

Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen Frauen in Relation zu biografischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik

Michael Krausz
Peer Briken

Sexual Abuse in Opiate Addicted Woman in Relation to Biographic Factors, Course and Symptomatology

Zusammenfassung

Hintergrund: Sexueller Missbrauch wird als Risikofaktor für Suchterkrankungen und andere psychiatrische Störungen diskutiert. Die vorliegende Studie untersucht biografische Faktoren, Suchtentwicklung und psychische Symptomatik bei opiatabhängigen Frauen (n = 75) mit und ohne sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte. **Methoden:** Als Screening-Instrument zum sexuellen Missbrauch wurde der EuropASI benutzt. Eine Gruppe sexuell missbrauchter Frauen (n = 31) wurde mit nicht sexuell missbrauchten (n = 44) verglichen. Psychiatrische Störungen wurden mit dem CIDI, weitere Untersuchungsbereiche mit dem EuropASI gemessen. **Ergebnisse:** 41,3% der untersuchten Frauen gaben sexuelle Missbrauchserfahrungen an, die häufig mit physischer Misshandlung und emotionalem Missbrauch assoziiert waren. Sexuell missbrauchte Frauen gaben mehr Alkoholprobleme bei den Vätern (64,5% vs. 22,7%; $p \leq 0,005$) und Drogenprobleme bei den Müttern (29% vs. 9,1%; $p \leq 0,05$) an, hatten eine schlechtere schulische Entwicklung, mehr als die Hälfte waren als Prostituierte (54,8% vs. 25%; $p \leq 0,01$) tätig. Die Opiatabhängigkeit zeigte insgesamt keinen problematischeren Verlauf. Allerdings kamen im Zusammenhang mit suizidalen Tendenzen häufiger gewollte Überdosierungen ($0,65 \pm 1,1$ vs. $0,16 \pm 0,5$; $p \leq 0,05$) vor. An psychischen Problemen fanden sich aktuell insbesondere Angst und Spannungssymptome (77,4% vs. 47,7%, $p \leq 0,01$) sowie manifeste phobische Erkrankungen (67,7% vs. 34,1%; $p \leq 0,005$). **Schlussfolgerungen:** Der Einfluss des sexuellen Missbrauchs auf die Opiatabhängigkeit ist komplex und wird durch andere Traumata sowie elterliche Suchterkrankungen moderiert und zeigt spezifische Risikokonstellationen, die eine gezielte Behandlung erforderlich machen.

Abstract

Objective: Sexual abuse is discussed as a risk factor for addictions and other psychiatric disorders. We investigated biographic factors, course of the opiate addiction, and symptomatology in opiate addicted women (n = 75). **Methods:** We used the Addiction Severity Index as a screening instrument for sexual abuse and compared a group of patients who reported that they were sexual abused (n = 31) with those without a history of abuse. **Results:** Sexual abuse was associated significantly with physical abuse and emotional neglect. Sexual abused patients reported more parental alcohol and drug problems, less years of school education, more than half of them were working as prostitutes. The abused group showed significantly more suicidality, anxiety and specific phobias. **Conclusions:** The influence of sexual abuse on opiate addiction is complex and is moderated by other traumatic experiences. The specific risks and problems of this subgroup of opiate addicted patients is in need of specific treatment strategies.

Institutsangaben

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Krausz · Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung,
Klinik für Psychiatrie und für Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ·
Martinistraße 52 · 20246 Hamburg · E-mail: krausz@uke.uni-hamburg.de

Bibliografie

Suchttherapie 2002; 3: 178–183 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

Einleitung

Seit den 80er Jahren ist die Beziehung zwischen Suchterkrankungen und sexuellem Missbrauch in der klinischen Forschung von zunehmendem Interesse. Bisher existieren keine allgemein akzeptierten Bezeichnungen oder Definitionen für sexuellen Missbrauch [1], was sich auf die epidemiologischen Untersuchungen auswirkt [2]. Nach Finkelhor [3] ist davon auszugehen, dass 10–15% der Frauen und 5–10% der Männer der Normalbevölkerung in Europa und den Vereinigten Staaten bis zum Alter von 16 Jahren mindestens einmal zu einem „sexuellen Körperkontakt“ gezwungen werden. Die Quote von „Missbrauch überhaupt“ (d.h. auch ohne „sexuellen Körperkontakt“) wird auf bis zu 25% geschätzt. Missbrauch zum Geschlechtsverkehr (d.h. vaginale, orale oder anale Penetration) betrifft 2–2,3% aller Mädchen und 1–1,5% aller Jungen bis zum 16. Lebensjahr [3]. Physische Misshandlung und sexueller Missbrauch treten dabei überfällig häufig gemeinsam auf [4–6] und ziehen schwerwiegendere Folgen nach sich als eine Missbrauchsform allein [7].

