

Einflüsse von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von Frauen

Eine Zusammenhangsanalyse an einer
Stichprobe gynäkologischer Patientinnen

von

Dorothe Stebens geb. Kral

Einflüsse von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von Frauen

Eine Zusammenhangsanalyse an einer Stichprobe gynäkologischer Patientinnen

Von der Medizinischen Fakultät
der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
zur Erlangung des akademischen Grades
einer Doktorin der Medizin
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Dorothe Stebens geb. Kral

aus

Düsseldorf

Berichter: Herr Universitätsprofessor
Dr.med. Henning Saß

Herr Universitätsprofessor
Dr.med. Werner Rath

Tag der mündlichen Prüfung: 31. Januar 2005

Diese Dissertation ist auf den Internetseiten der Hochschulbibliothek online
verfügbar.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Geschichte der Forschung über Gewalt gegen Frauen und Mädchen	3
1.2	Entwicklung der Fragestellung	4
1.3	Zielsetzung der Arbeit	7
2	Theoretischer Überblick	9
2.1	Formen der Gewalt gegen Kinder	9
2.1.1	Körperliche Gewalt gegen Kinder	10
2.1.2	Sexuelle Gewalt gegen Kinder	13
2.2	Formen der Gewalt gegen Frauen	20
2.2.1	Körperliche Gewalt gegen Frauen	23
2.2.2	Sexuelle Gewalt gegen Frauen	24
2.3	Folgen von sexueller und körperlicher Gewalt	26
2.3.1	Akute Folgen der Gewalt gegen Kinder	27
2.3.2	Akute Folgen der Gewalt gegen Frauen	28
2.3.3	Langzeitfolgen der Gewalt gegen Kinder	28
2.3.4	Langzeitfolgen der häuslichen Gewalt gegen Frauen	32
2.3.5	Auswirkungen der Gewalt auf die Sexualität von Frauen	34
2.4	Gynäkologische Erkrankungen	36

3	Material und Methodik	41
3.1	Beschreibung der Stichprobe	41
3.1.1	Definition einer Gewalterfahrung	43
3.2	Strukturelle Rahmenbedingungen	46
3.3	Untersuchungsinstrumente	49
3.3.1	Fragebögen	49
3.3.2	Interview	53
3.4	Datenerhebung	54
3.5	Statistische Datenauswertung	55
4	Ergebnisse	57
4.1	Allgemeine Daten zu den Patientinnen	57
4.2	Häufigkeitsverteilungen	59
4.2.1	Gesamtheit der Frauen mit einer Gewalterfahrung	59
4.2.2	Sexuelle Gewalterfahrung	61
4.2.3	Körperliche Gewalterfahrung	62
4.2.4	Sexuelle und körperliche Gewalterfahrung	62
4.3	Komorbidität und Somatisierung	66
4.3.1	Körperliche Beschwerden	66
4.3.2	Psychische Beeinträchtigungen	68
4.3.3	Sexuelle Probleme	72
4.4	Zusammenfassung	75
5	Diskussion	79
6	Zusammenfassung	91
	Literaturverzeichnis	94
	Abbildungsverzeichnis	109
	Tabellenverzeichnis	111

Kapitel 1

Einleitung

1.1 Geschichte der Forschung über Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Das Thema der Traumatisierung von Frauen und Mädchen durch sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen provoziert so starke Kontroversen, dass es von Wissenschaft und Forschung periodisch tabuisiert wird. Denn Forschung über diesen Bereich bedeutet Vorstoßen in Bereiche des Udenkbaren. Die Untersuchung psychischer und körperlicher Traumata konfrontiert den Forscher mit der Verwundbarkeit des Menschen in seiner natürlichen Umwelt und mit der Fähigkeit des Bösen als Teil der menschlichen Natur. Wer diese Leiden untersucht, muss über schreckliche Ereignisse berichten, die das Ergebnis menschlichen Handelns sind. Die betroffenen Frauen und Mädchen erwarteten von den Zuhörern, in diesem Fall den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dass sie die Last des Schmerzes mittragen. Sie verlangen Handeln, Engagement und Erinnerungsfähigkeit und viel Stärke von den Untersuchern. Nicht zuletzt deshalb neigen sie dazu, wie viele Mitmenschen auch, das Opfer als unglaublich hinzustellen und die Taten zu bagatellisieren. Erst Mitte der siebziger Jahre nahm die Zahl der Forschungsarbeiten über sexuelle Übergriffe als auch häusliche Gewalttaten unter Einfluss der Frauenbewegung zu, nachdem das Thema bis dahin kaum beachtet worden war. Es zeigte sich, dass Gewalt gegen Frauen und Kinder häufig und überall vorkommt (Herman 1993). Als die Frauen begannen, das Thema Vergewaltigung öffentlich zu diskutieren, mussten sie erstmal eine offensichtliche Tatsache klarstellen: Je-

de Vergewaltigung ist eine Gewalttat, keine sexuelle Handlung. Mit dieser stark vereinfachenden Formulierung wollten sie auch der Meinung entgegenreten, dass ein sexueller Übergriff geheimste Wünsche von Frauen erfülle, wie immer wieder in der Literatur, von populärer Pornografie bis zu wissenschaftlichen Texten, zu lesen ist (Brownmiller 1978). Doch die Frauenbewegung hob das Thema der Vergewaltigung nicht nur ins öffentliche Bewusstsein, sondern sorgte auch dafür, dass die Reaktion der Gesellschaft auf die Opfer sich änderte. Im Jahr 1972 prägten Holmstrom und Burgess den Begriff des „Vergewaltigungstraumasyndroms“. Sie fanden heraus, dass nach einer Vergewaltigung viele Opfer über Schlaflosigkeit, Übelkeit, Schreckhaftigkeit und Alpträume, aber auch über Zustände von Empfindungslosigkeit und Erstarrung klagen (Burgess und Holmstrom 1974). Die Vergewaltigung war das erste Paradigma der Frauenbewegung für die Gewalt gegen Frauen im Bereich des privaten Lebens. Mit zunehmendem Verständnis umfasste die Untersuchung sexueller Ausbeutung mehr und mehr auch komplexere Beziehungen, in denen Gewalt und Intimität zusammenfielen und es wurden schließlich neben der Vergewaltigung auch andere Formen von Misshandlung und Gewaltanwendung in der Familie untersucht. Auch wenn zur Zeit die Untersuchung seelischer Traumata als legitimes Forschungsgebiet fest etabliert scheint, kann das Wissen um sexuelle und häusliche Gewalt von Frauen und Kindern und ihre Folgen wieder untergehen. Nicht zuletzt deshalb führten wir die im nachfolgenden beschriebene Studie durch.

1.2 Entwicklung der Fragestellung

Gynäkologische Erkrankungen von Frauen haben fast immer auch psychosomatische Aspekte, das heisst die körperlichen Erkrankungen werden von seelischen Faktoren beeinflusst, ebenso wie auch seelische Empfindungen körperliche Reaktionen hervorrufen können. In den letzten Jahren findet daher die psychische Beeinträchtigung somatisch kranker Menschen mehr und mehr Beachtung in der Forschung. Wie in anderen Fachbereichen liegt der Schwerpunkt der Forschung auch bei den Patientinnen einer Frauenklinik auf der psychischen Situation, den Coping-Strategien und der Lebensqualität der Krebspatientinnen, vor allem der Frauen mit Mammakarzinom. Aber auch über die Bedeutung einer Fehlgeburt oder eines Schwangerschaftsabbruchs auf die Psyche der Frau werden viele

Studien durchgeführt.

Das Wechselspiel von Körper und Seele ist stark abhängig von den umgebenden sozialen wie auch kulturellen Bedingungen. So haben frühere Erlebnisse von körperlicher oder sexueller Gewalt einen nicht unwesentlichen Einfluss auf den weiteren Lebensweg und die Krankengeschichte einer Frau. Auch die Erfahrungen, die Frauen im Laufe ihres bisherigen Lebens mit Erkrankungen - eigenen oder von Familienmitgliedern oder Freunden - gemacht haben wirken auf sie ein. Ebenso wichtig ist die aktuelle Lebenssituation der Frau. Dabei spielen nicht nur die so genannten tatsächlichen, realen Gegebenheiten eine Rolle, sondern auch die Bedeutung, die ihnen gegeben wird. So kann zum Beispiel „weibliche Unfruchtbarkeit“ für jede Frau etwas völlig anderes bedeuten. Für die eine steht vielleicht die Trauer im Vordergrund, keine Kinder bekommen zu können. Für die andere hingegen bedeutet es vielmehr eine Kränkung ihres Selbstwertes, ihres Wertes als funktionsfähige Frau. Ein solches Verständnis ist oft mit dem Empfinden von persönlicher Schuld und Scham verbunden. Derartige Gedankenverbindungen machen den Umgang mit der Problematik oft schwer. Ähnlich verhält es sich mit anderen Krankheiten. So können persönliche Mythen, wie zum Beispiel „wenn ich mein Leben anders gelebt hätte, hätte ich diesen Krebs nicht bekommen“, Verknüpfungen herstellen, die äußerst belastend für die Frau sein können. Diese Belastung kann auch die eigene Krankheitsbewältigung betreffen. Insofern scheint es hilfreich zu sein, diese Gedankenverbindungen transparent, verständlich und damit korrigierbar zu machen. Gerade bei Frauen mit einer früheren Gewalterfahrung, gleich welcher Art, scheinen diese Gedankenverbindungen eine besondere Rolle zu spielen. Das Spektrum traumatischer Erlebnisse und dadurch bedingter Störungen reicht von den Folgen eines einzigen, überwältigenden Ereignisses - wie zum Beispiel einer Vergewaltigung - bis zu den vielschichtigen Folgen lang anhaltenden und wiederholten Missbrauchs. Viele der Frauen mit einer Gewalterfahrung haben sich, vor allem wenn es sich um einen Gewaltakt durch einen Täter aus dem Familienkreis handelte, noch nie einem anderen Menschen insbesondere keinem Arzt/Ärztin anvertraut. Ursächlich ist oft der Konflikt zwischen dem Wunsch, die schrecklichen Ereignisse zu verleugnen und dem Wunsch, sie laut auszusprechen. Die Geschichte eines traumatischen Ereignisses taucht nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom. Diese meist unspezifischen Symptome

weisen auf die Existenz eines unaussprechlichen Geheimnisses hin und lenken gleichzeitig davon ab. Seit oftmals vielen Jahren bis Jahrzehnten tragen Frauen die Erinnerung an die Ereignisse mit sich und werden durch sie beeinflusst. Nicht selten kommt es zur Somatisierung. Viele dieser Patientinnen werden jahrelang mit unklaren Diagnosen symptomatisch behandelt oder unterziehen sich invasiven Maßnahmen wie Operationen, ohne je wirkliche Hilfe zu erfahren. In Bezug auf gynäkologische Erkrankungen und Gewalterfahrungen wurde oft ein Zusammenhang mit chronischen Unterbauchschmerzen oder entzündliche Krankheiten des Urogenitaltraktes diskutiert. Auch für sexuelle Störungen wird eine Verbindung mit früheren Missbrauchserfahrungen vermutet.

Es wurden bereits einige Untersuchungen an gynäkologischen Patientinnen durchgeführt, die sich mit den psychosomatischen Aspekten der Krankheiten beschäftigt haben. Wenig dagegen wurde bisher jedoch die psychische Situation eines großen Kollektivs von Patientinnen untersucht, bei denen auf den ersten Blick keine Situation im Sinne einer „live threatening illness“ oder eines „stressful live events“ vorliegt. Genau diese Lücke versuchte das Projekt der Sexualwissenschaftlichen Ambulanz unter der Leitung von Frau Dr. Ulrike Brandenburg, angesiedelt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in Kooperation mit der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Klinik für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Aachen zu schließen. Ebenfalls beteiligt war die psychosomatisch-gynäkologische Arbeitsgruppe der Kliniken. Ein Ziel war es, Probleme und Erkrankungen von Frauen in Zukunft besser verstehen und behandeln zu lernen. In der Studie wurden die Patientinnen zu allgemeinen körperlichen Beschwerden, ihrem seelischen Befinden sowie ihrer Körperwahrnehmung befragt. Weiterhin wurden Fragebögen zu den persönlichen Einstellungen und Bewertungen ihrer Krankheit eingesetzt. Es wurden Fragen zur sozialen Situation, zu Partnerschaft und Familienverhältnissen gestellt. Schließlich interessierten wir uns für das Erleben der Sexualität der Frauen. Einen besonderen Schwerpunkt bildete die Frage, ob sich die Frauen, die in ihrer Biographie über eine Gewalterfahrung berichtet haben, vom Gesamtkollektiv unterscheiden. Dieser Frage soll in der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden.

1.3 Zielsetzung der Arbeit

Ein Aspekt der gesamten Studie war es, psychische Beeinträchtigungen, allgemeine körperliche Beschwerden und sexuelle Störungen von Patientinnen einer gynäkologischen Universitätsklinik herauszufinden, das heisst von Frauen, die primär wegen einer gynäkologischen Grunderkrankung zur stationären Aufnahme kamen. Es interessierten also Beschwerden, die üblicherweise in der Anamnese und Aufnahmeuntersuchung von Patientinnen übersehen werden. Mögliche Zusammenhänge zwischen diesen unspezifischen Beschwerden und den gynäkologischen Erkrankungen sollten erkannt werden. Insbesondere sollten eventuelle Unterschiede zu Patientinnen mit einer körperlichen oder sexuellen Gewalterfahrung herausgearbeitet werden.

