Freizeitgestaltung miteinbezogen als von denjenigen mit Mißbrauchserfahrung. Beide Unterschiede waren signifikant. Insgesamt verbrachten die Frauen der Mißbrauchsgruppe mehr Zeit mit Familienmitgliedern und weniger Zeit mit Freunden und Bekannten (jeweils ohne Berücksichtigung einer eventuellen Drogenproblematik).

Die Zahl verlässlicher Personen im Ernstfall wurde mit ein bis drei Personen angegeben, es ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können die Befunde der Literatur, wie sie beispielsweise von Mullen et al. (1988) oder Bifulco et al. (1991) gezeigt wurden, bestätigen; innerhalb der Grenzen, in denen Partnerbeziehungen durch quantitative Merkmale erfaßbar sind, stimmen die Befunde recht gut überein. Auch in dieser Untersuchung unterscheiden sich die sexuell mißbrauchten Frauen hinsichtlich Anzahl oder Dauer von Partnerbeziehungen nicht von den Frauen der nicht mißbrauchten Vergleichsgruppe. Allerdings findet sich auch hier - wie schon bei Mullen et al. (1988) in erhöhtem Maße eine Vorgeschichte mit Trennung bzw. Scheidung in der Mißbrauchsgruppe.

In einer späteren Studie konnten Mullen et al. (1994) zeigen, daß sexuell Mißbrauchte im Erwachsenenalter unter Beziehungsproblemen verschiedener Art zu leiden hatten und unter einer generellen Instabilität ihrer Beziehungen litten. Zwar lebten sie mit der gleichen Wahrscheinlichkeit in einer aktuellen Beziehung wie die Kontrollpersonen, hatten aber in der Vergangenheit eher eine Trennung oder Scheidung erlebt.

Der Grad der Zufriedenheit mit der aktuellen Beziehung war bei den Mißbrauchsoptionen deutlich geringer ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe - dies um so deutlicher, je

schwerer der Mißbrauch gewesen war (unter Einschluß von Penetration). Probleme waren auch in der partnerschaftlichen Kommunikation beschrieben worden - die Einschätzung der Qualität der Kommunikation war bei den Personen mit sexuellem Mißbrauch in der Kindheit deutlich schlechter. Die Betroffenen fühlten sich weniger imstande, dem Partner ihre persönlichen Probleme anzuvertrauen. Auch hier waren Unterschiede je nach der Schwere des Mißbrauchs festzustellen. Die Mißbrauchten beurteilten ihre Partner ferner als weniger fürsorglich und eher kontrollierend als die Personen der Vergleichsgruppe. Mullen (1997) zieht daraus den Schluß, daß der sexuelle Kindesmißbrauch zu einem spezifischen Defizit in der Ausbildung und Aufrechterhaltung von vertrauten Beziehungen prädisponiert.

Die von Mullen et al. (1994) gefundenen Defizite in partnerschaftlichen Beziehungen ließen sich jedoch nicht auf freundschaftliche Beziehungen übertragen: hier waren Freunde im gleichen Ausmaß bei den Mißbrauchsopfern wie bei Kontrollpersonen zu finden. Die Fähigkeit, sich diesen Freunden anzuvertrauen und mit ihnen Sorgen zu teilen, war in den beiden Gruppen nicht verschieden; die emotionale Unterstützung, die in der partnerschaftlichen Beziehung als fehlend wahrgenommen wurde, konnte hier erhalten werden.

Auch in der vorliegenden Studie konnten für den Bereich "Freundschaften" Ergebnisse gefunden werden, die mit diesen Befunden vereinbar sind. Sowohl die Anzahl guter Freunde, als auch solcher Personen, die im sogenannten Ernstfall verfügbar sind, unterschieden sich in der Anzahl nicht von denen der nicht mißbrauchten Frauen.

Wie schon im Abschnitt „Stand der Literatur“ angeführt wurde, läßt sich der qualitative Aspekt von Beziehungen nur schwer erfassen. Die Erfassung freundschaftlicher Beziehung war in der vorliegenden Untersuchung vorwiegend quantitativer Natur; ob die angegebenen Freundschaften für die untersuchten Frauen emotional bzw. bezüglich einer sozialen Unterstützung zufriedenstellend sind, kann daher nicht beantwortet werden. Die von Briere und Runtz (1988b, vergl. Abschnitt 2.3.) beschriebenen Einschränkungen in der sozialen Kompetenz ließen sich zumindest auf der quantitativen Ebene nicht bestätigen.

Die Behauptung, daß sexuell mißbrauchte Frauen in ihrer sozialen Kompetenz bzw. in der Schaffung eines funktionierenden Netzwerkes generell beeinträchtigt sind, läßt sich durch diese Untersuchung nicht belegen; es scheint sich dagegen bei dem in der Folge

eines sexuellen Mißbrauchs bei Frauen auftretenden Beziehungsdefizit um ein Problem zu handeln, welches sehr spezifisch nur die Paarbeziehung betrifft.

Diese Problematik steht wiederum in Wechselwirkung mit anderen sich möglicherweise aus dem Mißbrauch ergebenden psychischen Problemen. Diese Defizite im partnerschaftlichen Bereich erhöhen wiederum die Wahrscheinlichkeit psychischer Probleme im späteren Leben (Mullen, 1997). Eine größere Anfälligkeit für Depressionen wurde beispielsweise für Frauen beschrieben, denen eine vertrauensvolle Beziehung fehlt (Henderson und Brown, 1988; Harris, 1988; Romans et al., 1992).

Weiterhin ließ sich zeigen, daß die Tendenz, die Freizeit sehr viel häufiger allein zu verbringen offenbar charakteristisch für eine Vorgeschichte mit sexuellem Mißbrauch zu sein scheint. Auf diesen in der vorliegenden Studie recht ausgeprägten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen konnte bislang in der Literatur kein Hinweis gefunden werden. Auf diesen Sachverhalt soll jedoch noch im Abschnitt "Persönlichkeitseigenschaften" näher eingegangen werden.

6.4. Suizidalität

Große Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppe ergaben sich für die Bereiche Suizidgedanken und suizidale Handlungen. Während die Mehrheit der Frauen mit Mißbrauchserfahrung über Suizidgedanken berichtete (84,9%), waren es in der Vergleichsgruppe lediglich 48,1%; dieser Befund ist hochsignifikant und deckt sich mit den Ergebnissen vorangegangener Studien zahlreicher Autoren (siehe weiter unten).

Die Frage nach einer aktuellen (... "innerhalb der letzten 30 Tage") Symptomatik wurde lediglich von insgesamt 29 Klientinnen (21,1%) positiv beantwortet; in der Mißbrauchsgruppe entsprach dies einem Anteil von 34%, in der Vergleichsgruppe waren es 20,4%), der Unterschied war nicht signifikant. Der Kontrast zwischen der ausgeprägten Häufigkeit in der Vergangenheit und dem relativ verminderten aktuellen Befund läßt sich damit erklären, daß die befragten Klientinnen zum Zeitpunkt der Befragung Kontakt zu verschiedenen Institutionen hatten, von denen verschiedene Formen der Unterstützung bzw. gezielte medizinische oder psychologische Intervention greifbar war. Dieser Sachverhalt erklärt möglicherweise auch den wesentlich geringeren

Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen für die nahe Vergangenheit hinsichtlich der Suizidgedanken.

Mehr als die Hälfte aller befragten Frauen schilderte unternommene Suizidversuche (66,4%). Der Anteil unter denjenigen Frauen, die sexuellen Mißbrauch erfahren hatten, betrug 69,8%, während es in der Vergleichsgruppe "lediglich" 35,2% waren, die Suizidversuche angaben. Wie bereits bei den Suizidgedanken war auch dieser Unterschied statistisch hochsignifikant.

Suizidversuche in der nahen Vergangenheit ("innerhalb der letzten 30 Tage") wurden in der Mißbrauchsgruppe von 9 Frauen (17,0%) bestätigt, in der Vergleichsgruppe berichteten dies lediglich drei Frauen (5,6%). Wegen der geringen Fallzahl war dieser Unterschied grenzwertig nicht signifikant.

Auch die Anzahl unternommener Suizidversuche ergab eine deutliche Differenz zwischen den Gruppen: Der Median lag bei den Frauen mit der Erfahrung sexuellen Mißbrauchs bei zwei Versuchen, in der Vergleichsgruppe bei keinem Versuch; dieses Ergebnis war statistisch hochsignifikant.