Zur Entwicklung differenzieller Behandlungsstrategien bei Drogenabhängigkeit erscheint es sinnvoll, Untergruppen mit besonderen Risikokonstellationen wie komorbider psychischer Störung oder Realtraumatisierung zu erarbeiten [8]. Die Ergebnisse der Epidemiologic-Catchment-Area-Studie [9] deuteten darauf hin, dass Frauen nach sexuellem Missbrauch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit haben. Während Alkoholkonsum eher als Folge eines Missbrauchs angesehen wurde, kam dem Missbrauch bezüglich des Konsums anderer Drogen sowohl die Rolle eines Verursachers als auch einer Folgeerscheinung zu. Jarvis et al. [10] verglichen im Kindesalter sexuell missbrauchte abhängige Frauen (Alkohol und verschiedene andere Substanzen, u.a. Heroin und Stimulanzien) mit nicht missbrauchten Frauen. Es fanden sich keine deutlichen Unterschiede in der Schwere der Abhängigkeit. Missbrauchte Frauen konsumierten allerdings mehr Stimulanzien, waren jünger bei der ersten Intoxikation und konsumierten früher inhalative Drogen. Die ebenfalls untersuchten, nicht in Behandlung stehenden missbrauchten Frauen mit Suchterkrankungen waren häufiger außerhalb der Familie missbraucht worden, während die missbrauchten Frauen ohne Suchterkrankungen einen Missbrauch in der eigenen Familie erlitten hatten. Newton-Taylor et al. [11] untersuchten eine Gruppe von 3642 Studentinnen. 15% gaben an, sexuell missbraucht, 24% physisch misshandelt worden zu sein. Missbrauch und Misshandlung waren mit erhöhtem Alkohol- und Drogenkonsum sowie verschiedenen Essstörungen assoziiert.

Kreyszig [12] beziffert den Anteil sexuell missbrauchter an allen drogensüchtigen Frauen in Deutschland mit ca. 70%, betont aber gleichzeitig das Fehlen einer ausreichenden Anzahl entsprechender deutschsprachiger Untersuchungen. Die Münchner Arbeitsgruppe von Schäfer et al. [13] untersuchte Patienten mit polyvalentem Substanzgebrauch hinsichtlich eines sexuellen Missbrauchs vor dem 16. Lebensjahr. 70% der Frauen und 56%

der Männer gaben bei einer weiten Missbrauchsdefinition im Interview an, sexuell missbraucht worden zu sein, in 50% der Fälle geschah dies durch Freunde oder Angehörige. 50% der Frauen und 40% der Männer gaben an, vor dem 16. Lebensjahr gegen ihren Willen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Die Ergebnisse scheinen allerdings vor dem Hintergrund einer heterogen zusammengesetzten Untersuchungsgruppe (unterschiedliche primär gebrauchte Suchstoffe) schwer interpretierbar. Die von Schäfer et al. untersuchten Patienten sahen selbst keinen kausalen Zusammenhang zwischen ihren Missbrauchserfahrungen und dem polyvalenten Drogenkonsum. Teegen u. Zumbek [14] untersuchten die Prävalenz traumatischer Erfahrungen und posttraumatischer Belastungsstörungen bei 122 opiatabhängigen Patienten (26 Frauen, 96 Männer). Einen sexuellen Missbrauch vor dem 14. Lebensjahr konnten sie in ihrem standardisierten Interview bei 38,5% der Frauen und 4,2% der Männer nachweisen. 42,3% der Frauen gaben an, im Laufe ihres Lebens vergewaltigt worden zu sein.

Gossop et al. [15] fanden in einer Studie an Heroinabhängigen heraus, dass sich 17% der Frauen und 6% der Männer prostituieren. Prostitution war dabei mit einem erhöhten Schweregrad der Abhängigkeit assoziiert. In einer Untersuchung von 51 Prostituierten [16] gaben 53% der Frauen an, der Tätigkeit nachzugehen, um ihren Drogenkonsum finanzieren zu können. Der überwiegende Anteil dieser Frauen war heroïnabhängig. Die Hälfte der Frauen gab an, erst nach dem Beginn der Drogenproblematik mit der Prostitution angefangen zu haben.