Bei der Konzeption der Studie standen die folgenden Fragen und Überlegungen im Vordergrund:

Es konnte bereits in früheren Studien nachgewiesen werden, dass eine Gewalterfahrung gleich welcher Art und unabhängig von dem Alter, in dem sie erfahren wird, zu Einflüssen auf die körperliche, seelische und sexuelle Gesundheit von Frauen führt. Diese Einflüsse sind abzugrenzen von den Beschwerden, die durch andere somatische Erkrankungen bedingt werden. Zunächst einmal ging es jedoch darum, die Häufigkeit von Erlebnissen körperlicher und sexueller Gewalt im Leben von Frauen, die in einer gynäkologischen Universitätsklinik stationär behandelt werden, festzustellen. Damit soll überprüft werden, ob die Vermutung, dass es sich bei Gewalterfahrungen um ein häufiges Problem gynäkologischer Patientinnen handelt, korrekt ist.

Seit langem besteht der Verdacht, dass gerade bei Frauen mit einer sexuellen Gewalterfahrung spezifische gynäkologische Krankheitsbilder wie entzündliche Erkrankungen oder chronische Unterleibsschmerzen häufig auftreten. Auf der anderen Seite präsentieren sich diese Frauen mit einer Vielzahl von meist unspezifischen körperlichen und psychischen Symptomen. Wahrscheinlich ist keine Erkrankung - weder aus dem gynäkologischen Fachbereich, noch aus einem anderen Fachbereich - als spezifisch anzusehen. Wir vermuten eine signifikante Häufung von unspezifischen Symptomen und verwenden daher in diesem Zusammenhang den Begriff der Komorbidität.

Es gibt viele unterschiedliche Formen von Gewalt. Frauen können sexuell ausgebeutet werden, sie können körperliche Misshandlungen mit Körperverletzungen erfahren, auch emotionale Gewaltanwendung durch Unterdrückung und Missachtung ist ein häufiges Phänomen. Wir beschränken uns in dieser Studie auf die Untersuchung der Folgen sexueller und/oder körperlicher Gewalt. Dabei bleibt festzustellen, ob ein Zusammenhang zwischen der Schwere der erlebten Gewalt, ihrer Häufigkeit und der Form der Gewalt mit der Art und der Häufigkeit der körperlichen und psychischen Beschwerden besteht.

Zusammenfassend hier ein Überblick über die Arbeitshypothesen:

- Wie häufig sind Gewalterfahrungen im Leben von Frauen, die wegen einer primär gynäkologischen oder geburtshilffichen Erkrankung in einer Klinik stationär aufgenommen werden?
- Gibt es eine spezifische Erkrankung aus dem gynäkologischen Fachbereich, die bei Frauen mit einer Gewalterfahrung typisch oder charakteristisch ist? Oder liegen unspezifische körperliche und psychische Beschwerden im Sinne einer Komorbidität vor?
- Korreliert die Schwere einer Gewalterfahrung und ihre Häufigkeit mit dem Auftreten von psychosomatischen und psychischen Beschwerden? Führt die Kombination zweier Gewaltformen, hier also der körperlichen und sexuellen Gewalt, zu mehr Symptomen?
- Führt sexuelle Gewalt zu anderen - mehr oder weniger schwer wiegenden - Folgen auf die Gesundheit, als körperliche Gewalt?

Kapitel 2

Theoretischer Überblick über Gewalterfahrungen von Mädchen und Frauen

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über die verschiedenen Gewalterfahrungen von Mädchen und Frauen gegeben werden. Es wird genauer auf die beiden Formen der sexuellen und körperlichen Gewalt eingegangen. Die akuten Folgen der Taten werden kurz aufgezeigt, auf die Langzeitfolgen wird näher eingegangen. Schließlich wird der Zusammenhang zwischen den Auswirkungen einer Gewalterfahrung und gynäkologischen Erkrankungen erläutert.

2.1 Formen der Gewalt gegen Kinder

Gewalt gegen Kinder ist kein neues Phänomen. Kinder waren zu allen Zeiten nicht nur Gegenstand der Fürsorge und Liebe, sondern auch Opfer von Kindestötung, körperlicher Misshandlung, sexueller Gewalt, körperlicher und emotionaler Vernachlässigung und wurden nicht zuletzt als billige Arbeitskräfte ausgebeutet.

Gewalt gegen Kinder kann also viele Formen annehmen. In dieser Arbeit soll der Schwerpunkt auf den Auswirkungen körperlicher und sexueller Gewalt auf die erwachsene Frau liegen. Es wird daher hauptsächlich von Gewalterfahrungen von Mädchen gesprochen, obwohl auch viele Jungen Opfer werden und die Missbrauchereignisse auch für sie traumatisch sind und Folgen haben.

Der allgemeine Begriff der Kindesmisshandlung umschreibt die nicht-unfallbedingte körperliche oder seelische Verletzung eines Kindes oder Jugendlichen durch eine erwachsene Beziehungs- oder Betreuungsperson. Man unterscheidet heute verschiedene Formen der Kindesmisshandlung, die wegen unterschiedlicher Beteiligung der verschiedenen Personen an dem Störungsbild häufig unter dem Begriff des „Misshandlungssyndroms“ zusammengefasst werden (Remschmidt 1986).

Das gesamte Spektrum der Gewalt gegen Kinder wird nach Engfer in vier Gruppen unterteilt:

„Kindesmisshandlung ist eine gewaltsame psychische oder physische Beeinträchtigung von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (wie bei **körperlicher Misshandlung** oder **sexuellem Missbrauch**) oder Unterlassungen (wie bei **emotionaler** oder **psychischer Vernachlässigung**) zustande kommen“ (Engfer und Kintzer 1986).

Während körperliche Gewalt und Vernachlässigung sowie psychische Misshandlung von Kindern vor allem im Kontext der Familie erfolgen, gilt das für den sexuellen Kindesmissbrauch - im Gegensatz zu der oben genannten Aussage von Engfer - nicht. Hier findet man auch häufig Täter aus dem außerfamiliären Bereich.

In den folgenden Abschnitten möchte ich auf die in der vorliegenden Studie betrachteten Gewaltformen, die körperliche Kindesmisshandlung und die sexuelle Ausbeutung, eingehen. Da keine einheitlichen Definitionen von diesen Gewalterlebnissen bestehen, ist es oftmals schwierig die Forschungsergebnisse zu diesem Thema zu vergleichen. Es besteht aber auch Einigkeit unter den Wissenschaftlern, dass in diesem Forschungsfeld unterschiedliche Anwendungs- und Forschungsfragestellungen auch unterschiedliche Eingrenzungen des Phänomenbereichs erforderlich machen können (Wetzels 1997).

2.1.1 Körperliche Gewalt gegen Kinder

Lange Jahre galt die Kindesmisshandlung als ein seltenes Problem. Sie schien vor allem die sozial schwachen Familien zu betreffen und nur unter extrem abnormen sozialen und psychischen Bedingungen geschehen zu können. Dieses Bild hat sich

in den letzten Jahren gewandelt. Es ist in der Forschung allgemein anerkannt, dass Gewalt gegen Kinder häufig ist und in allen Schichten vorkommt.

Den Einstieg in die wissenschaftliche Beachtung und Forschung gelang der Problematik der Gewalt gegen Kinder Anfang der sechziger Jahre als Kempe erstmals 1961 während eines Vortrages auf einer Jahrestagung amerikanischer Kinderärzte den Begriff des „Battered Child Syndrome“ prägte (Kempe u. a. 1962). In den siebziger Jahren stand die körperliche Kindesmisshandlung schließlich auch in Deutschland und in Europa im Mittelpunkt eines besonderen Interesses.

Es ist bereits vielfach in der Literatur auf die verschiedensten Ansätze zur Definition von Kindesmisshandlung hingewiesen worden, sowie auf die Probleme, die sich dadurch für den Vergleich von wissenschaftlichen Arbeiten ergeben. In den folgenden Abschnitten werden einige Aspekte dieser Unterschiede herausgestellt und in Bezug zu unserer Studie gesetzt.

Häufig wird körperliche Gewalt gegen Kinder nur im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung betrachtet. Auch in unsere Studie gehen nur Fälle von Kindesmisshandlung ein, in denen der Täter aus dem Nahbereich des Kindes stammt. Wetzels formuliert dazu 1997, dass körperliche Gewalt im Verhältnis zwischen Eltern und Kindern stets in einer Beziehung stattfindet, die durch ein soziales wie auch entwicklungsbedingtes Macht- und Autoritätsgefälle gekennzeichnet ist (Wetzels 1997).

Wichtig ist die Abgrenzung von körperlicher Misshandlung zur körperlichen Züchtigung, sowie zu Unfällen oder anderen unbeabsichtigten Schmerz- oder Schadenszufügungen. Hilfreich ist hier die Aussage von Straus, in der körperliche Gewalt nicht nur gegenüber Kindern, sondern auch in anderen innerfamiliären Beziehungen, definiert wird als: „An act carried out with the intention, or perceived intention, of causing physical pain or injury to another person“ (Straus 1980). Wichtig ist also die Absicht der Eltern, dass ihre Gewalthandlungen zu körperlichen Schäden des Kindes führen. Körperliche Züchtigung hingegen soll dem Kind aus erzieherischen Zwecken Schmerzen, aber keinen Schaden zufügen. Remschmidt beschreibt einen weiteren Aspekt: „Die körperliche Kindesmisshandlung ... entsteht oft aus Züchtigungsversuchen, geht dann aber häufig über diese hinaus, so dass Misshandlungen mit schweren Verletzungen und im äußersten Fall der Tod die Folge sind“ (Remschmidt 1986). Wetzels definiert in seinem Buch „Gewalterfahrungen in der Kindheit“ (Wetzels 1997):

Die nicht zufällige, personengerichtete physische Gewaltausübung Erwachsener gegenüber einem Kind, das ihnen als Eltern anvertraut ist, wird als körperliche Erziehungsgewalt bezeichnet. Sie umfasst die körperliche Züchtigung und die körperliche Misshandlung.

- Elterliche körperliche Züchtigung ist die nicht zufällige Zufügung kurzzeitiger körperlicher Schmerzen mit dem Zweck der erzieherischen Einflussnahme oder Kontrolle kindlichen Verhaltens. Die Intensität der einzelnen Handlung impliziert nicht das Risiko ernsthafter physischer Verletzungen. Physische oder psychische Schädigung des Kindes ist nicht Ziel der Handlung.
- Elterliche körperliche Misshandlung ist die nicht zufällige, sozial nicht legitimierte Zufügung körperlicher Schmerzen, die mit der Absicht oder unter Inkaufnahme der Verursachung ernsthafter physischer Verletzungen oder psychischer Schäden begangen werden. Die Intensität bzw. das Verletzungsrisiko der Handlungen überschreiten auch dann, wenn die Absicht der erzieherischen Einflussnahme auf ein Kind verfolgt wird, zweifelsfrei die gesetzlichen Grenzen des elterlichen Züchtigungsrechtes.

Der Gesetzgeber verfolgt die körperliche Kindesmisshandlung nach Paragraph 223b des Strafgesetzbuches (Misshandlung von Schutzbefohlenen):

(1) Wer Personen unter achtzehn Jahren ... , die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden ... sind, quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an Gesundheit schädigt, wird ... bestraft.

(2) Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr 1. des Todes oder schweren Körperverletzung oder 2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder psychischen Entwicklung bringt.

Dabei versteht der Gesetzgeber unter Misshandeln das „Erregen erheblicher Schmerzen und Leiden“. Eine rohe Misshandlung liegt vor, wenn sie einer „gefühllosen Gesinnung entspricht“, wenn der Täter also das Gefühl für das Leiden des Opfers verloren hat. Werden dem Kind über einen längeren Zeitraum hinweg erhebliche körperliche und/oder seelische Schmerzen zugefügt, so wird dies als

„Quälerei“ bezeichnet. Erwähnt wird außerdem der Begriff „böswillig“: „Böswillig handelt, wer trotz klarer Erkenntnis seiner Pflicht den Fürsorgeberechtigten aus verwerflichen Gründen - Hass, Bosheit, Lust am Leiden u.a. - an der Gesundheit schädigt“ (Leckner und Schröder 2001).

Körperliche Kindesmisshandlung ist ein häufiges Problem. Die Schätzungen gehen je nach Region und Definition weit auseinander. Es gibt eine vermutlich hohe, aber unklare Dunkelziffer. Bei ca. 10% der verletzten Kleinkinder wird die Verdachtsdiagnose einer Kindesmisshandlung gestellt, bei weiteren 10% die der Vernachlässigung des Kindes. In den USA gibt es jedes Jahr 2,4 Millionen Verdachtsfälle von körperlicher Gewaltanwendung. 370 000 von ihnen werden bestätigt. 60 000 Kinder erleiden schwerste bis lebensbedrohliche Verletzungen, 2000 Kinder jährlich versterben an den Folgen der Gewalt (Hermann 1998).