Weitere Unterschiede waren in diesem Zusammenhang bei einer beabsichtigten Überdosierung von Drogen zu beobachten. Wenn auch die Mehrzahl der Klientinnen keine Überdosierung angaben, differierten doch die Gruppen hochsignifikant in der Anzahl der unternommenen Überdosierungen. Das 75. Perzentil in der Mißbrauchsgruppe lag bei zwei beabsichtigten Drogenüberdosierungen, in der Vergleichsgruppe jedoch nur bei einer Überdosis.

Die gefundenen Ergebnisse stimmen gut mit der Forschungsliteratur zur Suizidalität als Langzeitfolge von sexuellem Mißbrauch überein. Sowohl Suizidgedanken (vergl. Sedney und Brooks, 1984; Bagley und Ramsey, 1985a; Briere und Runtz 1986; Briere und Zaidi, 1989) als auch Suizidversuche (Briere, 1984; Sedney und Brooks, 1984;) wurden bei Frauen mit der Erfahrung des sexuellen Mißbrauchs signifikant häufiger gefunden. Brown und Anderson (1991) fanden eine Suizidneigung als das häufigste Symptom bei Mißbrauchsopfern, die zur stationären Aufnahme kamen. In einer neueren Studie von Boudewyn und Liem (1995) ergab sich ein ebenfalls ein starker Zusammenhang zwischen der Erfahrung des sexuellen Mißbrauchs und späterer

Suizidneigung, der insbesondere bei den untersuchten Frauen in hohem Maße deutlich wurde.

6.5. Prostitution

Nach den Einnahmequellen für ihren Lebensunterhalt befragt, gaben insgesamt 38 Frauen der Stichprobe u.a. Prostitution während der letzten 30 Tage an. Der Anteil von Frauen in der Mißbrauchsgruppe, die der Prostitution nachgegangen waren, betrug 45,3%; in der Vergleichsgruppe hatten 25,9% der Frauen mittels Prostitution Geld verdient, der Unterschied war signifikant. Der Anteil der Klientinnen mit sexuellem Mißbrauch in der Vorgeschichte gab die Prostitution häufiger als Hauptquelle des Lebensunterhalts (24,5%) an, als dies in der Vergleichsgruppe (13,0%) der Fall war. Wegen der geringen Fallzahl konnte dieser Unterschied jedoch nicht statistisch abgesichert werden.

Der Befund ist mit den Ergebnissen anderer Studien gut vergleichbar (vergl. James und Meyerding, 1977; Silbert und Pines, 1981; Finkelhor, 1984). Wie schon im Literaturteil erwähnt wurde, handelt es sich um einen der am längsten bekannten Zusammenhänge (vergl. dazu Flügel, 1921).

Wenn auch bei den opiatabhängigen Frauen der vorliegenden Stichprobe eine naheliegende Motivation für die Prostitution die Geldbeschaffung zur Finanzierung der Opiatabhängigkeit ist, kann doch der hier gefundene Unterschied zwischen den Gruppen nicht allein mit der Notwendigkeit der Beschaffung erklärt werden.

Es ergibt sich an dieser Stelle weiterhin die Frage nach dem zeitlichen Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Prostitutionstätigkeit: Wurde der Prostitution bereits vor Bestehen der Drogenabhängigkeit nachgegangen und ist die Drogenabhängigkeit eher eine mögliche Bewältigungsstrategie der Eindrücke der Prostitution (vergl. Weißberg, 1985; Marwitz, 1990)?

Wie schon Hedrich (1989) in ihrer Befragung von drogenabhängigen Frauen, die der Prostitution nachgingen, zeigen konnte, lag bei einem Großteil der Frauen die Drogenabhängigkeit bereits vor Aufnahme der Prostitutionstätigkeit vor. Weniger als 10% der sich prostituierenden Frauen gaben an, daß sich eine Drogensucht zeitlich danach entwickelt hatte.

Als vorrangiger Grund für Prostitution wurde im Rahmen dieser Befragung die Geldbeschaffung für den Drogenkonsum genannt, gefolgt von der Versorgung des ebenfalls abhängigen Partners bzw. der Sicherung des Lebensunterhaltes. Für den Großteil der befragten Frauen war die Prostitution lediglich "Mittel zum Zweck" (Hedrich, 1989) - zur Finanzierung einer Drogenabhängigkeit bzw. um kriminellen Delikten bei der Drogenbeschaffung aus dem Wege zu gehen. In diesem Zusammenhang wurde nicht nach einer Vorerfahrung des sexuellen Mißbrauchs gefragt.

Es stellt sich bei der vorliegenden Studie ebenfalls die Frage, ob die zeitliche Abfolge in der Mißbrauchsgruppe anders gelagert ist als bei den Frauen der Vergleichsgruppe. Möglicherweise ergibt sich der gefundene höhere Anteil an sich prostituierenden Frauen in der Untersuchungsgruppe erst aus der Summation von Mißbrauchserlebnis und Beschaffungsdruck: Macht der Mißbrauch es den betroffenen Frauen unter Umständen "leichter", die Drogenabhängigkeit durch Prostitution zu finanzieren? Welche Rolle spielt die Bewältigung des Mißbrauchstraumas bei der Prostitution? Ist die Geldbeschaffung lediglich ein "positiver Nebeneffekt" dieser Bewältigungsstrategie? Welcher Stellenwert kommt der Flucht aus einer mißbrauchenden Familie zu?

Darüber hinaus wäre von Interesse, ob die Frauen der Mißbrauchsgruppe sich häufiger prostituierten, weil sie durch einen exzessiveren Drogenkonsum einem höheren Beschaffungsdruck ausgesetzt sind.

Um diese sicherlich komplexen und im Einzelfall recht unterschiedlichen Zusammenhänge und Motivationen zu beleuchten und die sich daraus ergebenden Fragen beantworten zu können, ist eine gezielte Untersuchung zu dieser Thematik notwendig.

6.6. Selbsteinschätzungen

6.6.1. Persönlichkeitsstruktur

Die Testung durch den NEO-FFI-Fragebogen ergab für alle untersuchten Klientinnen unabhängig von ihrer Zuordnung zu den beiden Gruppen Ergebnisse, die von den

Durchschnittswerten der Normalbevölkerung (vergl. Borkenau und Ostendorf, 1994) abwichen.

Während die Unterschiede für die Subskalen "Extraversion", "Offenheit", "Verträglichkeit" und "Gewissenhaftigkeit" geringer ausfielen, wurde für den Faktor "Neurotizismus" eine erhebliche Abweichung des Skalenmittelwertes gefunden.

Für alle Subskalen, ausgenommen diejenige für "Neurotizismus" ergaben sich im Vergleich zur Normalbevölkerung geringere Skalenmittelwerte. Die Ausprägung des Faktors Neurotizismus war jedoch im Vergleich mit der Normalbevölkerung stark erhöht.

Die Untersuchung im Gruppenvergleich ergab für alle Subskalen - ausgenommen "Gewissenhaftigkeit" - signifikante Unterschiede. Der Faktor "Neurotizismus" war in der Mißbrauchsgruppe stärker ausgeprägt, während die Werte für alle anderen Skalen unter denjenigen der Vergleichsgruppe lagen. Daraus geht hervor, daß die gemessenen Werte der Vergleichsgruppe für alle Faktoren zwischen denjenigen der Normalbevölkerung und den Werten der Mißbrauchsgruppe angesiedelt waren.

Neurotizismus, aufgefaßt als dimensionales Persönlichkeitsmerkmal, nicht als Störung, beschreibt unter anderem die Art und Weise, wie Emotionen, insbesondere negative, erlebt werden. Personen mit einer starken Ausprägung dieses Persönlichkeitsmerkmals geben häufiger an, daß sie leicht aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen seien. Im Gegensatz zu emotional stabilen Personen berichten Probanden mit hohen Punktwerten für "Neurotizismus" vermehrt über negative Gefühlszustände; sie geben häufiger an, nervös, ängstlich und traurig zu reagieren. (Borkenau und Ostendorf, 1994).

Zwar wurden bisher Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung nicht speziell auf Persönlichkeitsmerkmale untersucht. Trotzdem lassen sich die Befunde dieses Abschnitts gut mit den Ergebnissen von Studien über Langzeitfolgen des Mißbrauchs in Einklang bringen.