Kilpatrick et al. [17] beschrieben die Verbindung zwischen Substanzabhängigkeit und traumatisierenden Erfahrungen als Zirkel, in dem das Trauma die Gefahr für die Entwicklung süchtigen Verhaltens und das süchtige Verhalten wiederum die Gefahr erneuter Traumatisierungen erhöht.

Die vorliegende Studie untersucht das Vorliegen sexueller Missbrauchserfahrungen opiatabhängiger Frauen in einer deutschen Großstadt. Insbesondere soll die Beziehung zwischen sexuellem Missbrauch und anderen Traumatisierungen, sozioökonomischen Merkmalen, biografischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychiatrischen Symptomen bzw. komorbiden Diagnosen untersucht werden.

Die Erhebung des Missbrauchs wurde mit Hilfe des *EuropASI* (deutsche Version [18]) durchgeführt. Najavatis et al. [19] untersuchten die Trauma-Items des Addiction-Severity-Index als Screening-Instrument hinsichtlich Sensitivität und Spezifität in Beziehung zu einem anderen Trauma-Instrument und der aktuellen Diagnose einer PTSD bei kokainabhängigen Patienten. Für sexuellen Missbrauch und physische Misshandlung war die Spezifität des ASI höher als die Sensitivität, während für die PTSD-Diagnose die Sensitivität höher als die Spezifität war. Der ASI zeigte sich geeigneter zur Erhebung sexueller als physischer Traumatisierungen.

Die Studie versucht, die folgenden Fragestellungen zu beantworten:

1. Lassen sich die Prävalenzangaben aus anderen Studien für die untersuchte Stichprobe bestätigen?
2. Kommen sexuell missbrauchte, opiatabhängige Frauen aus einem familiären Umfeld, in dem gehäuft Suchtprobleme der Eltern auftreten und wenn ja, welche?
3. Welchen Einfluss hat der sexuelle Missbrauch auf Merkmale der Suchtentwicklung wie z. B. Einstiegsalter, Dauer der Abhängigkeit, Überdosierungen, körperliche Probleme?
4. Finden sich bei sexuell missbrauchten, opiatabhängigen Frauen bestimmte psychische Symptome bzw. komorbide psychiatrischen Diagnosen häufiger?

Methoden

Die Ausgangserhebung einer Studie zum Langzeitverlauf von Opiatabhängigkeit wurde genutzt, um eine repräsentative Gruppe opiatabhängiger Frauen bezüglich sexueller Missbrauchserfahrungen zu untersuchen. Die Gruppe opiatabhängiger Frauen ($n = 75$) wurde 1995 bis 1997 in verschiedenen Bereichen des Drogenhilfesystems (Entzugs-, Substitutionsbehandlung, stationäre Therapie, sozialtherapeutische Wohngemeinschaften, Beratungseinrichtungen) in Hamburg erhoben.

Erhebungsinstrumente

Zur Beschreibung der psychiatrischen Symptomatik und des psychischen Befundes kam das *Composite-International-Diagnostic-Interview CIDI* [20] zur Anwendung. Die psychosoziale Lebenssituation, der gesundheitliche Zustand, der lebensbiografische Hintergrund sowie Drogenkarriere und Konsummuster sind mit dem *Addiction-Severity-Index EuropASI* (deutsche Version [18]) erhoben worden. Bei beiden Untersuchungsinstrumenten handelt es sich um standardisierte Erhebungsmethoden, die bereits in vielen anderen Studien mit Drogenabhängigen zum Einsatz gekommen sind und über eine befriedigende bis gute Reliabilität und Validität verfügen.

Die Durchführung der Interviews oblag geschulten Mitarbeitern des Forschungsprojekts. Der Ort des Interviews entsprach den Einrichtungen, in welchen sich die Klienten aufhielten bzw. mit denen sie in regelmäßigem Kontakt standen. Die Auswahl der Probanden erfolgte zufällig, d. h. danach, welcher Proband zu welchem Zeitpunkt des Besuchs der Interviewer Zeit hatte oder einen Termin vereinbaren konnte. Nach Aufklärung, Einwilligung und Teilnahme an der Untersuchung erhielten die Probanden eine Aufwandsentschädigung von 30,- DM.

Wie oben dargestellt erfolgte die Erhebung des Missbrauchs mit Hilfe des *EuropASI*.

Die Fragen lauteten: „Hat eine der obigen Personen (gemeint sind: Mutter, Vater, Brüder/Schwestern, Lebensgefährte/Gatte, Kinder, andere wichtige Familienmitglieder, gute Freunde, Nachbarn, Kollegen) Sie misshandelt bzw. missbraucht?“

- emotional (durch harte Worte)
- physisch (körperlich Schaden zugefügt)
- sexuell (sexuelle Annäherung oder erzwungene Sexualkontakte)“.