2.1.2 Sexuelle Gewalt gegen Kinder

Zunächst soll an dieser Stelle eine Anmerkung zu den vielen Begriffen gemacht werden, die sich im Zusammenhang mit sexuellen Gewalterfahrungen von Kindern in der Literatur finden lassen. Der früher gebräuchliche Begriff des „Sexuellen Kindesmissbrauchs“ wurde in den letzten Jahren ersetzt durch den Begriff der „Sexuellen Gewalt“. Der Terminus „Sexueller Kindesmissbrauch“ legt den Gedanken nahe, dass es einen „richtigen“ Gebrauch von Sexualität mit Kindern gibt. Eine solche Unterscheidung mag - im Bereich der Medizin - vielleicht noch im Zusammenhang mit Medikamenten oder Alkohol sinnvoll sein. Kinder sind aber keine Sache, die wir gebrauchen können, deshalb ist dieser Begriff in einem sexuellen Zusammenhang nicht empfehlenswert und falsch. Da er sich aber nicht nur im laienhaften Sprachgebrauch, sondern auch in der Forschung weitgehend durchgesetzt hat, soll er in dieser Arbeit mit verwendet werden. Nicht zuletzt wird der Begriff des „Sexuellen Kindesmissbrauchs“ auch von vielen Autoren und Wissenschaftlern verwandt, auf die sich in dieser Arbeit bezogen wird. Auch im Strafgesetzbuch wird der Begriff vom Gesetzgeber eingesetzt. Zu bevorzugen sind jedoch die Begriffe „sexuelle Gewalt“ oder „sexuelle Ausbeutung“ von Kindern. Sie machen deutlich, dass das Kind ohne sein Einverständnis und aufgrund eines Machtverhältnisses zwischen ihm und dem Täter misshandelt wird.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist genauso wie körperliche Gewalt

lange bekannt. Sie ist kein seltenes Phänomen und geschieht zumeist im innerfamiliären Bereich. Bei den meisten Tätern handelt es sich um „ganz normale“, sozial angepasste und meist unauffällige Menschen aus allen sozialen Schichten und Berufsgruppen. Die Anwendung sexueller Gewalt gegen Kinder ist meist kein einmaliger Akt, auch wenn viele Opfer dies aus Selbstschutz behaupten. Nicht selten werden von einem Täter mehrere Kinder misshandelt. Und obwohl immer mehr über die schädlichen Folgen der Kindesmissbrauchs bekannt wird, bleibt dieses Thema doch oft im Verborgenen. Auch unter Ärztinnen und Ärzten, Wissenschaftlern, Pädagogen und vielen Laien wird dieses Thema verdrängt und verleugnet. Es ruft Scham, Unbehagen und Abscheu hervor. Einleitend soll daher hier die Geschichte einer Patientin erzählt werden, die zur Entbindung ihrer Tochter ins Krankenhaus kam und im Interview von ihrem Gewalterlebnis erzählte:

Die Leidensgeschichte der Patientin beginnt mit der Scheidung der Eltern als sie gerade 7 Jahre alt war. Es war bereits die zweite Ehe der Mutter gewesen, die nach der Trennung das Sorgerecht für ihre Tochter erhielt. Der Kontakt zum Vater, der alkoholkrank wurde, brach ab. Ihre Mutter wurde tablettensüchtig. Sie heiratete schließlich ein drittes Mal. Bereits kurz nach der Heirat begann der Stiefvater, die Patientin sexuell zu missbrauchen. Von ihrem siebten bis zur ihrem zehnten Lebensjahr zwang er sie regelmäßig 2-3 mal pro Woche zum Geschlechtsverkehr. Er erpresste sie mit Liebesentzug, falls sie nicht mitmache. Die Mutter der Patientin war während der sexuellen Übergriffe häufig zu Hause. Anstatt aber einzugreifen und ihrer Tochter zu helfen, verschloss sie die Augen und flüchtete in ihre Tablettensucht. Die Patientin wehrte sich selbst aus Angst vor dem für sie übermächtigen Stiefvater nicht. Sie ekelte sich vor ihm. „Manchmal wusste ich gar nicht so genau, was mit mir in diesen Momenten passierte. Ich hatte oft das Gefühl, neben mir zu stehen.“ Sie begann regelmäßig nachts einzunässen, bekam Alpträume und hatte zunehmend Schwierigkeiten in der Schule. Der Gedanke, sich jemanden anzuvertrauen, sei ihr damals nicht gekommen. Die Tablettensucht der Mutter wurde schließlich immer stärker. Sie zwang ihre Tochter, der Schule fernzubleiben, um ihr die nötigen Medikamente zu besorgen. Eines Tages sprang sie vor den Augen ihrer Tochter aus dem Fenster, um ihrem Leben ein Ende zu setzen. Mit dem Selbstmord der Mutter endete vorerst der Leidensweg der Patientin. Mit 10 Jahren kam sie in ein Kinderheim und wurde so von ihrem Stiefvater getrennt.

Als Ursache für die sexuelle Ausbeutung von Kindern werden einerseits gesellschaftliche, patriarchalische Machtstrukturen, andererseits eine massive Familiendysfunktion beziehungsweise Beziehungsstörung angesehen. Dazu kommt die individuelle Psychopathologie des Täters. Nur ein Teil der Täter wurde selbst missbraucht. Oft besteht eine emotionale Übereinstimmung zwischen dem emotional zurückgebliebenen Täter und dem Kind. Beim Täter liegt ein abweichendes sexuelles Erregungsmuster im Sinne einer Erregung durch Kinder vor. Nicht selten kam es in der Vergangenheit zu Versagensängsten oder -erlebnissen mit erwachsenen Partnern und zu einer Blockierung der sexuellen Wünsche. Nicht zuletzt kann es zu einer Aufhebung von Hemmungen und moralischer Bedenken durch Auslöser wie Stress, Arbeitslosigkeit, Versagensgefühle, Ehe- oder Beziehungsstörungen kommen.

Wie zur körperlichen Gewalt gegen Kinder gibt es auch zur sexuellen Gewalt in der Fachliteratur eine große Anzahl unterschiedlicher Definitionen. Häufig wird in enge und weite Definitionen unterschieden (Engfer und Kintzer 1986). Ziel der engen Definitionen ist es, keine falsch positiven Fälle einzuschließen und andere Ursachen als den Missbrauch für das Leiden des Kindes sicher auszuschließen. Ein oft zitiertes Beispiel hierfür ist der Paragraph 176 des Strafgesetzbuches. Weit gefasste Definitionen dagegen wollen keine falsch negativen Fälle miteinbeziehen. Ziel ist also, möglichst alle Fälle von sexueller Gewalt gegen Kinder zu erfassen. Ein gutes Beispiel hierfür stammt von Wyatt. Wyatt fasst neben körperlichen Berührungen (vollendeter Geschlechtsverkehr, gegenseitige Masturbation, hand- und oralgenitaler Kontakt, Streicheln mit dem Ziel der sexuellen Erregung) auch nicht körperliche Kontakte in die Definition eines sexuellen Missbrauchs mit ein, also zum Beispiel exhibitionistisches Verhalten oder das Anschauen von pornographischen Bildern (Wyatt 1985).

Bachmann beschreibt 1988 vier Hauptmerkmale der verschiedenen Definitionen zum sexuellem Kindesmissbrauch: die Art der sexuellen Aktivität sowie die Absicht, die mit ihr verfolgt wird; das Alter des Täters und seine Beziehung zum Kind (Verwandter, Bekannter, Fremder); das Verständnis des Kindes über die sexuellen Handlungen und die Form des Zwanges, der eingesetzt wird (inklusive eventueller körperlicher Gewaltanwendungen). Diese Merkmale sind nicht nur wichtig, für die Definition des sexuellen Kindesmissbrauchs beziehungsweise der sexuellen Gewalterfahrung - sei es für rechtliche oder wissenschaftliche

Zwecke - sondern auch für das Verständnis der Langzeitfolgen für das Kind (Bachmann u. a. 1988). Auf die Folgen wird an späterer Stelle gesondert eingegangen.

Wetzels definiert sexuellen Missbrauch an Kindern folgendermaßen (Wetzels 1997):

Sexueller Kindesmissbrauch ist die sexuelle Handlung einer erwachsenen oder in Relation zum Opfer bedeutend älteren Person mit, vor oder an einem Kind, bei welcher der Täter seine entwicklungs- und sozial bedingte Überlegenheit - unter Missachtung des Willens oder der Verständnisfähigkeit eines Kindes - dazu ausnutzt, seine persönlichen sexuellen Bedürfnisse nach Erregung, Intimität, oder Macht zu befriedigen. Es handelt sich um die sexuelle Instrumentalisierung eines Kindes, bei welcher die Intensität der sexuellen Handlung auch von strafrechtlicher Relevanz ist.

Bei der Anwendung sexueller Gewalt an Kindern werden nicht nur geltende Familienregeln, sondern auch gesellschaftliche Tabus überschritten. Der Missbrauch ist umso verwerflicher, als dass ein Kind aufgrund seiner emotionalen und kognitiven Entwicklung und aufgrund des Abhängigkeits- und Machtverhältnisses zwischen Kindern und Erwachsenen nicht in der Lage ist, diesen Handlungen wesentlich, informiert und frei zuzustimmen. Man spricht daher auch von „informed consent“. Der erwachsene Täter nutzt also seine Machtposition und Autorität aus, um das Kind zur Kooperation zu überreden oder vielmehr zu zwingen. Einfach gesagt ist die Absicht des Erwachsenen entscheidend, sich einem Kind zu nähern, um sich sexuell zu erregen oder zu befriedigen (Hermann 1999).

Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird strafrechtlich nach § 176 verfolgt. Der Gesetzgeber schreibt:

- (1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter 14 Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe ... bestraft.
- (2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen lässt.
- (3) Mit Freiheitsstrafe... wird bestraft, wer 1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt, 2. ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an sich vornimmt, oder 3. auf ein Kind durch Vorzeigen pornographischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornographischen Inhalts oder durch entsprechende Reden einwirkt.
- (4) Der Versuch ist strafbar;

Paragraph 176a behandelt den schweren sexuellen Missbrauch von Kindern:

(1) Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird ... bestraft, wenn 1. eine Person über 18 Jahre mit dem Kind den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind, 2. die Tat von mehreren gemeinschaftlichen begangen wird, 3. der Täter das Kind durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt oder 4. der Täter innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer solchen Straftat rechtskräftig verurteilt worden ist. (5) Mit Freiheitsstrafe nicht unter 5 Jahren wird bestraft, wer das Kind ... 1. bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder 2. durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

Der sexuelle Missbrauch mit Todesfolge wird noch einmal gesondert im Paragraphen 176b behandelt (Leckner und Schröder 2001).

Dieser Auszug aus dem Strafgesetzbuch entspricht dem Stand von 1998. Im November 1997 beschloss der Bundestag - nicht zuletzt aufgrund der Sexualmorde im Jahre 1997 - eine Neufassung des Sexualstrafrechtes. Seitdem behandelt Paragraph 176 Strafgesetzbuch schweren Missbrauch nicht mehr als Vergehen, sondern als Verbrechen, das mit Freiheitsentzug von mindestens 1 Jahr und bis zu 15 Jahren (früher 10 Jahren) geahndet wird. Dadurch, dass die Tat nun zu einem so genannten Officialdelikt wird, kann die Staatsanwaltschaft die Ermittlungen nun auch unabhängig von einer Anzeige des Opfers aufnehmen. Diese Einordnung hat weiterhin die Konsequenz, dass ein Strafverfahren wegen schweren sexuellen Missbrauches nicht mehr - zum Beispiel durch die Familie - eingestellt werden kann. Ferner kann nun schon die Verabredung zum schweren sexuellem Missbrauch bestraft werden kann. Weiterhin wurde durch Änderungen im strafrechtlichen Sanktionssystem und im Strafvollzugsrecht den Gerichten die Möglichkeit eingeräumt, den Schutz der Allgemeinheit insbesondere vor gefährlichen Sexual- und Gewaltstraftätern zu gewährleisten. Eine weitere wichtige Neuerung für die Rechtsprechung bei sexueller und natürlich auch körperlicher Gewaltausübung betrifft das „Zeugenschutzgesetz“, das seit 1.12.1998 in Kraft ist und die Verwendung von Zeugenaussagen auf Video erlaubt. Damit müssen Kinder nicht mehr persönlich in „Missbrauchsprozessen“ auftreten, eine Konfrontation mit dem Täter bleibt ihnen so erspart. Trotz dieser vielen Veränderungen

zeigt die juristische Praxis, dass die Zahl der Verurteilungen im Gegensatz zu den angezeigten Fällen äußerst gering ist.

Bevor es jedoch zu einer Anklage oder einer Verurteilung eines Täters kommen kann, muss die Gewalttat aufgedeckt werden. Die meisten Opfer verschweigen die Tat aus Gründen wie Angst, Geheimhaltungsdruck durch den Täter, einem Loyalitätskonflikt sowie Scham- und Schuldgefühlen. Daher sind nonverbale indirekte Hinweise, Verhaltensauffälligkeiten sowie psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen und körperliche Symptome häufig die einzige Diagnosemöglichkeit. Ein charakteristisches „Missbrauchssyndrom“ gibt es nicht. Die Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptome sind als Bewältigungsversuch und für Kinder als psychisch überlebensnotwendig anzusehen (Hermann 99). Auf weitere Themen wie Aufdeckung und Intervention soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Es ist jedoch immer eine Zusammenarbeit sowie eine Vernetzung und Koordination verschiedener Berufsgruppen notwendig.