Häufig beschriebene Merkmale bei sexuell mißbrauchten Frauen sind Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit und erhöhte Vulnerabilität; diese Merkmale lassen sich mit der hier gefundenen erhöhten emotionalen Labilität gut vereinbaren.

Personen mit hohen Punktwerten auf der Skala "Extraversion" mögen Geselligkeit, sind selbstsicher, aktiv, gesprächig, energisch, heiter und optimistisch. Sie fühlen sich auf

gesellschaftlichen Versammlungen wohl, mögen Aufregungen und besitzen ein heiteres Naturell (Borkenau und Ostendorf, 1994). Introversion ist weniger als Gegensatz aufzufassen, denn als Fehlen von Extraversion. Introvertierte sind eher zurückhaltend, aber nicht unfreundlich; sie leiden nicht unter sozialer Ängstlichkeit; das Hauptmerkmal von Personen mit niedrigen Punktwerten auf der Skala Extraversion besteht eher darin, allein sein zu wollen (Costa und McCrae, 1992b).

Die hier gefundenen niedrigen Werte für Extraversion bestätigen die bereits an anderer Stelle dieser Studie gefundene Tendenz zum Alleinsein - den Unterschied in der Art der Freizeitgestaltung zwischen den beiden Gruppen. Unter den sexuell mißbrauchten Frauen gestalteten knapp ein Drittel der Frauen ihre Freizeit allein, weitaus mehr als in der Vergleichsgruppe (dort waren es lediglich 13,0%, vergl. auch Abschnitt 6.3.). Ob sich dieses Verhalten allein aus dem häufig geschilderten Mißtrauen anderen Menschen gegenüber (siehe weiter unten) erklären läßt, kann hier nicht beantwortet werden.

Die Subskala "Offenheit für Erfahrung" läßt Aussagen über das Interesse an neuen Erfahrungen, Erlebnissen und Eindrücken zu; hohe Punktwerte sprechen für ein reges Phantasieleben und eine akzentuierte Wahrnehmung der eigenen Gefühle, seien diese nun negativ oder positiv. Eine geringe Ausprägung für den Faktor "Offenheit", wie sie bei den Frauen der vorliegenden Studie gefunden wurde, entspricht eher der Neigung zu konventionellem Verhalten; emotionale Reaktionen sind eher gedämpft (Borkenau und Ostendorf, 1994). Dies entspricht der häufig erwähnten Beobachtung, daß Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung gelernt haben, ihre Gefühle abzuspalten, um die mit dem Mißbrauch verbundenen Emotionen nicht mehr wahrnehmen zu müssen: "Wiederholte Traumatisierungen könne durch das Leugnen oder Verdrängen der Erfahrungen so massiv werden, daß die emotionale Abstumpfung dominiert und mit einem Verlust der Empfindungsfähigkeit sowie mit Symptomen der Depersonalisierung, Depression, Konzentrationsstörungen, Verlust des Interesses an der Außenwelt einhergeht" (Joraschky, 1997, S 118).

Die Skala "Verträglichkeit" erfaßt das interpersonelle Verhalten; dessen zentrales Merkmal ist bei starker Ausprägung am ehesten durch den Begriff "Altruismus" charakterisiert. Zwischenmenschliches Vertrauen, die Neigung zu Kooperativität und

starkes Harmoniebedürfnis prägen außerdem diesen Merkmalsbereich. Personen mit niedrigen Werten auf dieser Skala beschreiben sich dagegen eher als egozentrisch und mißtrauisch gegenüber anderen Menschen (Borkenau und Ostendorf, 1994).

Mißtrauen (Hermann et al., 1986), aber auch Feindseligkeit (Bachmann et al., 1988) anderen Menschen gegenüber wurde in zahlreichen Studien als charakteristisches Merkmal sexuell mißbrauchter Frauen beschrieben. Vor diesem Hintergrund ist die geringe Ausprägung des Faktors "Verträglichkeit" bei den Opfern sexuellen Mißbrauchs verständlich.

Durch die Skala "Gewissenhaftigkeit" wird zum einen die Fähigkeit zur Impulskontrolle geprüft; sie ist weiterhin auch ein Maß für das Engagement bei der Planung, Organisation und Durchführung von Aufgaben. Eigenschaften wie Zielstrebigkeit, Ehrgeiz, Fleiß, aber auch Ausdauer, Willensstärke und Genauigkeit werden bei Personen mit hoher Ausprägung der Werte auf dieser Subskala gefunden. "Personen mit niedrigen Punktwerten beschreiben sich eher als nachlässig, gleichgültig und unbeständig, sie verfolgen ihre Ziele also mit geringerem Engagement" (Borkenau und Ostendorf, 1994).

Dies läßt sich mit den gut dokumentierten Problemen von sexuell mißbrauchten Mädchen bezüglich Leistung und Verhalten im schulischen Bereich (Cohen und Mannarino, 1988; Einbender und Friedrich, 1989) in Einklang bringen. Mullen (1997) hält diese Probleme für ursächlich für die Entstehung von späteren Schwierigkeiten hinsichtlich der Entwicklung von Fertigkeiten sowie der Disziplin, die notwendig sind, um eine effektive Rolle im Berufsleben auszufüllen.

Die Arbeitsgruppe um Mullen (Mullen et al., 1994) konnte zeigen, daß Frauen, die in der Kindheit sexuell mißbraucht wurden, stärker dazu tendieren, einen Berufsweg einzuschlagen, der mit einem sozioökonomischen Abstieg - verglichen mit der Ursprungsfamilie - verbunden ist. Am auffälligsten waren solche Befunde bei denjenigen Frauen, die schweren Mißbrauch, d.h. unter Einschluß von Körperkontakt bzw. Penetration erlebt hatten. Mullen (1997) betont jedoch, daß dies weder durch einen bloßen "Bildungsmißerfolg" noch durch Teilzeitarbeit oder reduzierte Teilnahme am Arbeitsprozeß erklärt werden konnte; er behauptet hingegen, daß diese Frauen "ihren Wert unterschätzen und Jobs unter ihren Fähigkeiten suchten (ein Versagen des

Selbstwertes) oder daß sie weniger geschickt waren, Ausbildung und Chancen in einem effektiven Funktionieren im Arbeitsbereich umzusetzen (ein Versagen der Tatkraft)". Interessant in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, daß sich der Faktor "Gewissenhaftigkeit" des Fünf-Faktoren-Modells als effektiver Prädiktor des Schulerfolgs (Digman, 1989) erwiesen hat; er erlaubt ebenfalls eine zuverlässige Vorhersage von Arbeitsleistungskriterien (Barrick und Mount, 1991).

Die hier festgestellte graduelle Abstufung zwischen den verglichenen Gruppen, wobei an einem Ende die Normalbevölkerung, am anderen Extrem die opiatabhängigen Frauen mit sexueller Mißbrauchserfahrung, und - quasi als Übergang zwischen beiden - die Vergleichsgruppe der opiatabhängigen Frauen ohne Mißbrauchserlebnisse angesiedelt ist, läßt sich jedoch nicht im Sinne eines Übergangs in der Psychopathologie interpretieren, da es sich nicht um Störungen handelt, sondern um strukturelle Persönlichkeitsmerkmale.

Ausgehend von einem strukturellen persönlichkeitspsychologischen Konzept der Persönlichkeitswesenszüge, lassen sich diese Wesenszüge als basale Eigenschaften auffassen, die in ihrer Ausprägung lebenslang stabil bleiben. In der vorliegenden Arbeit wurde eine einzeitige Befragung ausgewertet; für die Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften bzw. deren zeitlicher Stabilität erlaubt eine Längsschnittstudie genauere Aussagen.

6.6.2. Depressivität

Die Beurteilung der Depressivität durch den BDI-Fragebogen erbrachte bei insgesamt 70 (65,4%) der Frauen einen Gesamtpunktwert, der die Einstufung einer depressiven Symptomatik als klinisch relevant erlaubt. Für die Gruppe der mißbrauchten Frauen ergab die Untersuchung einen Anteil von 40 Frauen (75,5%), in der Vergleichsgruppe waren 30 Frauen (55,5%) betroffen. Auch die durchschnittlichen Gesamtwerte für den Depressions-Index ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen: Während dieser für die Mißbrauchsgruppe bei durchschnittlich 24,6 Punkten lag, betrug er in der Vergleichsgruppe lediglich 21,0 Punkte. Die weitere Untersuchung einzelner Subskalen ergab signifikante Unterschiede hinsichtlich der Items "Schuldgefühle" und

"Negatives Körperbild"; Für beide Subskalen wurden in der Mißbrauchsgruppe deutlich höhere Punktwerte beobachtet.