Angegeben werden konnten Missbrauchserfahrungen insgesamt sowie in den letzten 30 Tagen. Des Weiteren konnten Missbrauchserfahrungen als Antwort auf eine offene Frage angegeben werden: „Nennen Sie 3 wichtige Konflikte oder Kränkungen, die Sie als zentral für ihren Lebenslauf empfinden.“

Stichprobe

Von insgesamt 75 Frauen wurden 31 Frauen der sexuellen Missbrauchsgruppe zugeordnet, die Vergleichsgruppe bildeten die übrigen 44 Frauen. Das Alter der Frauen betrug durchschnittlich 27,36 ($\pm 6,1$) Jahre. Der *EuropASI* erhebt nicht Merkmale wie Alter beim Missbrauch, Dauer des Missbrauchs, Altersunterschied zwischen Täter und Opfer, genauere Beschreibung des Traumas (z. B. penetrative bzw. nichtpenetrative Kontakte) und der Täterperson.

Statistik

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 6.1.1 für Windows. Die Signifikanzprüfung erfolgte mit dem Students-t-Test für unabhängige Stichproben sowie dem Chi-Quadrat-Test bei Nominaldaten.

Ergebnisse

Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe können der Tab. 1 entnommen werden. Das durchschnittliche Alter der Frauen lag bei 27,36 Jahren. 40% ($n = 30$) der Gesamtstichprobe gaben an, allein stehend zu sein, 32% ($n = 24$) waren in einer festen Beziehung. Gruppenunterschiede zwischen sexuell missbrauchten und nicht missbrauchten Frauen traten hinsichtlich dieser Merkmale nicht auf.

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale

| Variable | sex. Missbrauch ($n = 31$) | kein Missbrauch ($n = 44$) | Statistik |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------|
| Alter (Jahre) | 26,9 | 27,7 | n. s. |
| Schulbildung (Jahre) | 10,3 | 11,3 | ** |
| längste Arbeitslosigkeit (Monate) | 66,5 | 34,0 | * |
| Berufsausbildung (%) | 32,3 | 45,5 | n. s. |
| Kinder (%) | 48,8 | 22,7 | * |
| Prostitution (%) | 54,8 | 25,0 | ** |

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Sexuell missbrauchte Frauen berichteten aber insgesamt häufiger eine problematische schulische und berufliche Entwicklung. Sie besuchten kürzer die Schule und waren bis zum Zeitpunkt der Erhebung im Mittel doppelt so lang arbeitslos. Deutlich häufiger gaben die sexuell missbrauchten Frauen Prostitution als Geldquelle zum Lebensverdienst an. Eine signifikant größere Gruppe der sexuell missbrauchten Frauen hatten eigene Kinder.

Prävalenz der Missbrauchserfahrungen und -formen

Tab. 2 Koexistenz verschiedener Missbrauchsformen

| Variable | sex. Missbrauch (n = 31) in % | kein Missbrauch (n = 44) in % | Statistik |
|----------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------|
| physisch | | | |
| letzte 30 Tage | 32,3 | 9,3 | * |
| insgesamt | 90,3 | 59,1 | *** |
| emotional | | | |
| letzte 30 Tage | 41,9 | 25,6 | ** |
| insgesamt | 96,8 | 65,9 | *** |

- * p ≤ 0,05
 ** p ≤ 0,1
 *** p ≤ 0,005

Von den Opiatabhängigen, die sexuelle Missbrauchserfahrungen angegeben hatten, berichteten 26,7%, auch innerhalb der letzten 30 Tage vor Befragung sexuell missbraucht worden zu sein. Physische und emotionale Traumatisierungen zeigten sich in der Koexistenz mit sexuellem Missbrauch signifikant häufiger als in der Gruppe der nicht sexuell missbrauchten Frauen. Dennoch hatte auch diese Gruppe sehr häufig physische (59,1%) und/oder emotionale (65,9%) Missbrauchserfahrungen.¹

Kommen sexuell missbrauchte, opiatabhängige Frauen aus einem familiären Umfeld, in dem gehäuft Suchtprobleme der Eltern auftreten?