Ein weiterer, häufig diskutierter Faktor im Zusammenhang mit Definitionen von sexuellem Missbrauch beziehungsweise sexueller Gewalt ist das Alter, bis zu dem ein Opfer sexueller Gewalt noch als Kind gilt und somit von sexuellem Kindesmissbrauch gesprochen werden kann. Die Angaben hierzu variieren zwischen den einzelnen Untersuchern und Studien sehr. Sie reichen von 12 Jahren (Richter-Appelt und Tiefensee 1996, Mullen u. a. 1988), über 14 Jahre (Briere und Runtz 1988, Leckner und Schröder 2001), 16 Jahre (Finkelhor 1984a, Draijer 1990) und 17 Jahre (Russel 1983, Wyatt 1985).

Genaue epidemiologische Daten über die Häufigkeit - und die charakteristischen Eigenschaften - von Kindesmisshandlungen sind notwendig, um die Gesundheitsdienste und Ärzte, die Justizbehörden und die sozialen Einrichtungen dabei zu unterstützen, die Mädchen und Frauen vor Übergriffen zu schützen und Missbrauchsopfern zu helfen (Vogeltanz u. a. 1999). Die meisten Fälle von körperlicher und sexueller Gewalt gegen Kinder werden aus Angst vor weiteren Misshandlungen und Bedrohungen aufgrund der in der Regel bestehenden Abhängigkeiten zwischen Tätern und Opfern nicht angezeigt. So stützen sich die meisten Schätzungen über ihre Häufigkeit auf groß angelegte retrospektive Studien (Finkelhor 1994). In diesen Studien finden wir für alle Bereiche große Bandbreiten von Prävalenzraten. So wird die Häufigkeit von sexueller Gewalt im Kindesalter bei heute erwachsenen Frauen in den USA und Canada in Stu-

dien, die innerhalb des Zeitraumes von 1980-1997 durchgeführt wurden, auf 2-62% geschätzt (Finkelhor 1994, McMillan u. a. 1997, Hermann 1999). Moeller, Bachmann und Moeller konnten 1993 in einer klinischen Studie über eine hohe Häufigkeit von sexuellen, körperlichen als auch emotionellen Gewaltanwendungen in der Kindheit bei gynäkologischen Patientinnen berichten. Die Hälfte der Studienteilnehmerinnen berichtete über eine der drei genannten Formen der Misshandlung, wobei sogar 18,7% der Frauen über zwei Formen und 5,4% sogar über das Erleben aller drei Arten der Gewalt erzählten (Moeller u. a. 1993). Eine schwedische Forschergruppe beschäftigte sich in einer Untersuchung mit gesunden Frauen einer ländlichen Gegend mit dem Zusammenhang zwischen Gewalt in Kindheit oder Erwachsenenalter und unspezifischen körperlichen und mentalen Symptomen (Krantz und Ostergren 2000). Eine körperliche Misshandlung bzw. ein sexueller Missbrauch als Kind wurde bei 32,2% der Frauen festgestellt, eine Gewalterfahrung im weiteren Leben machten 15,6% von ihnen. Schei untersuchte 1990 eine nicht klinische Stichprobe von 150 norwegischen Frauen, um die Häufigkeit von sexueller Gewalt im Laufe des Lebens von erwachsenen Frauen herauszufinden. 15,5% der Frauen berichteten über sexuellen Missbrauch in der Kindheit. 17% wurden als Erwachsene durch ihren Ehemann/Lebenspartner missbraucht und 5% erfuhren sexuelle Gewalt durch einen anderen Erwachsenen (Schei 1990). Schaaf und McCanne veröffentlichten 1998 eine Untersuchung zu den Folgen sexueller, körperlicher oder kombinierter Gewalt in der Kindheit bei College-Studentinnen. 5,7% berichteten über sexuellen Kindesmissbrauch, 11,2% über eine körperliche Misshandlung und 6,5% über eine Kombination aus beiden Gewaltformen (Schaaf und McCanne 1998). In einer 1998 von Rind, Tromovitch und Bausermann durchgeführten Meta-Analyse von Studien, die sich mit einem früherem sexuellem Kindesmissbrauch bei heutigen College-Studentinnen und Studenten beschäftigten, untersuchten sie unter anderem auch die Prävalenzdaten des Missbrauches in dieser Gruppe. Im Durchschnitt berichteten 27% der Studentinnen Opfer sexueller Gewalt als Kind gewesen zu sein. Die Standardabweichung betrug 16%, die Bandbreite lag zwischen 8-71% (Rind u. a. 1998).

Eine Ursache für diese breite Streuung liegt sicherlich in verschiedenen methodischen Faktoren (Vogeltanz u. a. 1999, Fry 1993). Dazu gehören zum einen die Auswahl der zu untersuchenden Frauen (klinische Studien - Studien mit der Allgemeinbevölkerung) sowie die Methode zur Stichprobenzusammenstellung. Auch ist

es für die Schätzung von Bedeutung, ob den Frauen Fragebögen zugeschickt werden, sie am Telefon oder in einem persönlichen Gespräch interviewt werden. Peters, Wyatt & Finkelhor fanden heraus, dass persönliche, von geschulten Untersuchern geführte Interviews zu höheren Prävalenzergebnissen führten. Auch die Anzahl der Fragen, die zur Gewalterfahrung in der Vergangenheit - möglichst an verschiedenen Stellen eines Interviews oder Fragebogens - gestellt werden, haben Einfluss auf die Angaben der Frauen und somit auch auf die ermittelten Häufigkeiten. Studien, in denen nur mit einer Frage nach sexueller Gewaltanwendung gefragt wurde, hatten signifikant niedrigere Häufigkeitszahlen (13% und weniger), als diejenigen, die zwei oder mehr Fragen stellten (19% und mehr) (Peters u. a. 1986). Schließlich spielt auch noch die Rücklaufquote der Fragebögen beziehungsweise die Teilnahmebereitschaft der Frauen zu Interviews eine Rolle. Einhellige Meinung besteht in der Literatur aber darüber, dass die Definitionen von sexueller und körperlicher Gewalt gegen Mädchen und Frauen der entscheidende Grund für die breite Streuung der Häufigkeiten ist (Vogeltanz u. a. 1999, Fry 1993). Unter anderem stellte sich auch Rind & Tomovitch, als Autoren der oben genannten Meta-Analyse, das Problem, dass die Definitionen einer Gewaltanwendung sehr unterschiedlich gefasst worden waren. Zum einen betraf dies die Problematik der Altersgrenze, bis zu der die Studentinnen als Kind galten (meist 16 Jahre). Auch wurden meist sowohl Handlungen, die zu einem direkten Kontakt zwischen Täter und Opfer führten, als auch solche, ohne direkten Kontakt wie zum Beispiel verbale Belästigungen und Exhibitionismus als Formen des sexuellen Missbrauchs betrachtet. Nicht immer wurden nur Handlungen, die gegen den Willen des Kindes geschahen, als Gewaltanwendung bezeichnet. So wurden zum Teil auch von beiden Seiten gewünschte sexuelle Handlungen zwischen zum Beispiel einer 15-Jährigen und ihrem 5 Jahre älteren Freund als Form einer Gewalttat gewertet.

2.2 Formen der Gewalt gegen Frauen

Gewalt gegen Frauen hat viele Gesichter. Sie geschieht zumeist als häusliche Gewalt, also als Gewalt, die in der Privatsphäre zwischen Menschen geschieht, die durch intime, verwandtschaftliche oder gesetzliche Beziehungen miteinander verbunden sind. Deutlich seltener, insbesondere in der westlichen Welt, erleben Frauen Gewalt auch durch Fremde oder staatliche Institutionen wie zum Beispiel in

Form der Folter. Der Schwerpunkt der theoretischen Ausführungen soll daher im Bereich der Gewalt in der Familie liegen.

Gewalt in der Familie ist ein universelles und altes Phänomen, das über Länder und Kulturkreise hinweg in aller Welt belegt ist. Obwohl die unterschiedlichen sozialen, kulturellen und politischen Kontexte, in denen häusliche Gewalt vor kommen, auch unterschiedliche Formen häuslicher Gewalt entstehen lassen, ist sie ständig zugegen und weit verbreitet. In einer schwedischen Untersuchung gaben 15,6% der Frauen einer ländlichen Gemeinde an, eine körperliche oder sexuelle Gewalterfahrung als Erwachsene gemacht zu haben (Krantz und Ostergren 2000). 1996 veröffentlichten Van Lenkvelde et al. eine Untersuchung zu Erfahrungen mit sexueller und körperlicher Gewalt an Patientinnen der gynäkologischen Klinik der Universität von Leiden in den Niederlanden. Von den untersuchten 325 Patientinnen gaben 15,4% an, in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren zu haben, 7,4% berichteten über körperliche Misshandlungen (van Lenkvelde u. a. 1996). In einer Studie von McGrath, Hogan und Peipert aus dem Jahre 1998 an Patientinnen einer gynäkologischen Notaufnahme lagen die Prävalenzdaten deutlich höher. 46% aller Patientinnen berichteten von einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung im Laufe ihres Lebens, 10% seien erst in der letzten Zeit misshandelt worden (McGrath u. a. 1998).

Der Begriff der häuslichen Gewalt ist zunächst einmal ein Widerspruch in sich, erschüttert er doch das friedliche Bild des Zuhauses und der Sicherheit, die die Familie bietet. Häusliche Gewalt beinhaltet jede Form von Gewalt oder Zwang, die das Leben, die körperliche Gesundheit, die Seele oder die Freiheit einer Person in der Familie oder Verwandtschaft gefährdet. Häusliche Gewalt geschieht zwischen Eltern und Kindern, Geschwistern, erwachsenen Kindern und alten Familienmitgliedern und auch durch die Frau an ihrem Partner selbst. Am häufigsten tritt häusliche Gewalt jedoch zwischen Ehemännern oder Lebensgefährten und ihren Frauen auf. Frauen erleben sie nicht nur in der am besten dokumentierten Form der physischen Gewalt, sondern auch als sexuelle Gewalt einschließlich Misshandlung und Missbrauchs von im Haushalt lebenden Mädchen, Vergewaltigung in der Ehe, Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane und anderer traditioneller, für die Frau schädlicher Praktiken. Nicht zuletzt soll auch auf die oft verdrängte Form der psychischen oder emotionellen Gewalt hin-

gewiesen werden, auf Einschüchterungen, Drohungen, Vertrauensbrüche. Auch die Zerstörung des persönlichen Eigentums der Frau ist eine Form der Gewalt (Charney und Russel 1994).

Während des gesamten Lebens einer Frau treten unterschiedliche Formen geschlechtsbezogener Gewalt auf, die sich in den verschiedenen Phasen ihres Lebens manifestieren. In einigen Ländern kommt es bereits vor der Geburt zu gewaltsamen Praktiken in Form der vorgeburtlichen Geschlechtswahl durch Abtreibung aber auch durch Kindesmord an Mädchen. Gewalt gegen Mädchen manifestiert sich später als Unterernährung, ungleicher medizinischer Versorgung, Zwangsarbeit, Verkauf von Kindern durch ihre Eltern und Zwang zur Prostitution. Während des Erwachsenenlebens werden die Frauen Opfer von den oben genannten Gewaltformen sowie erzwungener Schwangerschaft, Abtreibung und Sterilisation und später auch von Gewalt gegen Witwen und älteren Frauen (Coomaraswamy 1997).

Bevor nun auf die Formen körperlicher und sexueller Gewalt gegen Frauen näher eingegangen wird, soll hier kurz ein Beispiel häuslicher Gewalt in Deutschland erzählt werden. Auch diese Leidensgeschichte wurde von einer 32-jährigen Patientin erzählt, die sich bereit erklärte, an der Studie teilzunehmen.

Die Patientin wuchs in einer beschützten familiären Umgebung auf dem Lande auf. Mit 18 Jahren heiratete sie das erste Mal, um „mal raus zu kommen“. Nach einem Jahr fing ihr Mann an zu trinken und wurde schließlich alkoholabhängig. Er begann, sie im betrunkenen Zustand zu schlagen. Zunächst taten ihm seine Misshandlungen noch leid und er entschuldigte sich bei ihr dafür. Aus Scham vertraute sie sich niemanden an. Später jedoch nahm seine Gewalttätigkeit zu und er vergewaltigte sie schließlich mehrfach. Einmal drückte er sie bis zur Bewusstlosigkeit in der Badewanne unter Wasser. Diese damals empfundene Todesangst wird sie nie vergessen. Erst als eine Arbeitskollegin sie auf die offensichtlichen Misshandlungen ansprach, erzählte sie erstmals von ihren Schmerzen und Ängsten. Nach ihrem Entschluss, ihren Mann zu verlassen, zerschlug dieser die Möbel der gemeinsamen Wohnung und bedrohte sie, auch nachdem sie wieder zu ihrer Familie gezogen war, lange Zeit weiter. Er setzte sie emotional unter Druck, indem er nur eine Entziehungskur und Therapie machen wolle, wenn sie bei ihm bliebe. Sie kehrte vorübergehend zu ihm zurück und verließ ihn erst endgültig, als sie ihren zweiten Ehemann kennen lernte. Auch in dieser Beziehung wurde sie nicht

glücklich. Ihr zweiter Mann misshandelte sie nicht körperlich. Aber auch er habe ihr eine Form von Gewalt zugefügt, indem er sie stark eingeengt habe und sie in ihrer Persönlichkeit unterdrückt habe. Durch seine ständigen Sticheleien, sei ihr Selbstbewusstsein erniedrigt worden. Erst nach der Trennung erfuhr sie, dass er sie über Jahre mit einer anderen Frau betrogen hatte. Heute lebt die Patientin glücklich mit ihren zwei Kindern aus der zweiten Ehe alleine. Sie hat einen neuen Partner und eine neue berufliche Aufgabe gefunden, die sie ausfüllt. Wenn sie heute von ihrer Geschichte erzählt, hat sie das Gefühl, nicht von sich selbst zu sprechen.