Diese Befunde lassen sich gut mit den Literaturübersichten verschiedener Autoren in Einklang bringen. Depression und depressive Symptome wurden als eine der häufigsten Folgen sexuellen Mißbrauchs bei Frauen beschrieben; auch Schuldgefühle und eine Störung des Körperbildes sind bekannte Befunde in der Literatur über Frauen mit derartiger Vorgeschichte (siehe Abschnitt 2.6.).

Die Mehrzahl der Untersuchungen zu typischen Langzeitfolgen des sexuellen Mißbrauchs ergab u.a. Störungen im emotionalen Bereich wie Depressionen, Angst, niedriges Selbstwertgefühl und Suizidalität (Brown und Finkelhor, 1986b; Bagley, 1991; Beitchman et al., 1992; Moggi und Clemençon, 1993).

Joraschky (1997, S. 165) warnt jedoch davor, im Falle des sexuellen Mißbrauchs ein Modell des "linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs" zu konstruieren. Die Untersuchung der depressiven Verstimmung als einer "ubiquitären, epidemiologisch gehäuft auftretenden Störung" berge "große Gefahren in der Herstellung eines zu einfachen Kausalzusammenhangs"; hier geht es vielmehr um das "Zusammenspiel der Faktoren, welche die Reaktion aus Verlusterfahrungen determinieren, genau zu betrachten" (Joraschky, ebendort).

Die im Rahmen der affektiven Störungen bei Mißbrauchstraumata häufig anzutreffenden gemischten Zustände aus Angst und Depression erklärt er mit einer "zweizeitigen Pathogenese": Zuerst dominiert der Angstaffekt, der Ausdruck einer unkontrollierbaren, willkürlich einbrechenden Situation ist, auf welche der Organismus mit Kampf- oder Fluchtmechanismen reagiert. Bei Wiederholung der äußeren Situation oder der inneren, unkontrollierbaren Affekte kommt es sekundär zur Depression im Sinne eines resignativen Rückzugs (Joraschky, 1997, S. 166). Joraschky erwähnt als typische Komorbiditäten zur Depression selbstdestruktives Verhalten, Somatisierungssyndrome Suchttendenzen, sexuelle Störungen und Suizidversuche.

Auch Mullen sieht die im Erwachsenenalter auftauchenden psychischen Probleme als sekundäre Folgen des sexuellen Mißbrauchs an: die sozialen, interpersonellen und sexuellen Probleme, die mit dem sexuellen Kindesmißbrauch in Verbindung stehen, schaffen den Boden für die Entwicklung psychischer Probleme, besonders im Bereich

depressiver Störungen (Mullen, 1997). Er stellt die Hypothese auf, daß die grundlegende Schädigung, die durch den Kindesmißbrauch zugefügt wird, sich gegen die Entwicklungsfähigkeit des Kindes im Bereich Vertrauen, Intimität, Tatkraft und Sexualität richtet, und daß viele psychische Probleme im Erwachsenenalter, die mit dem Kindesmißbrauch zusammenhängen, eher als sekundäre Folgen einzuordnen sind.

6.6.3. Persönlichkeitsstörungen

Bei 53 der 107 untersuchten Frauen (49,5%) wurden im PDQ-R Gesamtpunktwerte über 50 ermittelt, welche das Vorliegen einer bzw. mehrerer Persönlichkeitsstörung(en) wahrscheinlich macht. Der Durchschnittswert lag bei 51,6 Punkten für alle befragten Frauen und war in der Mißbrauchsgruppe signifikant gegenüber demjenigen der Vergleichsgruppe erhöht: Während die Frauen mit einer bzw. mehreren Persönlichkeitsstörung(en) in der Mißbrauchsgruppe einen Anteil von 56,6% ausmachten, lag deren Anteil in der Vergleichsgruppe nur bei 42,6%.

Aus der Prüfung eines Zusammenhanges zwischen dem Gesamtpunktwert für den PDQ-R und dem Ergebnis des BDI-Fragebogens zur Erfassung der depressiven Symptomatik ergab sich eine sehr starke Korrelation nach Pearson.

Die weitere Untersuchung ausgewählter Persönlichkeitsstörungen (Borderline-P-S., Selbstunsichere P-S., Dependente P-S., Selbstschädigende P-S. und Histrionische P-S.) ergab zwar für alle genannten ein vermehrtes Auftreten in der Mißbrauchsgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe, jedoch waren die Unterschiede zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant.

Das vermehrte Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei Frauen mit erlebtem sexuellen Mißbrauch in der vorliegenden Studie läßt sich mit den Ergebnissen anderer Autoren in Einklang bringen (vergleiche Abschnitt 2.6.3.), wenn auch das Auftreten einzelner Persönlichkeitsstörungen in dieser Zusammenstellung bisher nicht untersucht worden ist. Einzig Bryer et al. (1987) beschäftigten sich mit allen im DSM-III-R beschriebenen Störungen der Persönlichkeit, erhielten aber für die Gruppe der sexuell mißbrauchten Frauen ebenfalls keine signifikanten Aussagen über ein vermehrtes Auftreten derselben, die Borderline-Störung ausgenommen.

Aus anderen Studien ist vor allem der Zusammenhang zwischen sexueller Mißbrauchserfahrung und dem Formenkreis der Dissoziativen Störungen, wie auch die Verbindung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung bekannt geworden (Chu und Dill, 1990; Swett und Halpert, 1993; Shearer, 1994). Die Grenzen zwischen diesen beiden Störungsbildern und dem histrionischen Formenkreis sind jedoch nur in der DSM-Klassifikation klar eingegrenzt; zwischen allen drei Formen der Persönlichkeitsstörungen existieren aus der klinischen Beobachtung Übergänge, die sich durch starke Schwankungen der Symptomatik äußern und so die diagnostische Einordnung bestimmen (Schwab, 1997).

Vor diesem Hintergrund sei - dies gilt auch für alle anderen genannten Persönlichkeitsstörungen - die Grenze einer Fragebogenuntersuchung zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen bzw. deren Symptomen betont. Aber nicht nur die Beurteilung von Symptomen in ihrer Gesamtheit, auch Aussagen über die zeitliche Stabilität derartiger Störungen ist durch die Methode deutlich eingeschränkt bzw. unmöglich.

Daher wird eine Querschnittuntersuchung wie die vorliegende nicht der Tatsache gerecht, daß es sich bei Persönlichkeitsstörungen um "überdauernde Verhaltensweisen und Charakterzüge" (DSM-III-R, 1989) handelt. Es ist daher denkbar, daß die hier gefundenen Ergebnisse im Zeitverlauf nicht stabil sind. Die Ergebnisse, die in der vorliegenden Studie gewonnen wurden, beschreiben lediglich einen kurzen Ausschnitt aus dem Leben der Befragten; es kann sich bei den gefundenen Auffälligkeiten ebenso um umschriebene Krankheitsepisoden handeln. Daher scheint es gewagt, von dieser Studie auf überdauernde Verhaltensweisen zu schließen, wie sie für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen gefordert werden. Wie schon im Abschnitt "Persönlichkeitseigenschaften" erwähnt wurde, eignen sich zur Untersuchung von Persönlichkeitsstörungen Längsschnittstudien weitaus besser, um deren zeitliche Stabilität zu erfassen.

6.7. Schlußfolgerung und Ausblick

Wenn auch einige Ergebnisse aufgrund der Erhebungsmethode und des zeitlichen Zusammenhangs mit der Bearbeitung (Datenerhebung vor Festlegung der zu bearbeitenden Themen) unbefriedigend erscheinen, zeigt sich doch auch in dieser Arbeit die Bedeutung eines sexuellen Mißbrauchs, insbesondere für die Entstehung psychischer Störungen und Krankheitsbilder. Der in der vorliegenden Studie beobachtete Einfluß auf den Verlauf der Drogenabhängigkeit war dagegen eher gering und führte nicht zu der erwarteten Dramatisierung des Verlaufs, soweit sich dieser an den "harten Daten" messen ließ.