Tab. 3 Suchtprobleme der Eltern

| Variable | sex. Missbrauch (n = 31) in % | kein Missbrauch (n = 44) in % | Statistik |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Mutter | | | |
| Alkoholprobleme | 19,4 | 20,5 | n. s. |
| Drogenprobleme | 29 | 9,1 | * |
| psych. Probleme | 32,3 | 31,8 | * |
| Vater | | | |
| Alkoholprobleme | 64,5 | 22,7 | *** |
| Drogenprobleme | 16,1 | 4,5 | n. s. |
| psych. Probleme | 25,8 | 25 | ** |

- * p ≤ 0,05
 ** p ≤ 0,1
 *** p ≤ 0,005

Die Mütter sexuell missbrauchter Frauen litten häufiger unter Drogenproblemen, wobei keine genauere Aussage über Substanzen, Konsummuster o.Ä. getroffen werden kann. Für die Mütter der missbrauchten Frauen konnten auch mehr psychische Probleme nachgewiesen werden. Bei den Vätern hingegen war das hauptsächlich konsumierte Suchtmittel Alkohol. Sexuell missbrauchte Frauen berichteten nahezu dreimal so häufig über einen problematischen Alkoholkonsum des Vaters wie nicht missbrauchte.

¹ Etwa die Hälfte der Gesamtstichprobe gab an im Laufe des Lebens traumatisierende Erfahrungen erlitten zu haben.

Welchen Einfluss hat der sexuelle Missbrauch auf Merkmale der Suchtentwicklung?

Tab. 4 Ausgewählte Verlaufsparemeter der Drogenabhängigkeit

| Variable | sex. Missbrauch (n = 31) | kein Missbrauch (n = 44) | Statistik |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| Heroin (Einstiegsalter) | 19,2 (± 6,7) | 19,8 (± 4,3) | n. s. |
| Jahre Heroingebrauch | 5,4 (± 3,4) | 5,6 (± 3,5) | n. s. |
| ungewollte Überdosierungen | 2,2 (± 2,8) | 1,2 (± 1,7) | ** |
| gewollte Überdosierungen | 0,7 (± 1,1) | 0,2 (± 0,5) | * |
| Alkohol bis Trunkenheit (Einstiegsalter) | 13,0 (± 2,2) | 14,0 (± 2,5) | * |
| Kokain (Einstiegsalter) | 18,6 (± 5,3) | 19,9 (± 4,7) | n. s. |
| Kokain (letzte 30 Tage) | 12,0 (± 12,86) | 6,6 (± 10,1) | * |
| stationär im Krankenhaus wegen körperlicher Probleme | 6,4 (± 6,4) | 3,4 (± 3,9) | * |

- * p ≤ 0,05
 ** p ≤ 0,1

Sexuell missbrauchte und nicht missbrauchte Frauen zeigten keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Einstiegsalters in den Heroingebrauch und der Jahre des Konsums. 19 von 31 sexuell missbrauchten und 18 von 44 nicht sexuell missbrauchten Frauen hatten Erfahrungen mit Langzeittherapien. Sexuell missbrauchte waren insgesamt kürzer (10,97 ± 7,7 vs. 11,61 ± 11,09; t (35) = 0,21; n. s.) in Therapie und schlossen diese seltener ab (0,36 ± 0,48 vs. 0,56 ± 0,51; t (35) = 1,47; n. s.), auch diese Unterschiede waren nicht signifikant. Die abstinenter Phasen nach Behandlung dauerten bei sexuell missbrauchten Frauen kürzer als in der Vergleichsgruppe (7,51 ± 8,78 vs. 10,58 ± 2,34; t (72) = 1,09; n. s.).

Ein Ergebnis, das im Zusammenhang mit suizidalen Tendenzen (s. a. Tab. 5) von Interesse ist, findet sich hinsichtlich der Überdosierungen. Während sexuell missbrauchte Frauen ungewollte Überdosierungen nicht signifikant häufiger angaben als nicht sexuell missbrauchte, waren diese Unterschiede bei gewollten Überdosierungen signifikant.

Sexuell missbrauchte Frauen begannen früher Alkohol bis zur Trunkenheit zu konsumieren und konsumierten in den letzten 30 Tagen vor Befragung häufiger Kokain. Ansonsten fanden sich in Bezug auf die Substanzen Alkohol, Kokain und Benzodiazepine sowie hinsichtlich Politoxikomanie keine unterschiedlichen Konsummuster bei den untersuchten Gruppen.

Einen Hinweis auf vermehrte gesundheitliche Probleme der sexuell missbrauchten Frauen gibt die Anzahl stationärer Krankenhausbehandlungen. Hinsichtlich HIV- oder Hepatitis-Infektionen ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Finden sich bei sexuell missbrauchten opiatabhängigen Frauen bestimmte psychische Symptome bzw. komorbide psychiatrische Diagnosen häufiger?