2.2.1 Körperliche Gewalt gegen Frauen

Die körperliche Misshandlung beziehungsweise die körperliche Gewaltanwendung ist die häufigste Form häuslicher Gewalt und ist gekennzeichnet durch die Anwendung physischen Zwangs oder der Androhung eines solchen Zwangs durch einen dominanten Partner in der Familie. Die Gewaltanwendung wird zu meist zum Zwecke der Einschüchterung, Manipulierung oder Nötigung des untergeordneten Partners verübt. Opfer dieser Gewalttaten berichten über Misshandlungen in Form von Schlägen, Tritten, Bissen und Würgen, aber auch durch Verbrennungen, Säureverletzungen, Niederstechen und Schüssen. Im Extremfall endet die Misshandlung der Frau mit der Ermordung. Oft geschieht körperliche Gewalt nicht alleine, sondern in Verbindung mit psychischer Gewalt. Psychische Misshandlung geschieht zum Beispiel durch das gesprochene Wort, Einschränkungen und Kontrollen der sozialen Mobilität und Wegnahme wirtschaftlicher Ressourcen. Häusliche Gewalt wird oft assoziiert mit den sozialen Verhältnissen in der Kindheit, dem Freundes- und Bekanntenkreis, kriminellen Verhaltens und Alkoholabhängigkeit. Die Angaben über die Häufigkeit von häuslicher Gewalt differieren weltweit nur wenig. Dennoch gibt es nur wenige verlässliche Schätzungen darüber. Jedes Jahr werden etwa 2 Millionen Frauen in den Vereinigten Staaten von ihren männlichen Partnern geschlagen. 28% der amerikanischen Frauen berichteten über zumindest eine Episode körperlicher Gewalt (Straus und Gelles 1986). In Neuseeland berichteten 22,4% der in einer stichprobenartigen Untersuchung befragten Frauen, seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal Opfer körperlicher Misshandlung geworden zu sein. In 76% der Fälle geschah dies durch einen männlichen Partner. In Frankreich stellen Frauen einen Anteil

von 95% der Opfer angezeigter Gewalttaten, von ihnen wurden 51% von ihren Ehemännern misshandelt. In Entwicklungsländern wurden sogar ein Viertel bis zur Hälfte aller Frauen von ihrem jetzigen oder vorherigen Partner missbraucht (Heise u. a. 1994).

In der medizinischen Forschung begann man erst in den sechziger Jahren mit ersten Untersuchungen zur häuslichen Gewalt. Erst 1971 wurde eine erste Sonderausgabe eines wissenschaftlichen Magazins zu diesem Thema veröffentlicht (Journal of Marriage and Family 1971:31).

2.2.2 Sexuelle Gewalt gegen Frauen

Sexuelle Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich ist auch heute noch ein oft geleugnetes und tabuisiertes Thema. Insbesondere die Vergewaltigung in der Ehe ist in vielen Ländern erst seit kurzem als Straftat anerkannt. Unter einer Vergewaltigung versteht man im allgemeinen den Geschlechtsverkehr ohne Einwilligung, der durch Anwendung physischer Gewalt, Drohungen oder Einschüchterung herbeigeführt wird. Diese Definition schließt die Vergewaltigung der Frau durch ihren Ehemann oder Lebensgefährten mit ein. In einer aktuellen Studie von Plichta und Falik aus den USA gaben 34,6% der befragten Frauen an, Opfer häuslicher Gewalt durch ihren Partner geworden zu sein. 20,4% von ihnen berichtete, in der Vergangenheit vergewaltigt worden zu sein (Plichta und Falik 2001). Armstrong untersuchte Patientinnen einer gynäkologischen Notaufnahme. 16,2% der Frauen berichteten von der Erfahrung häuslicher Gewalt in der Vergangenheit. Davon war die Mehrheit von ihnen (63,8%) körperlich misshandelt worden, nur 5,6% berichteten von sexueller Gewalt (Armstrong 2001).

In vielen Regionen dieser Erde ist auch die erzwungene Prostitution der Frau durch ihren männlichen Partner oder die Eltern verbreitet. In Pakistan beispielsweise werden Frauen nicht nur von ihren Männern misshandelt, sondern auch zur Prostitution gezwungen. Viele dieser Frauen müssen unter entwürdigenden und unmenschlichen Bedingungen arbeiten und werden zusätzlich gefoltert und geschlagen. In Indien werden sie darüber hinaus oft zwangssterilisiert. Sie haben ein erhöhtes Risiko, an einer Vielzahl von Infektionskrankheiten insbesondere Aids zu erkranken und haben kaum Zugang zu medizinischer Versorgung. In einigen Ländern gibt es auch heute noch gegen Frauen gerichtet sexuelle Gewalt in Form der Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane. Sie ist von

Region zu Region unterschiedlich und wird zum Teil als rituelle Beschneidungszeremonie durchgeführt. Es werden - in der Regel von Frauen - im Rahmen dieser Riten Exzisionen oder Infibulationen der gesamten oder eines Teils der großen und kleinen Schamlippen oder der Klitoris vorgenommen. Auch kann eine Vergrößerung der Scheidenöffnung, ein Dammschnitt oder die Zerstörung des Jungfernhäutchens durch Gegenstände wie Stöcke durchgeführt werden. Diese ohne Narkose durchgeführte Praktiken sind äußerst schmerzhaft und verursachen oft stark und schwer zu stillende Blutungen. Häufige Folgen für diesem Ritual unterzogene Mädchen und Frauen sind Infektionen, die zu Unfruchtbarkeit und Komplikationen bei Geburten führen, sowie psychische Probleme hervorrufen können (Coomaraswamy 1997).

Abschließend ist anzumerken, dass zwischen der Misshandlung von Frauen und der Kindesmisshandlung ein nachgewiesener Zusammenhang besteht. Nach Expertenaussagen ist bei Kindern, deren Mütter geschlagen werden, die Wahrscheinlichkeit, selbst vom Peiniger ihrer Mütter oder gar von ihren Müttern selbst misshandelt zu werden, mehr als doppelt so groß als bei Kindern, deren Müttern nicht misshandelt werden. Gefahr droht den Kindern vor allem auch dann, wenn sie versuchen, ihre Mutter vor dem Gewalttäter zu schützen. Nicht zuletzt wurden Zusammenhänge zwischen dem Mitansetzen beziehungsweise eigenen Erfahrungen von körperlicher oder sexueller häuslicher Gewalt und eigenem gewalttätigen Verhaltens als Erwachsener belegt (Stewart und Robinson 1998).

2.3 Folgen von sexueller und körperlicher Gewalt

Sexuelle oder körperliche Gewalt an Mädchen und Frauen hinterlässt Spuren. Das Ausmaß der Folgen ist abhängig vom Grad der Gewaltanwendung, der Art und Invasivität des Missbrauchs, dem Grad der Nähe zwischen Täter und Opfer sowie den Reaktionen der Umgebung auf die Aufdeckung der Gewalt. In Anlehnung an die Einteilung von Browne & Finkelhor zu den Folgen von sexuellem Kindesmissbrauch möchte ich zwischen zwei Arten von Folgen einer Gewalterfahrung unterscheiden (Browne und Finkelhor 1986):

- Unter den initialen Folgen werden unmittelbare Reaktionen der Mädchen und Frauen auf die Gewalterfahrung verstanden, die innerhalb der ersten zwei Jahre auftreten (Kurzzeitfolgen).
- Unter Langzeitfolgen einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung werden bei Mädchen die langfristigen Wirkungen im Erwachsenenalter verstanden. Bei einer Misshandlung als erwachsene Frau werden darunter die noch später als zwei Jahre nach dem Ereignis vorhandenen oder neu aufgetretenen Folgeerscheinungen verstanden.

Erst in den letzten Jahren wurden die Auswirkungen der Gewalt auf Mädchen und Frauen näher untersucht und Untersuchungsergebnisse zu den initialen Folgen als auch zu den Langzeitfolgen vorgelegt. Der Schwerpunkt der Forschung lag dabei auf den Folgen für als Kind sexuell ausgebeutete Frauen (Browne und Finkelhor 1986, Beitchman u. a. 1991, Beitchman u. a. 1992, Kendell-Tackett u. a. 1993). Für die Auswirkungen von als Kind körperlich misshandelten Frauen liegt eine deutsche Studie von Richter-Appelt vor (Richter-Appelt und Tiefensee 1996). Eine Übersicht über die Folgen von Gewalt an erwachsenen Frauen findet man bei Leidig (Leidig 1992) und Stewart & Robinson (Stewart und Robinson 1998).

Auch in diesem Kapitel gilt es wieder darauf hinzuweisen, dass verschiedene methodische Probleme bei der Folgenforschung zu betrachten sind. Unterschiedliche Forschungsergebnisse kommen unter anderem durch die verschiedenen Merkmale und Ansätze der Studien zustande. Sie unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf

die Definitionen, sondern auch in Bezug auf die Befragungsmethoden (Fragebogen, Interview), Erhebungsinstrumente (standardisierte vs. Ad hoc-Instrumente), statistische Verfahren (uni-, multivariate Verfahren) und Befragte (repräsentative Stichproben, Studenten-, Freiwillige-, klinische Kollektive) (Moggi 1991). Trotzdem soll an dieser Stelle ein kurzer Überblick über die Folgen einer Gewalterfahrung gegeben werden. Das Hauptaugenmerk soll sich dabei - entsprechend des Forschungsansatzes unserer Studie - auf die Langzeitfolgen richten.

2.3.1 Akute Folgen der Gewalt gegen Kinder

In vielen Studien werden in Anlehnung an Browne und Finkelhor die unmittelbaren Folgen in vier Symptomgruppen unterteilt (Browne und Finkelhor 1986). Im Einzelnen sind das:

- Emotionale Reaktionen
 Ängste, Phobien, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, niedriger Selbstwert, Suizidalität, Schuld- und Schamgefühle, Ärgerneigung, Feindseligkeit und selbstschädigendes Verhalten (zum Beispiel substanzgebundenes Suchtverhalten)
- Unangemessenes Sexualverhalten
 Exzessive Neugier an Sexualität, frühe sexuelle Beziehungen, offenes Masturbieren oder Exhibitionismus und unangemessen sexualisiertes Verhalten im Sozialkontakt
- Auffälligkeiten im Sozialverhalten
 Weglaufen von Zuhause, Schulschwierigkeiten, Fernbleiben vom Unterricht, Rückzugsverhalten, Hyperaktivität, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten wie mutwilliges Zerstören von Eigentum, physische Angriffe (unter Umständen unter Benutzung von Waffen)
- Somatische und psychosomatische Folgen
 Verletzungen im genitalen, analen oder oralen Bereich (z.B. unerklärliche Blutungen, Hämatome, Risse, Fremdkörper in der Scheide oder Anus), Schwangerschaften während der Adoleszenz, Geschlechtskrankheiten (z.B.

Pilzinfektionen, Herpes, Gonorrhoe, Aids), psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopf-, Magen- und Unterleibsschmerzen, Atembeschwerden, Erstickungsanfälle), Ess- und Schlafstörungen sowie Enuresis und Enkopresis

2.3.2 Akute Folgen der Gewalt gegen Frauen

Die wenigsten Frauen, die in der häuslichen Umgebung sexuell oder körperlich angegriffen wurden, stellen sich in der akuten Situation ärztlich vor. Wenn sie es aufgrund der Schwere der Verletzung doch tun, fallen sie selten durch typische Symptome einer vorausgegangenen Misshandlung auf. Berichtet die Patientin nicht selbst von ihrem Erlebnis, so wird die Missbrauchssituation vom behandelndem Arzt meist nicht erkannt.

Medizinische Folgen einer körperlichen Misshandlung der Frau sind Verletzungen wie Hämatome, Stich- und Bisswunden, Verbrennungen, Frakturen sowie Gebiss-, Kopf-, und Augenverletzungen. Bei der Untersuchung sollte man auf typische Lokalisationen der Verletzungen im Kopf- Nacken- und Gesichtsbereich oder am Körperstamm, der bei der Untersuchung in der Regel von der Unterwäsche bedeckt bleibt, achten. Häufig findet man Hämatome in unterschiedlichen Abheilungsphasen.

Sexuelle Gewalt kann zu Verletzungen des Genitalbereiches, sexuell übertragbaren Krankheiten und anderen Infektionen des Urogenitaltraktes, unerwünschter Schwangerschaft aber auch Unfruchtbarkeit führen.