Das Bild, welches sich durch eine solche Fragebogenuntersuchung erhalten läßt, stellt dennoch allenfalls einen Ausschnitt dar, der lediglich die augenblickliche Situation der Frauen zum Zeitpunkt der Befragung widerspiegelt. Gerade in der Folge einer sexuellen Traumatisierung können die Symptome jedoch stark fluktuieren. Deshalb sollten sich Längsschnittuntersuchungen mit geeigneteren Instrumenten anschließen, um das Ausmaß der Beeinträchtigung im zeitlichen Verlauf besser einschätzen zu können.

Der zunehmende Trend zur Diversifikation der Behandlungsangebote in Deutschland bietet zunehmend die Möglichkeit der Miteinbeziehung psychiatrischer und psychotherapeutischer Betreuung, erfordert jedoch breites Wissen um die Begleitumstände derartiger Traumatisierungen, wie sie ein sexueller Mißbrauch darstellt. Insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von Hilfseinrichtungen, die sich speziell mit der Betreuung von drogenabhängigen Frauen beschäftigen, ist weitere Forschung notwendig, um angemessene Hilfe leisten zu können.

7. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden 107 opiatabhängige Frauen auf Prävalenz und Auswirkungen eines sexuellen Mißbrauchs untersucht. Die Prävalenz war mit 49,5 % (53 Frauen) in dieser Stichprobe gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöht.

Während ein starker Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch und Motivationslage zum Drogenkonsum gefunden werden konnte, war für die Verlaufparameter der Drogenabhängigkeit (Einstiegsalter, Verlauf, Therapie, Ziel im Umgang mit Drogen) lediglich eine geringe Bedeutung feststellbar. Die Motivation zur Drogeneinnahme erwies sich zu Beginn des Drogenkonsums bei den sexuell mißbrauchten Frauen als deutlich stärker negativ gefärbt; der Unterschied zwischen den Gruppen verlor sich jedoch im Verlauf der Abhängigkeit.

Die Befragung zu sozialen Beziehungen erbrachte für die sexuell traumatisierten Frauen kaum Unterschiede hinsichtlich bestehender Partnerschaften; allerdings hatten die betroffenen Frauen häufiger eine Trennung oder Scheidung erlebt, als dies in der Vergleichsgruppe der Fall war. Die Anzahl freundschaftlicher Beziehungen und deren Verfügbarkeit in Krisensituationen ließ ebenfalls keinen Unterschied zwischen den Gruppen erkennen. Ihre Freizeit verbrachten die sexuell mißbrauchten Frauen signifikant häufiger allein. Einer Prostitutionstätigkeit wurde deutlich häufiger nachgegangen, als dies in der Vergleichsgruppe beobachtet werden konnte.

Die Erfassung der Depressivität durch den BDI ergab eine Häufung von Depressionen und depressiven Symptomen in der Mißbrauchsgruppe und konnte den gravierenden Einfluß einer sexuellen Traumatisierung auf den emotionalen Bereich deutlich machen. Die mißbrauchten Frauen besaßen häufiger eine negative Auffassung ihres Körperbildes und litten vermehrt unter Schuldgefühlen. Das Auftreten von Suizidgedanken und Suizidversuchen war in der Mißbrauchsgruppe sehr stark erhöht.

Die Untersuchung der Persönlichkeitseigenschaften mit Hilfe des NEO-FFI ergab für die sexuell mißbrauchten Frauen eine weitaus stärkere Ausprägung für den Faktor "Neurotizismus". Persönlichkeitsstörungen wurden in der Gruppe der mißbrauchten Frauen signifikant häufiger beobachtet als in der Vergleichsgruppe. Für einzelne Formen der Persönlichkeitsstörungen ließen sich keine signifikanten Häufungen finden. Für viele Fragestellungen erwies sich das Datenmaterial als unzureichend. Es wäre wünschenswert, daß die Problematik des sexuellen Mißbrauchs bei drogenabhängigen Frauen in Zukunft genauer untersucht wird, insbesondere im Hinblick auf gezielte therapeutische Intervention im Rahmen von Therapiekonzepten.

8. Literatur

- Aber JL, Chicchetti D. Socioemotional development in maltreated children: an empirical and theoretical analysis. In: Fitzgerald H, Lester B, Yogman M (eds): Theory and research in behavioral pediatrics. Vol. 2. New York: Plenum 1984; 147-205.
- Abramson L, Seligmann MEP, Teasdale J. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978; 87: 49-74.
- Bachmann GA, Moeller TP, Benett J. Childhood sexual abuse and the consequences in adult woman. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 631-42.
- Bagley C. The long-term psychological effects of child sexual abuse: a review of some British and Canadian studies of victims and their families. *Annals Sex Res* 1991; 4: 23-48. Bagley C, Ramsey R. Disrupted childhood and vulnerability to sexual assault: long-term sequels with implications for counselling. Paper presented at the Conference on Counselling the Sexual Abuse Survivor. Winnipeg, Canada 1985a.
- Bagley C, Ramsey R. Sexual abuse in childhood: Psychological outcomes and implications for social work practice. *Journal of Social Work and Human Sexuality* 1986; 4: 33-47. Bange D. Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß - Hintergründe - Folgen. Köln: Volksblatt 1992.
- Bange D. Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß – Hintergründe – Folgen. Köln: Volksblatt 1992.
- Barrick MR, Mount MK. The big five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personel Psychology* 1991; 44: 1-26.
- Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory - Manual. San Antonio: The Psychological Corporation 1987.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1992; 16: 101-18. Benward J, Densen-Gerber J. Incest as a causative factor in antisocial behavior: an exploratory study. *Contemporary Drug Problems* 1977; 4: 323-340.
- Benward J, Densen-Gerber J. Incest as a causative faktor in antisocial behavior: an exploratory study. *Contemporary Drug Problems* 1977; 4:323-340.
- Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *British J Psychiatry* 1991; 159: 115-122.
- Borkenau P, Ostendorf F. NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe Verlag für Psychologie 1994. Boudewyn AC, Liem JH. Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress* 1995; 8: 445-459. Brachatzek C. Das betäubte Geschlecht - Frauen und Medikamentenabhängigkeit. In: Neubeck- Fischer H: Frauen und Abhängigkeit. München: FHS Sozialwesen 1991.

- Boudewyn AC, Liem JH. Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress* 1995; 8: 445-459.
- Brachatzek C. Das betäubte Geschlecht – Frauen und Medikamentenabhängigkeit. In: Neubeck-Fischer H: Frauen und Abhängigkeit. München: FHS Sozialwesen 1991.
- Briere J. The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: defining a "post-sexual-abuse-syndrome". Paper presented at the Third National Conference on Sexual Victimization of children, Washington /DC 1984.
- Briere J, Runtz M. Symptomatology associated with prior sexual abuse in a non-clinical sample. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles/CA 1985.
- Briere J, Runtz M. Suicidal thoughts and behaviors in former sexual abuse victims. *Can J Behav Sci* 1986; 18: 413-23.
- Briere J, Runtz M. Post sexual abuse trauma. In: Wyatt GE, Powell GJ (eds): Lasting effects of child sexual abuse. Newbury Park/CA, London: Sage 1988a; 85-100.
- Briere J, Runtz M. Symptomatology associated with childhood sexual victimisation in a non-clinical adult sample. *Child Abuse & Neglect* 1988b; 12: 51-9.
- Briere J, Runtz M. Childhood sexual abuse: long-term sequelae and implications for psychological assessment. Special Issue: Research on treatment of adults sexually abused in childhood. *Journal of Interpersonal Violence* 1993; 8: 312-330.
- Briere J, Zaidi LY. Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *Am J Psychiat* 1989; 146: 1602-1606.
- Browne GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse *Am J Psychiat* 1991; 148: 55-61.
- Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 1986a; 99: 66-77.
- Browne A, Finkelhor D. Initial and long-term effects. A conceptual framework. In: Finkelhor D (ed): A sourcebook on child sexual abuse. London: Sage 1986b; 143-79.
- Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiat* 1987; 144: 1426-30.
- Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorenson SB, Forsythe AB, Telles CA. Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 843-850.
- Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA. Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiat Scand* 1992; 85: 136-42.
- Cattell RB. The 16-PF and basic personality structure: A reply to Eysenck. *Journal of Behavioral Science* 1972; 1: 169-187.
- Cavaiola AA, Schiff M. Behavioral sequelae of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 1988; 12: 181-8.

- Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiat* 1990; 147: 887-92.
- Cohen JA, Mannarino AP. Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect* 1988; 12: 571-577.
- Cole PM, Putnam FW. Effect of incest on self and social functioning: a developmental psycho- pathology perspective. Special section: Adult survivor of childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 174-84.
- Costa PT, McCrae RR. The NEO Personality Inventory. Manuel Form S and Form R. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources 1985.
- Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory. Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources 1992b.
- Courtois C. The incest experience and its aftermath. *Victimology* 1979; 4: 337-47.
- Covington SS. Physical, Emotional and Sexual Abuse. Focus on Family Mai/Juni 1986, S.10- 11 und S. 37-44.
- de Young M. Self-injurious behavior in incest victims: a research note. *Child Welfare* 1982a; 61: 577-85.
- de Young M. Sexual victimisation of children. Jefferson: Mc Farland 1982b.
- Digman JM. Five robust trait dimensions: Development, stability and utility. *Journal of Personality*, 1989; 57: 195-214.
- Draijer N. Die Rolle von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. *System Familie* 1990; 3: 59-73.
- DSM-III-R. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. (3. korr. Aufl. übersetzt nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 1987). Weinheim: Beltz, 1989.
- Einbender AJ, Friedrich WN. Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 155-157.
- Elliger TJ, Schötensack K. Sexueller Mißbrauch von Kindern - eine kritische Bestandsauf- nahme. In: Nissen G (Hrsg): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter. Bern: Huber 1991; 143-54.
- Engfer A. Sexueller Mißbrauch. In: Oerter R, Montada L (Hrsg): Entwicklungspsychologie. 3. Aufl. München: Psychologie Verlags Union 1995b.
- Ernst C. Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Mißbrauchs. 1997. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S. 55-71.
- Evans S, Schaefer S, Sterne M. Sexual Victimisation Patterns of Recovering Chemically Dependent Woman. Referat anlässlich des International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Athen 1984.
- Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 1992; 16: 475-483.

- Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self-mutilation and eating-disorders. *Suicide & Life-Threatening Behav* 1989; 19: 352-61.
- Feinauer LL. Comparison of the long-term effects of child abuse by type of abuse and by relationship of the offender to the victim. *Am J Fam Ther* 1989; 17: 48-56.
- Ferenczi S. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch. 1932. In: Dupont J (Hrsg). Frankfurt: Fischer 1985.
- Ferenczi S. Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. II. Frankfurt: Fischer 1933.
- Ferracuti F. Incest between father and daughter. In: Resnik H, Wolfgang E (eds): *Sexual Behaviors: Social, Clinical, and Legal Aspects*. Boston: Little Brown & Co 1972, 169-183.
- Finkelhor D. *Sexually victimized Children*, New York: Free Press 1979.
- Finkelhor D. *Child sexual abuse. New theory and research*. New York: Free Press 1984.
- Finkelhor D. The trauma of child sexual abuse. Two models. In: Wyatt GE, Powell GJ (eds): *Lasting effects of child sexual abuse*. London: Sage 1988, 61-82.
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion and attitudes. *Journal of Interpersonal Violence* 1989; 4: 379-399.
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and woman: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse & Neglect* 1990; 14: 19-28.
- Fischer KW, Shaver PR, Carnochan P. How emotions develop and how they organize development. *Cognition & Emotion* 1990; 4: 81-127.
- Fox KM, Gilbert BO. The interpersonal and psychological functioning of woman who experienced childhood physical abuse, incest and parental alcoholism. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18 (10): 849-858.
- Flügel JC. *The psychoanalytic study of the family*. 1921. London: Hogarth 1972.
- Frey P. *Die Liebe meines Vaters. Annäherungen an einen sexuellen Mißbrauch*. Frankfurt: Fischer 1993.
- Fromuth ME. The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college woman. *Child Abuse & Neglect* 1986; 10: 5-15. Garber J, Miller SM, Abramson LY. On the distinction between anxiety and depression: Perceived control, certainty, and probability of goal attainment. In: Garber J, Seligmann MEP (eds): *Human helplessness: Theory and applications*. New York: Academic Press, 1980, 131-169.
- Garber J, Miller SM, Abramson LY. On the distinction between anxiety and depression: Perceived control, certainty, and probability of goal attainment. In: Garber J, Seligmann MEP (eds): *Human helplessness: Theory and applications*. New York: Academic Press, 1980, 131-169.
- Gardner RM, Gardner EA, Morell JA. Body image of sexually and physically abused children. *Journal of Psychiatric Research* 1990; 24: 313-321.

- Gast U. Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer 1997, S. 237-258.
- Gelinas D. The persisting negative effects of incest. *Psychiatry* 1983; 46: 312-332.
- Gold ER. Long-term effects of sexual victimisation in childhood: an attributional approach. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 471-5.
- Gorcey M, Santiago JM, McCall-Perez F. Psychological consequences for woman sexually abused in childhood. *Social Psychiat* 1986; 21: 129-33.
- Greenwald E, Leitenberg H, Cado S, Tarran MJ. Childhood sexual abuse: Long-term effects on psychological and sexual functioning in a nonclinical and nonstudent sample of adult woman. *Child Abuse & Neglect* 1990; 14: 503-513.
- Hagan TA. A retrospective search for the etiology of drug abuse: A background comparison of a drug-addicted population of woman and a control group of non-addicted woman. In: Harris LS (ed): *Problems of drug dependence 1987, proceedings of the 49th Annual Scientific Meetings*. Washington, D.C.: National Institute of Drug Abuse. 1988, 254-261.
- Hanel E. Drogenabhängigkeit und Therapieverlauf bei Frauen in stationärer Entwöhnungs- behandlung. In: Feuerlein W, Bühringer G, Wille R (Hrsg): *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen*. Berlin, New York, Tokyo 1988, S. 148-169.
- Harris TO. Psychosocial vulnerability to depression. In: Henderson AS, Burrows G (eds): *Handbook of social psychiatry*. Amsterdam: Elsevier 1988, 55-71.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. *Beck-Depressions-Inventar. Testhandbuch*. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1994.
- Hedrich D. Drogenabhängige Frauen und Männer. In: Kindermann W, Sickinger R, Hedrich D, Kindermann S (Hrsg): *Drogenabhängig: Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1989, S. 193-234.
- Henderson AS, Brown GS. Social support: The hypothesis and the evidence. In: Henderson AS, Burrows G (eds): *Handbook of social psychiatry*. Amsterdam: Elsevier 1988, 73-85.
- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiat* 1989; 146: 490-5.
- Herman JL, Russel D, Trocki K. Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *Am J Psychiat* 1986; 143: 1293-6.
- Hildebrand E. Therapie erwachsener Frauen, die in ihrer Kindheit inzestuösen Vergehen ausgesetzt waren. In: Backe L, Leick N, Merrick J, Michelsen N (Hrsg): *Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1986, 52ff.
- Hirsch M. *Realer Inzest. Psychodynamik sexuellen Mißbrauchs in der Familie*. 1987b. 3. Aufl. Berlin u.a.O: Springer 1994.
- Hirsch M. *Fremdkörper im Selbst - Introjektion von Verlust und traumatischer Gewalt*. *Jahrb Psychoanal* 1995.

- Hirsch M. Vernachlässigung, Mißhandlung, Mißbrauch im Rahmen einer psychoanalytischen Traumatologie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer 1997, S.103-116. Holman PL. Inzest, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit. In: Backe L, Leick N, Merrick J, Michelsen N (Hrsg): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1986, S. 69 ff.
- Holman PL. Inzest, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit. In: Backe L, Leick N, Merrick J, Michelsen N (Hrsg): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1986, S. 69 ff.
- Hyer SE, Rieder RC. Personality Diagnostic Questionnaire-Revised. New York State Psychiatric Institute 1987.
- James J, Meyerding J. Early sexual experience and prostitution. Am J Psychiatry 1977; 134: 1381-85.
- Joraschky P. Depression. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer 1997, S. 164 ff.
- Kandel DB. Longitudinal research on drug use : Empirical findings and methodological issues. Washington: Hemisphere - Wiley, 1978.
- Kendall-Tackett K, Meyer Williams L, Finkelhor D. Die Folgen von sexuellem Mißbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. 1997. In Amann G, Wipplinger R (Hrsg): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S. 151-186.
- Kempe CH, Kempe RS. Kindesmißhandlung. 1978. Stuttgart: Klett-Cotta 1980, S. 62. Kendall-Tackett K, Meyer Williams L, Finkelhor D. Die Folgen von sexuellem Mißbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. 1997. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S. 151-186.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry 1985; 142: 1259-1264.
- Kilpatrick AC. Childhood sexual experiences: problems and issues in studying long-range effects. J Sex Res 1987; 23: 173-96.
- Klages L. Die Grundlagen der Charakterkunde. Leipzig: Barth 1926.
- Krausz M, Degkwitz P. Geschlechtsspezifische Aspekte von Heroinabhängigkeit. Unveröffentlichtes Manuskript. Hamburg, 1992.
- Krausz M, Freyberger HJ. Suchterkrankungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer 1997, S. 284-293.
- Kreyssig U. Zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Sucht. 1997. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S.260-273.