Tab. 5 Psychische Probleme

| Variable | sex. Missbrauch (n = 31) in % | kein Missbrauch (n = 44) in % | Statistik |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Gedächtnis/ Konzentration | 71 | 61,4 | n.s |
| Depression | 77,4 | 63,6 | n. s. |
| Angst/Spannung | 77,4 | 47,7 | ** |
| Halluzinationen | 22,6 | 11,4 | n. s. |
| Gewalttätigkeit | 41,9 | 15,9 | * |
| Suizidgedanken | 80,6 | 52,3 | * |
| Suizidversuche | 67,7 | 31,8 | *** |

- * $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$
 *** $p \leq 0,005$

Der sexuelle Missbrauch ist mit deutlich mehr psychischen Problemen, die nicht direkt als Resultat des Drogen- oder Alkoholmissbrauchs bewertet wurden, assoziiert. Einerseits wurde häufiger über Angst- und Spannungszustände berichtet. Andererseits scheint eine erhöhte Schwierigkeit, eigenes gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren, im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch zu stehen. Es fand sich ein erhöhtes Vorkommen sowohl von Suizidgedanken als auch Suizidversuchen.

Tab. 6 Komorbide Diagnosen nach ICD-10

| Störungen | sex. Missbrauch (n = 31) in % | kein Missbrauch (n = 44) in % | Statistik |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------|
| F2 Schizophrenie | – | – | |
| F25 schizoaffektive | 6,5 | – | * |
| F3 affektive | 54,8 | 36,4 | n. s. |
| F40 phobische | 67,7 | 34,1 | ** |
| F44 dissoziative | 16,1 | 4,5 | * |
| F4 neurotische/ Belastungs-/ somatoforme | 74,2 | 40,9 | ** |
| F5 Essstörungen | 12,9 | 4,5 | n. s. |

- * $p \leq 0,1$
 ** $p \leq 0,005$

Sexueller Missbrauch im Zusammenhang mit Opiatabhängigkeit vergrößert bei Frauen insbesondere das Risiko einer komorbiden neurotischen/Belastungs- und/oder somatoformen (ICD-10; F4) Störung. Am deutlichsten zeigte sich dieses Ergebnis hinsichtlich phobischer Störungen. Hinsichtlich schizoaffektiver (F25), affektiver (F3), dissoziativer (F44) und Essstörungen (F5) zeigten sich in der statistischen Analyse nur Trends.

Diskussion

Wir haben mit Hilfe des EuropASI, der als Screening-Instrument zur Erfassung sexuellen Missbrauchs [19] verwendet wurde, eine Prävalenz von 41,3% bei der untersuchten Gesamtstichprobe erhoben. Obwohl es sich eher um eine weite Definition („sexuelle Annäherung oder erzwungene Sexualkontakte“) handelt, bleibt gleichzeitig zu bedenken, dass bei nur einer (relativ undifferenzierten) Frage die Prävalenzzahlen eher unterschätzt werden [21]. Die Größenordnung entspricht aber anderen Ergebnissen aus dem deutschen Sprachraum und liegt deutlich über der der Normalbevölkerung [12]. Die Koexistenz mehrerer Traumatisierungsformen erhöht das Risiko psychischer Störungen. Obwohl physische und emotionale Traumatisierungen bei sexuell missbrauchten wie nicht missbrauchten häufig waren, hatten über 90% der sexuell missbrauchten Frauen im Laufe ihres Lebens die beiden anderen Formen der Traumatisierung zusätzlich erlebt. Anhand der zusätzlichen narrativen Angaben zu den drei wichtigsten Konfliktbereichen, die in den meisten Fällen mit der quantitativen Erhebung zu sexuellen oder physischen Traumatisierungen kongruent angegeben wurden, lässt sich absehen, dass viele Frauen innerhalb der Familie (insbesondere durch die Väter) sexuell missbraucht worden sind. Mit der Einschränkung, dass keine genauen Zeitangaben für den Missbrauch vorliegen, liegt daher dennoch nahe, dass dieser häufig vor dem Beginn des Opiatkonsums lag.