2.3.3 Langzeitfolgen der Gewalt gegen Kinder

Es ist unbestritten, dass sexuelle und körperliche Gewaltanwendungen an Kindern nicht nur zu unmittelbaren körperlichen und seelischen Verletzungen führen, sondern auch viele Jahre später noch des Leben der Betroffenen beeinflussen. Das Ausmaß der Folgen ist dabei von verschiedenen Faktoren abhängig. Studien konnten nachweisen, dass Kinder, die im Schulalter missbraucht wurden, größere Störungen aufwiesen, als diejenigen, die im jüngeren Alter missbraucht wurden. Je länger der Missbrauch anhielt, je häufiger er geschah und je mehr Gewalt und Druck eingesetzt wurde, desto schwerwiegender sind die Auswirkungen auf das Kind (Beitchman u. a. 1991). Zunächst wurden vor allem die

psychopathologischen Auswirkungen der Gewalt untersucht. In retrospektiven Studien an als Mädchen missbrauchten Frauen wurden Folgen wie Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Dissoziative Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Somatisierungsstörungen, aber auch Medikamenten- und Drogenabhängigkeiten beschrieben (McMillan u. a. 1997, Saunders u. a. 1992, Resnick u. a. 1993, Zlotnick u. a. 1996, Stein u. a. 1996, Stein und Barrett-Connor 2000, Zlotnick u. a. 2001). Die Frauen haben ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen und prolongierte depressive Episoden. Forbey et al. konnten mittels Einsatzes des MMPI-A für Jugendliche erhöhte Skalen in diesem Test zum Beispiel für Psychopathologische Deviationen oder Schizophrenie nachweisen (Forbey u. a. 2000).

Nachdem sich nun der Zusammenhang zwischen einem sexuellem Trauma und psychiatrischen Erkrankungen etabliert hat, wird ein Zusammenhang zu körperlichen Beschwerden zunehmend erkannt (Laws 1993, Golding 1994, Golding 1996). Zu Beginn der Forschung stand die Untersuchung von chronischen Unterleibsschmerzen und anderen gastrointestinalen Symptomen wie dem irritable bowel Syndrom im Vordergrund (Walker u. a. 1988, Walker u. a. 1993, Walling u. a. 1994, Drossman u. a. 1990). Viele groß angelegte klinischen Studien folgten. So berichteten die Frauen im Vergleich zu nicht missbrauchten Frauen vermehrt über körperliche Probleme (Cunningham u. a. 1988, Lechner u. a. 1993, Walker u. a. 1999). Dabei ist jedoch zu beachten, dass ein sexueller Missbrauch zu häufigeren Aufsuchen medizinischer Einrichtungen wie Krankenhäusern und Praxen führt, so dass bei klinischen Studien mehr körperliche Beschwerden von den Teilnehmerinnen berichtet werden (Walker u. a. 1999). Moeller et al. stellten fest, dass gynäkologische Patientinnen, die in ihrer Kindheit sexuell, körperlich oder emotionell misshandelt worden waren, öfter stationär in einem Krankenhaus behandelt werden mussten, unter mehr körperlichen Beschwerden litten und ihren Gesundheitszustand insgesamt schlechter einschätzen als die anderen Studienteilnehmerinnen (Moeller u. a. 1993). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Arnold et al., der Patientinnen, die in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt wurden, untersuchte (Arnold u. a. 1990). Sexuell misshandelte Frauen stellen sich oft mit Symptomen, die schwer zu objektivieren sind, bei Ärzten der unterschiedlichsten Fachrichtungen vor und unterziehen sich vielfältigen medizinischen und chirurgischen

Untersuchungen. Viele werden mehrfach operiert, ohne dass pathologische Befunde erhoben werden können (Salmon und Calderbank 1995, Walker u. a. 1992). Generell schätzen Frauen mit einer sexuellen Gewalterfahrung in der Kindheit ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein, als nicht missbrauchte Frauen (Golding u. a. 1997). Weitere oft genannte gesundheitliche Folgen der Gewalt sind Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fibromyalgie, Brustschmerzen und nicht epileptische Anfälle (Lechner u. a. 1993, Felitti 1991, Moeller u. a. 1993, Betts und Boden 1992, Walker u. a. 1992, Walker u. a. 1997, Golding 1999, Finestone u. a. 2000). In einer prospektiven Studie von Raphael et al. aus dem Jahr 2001 fanden die Autoren keinen Zusammenhang zwischen einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung in der Kindheit und unerklärbaren Schmerzsyndromen. Sie stellen die Annahme, dass medizinisch nicht erklärbare Schmerzen eine psychogene Ursache, zum Beispiel in Form eines Missbrauchs haben, in Frage (Raphael u. a. 2001).

Erst in jüngerer Zeit wurden Studien durchgeführt, um objektive Gesundheitsparameter in Beziehung zu einer vorausgegangenen Gewalttat zu messen. Stein stellte fest, dass missbrauchte Frauen ein signifikant höheres Risiko haben, an Brustkrebs und Arthritis zu erkranken. Dabei steigt das Risiko umso höher, je häufiger die Frauen missbraucht worden waren (Stein und Barrett-Connor 2000).

In den Tabellen 2.1 und 2.2 wird nun noch einmal eine Übersicht über die psychosozialen und körperlichen Beschwerden infolge einer Gewalterfahrung in der Kindheit gegeben.

Psychosoziale Folgen

Depressionen, Angststörungen
Somatisierungsstörungen
Dissoziative Störungen und Borderline Persönlichkeiten
Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)
Geringe Selbstachtung und geringes Selbstbewusstsein
Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
Selbstmordversuche
Probleme in zwischenmenschlichen und sexuellen Beziehungen

Tabelle 2.1: Psychosoziale Langzeitfolgen einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung in der Kindheit.

Körperliche Folgen

Gastrointestinale Beschwerden wie das irritable bowel syndrom
Abdominelle Schmerzen
Brustschmerzen und Luftnot
Kopfschmerzen
Muskel- und Gelenksbeschwerden, Fibromyalgia rheumatica
Non epileptic „seizures“
Gynäkologische Beschwerden (siehe unten)
Eine allgemein erhöhte Anzahl unspezifischer körperlicher Beschwerden

Tabelle 2.2: Körperliche Langzeitfolgen einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung in der Kindheit.

2.3.4 Langzeitfolgen der häuslichen Gewalt gegen Frauen

Häusliche Gewalt gegen Frauen führt nicht nur zu unmittelbaren körperlichen Folgen, sondern beeinflusst auch das Verhalten von Frauen und kann Auswirkungen auf die Psyche nehmen.

Es ist bereits seit Anfang der Forschung über häusliche Gewalt bekannt, dass viele Opfer im Verlauf ihres weiteren Lebens über unspezifische körperliche Symptome klagen (Viken 1982). Dazu gehören chronische Schmerzsyndrome wie Unterleibsschmerzen, Kopf- und Rückenschmerzen, Muskelverspannungen, vegetative Funktionsstörungen, Schlafstörungen und Beschwerden des Gastrointestinaltraktes (Golding 1999). Gewaltopfer suchen häufiger medizinische Einrichtungen wie Krankenhäuser und Arztpraxen auf. Dabei berichten sie oft über ihre Symptome, ohne die vorausgegangenen Misshandlungen zu erwähnen. Zu den möglichen Verhaltensstörungen nach einem Gewalterlebnis zählen Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, Sexualfunktionsstörungen, Essstörungen, Selbstverletzungen, aggressives aber auch passives und abhängiges Verhalten sowie Selbstmordversuche (American Medical Association 1989, Leidig 1992, Bergmann u. a. 1987). Die psychologischen Konsequenzen der häuslichen Gewalt sind abhängig von der Art, der Dauer und der Schwere der Misshandlung. Sie werden beeinflusst von den Coping-Strategien der Frauen und der Unterstützung aus ihrem sozialem Umfeld (Rose 1993). Initiale Reaktionen auf die erlebte Gewalt bestehen aus Schock, Erstarrung, Zurückziehen und Verleugnung des Geschehenen. Viele Frauen sind wie betäubt und unfähig die Zerstörung von Vertrauen zu glauben. Psychische Langzeitfolgen setzten sich aus vielen psychiatrischen Symptomen und Erkrankungen, die meist einer chronischen Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörung zugeordnet werden, zusammen. Häufig haben diese Frauen Probleme, ein Vertrauensverhältnis zu bilden und intime Beziehungen aufzubauen. Gefühle wie Ärger und Wut, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit treten auf. Ängste, phobische Störungen und Vermeidungstendenzen sind häufig und es entwickeln sich nicht selten generalisierte Angststörungen. Aufgrund dessen und nicht selten auftretenden Schuldgefühlen und dem Empfinden einer Stigmatisierung treten weitere seelische Leiden auf. Das Gewalterlebnis führt zu niedriger Selbstachtung und niedrigem Selbstwertgefühl, Kontrollverlust und Selbstanschuldigungen sowie dissoziativen Störungen (Stewart und Robinson 1998, Herman und Van der Kolk 1989). In Tabelle 2.3

und 2.4 werden die Langzeitfolgen der häuslichen Gewalt noch einmal zusammengefasst.

Psychosoziale Folgen

Depressionen, generalisierte Angststörungen
Somatisierungsstörungen
Dissoziative Störungen und Borderline Persönlichkeiten
Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)
Essstörungen wie Bulimia nervosa und Adipositas
Geringe Selbstachtung und geringes Selbstbewusstsein
Alkohol- Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
Selbstverletzungen und Selbstmordversuche
Sexualfunktionsstörungen
Probleme in zwischenmenschlichen und sexuellen Beziehungen

Tabelle 2.3: Psychosoziale Langzeitfolgen häuslicher sexueller oder körperlicher Gewalt an Frauen.

Körperliche Folgen

Gastrointestinale Beschwerden wie das irritable bowel syndrom
Abdominelle Schmerzen
Unterleibsschmerzen
Kopfschmerzen
Muskelverspannungen und Rückenbeschwerden
Schlafstörungen
Gynäkologische Beschwerden
Eine allgemein erhöhte Anzahl unspezifischer körperlicher Beschwerden

Tabelle 2.4: Körperliche Langzeitfolgen häuslicher sexueller oder körperlicher Gewalt an Frauen.

2.3.5 Auswirkungen der Gewalt auf die Sexualität von Frauen

Seit dem sich die wissenschaftliche Forschung mit der Problematik der sexuellen Gewaltanwendung beschäftigt, werden auch Auswirkungen der erfahrenen Gewalt auf die Sexualität der Frauen beschrieben. Fromuth postulierte 1986, dass sexuelle Ausbeutung im Kindesalter aufgrund der negativen ersten sexuellen Erfahrung zu einer Sexualstörung als Erwachsene führen muss (Fromuth 1986). Auch bei erwachsenen Frauen, die vergewaltigt worden sind, wird eine Beeinträchtigung der sexuellen Zufriedenheit erwartet. Jehu fand heraus, dass sexuelle Stimuli assoziiert werden mit Schmerzen oder anderen körperlichen Traumen. Dies wiederum kann zu Ängsten, sexuellen Funktionsstörungen und allgemein negativen Gefühlen und Gedanken bei der Sexualität führen (Jehu u. a. 1985). Ein vorher angenehm empfundener Akt wird nun nach Ellis erlebt als eine Situation aus Hilflosigkeit und Kontrollverlust (Ellis u. a. 1981).

Viele Studien haben nun die Effekte von sexueller Gewalt bei Mädchen und Erwachsenen auf das Sexualeben der Frauen untersucht. Dabei sind die Ergebnisse sehr unterschiedlich ausgefallen. Einige Studien konnten bei Opfern sexueller Gewalt im Kindesalter sexuelle Dysfunktionen und eine geringere sexuelle Zufriedenheit feststellen (Gold 1986, Briere und Runtz 1987, Briere und Runtz 1990). 1975 berichtete Bart, dass von 1070 vergewaltigten Frauen, im Verlauf 33% unter sexuellen Problemen litten (Bart 1975). In einer Studie von Becker et al. aus dem Jahre 1982 wurde dargestellt, dass von 83 in der Kindheit vergewaltigten oder sexuell von ihren Angehörigen misshandelten Frauen, 56,6% über mindestens eine sexuelle Funktionsstörung berichteten (Becker u. a. 1982). Van Lankveld untersuchte 1996 Patientinnen mit einer Gewalterfahrung einer gynäkologischen Klinik in den Niederlanden. 34,2% berichteten über sexuelle Probleme (van Lankveld u. a. 1996). Die überwiegende Mehrzahl der Studien zum sexuellen Erleben von Frauen, die im Kindesalter sexuelle Gewalt erfahren hatten, konnte jedoch keinen Unterschied bezüglich der sexuellen Zufriedenheit, des sexuellen Verlangens oder der Sexualfunktionen nachweisen (Greenwald u. a. 1990, Fromuth 1986, Alexander und Lupfer 1987, Wind und Silvern 1992). Es wurde aber eine höhere Wahrscheinlichkeit für promiskuitives Verhalten und ein erhöhtes Risiko einer Revictimisierung beschrieben. Einige Mädchen und Frauen ziehen sich sozial und sexuell zurück, da es zur Assoziation von negativen

Gefühlen wie Hilflosigkeit, Angst, Ekel, Hass und Schuld mit der sexuellen Gewalterfahrung kommt. Auf der anderen Seite können betroffenen Frauen auch eine ungewohnt häufige sexuelle Aktivität entwickeln. Gerade bei den heranwachsenden Mädchen werden negative sexuelle „label“ zu Teilen des Selbstkonzeptes mit Auswirkungen auf die Beziehungen zu anderen Mitgliedern ihrer Altersgruppe (Bartoi u. a. 2000). In einer Studie an Patientinnen mit einer Dyspareunie an der Universität Montreal wurde kein Zusammenhang zwischen dem schmerzhaften Erleben des Geschlechtsverkehrs und sexueller oder körperlicher Gewalterfahrungen festgestellt (Meana u. a. 1997). Bei Frauen, die im Erwachsenenalter Opfer sexueller Gewalt wurden, werden dagegen multiple sexuelle Probleme beschrieben. Diese Frauen leiden unter Angst vor sexuellen Kontakten bis hin zur absoluten Vermeidung jedweder intimen Beziehung. Viele von ihnen berichten über Erregungs- und Luststörungen (Nadelson u. a. 1982, Becker u. a. 1982, Becker u. a. 1986). Burgess und Holmstrom fanden heraus, dass 71% aller vergewaltigten Frauen 5-6 Jahre später sexuell deutlich weniger aktiv waren also vor der Gewalttat (Burgess und Holmstrom 1979). Bei Frauen, die zusätzlich auch als Mädchen sexuell ausgebeutet worden sind, treten darüber hinaus noch Schwierigkeiten bei der Vollziehung des Geschlechtsverkehrs, der Orgasmusfähigkeit sowie Schuldgefühle auf (Mackey u. a. 1991). Bartoi setzte bei seiner Studie an Collegestudentinnen von 1998 einen Fragebogen zu sexueller Zufriedenheit (GRISS) ein. Bei zum Zeitpunkt der Gewaltanwendung erwachsenen Frauen lies sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der sexuellen Zufriedenheit und Sinnlichkeit im Vergleich zu den nicht missbrauchten Studentinnen finden. Allerdings unterschieden sich Frauen nach einem Gewalterlebnis im Kindesalter nicht von den Frauen, die als Erwachsene sexuelle Gewalt erfahren hatten (Bartoi und Kinder 1998). Sexuelle Traumatisierungen können zu zwei unterschiedlichen Verhaltensmustern führen.