- Lindberg FH, Distad LJ. Post-traumatic stress disorders in woman who experienced childhood incest. *Child Abuse & Neglect* 1985; 9: 329-334.
- Lukianowicz N. Incest. *British Journal of Psychiatry* 1972; 120: 301-313.
- Lürßen E. Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. *Suchtgefahren* 1974; 20: 145-51.
- Malinowsky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993; 114: 68-79.
- Marwitz G. Prostitution als Bewältigungsform in der Kindheit erlittenen sexuellen Mißbrauchs mit seinen Folgen. *Öffentliches Gesundheitswesen* 1990; 52: 658-60.
- Mebes M, Jeuck G. Sexueller Mißbrauch, Sucht, Band 2. Berlin: Donna Vita 1989 S. 37-38. Meiselman KC. Incest: a psychological study of causes and effects with threatment recom- mendations. San Francisco: Jossey-Bass 1978.
- Meiselman KC. Incest: a psychological study of causes and effects with threatment recommendations. San Francisco: Jossey-Bass 1978.
- Moggi F. Sexuelle Kindesmißhandlung: Definition, Prävalenz und Folgen: Ein Überblick. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 1991; 39: 323-35.
- Moggi F. Sexuelle Kindesmißhandlung: Traumatisierungsmerkmale, typische Folgen und ihre Ätiologie. 1997. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg) Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S. 187-200.
- Moggi F, Clemençon R. Beziehungsnahe und sexuelle Gewalt. *Psychosozial* 1993; 54: 7-23. Moncrieff J. Association between sexual and substance abuse (letter). *British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 847.
- Moncrieff J. Association between sexual and substance abuse (letter). *British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 847.
- Muenzenmaier K, Mayer I, Struening E, Ferber J. Childhood abuse and neglect among woman outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1993, 44: 666-670.
- Mullen PE. Der Einfluß von sexuellem Kindesmißbrauch auf die soziale, interpersonelle und sexuelle Funktion im Leben des Erwachsenen und seine Bedeutung in der Entstehung psychischer Probleme. 1997. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg) Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S. 246-259.
- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 721-32. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 35-47.
- Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. Impact of sexual and physical abuse on woman's mental health. *Lancet* 1988; 16: 841-5.

- Ogata S, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiat* 1990; 147: 1008-13.
- Perrez M, Reicherts M. A situation-behavior approach to stress and coping. In: Perrez M, Reicherts M (eds): *Stress, Coping and Health. A situation-behavior approach. Theory, methods, applications.* Toronto: Hogrefe & Huber Publishers 1992, 17-36.
- Peters SD. Child sexual abuse and later psychological problems In: Wyatt GE, Powell GJ (eds). *Lasting effects of child sexual abuse.* Newbury Park/CA, London: Sage 1988; 101-17.
- Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric Correlates of Incest in Childhood. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 52-56.
- Renvoize J. *Incest. A family pattern.* London: Routledge and Kegan Paul 1982.
- Rew L. Childhood sexual exploitation: long-term effects among a group of nursing students. *Issues Mental Health Nurs* 1989; 10: 181-91.
- Richter-Appelt H. Differentielle Folgen von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung. 1997. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg): *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch.* 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S. 201-216.
- Rohsenow D, Corbett R, Devine D. Molested as children: a hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment* 1988; 5: 13-18.
- Romans SE, Walton VA, Herbison GP, Mullen PE. Social networks and psychiatric morbidity in New Zealand woman. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1992; 26: 485-492.
- Root MPP. Treatment Failures: the role of sexual victimisation in woman's addictive behavior. *Am J Orthopsychiat* 1989; 59: 542-549.
- Rose SM, Peabody CG, Stratigeas B. Responding to hidden abuse: A role for social work in reforming mental health systems. *Social Work* 1991; 36: 408-413.
- Ross CA, Norton R, Wozney K. Multiple Personality disorder: an analysis of 236 cases. *Can J Psychiat* 1989; 34: 413-8.
- Russell DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect* 1983; 7: 133-46.
- Schwab JJ. Hysterie und Familie. In: Nissen G (Hrsg): *Hysterie und Konversion. Prävention und Therapie. Würzburger therapeutische Gespräche, Bd. 6.* Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber 1997, S. 107-116.
- Schwarzer R, Leppin A. *Sozialer Rückhalt und Gesundheit.* Göttingen: Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe 1989.
- Sedney MA, Brooks B. Factors associated with a history of childhood sexual experience in a non-clinical female population. *J Am Acad Child Psychiat* 1984; 23: 215-8.
- Seligmann MPE. *Erlernte Hilflosigkeit (3. Aufl.).* München: Urban & Schwarzenberg, 1988. Shapiro S. Self-mutilation and self-blame in incest victims. *Am J*

- Psychother 1987; 1:46-54. Shearer SL. Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. Am J Psychiat 1994; 151: 1324-8.
- Shapiro S. Self-mutilation and self-blame in incest victims. Am J Psychother 1987; 1: 46-54.
- Shearer SL. Dissociative phenomena in woman with borderline personality disorder. Am J Psychiat 1994; 151: 1324-8.
- Shengold L. Child abuse and deprivation: soul murder. J Am Psychoanal Assoc 1979; 27: 533-559.
- Siegrist J. Medizinische Soziologie. 4. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1988, S.108.
- Silbert MH, Pines AM. Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. Child Abuse and Neglect 1981; 5: 407-411.
- Silver RL, Boon C, Stones MH. Searching for meaning in misfortune: making sense of incest. J Social Issues 1983; 39: 81-102.
- Sloane P, Karpinski E. Effect of incest on the participants. Am J Orthopsychiatry 1942; 12: 666-673.
- Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Burnam MA, Sorenson SB. Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: the Los Angeles epidemiologic catchment area study. In: Wyatt GE, Powell GJ (eds): Lasting effects of child sexual abuse. Newbury Park/CA, London: Sage 1988, 135-54.
- Sterne M, Schaefer S, Evans S. Women's sexuality and alcoholism. In: Golding P (ed): Alcoholism: Analysis of a world-wide problem. Lancaster, England: MTP Press Limited-International Medical Publishers. 1983, 421-425.
- Swett C, Halpert M. Reported history of physical and sexual abuse in relation to dissociation and other symptomatology in woman psychiatric inpatients. J Interpersonal Violence 1993; 8: 545-55.
- Teegen F, Beer M, Parbst B, Timm S. Sexueller Mißbrauch von Jungen und Mädchen: Psychodynamik und Bewältigungsstrategien. In: Gegenfurtner M, Keukens W (Hrsg): Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen. Diagnostik. Krisenintervention, Therapie. Magdeburg: Westarp Wissenschaften 1992; 11-25. Uchtenhagen A, Zimmer-Höfler D. Heroinabhängige und ihre "normalen" Altersgenossen. Bern: Haupt 1985.
- Uchtenhagen A, Zimmer-Höfler D. Heroinabhängige und ihre "normalen" Altersgenossen. Bern: Haupt 1985.
- van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. Am J Psychiatry 1991; 148: 1665-1671.
- von Sydow K. Psychosexuelle Entwicklung im Lebenslauf. Eine biographische Studie bei Frauen der Geburtsjahrgänge 1895-1936. Regensburg: S. Roderer 1991.
- Wagner AW, Linehan MM. Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among woman with borderline personality disorder. J Pers Disord 1994; 8: 1-9.
- Weiner I. On Incest: a survey. Excerpta Criminologica 1964; 4: 137-155.
- Weißberg DK. Children of the night. Toronto 1985.