Das familiäre Umfeld der sexuell missbrauchten Frauen ist dabei stark durch den Alkoholkonsum der Väter beeinträchtigt. Dem Alkohol kommt in diesem Zusammenhang möglicherweise eine aggressionsfördernde bzw. Hemmungen abbauende Wirkung zu. Die Mütter hingegen leiden häufiger unter psychischen Problemen und konsumieren mehr Drogen. Viele Verlaufsp Parameter der Opiatabhängigkeit zeigten keine Unterschiede zwischen missbrauchten und nicht missbrauchten Frauen. Dies stützt die Ergebnisse von Jarvis [10], die im Gegensatz zu früheren Studien ebenfalls keinen früheren Beginn oder größeren Schweregrad der Abhängigkeit bei sexuell missbrauchten Frauen nachweisen konnte. Ein neues Ergebnis konnten wir hinsichtlich der Überdosierungen feststellen. Sexuell missbrauchte Frauen berichteten häufiger, sich bewusst Überdosierungen verabreicht zu haben. Dies scheint in Verbindung mit den suizidalen Tendenzen dieser Gruppe von großer Bedeutung und ist in diesem Zusammenhang in bisherigen Studien unseres Wissens nach nicht beschrieben worden.

Ein im Zusammenhang mit der familiären Situation wichtiges Ergebnis, das andere Studien bestätigt, ist die schlechtere Schulbildung der Gruppe der sexuell missbrauchten Frauen (vgl. [10]). Sexuell missbrauchte Frauen gaben längere Phasen von Arbeitslosigkeit an als nicht missbrauchte. Gleichzeitig gibt es mehr Mütter unter den sexuell missbrauchten Frauen. Über 50% der Missbrauchsgruppe gaben Prostitution als Geldquelle an. Anzunehmen sind hier auch aktuelle (26,7% gaben an, in den letzten 30 Tagen sexuell missbraucht worden zu sein) und zukünftige sexuelle Traumatisierungen und ein erhöhter Schweregrad der Abhängigkeit. Der Anteil an Prostituierten in der Gesamtstichprobe war mehr als doppelt so hoch wie in einer Londoner Studie von Gossop et al. [15]. Die Ergebnisse von Liebschutz et al. [22] konnten teilweise in unserer Stichprobe wiederholt werden, wonach sexuell missbrauchte Frauen häufiger wegen körperlicher

Probleme stationär im Krankenhaus aufgenommen wurden als die Frauen der Vergleichsgruppe.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die zeigen, dass Angst und Angstäquivalente zu den Folgen von Missbrauchserleben gehören. Eine Untersuchung von Sedney und Brooks [23] zeigt, dass Angst besonders bei in ihrer eigenen Familie missbrauchten Frauen häufiger auftritt. In der hier untersuchten Gruppe opiatabhängiger Frauen finden sich sowohl berichtete Angst- und Spannungszustände als auch nach ICD-10 klassifizierte phobische Störungen. Auch diese Ergebnisse legen den Verdacht des Missbrauchs in der eigenen Familie nahe. Wie sich der Zusammenhang inhaltlich darstellt, sollte Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Insbesondere hinsichtlich Depressivität und affektiver Störungen konnten wir die Ergebnisse anderer Studien nicht bestätigen. In unserer Untersuchung zeigte sich allenfalls ein Trend hin zu mehr depressiver Symptomatik. Ein Coping-Mechanismus bei frühen Traumatisierungen ist Dissoziation. Auch für dissoziative Störungen konnte in unserer Untersuchung nur ein Trend nachgewiesen werden.

Methodische Einschränkungen dieser Untersuchung betreffen insbesondere die Erhebung des sexuellen Missbrauchs. Zwar scheint der ASI als Screening-Instrument geeignet, wünschenswert ist aber eine differenziertere Erhebung. Der ASI bot jedoch den Vorteil, dass er ein weit verbreitetes Untersuchungsinstrument ist, das eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien gewährleistet.

Es existieren verschiedene Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen und Sucht. Kreyssig [12] ist der Meinung, dass der Missbrauch von Suchtmitteln Schutz vor den negativen Gefühlen infolge des Missbrauchs bedeutet und damit als eine Art Überlebensstrategie zu verstehen ist. In diesem Sinne ist auch die Annahme zu verstehen, dass missbrauchte Frauen Suchtmittel im Sinne einer Selbstmedikation benutzen, um negative Affektzustände wie Angst und Depression zu bewältigen [8, 24]. Die Stigmatisierung durch den Drogenkonsum, die schwierigen Lebensbedingungen vieler abhängiger Frauen sowie die Möglichkeit eigener erhöhter Aggressionsbereitschaft in Konfliktsituationen könnten weitere Erklärungen für ein erhöhtes Risiko für traumatisierende Lebensereignisse bilden [25].

Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass Einfluss und Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und Opiatabhängigkeit komplex sind und durch verschiedene andere Traumata sowie elterliche Suchterkrankungen moderiert werden. Deutlich wird aber auch, dass es sich um eine Gruppe handelt, die mit besonderen Risikokonstellationen (häufiger psychische Störungen, Suizidalität, Überdosierungen, Prostitution, körperliche Probleme) besondere Behandlungsstrategien erforderlich macht. Dazu müssen Missbrauchserfahrungen exploriert und in Behandlungskonzepte einbezogen und funktionale Zusammenhänge zwischen Sucht und sexuellen Traumatisierungen erfasst werden.

Literatur

¹ Amann G, Wipplinger R. Sexueller Missbrauch. Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: DGVT-Verlag 1997

- ² Elliger TJ, Schrötensack K. Sexueller Mißbrauch von Kindern – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Nissen G (Hrsg) (Hrsg). Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter. In.: Bern: Huber 1991; 143 – 154
- ³ Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 409 – 417
- ⁴ Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psych* 1991; 148: 55 – 61
- ⁵ Muenzenmaier K, Meyer I, Stuenning E, Ferber J. Childhood abuse and neglect among woman outpatients with chronic mental illness. *Hosp Comm Psych* 1993; 44: 666 – 670
- ⁶ Richter-Appelt H. Differentielle Folgen von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg) (Hrsg). Sexueller Mißbrauch. Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: DGVT-Verlag 1997; 201 – 217
- ⁷ Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993; 114: 168 – 179
- ⁸ Krausz M, Freyberger HJ. Suchterkrankungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) (Hrsg). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung: Erkennung und Behandlung früher Traumatisierung. Stuttgart: Schattauer 1997; 284 – 93
- ⁹ Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorensen SB, Forsythe AB, Telles CA. Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 843 – 850
- ¹⁰ Jarvis TJ, Copeland J, Walton L. Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction* 1998; 93: 865 – 875
- ¹¹ Newton-Taylor B, De Wit D, Gliksman L. Prevalence and factors associated with physical and sexual assault of female university students in Ontario. *Health Care Women Int* 1998; 19: 155 – 164
- ¹² Kreyssig U. Zum Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und Sucht. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg) (Hrsg). Sexueller Mißbrauch. Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. Tübingen: DGVT-Verlag 1997; 260 – 273
- ¹³ Schäfer M, Schnack B, Soyka M. Sexueller und körperlicher Mißbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *Psychother Psychosom med Psychol* 2000; 50: 38 – 50
- ¹⁴ Teegen F, Zumbeck S. Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. *Psychotherapeut* 2000; 45: 44 – 49
- ¹⁵ Gossop M, Powis B, Griffiths P, Strang J. Severity of dependence and HIV risk. *AIDS Care* 1993; 5: 149 – 157
- ¹⁶ Gossop M, Powis B, Griffiths P, Strang J. Sexual behaviour and its relationship to drug-taking among prostitutes in south London. *Addiction* 1994; 89: 961 – 870
- ¹⁷ Kilpatrick D, Acierno R, Resnick H, Saunders B, Best C. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in woman. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 834 – 847
- ¹⁸ Gsellhofer B, Fahrner EM: European Addiction Severity Index Europa-ASI. Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem Europa-ASI. Institut für Therapieforschung. München 1994
- ¹⁹ Najavatis LM, Weiss RD, Reif S, Gastfriend DR, Siqueland L, Barber JP, Butler SF, Thase M, Blaine J. The addiction severity index as a screen for trauma and posttraumatic stress disorder. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 56 – 62
- ²⁰ CIDI. Composite International Diagnostic Interview. In: Deutsche Bearbeitung: Wittchen HU, Semler G. Weinheim (Hrsg.): Beltz Verlag 1990
- ²¹ Langeland W, Hartgers . Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 336 – 348
- ²² Liebschutz JM, Mulvey KP, Samet JH. Victimization among substance-abusing women. *Arch Int Med* 1997; 157: 1093 – 1097
- ²³ Sedney MA, Brooks B. Factors associated with a history of childhood abuse in a nonclinical female population. *J Am Acad Child Psychiat* 1984; 23: 215 – 218
- ²⁴ Paone D, Chavkin W, Willets I, Friedmann P, Des Jarlais D. The impact of sexual abuse: implications for drug treatment. *Journal of women's health* 1992; 1: 149 – 153
- ²⁵ El-Bassel N, Gilbert L, Schilling R, Wada T. Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *J Family Viol* 2000; 15: 209 – 228