2.4 Gewalt gegen Frauen und Mädchen im Zusammenhang mit gynäkologischen Erkrankungen

Betrachtet man die Auswirkungen von körperlicher und vor allem sexueller Gewalt gegen Mädchen und Frauen in Bezug auf gynäkologische Erkrankungen, so müssen erneut zwei Aspekte, die der unmittelbaren Folgen und die der erst Jahre später auftretenden Auswirkungen betrachtet werden. Auf die unmittelbaren körperlichen Folgen in Form von Verletzungen im Anogenitalbereich, Prellmarken, Blutungen oder auch sexuell übertragenen Erkrankungen wie Gonorrhoe oder Syphilis bei Mädchen und Frauen soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Im Sinne der Zielsetzung dieser Studie soll eine Übersicht über die im Verlauf bei erwachsenen Frauen auftretenden Beschwerden gegeben werden.

Der Schwerpunkt der Forschung über die Folgen von Gewalt gegen Frauen liegt - wie eingangs bereits erwähnt - auf den psychopathologischen Auffälligkeiten von Frauen. In den letzten Jahren wurden vermehrt auch Studien zu körperlichen und psychosomatischen Beschwerden durchgeführt, die im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter stehen. Noch wenig Literatur findet man jedoch zum Zusammenhang mit gynäkologischen Erkrankungen. Der Schwerpunkt der vorliegenden Studien zu diesem Thema liegt seit Jahren auf der Erforschung chronischer Unterleibsschmerzen. Ein weiterer großer Anteil der Forschung betrifft die Situation von Frauen, die während der Schwangerschaft Gewalt erfahren haben bzw. auch die Auswirkungen auf die Schwangerschaft der Frauen, die in ihrer Kindheit missbraucht worden sind. In der Literatur werden Übergriffe auf schwangere Frauen in 4-20% aller Schwangerschaften beschrieben (Stewart und Robinson 1998). 15% aller sexuell ausgebeuteten Frauen, die an einer pakistanischen Studie teilnahmen, waren zum Zeitpunkt der Misshandlung schwanger und ein Drittel berichtete über eine Fehlgeburt als unmittelbare Folge der Gewalt (Fikree und Bhatti 1999). Im Gegensatz zu nicht schwangeren Frauen, werden diese gezielt in den Unterleib getreten und geschlagen. Aber auch in der Zeit nach der Entbindung besteht noch ein erhöhtes Risiko für weitere Misshandlungen, da durch Schlafmangel, vornehmliche Beschäftigung der Mutter mit dem Säugling, mangelnde sexuelle

Verfügbarkeit der Frau und Anpassungsschwierigkeiten an die Elternschaft die Bereitschaft des Mannes zur Gewalttätigkeit noch erhöht wird.

Es liegt die Annahme nahe, dass bei Frauen mit einer traumatischen sexuellen Erfahrung mehr Probleme in der Zeit der Schwangerschaft, der Wehentätigkeit und der Geburt auftreten können als bei nicht ausgebeuteten Frauen, und die klinische Literatur unterstützt diese Annahme (Springs und Williams 1992). Nicht selten kommt es zur psychiatrischen Behandlung von schwangeren Frauen mit einer sexuellen Gewalterfahrung. Bei ihnen kann es zu einer fehlenden Anpassung an die Situation in einer Schwangerschaft kommen, die sich in Form von depressiven Symptomen, Selbstmordgedanken und Beziehungsstörungen manifestieren kann (Romanik und Goodwin 1982, Farber u. a. 1996). Weiterhin liegen Forschungsergebnisse vor, dass diese Patientinnen länger in den Wehen liegen und größere Schmerzen unter der Geburt erleiden (Rose 1992, Bohn und Holz 1996). Stevens-Simon and McAnarney untersuchten 127 schwangere amerikanische Mädchen, von denen 33% über eine sexuelle oder körperliche Gewalterfahrung vor Beginn der Schwangerschaft berichtet hatten. Diese Mädchen hatten ein höheres Risiko, kleinere und unreifere Kinder zu gebären (Stevens-Simon und McAnarney 1994).

Wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt, liegt ein Schwerpunkt der Erforschung von Krankheiten und Beschwerden auf dem Zusammenhang zwischen chronischen Unterleibsschmerzen und sexueller Traumatisierung (McCauley u. a. 1997, Fry u. a. 1997, Bachmann u. a. 1988, Draijer 1990, Walker u. a. 1988). Reed et al. konnten in einer klinischen Studie nachweisen, dass Frauen mit chronischen Unterleibsschmerzen häufiger eine sexuelle oder körperliche Gewalterfahrung erlebt haben, als Frauen ohne spezifische gynäkologische Beschwerden und auch als Frauen mit einer Vulvodynie. Eine primäre psychogene Ursache einer Vulvodynie scheint im Gegensatz zum chronischen Unterleibsschmerz nicht vorzuliegen (Reed u. a. 2000). Golding untersuchte eine Gruppe von Frauen, die sich wegen eines schweren Prämenstruellen Syndroms in einer gynäkologischen Klinik vorstellte. 95% der an der Studie teilnehmenden Patientinnen berichtete über eine versuchte oder vollendete sexuelle Gewalttat, 81% von ihnen gaben an, vergewaltigt worden zu sein. In der Mehrheit der Fälle war dabei körperliche Gewalt eingesetzt worden oder zumindest angedroht worden (Golding u. a. 2000). Weiterhin stellte Golding fest, dass Frau-

Gynäkologische Symptome und Erkrankungen

Chronischer Unterleibsschmerz
 Prämenstruelles Syndrom
 Menstruationsstörungen wie Dysmenorrhoe und Menorrhagie
 Schwangerschaftskomplikationen

- niedriges Geburtsgewicht
- vorzeitige Wehen
- längere Wehendauer und größere Wehenstärke
- vermehrte Schmerzen unter der Geburt
- Chorioamnitis
- häufigere Fehlgeburten

 Vaginitis und andere Unterleibsinfektionen
 Vermehrter Ausfluss
 Harnwegsinfekte
 Sexuell übertragene Erkrankungen
 Seltene oder keine Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen
 Häufige gynäkologische Probleme allgemein

Tabelle 2.5: Gynäkologische Symptome und Erkrankungen infolge von Gewalterfahrungen.

en mit gynäkologischen Beschwerden wie Dysmenorrhoe oder Menorrhagie mit einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit eine sexuell traumatisierende Erfahrung gemacht haben, vor allem wenn beide Formen der Menstruationsbeschwerden auftraten und die Patientinnen zusätzlich noch über sexuelle Probleme geklagt hatten (Golding u. a. 1998). Schwedische Studentinnen mit einer Gewalterfahrung berichten über häufigeres Auftreten von Schmerzen und Infektionen im Urogenitalbereich (Bendixen u. a. 1994). Vaginale Blutungen und vaginaler Ausfluss können ebenfalls klinische Zeichen einer früheren Gewalterfahrung sein, vor allem wenn es sich um eine Form der häuslichen Gewalt durch den Partner handelte (Schei und Bakketeig 1989). Desweiteren nehmen misshandelte Frauen seltener an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil (Springs und Williams 1992). In der gleichen Untersuchung konnten die Autoren darstellen, dass je traumatischer der Gewalterfahrung für die einzelne Frau war, desto häufiger sie über gynäkologische Beschwerden klagte.

In Tabelle 2.5 wird noch einmal eine kurze Übersicht der gynäkologischen Sym-

ptome und Erkrankungen gegeben, für die ein Zusammenhang mit einem in der Kindheit oder als Erwachsene vorausgegangenem sexuellem Gewalterlebnis beschrieben worden ist.

Kapitel 3

Material und Methodik

Dieses Kapitel beschreibt den gesamten untersuchten Patientinnenkreis und insbesondere auch die Untergruppe der Patientinnen, die von einem Gewalterlebnis berichtet haben. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und die verwendeten Messinstrumente wie die eingesetzten Fragebögen und das Interview werden erläutert. Schließlich wird eine kurzer Überblick über die statistische Datenauswertung gegeben. Das Wissen über diese Inhalte soll die spätere Einordnung der Ergebnisse erleichtern.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Grundgesamtheit, über die eine Aussage gemacht werden soll, besteht aus den im Zeitraum von Februar bis Mai 1997 stationär aufgenommenen Patientinnen der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der RWTH Aachen unter Leitung von Herrn Professor Dr. Werner Rath. Von den 668 auf einer der Stationen der Klinik aufgenommenen Patientinnen konnten bei 336 Frauen Daten erhoben werden. Etwa die Hälfte der an der Untersuchung teilnehmenden Patientinnen kam zur Entbindung bzw. hatte geburtshilfliche Probleme. Die andere Hälfte litt unter den verschiedensten gynäkologischen Erkrankungen wie Karzinomen oder entzündlichen Krankheiten (Abbildung 3.1).

Die teilnehmenden Patientinnen waren im Mittel 35,7 Jahre alt ($S = 12,05$). Die Mehrheit der Patientinnen (61,9%) war zwischen 16 und 35 Jahre alt. Die jüngste Teilnehmerin war 16 Jahre alt, die älteste 82 Jahre (Abbildung 3.2).

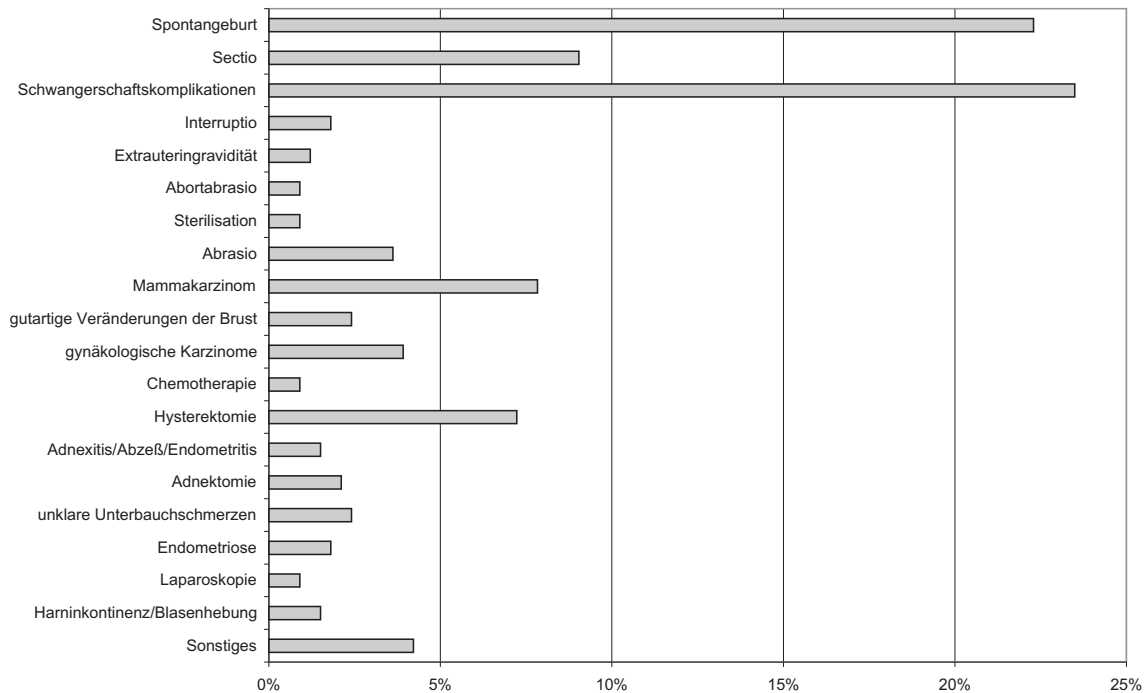


Abbildung 3.1: Übersicht der Diagnosen, operativen Eingriffe und anderer therapeutischer oder diagnostischer Verfahren aller an der Studie teilnehmenden Patientinnen.