- Wilkins J, Coid J. Self-mutilation in female prisoners: An indicator of severe psychopathology. *Crim Behav Ment Health* 1991; 1: 247-67.
- Wipplinger R, Amann G. Zur Bedeutung der Bezeichnungen und Definitionen von sexuellem Mißbrauch. 1997. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg): Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 2. Aufl. Tübingen: DGVT 1998, S. 13-38.
- Wirtz U. Seelenmord; Inzest und Therapie. Zürich: Kreuz 1989, S. 95.
- Wurmser L. Das Problem der Scham. *Jahrb Psychoanal* 1981; 13: 11-35.
- Wurmser L. Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Berlin u.a.O: Springer 1990.
- Yama MF, Tovey SL, Fogas BS. Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult woman. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63: 136-141.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Marino FM, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experience of borderline patients. *Compr Psychiat* 1989; 30: 18-25.
- Zepf S, Weidenhammer B, Baur-Morlok J. Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Trauma- begriff Sigmund Freuds. *Psyche* 1986; 40: 124-44.

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abb. 4.1.:	Das Alter bei opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	44
Abb. 4.2.:	Erläuterung der „Boxplot-Diagramme“	46
Abb. 5.1.:	Häufigkeit des sexuellen Mißbrauchs unter 107 opiatsüchtigen Klientinnen.....	48
Abb. 5.2.:	Die Verteilung des Einstiegsalters bei opiatsüchtigen Klientinnen (n = 107)	50
Abb. 5.3.:	Das Einstiegsalter für Heroin bei opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch.....	51
Abb. 5.4.:	Die Verteilung des Alters bei erstmaligem intravenösen Heroinkonsum (n = 99).....	52
Abb. 5.5.:	Das Alter bei erstmaligem intravenösen Heroinkonsum bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 99).....	53
Abb. 5.6.:	Die Verteilung der Dauer des Heroingebrauchs (n = 107)	56
Abb. 5.7.:	Die Dauer des Heroinkonsums bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	57
Abb. 5.8.:	Die Verteilung der Anzahl freiwilliger Selbstentzüge (n = 92).....	60
Abb. 5.9.:	Anzahl freiwillig unternommener Selbstentzüge bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 92).....	61
Abb. 5.10.:	Verteilung der Dauer der Langzeittherapien (n = 19).....	63
Abb. 5.11.:	Verteilung der längsten Abstinenzdauer nach stattgehabter professioneller Behandlung ..	65
Abb. 5.12.:	Der Familienstand bei Klientinnen mit und ohne sex. Mißbrauch (n = 107)	67
Abb. 5.13.:	Verteilung der Dauer der längsten Beziehung überhaupt (n = 107)	69
Abb. 5.14.:	Dauer der längsten Beziehung überhaupt bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107).....	70
Abb. 5.15.:	Freizeitgestaltung bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107).....	72
Abb. 5.16.:	Zahl verlässlicher Personen im Ernstfall bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	74
Abb. 5.17.:	Ernsthafte Suizidgedanken bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	75
Abb. 5.18.:	Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sex. Mißbrauch (n = 107).....	77
Abb. 5.19.:	Zahl der Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sex. Mißbrauch (n = 107)	78
Abb. 5.20.:	Anzahl Drogenüberdosierungen bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	80
Abb. 5.21.:	Prostitution als Einnahmequelle für den Lebensunterhalt bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107).....	81
Abb. 5.22.:	Skalenmittelwerte im NEO-FFI	84
Abb. 5.23.:	Verteilung des Summenwertes im BDI (n = 103).....	86
Abb. 5.24.:	Der Summenwert im BDI in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe (n = 103)	87
Abb. 5.25.:	Die Verteilung des Summenwertes im PDQ-R (n = 105).....	90
Abb. 5.26.:	Der Summenwert im PDQ-R in der Mißbrauchs- und Vergleichsgruppe (n = 105)	91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1.:	Niveau der Schulbildung bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch.....	45
Tabelle 4.2.:	Zahl emotional und physisch mißhandelter Frauen bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	45
Tabelle 5.1.:	Zuordnung der Klientinnen zur Gruppe mit Mißbrauchserfahrungen	49
Tabelle 5.2.:	Statistischen Kennwerte zum Einstiegsalter bei den 107 opiatsüchtigen Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	51
Tabelle 5.3.:	Statistische Kennwerte zum Alter bei erstmaligem intravenösen Heroinkonsum bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 99)	53
Tabelle 5.4.:	Motivation für den Drogenkonsum (3 Antwortmöglichkeiten) zu Beginn der Opiatabhängigkeit bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	54
Tabelle 5.5.:	Beteiligte bei erstmaligem Opiatmißbrauch bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	55
Tabelle 5.6.:	Statistischen Kennwerte der Dauer des Heroingebruchs mit einer Frequenz von mindestens 3mal wöchentlich (n = 107)	57
Tabelle 5.7.:	Motivation für den Drogenkonsum (3 Antwortmöglichkeiten) im Verlauf der Opiatabhängigkeit bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	58
Tabelle 5.8.:	„needle-sharing“ bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 99).....	59
Tabelle 5.9.:	Zahl der freiwillig unternommenen Selbstentzüge bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 92)	62
Tabelle 5.10.:	Dauer einer freiwilligen Abstinenz bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch.....	62
Tabelle 5.11.:	Dauer der Langzeittherapien bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	64
Tabelle 5.12.:	Längste Abstinenzdauer nach stattgehabter professioneller Behandlung bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 75)	65
Tabelle 5.13.:	Ziele hinsichtlich des zukünftigen Drogenkonsums bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	66
Tabelle 5.14.:	Der Familienstand bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	68
Tabelle 5.15.:	Aktuelle Partnerschaft bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)..	68
Tabelle 5.16.:	Dauer der längsten Beziehung überhaupt bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	70
Tabelle 5.17.:	Zahl „guter Freunde“ (n = 107).....	71
Tabelle 5.18.:	Freizeitgestaltung bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107).....	73
Tabelle 5.19.:	Zahl verlässlicher Personen im Ernstfall (n = 107)	73
Tabelle 5.20.:	Ernsthafte Suizidgedanken bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch.....	76
Tabelle 5.21.:	Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	77
Tabelle 5.22.:	Zahl unternommener Suizidversuche bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	79
Tabelle 5.23.:	Drogenüberdosierungen bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch	80
Tabelle 5.24.:	Prostitution bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	82
Tabelle 5.25.:	Vergleich der Skalen-Werte im Neo-Fünf-Faktoren Inventar der eigenen Studie und der Eichstichprobe von Borkenau und Ostendorf	85

Tabelle 5.26.:	Diagnostische Einstufung der Summenwerte im BDI bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	88
Tabelle 5.27.:	Vergleich der Item-Werte im BDI der eigenen Studie und von Hautzinger et al.	89
Tabelle 5.28.:	Diagnostische Einstufung des Summenwertes im PDQ-R bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 107)	92
Tabelle 5.29.:	Häufigkeit einzelner im PDQ-R diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen bei Klientinnen mit und ohne sexuellen Mißbrauch (n = 105)	93

Danksagung

An dieser Stelle danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Michael Krausz für die freundliche Überlassung des vorliegenden Themas, weiterhin für die hilfreiche Unterstützung bei der Bearbeitung und bei auftretenden Problemen.

Mein Dank gilt an dieser Stelle weiterhin Dr. rer. pol. Peter Degkwitz, Dr. phil. Uwe Vertheim und Dr. med. Kathrin Lauckner für die Betreuung des Projektes "Psychose und Sucht", welches die Daten zur vorliegenden Arbeit geliefert hat.

Mein Dank gilt auch Frau Birgit Hansen und Dipl.-Soz. Astrid Kühne, die mir bei allen organisatorischen Schwierigkeiten hilfreich zur Seite standen.

Erklärung

Hiermit versichere ich ausdrücklich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den

Lebenslauf

Name: Sonja Christa Huhle
geboren: 03.06.1966
in Hamburg
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: ledig

Schulbildung:

1972-1976 Grundsule, Hamburg
1976-1986 Gymnasien in Hamburg und
Darmstadt, Abschluß: Abitur

Berufsausbildung:

1989-1991 Medizinisch-Technische
Assistentin,
Fachrichtung Labor
Abschluß: Staatsexamen

Studium:

1991-2000 Humanmedizin,
Universität Hamburg
Physikum 1993,
1. Staatsexamen 1995,
2. Staatsexamen 1999,
3. Staatsexamen 2000

Famulaturen:

Innere Medizin,
Allgemeinmedizin,
Dermatologie,
Pathologie