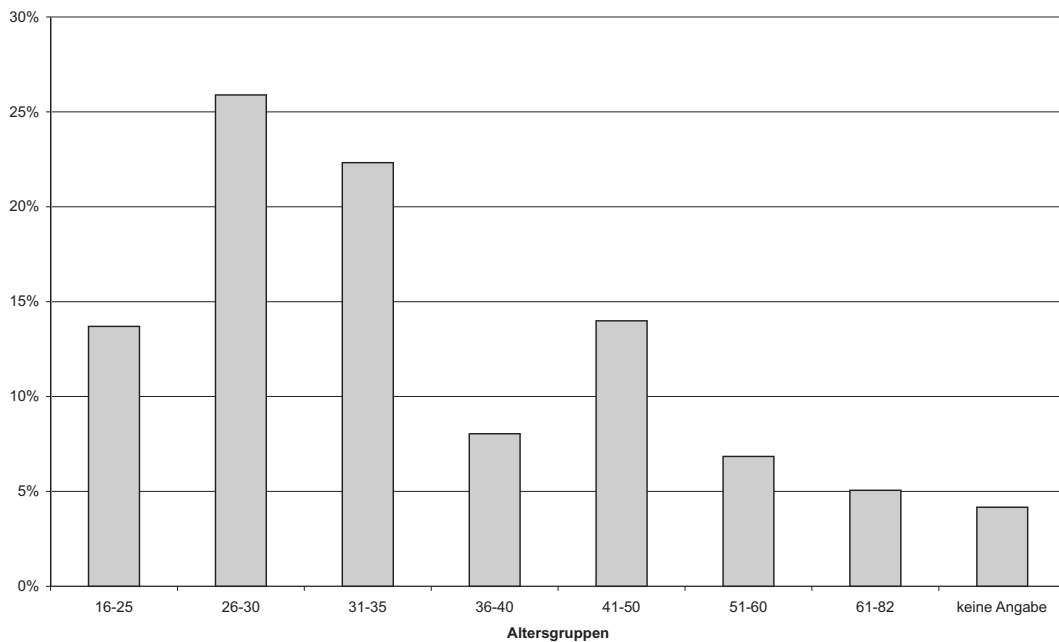


Abbildung 3.2: Altersverteilung aller an der Studie teilnehmenden Patientinnen.

Die weiteren erhobenen soziodemographischen Daten umfassen den Familienstand und den Schulabschluss beziehungsweise den Bildungsstand der Patientinnen: 66% der Patientinnen waren verheiratet, 14% ledig, 5% geschieden und 2,6% verwitwet. Gut 10% der Frauen machten keine Angaben zu ihrem Familienstand (Abbildung 3.3). Über die Hälfte der Patientinnen (55,6%) haben einen mittleren bis hohen Bildungsstand. Einen Hauptschulabschluss haben 17% der Teilnehmerinnen. Nur 1,5% haben keinen Schulabschluss. 22% der Frauen machten keine Angaben (Abbildung 3.4).

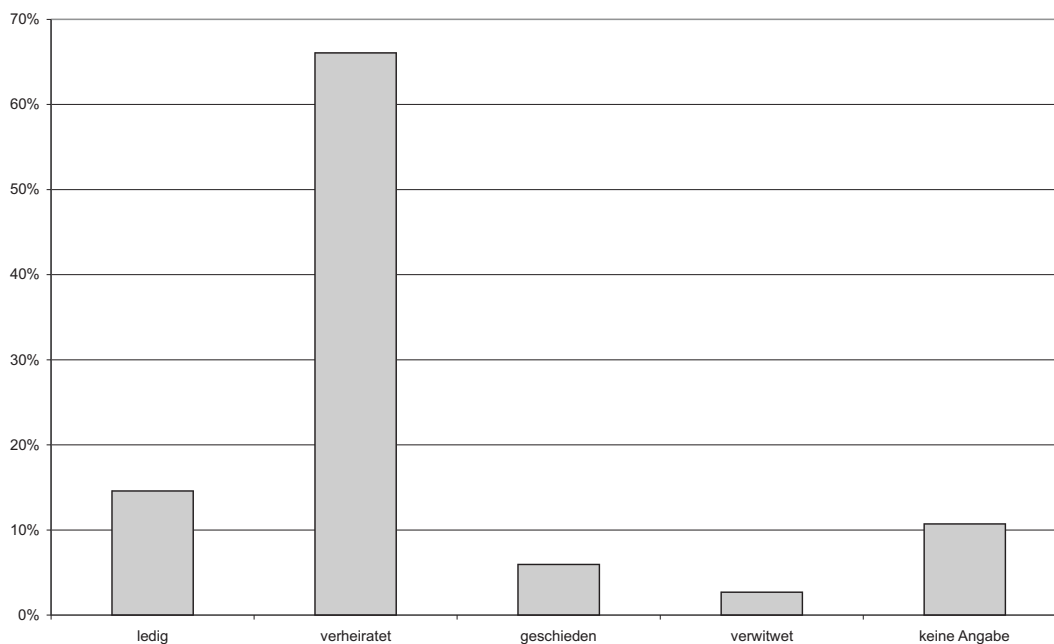


Abbildung 3.3: Familienstand aller an der Studie teilnehmenden Patientinnen.

3.1.1 Definition einer Gewalterfahrung

In diesem Abschnitt sollen die Kriterien, die zu der Einordnung der Patientin in die Gruppe der Frauen mit einer Gewalterfahrung geführt haben, näher erläutert werden.

Die Patientinnen wurden sowohl im Rahmen der Befragung mittels Fragebögen als auch im anschließenden persönlichen Interview nach sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrungen im Laufe ihres Lebens gefragt.

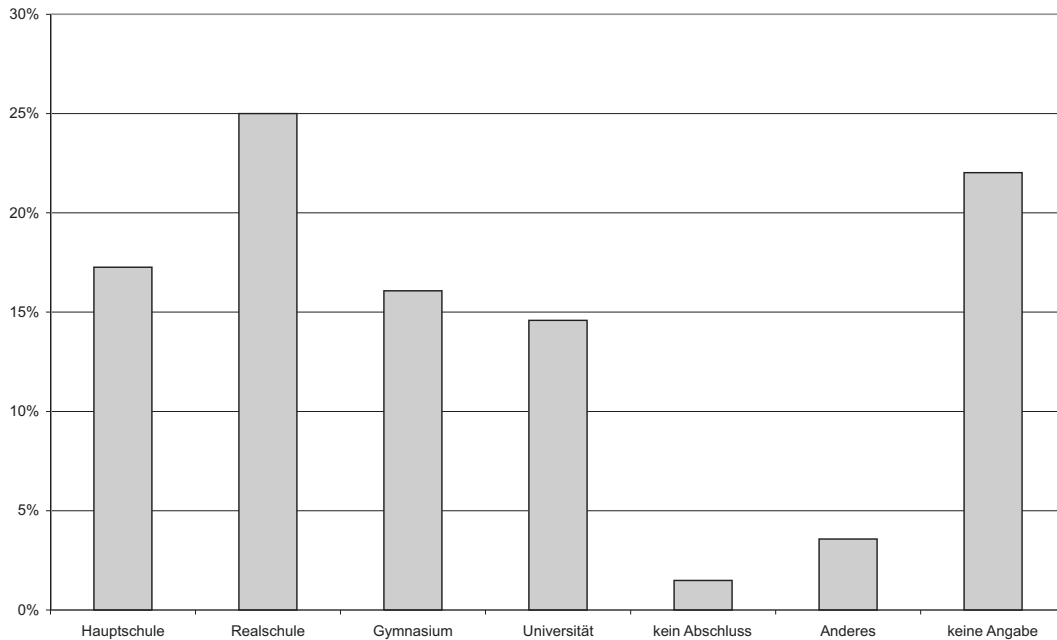


Abbildung 3.4: Bildungsstand aller an der Studie teilnehmenden Patientinnen.

Im Anamnesebogen mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP) wurden im sechsten Abschnitt „Sexuelle Entwicklung“ mehrere Fragen zu dieser Problematik gestellt. Im Einzelnen waren dies:

- Wurden Sie als Kind (jünger als 12 Jahre) zu sexuellen Handlungen gezwungen? Wenn ja, von wem?
- Wem konnten Sie sich anvertrauen?
- Gab es später Ereignisse, in denen Sie Opfer sexueller Gewalt waren?
- Gibt es weitere Informationen, die sie in diesem Zusammenhang für wichtig halten?

Auch im Interview wurde im Rahmen der Sexualanamnese eine allgemeine und offen gehaltene Frage dazu gestellt, ob die Patientinnen jemals eine schlechte Erfahrung mit der Sexualität gemacht hätten. Gegebenenfalls wurde die Frage noch einmal näher erörtert und konkret nach einem sexuellem Gewalterlebnis gefragt. Im Rahmen der Familienanamnese und den Fragen zu früheren und aktuellen Paarbeziehungen wurden die Frauen zu körperlichen Gewalttaten

befragt. Wurden diese offenen Fragen bejaht, so wurden die Patientinnen gebeten, weitere Aspekte dieser Gewalterfahrung (Täter/in, Alter bei dem Ereignis, Häufigkeit, Form der Gewalt, Folgen) zu beschreiben.

In die Gruppe der Patientinnen, die als in der Kindheit sexuell ausgebeutet eingestuft worden sind, fielen alle Frauen, die entweder im ASP oder im Interview angegeben hatten, vor ihrem 16. Lebensjahr eine unerwünschte sexuelle Erfahrung mit einem Familienmitglied oder einer anderen Person gemacht zu haben. Dabei wurden sowohl Erfahrungen mit einem direktem körperlichen Kontakt als auch Erlebnisse wie exhibitionistisches Verhalten oder das Anschauen pornographischer Bilder als Gewaltereignis eingestuft. Alle Frauen, die über solche Erfahrungen nach ihrem 16. Lebensjahr berichteten, wurden in die Gruppe der Patientinnen mit einer sexuellen Gewalterfahrung im Erwachsenenalter eingeteilt.

Frauen, die vor ihrem 16. Lebensjahr von ihren Erziehungsberechtigten oder anderen Familienmitgliedern oder dritten Personen körperliche Gewalt zum Beispiel in Form von Schlägen erfahren haben, wurden als Opfer körperlicher Gewalt in der Kindheit eingestuft. Gesahen diese Ereignisse erst nach dem 16. Lebensjahr und traten als Täter dann auch die Partner der Frauen auf, so wurden sie in die Gruppe mit einer körperlichen Gewalterfahrung im Erwachsenenalter eingeteilt.

Die Kontrollgruppe der Untersuchung setzte sich dann aus all den Frauen zusammen, die an der Studie teilgenommen hatten, die oben genannten Fragen im Anamnesebogen und im Interview jedoch mit „Nein“ beantwortet haben. Insgesamt waren dies 310 Patientinnen.

3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen

Die ersten Patientinnen wurden am 19.02.1997 angesprochen, das letzte Interview am 13.05.1997 durchgeführt. Der Erhebungszeitraum betrug also ungefähr 3 Monate. Innerhalb dieses Zeitraumes wurden 668 Patientinnen neu auf eine der Stationen der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Aachen aufgenommen. Davon nahmen 336 Patientinnen an der Studie teil. 299 Patientinnen erklärten sich zu einem Interview bereit (Abbildung 3.5).

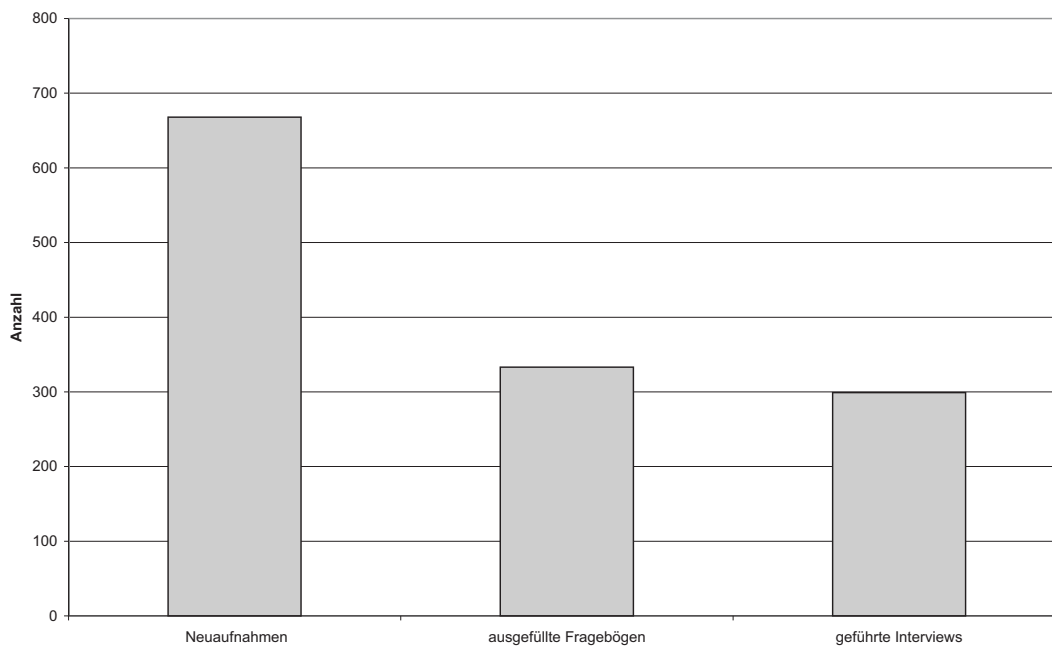


Abbildung 3.5: Abbildung über die Rücklaufquote der Fragebögen und die Anzahl der Interviews.

Es konnte eine Teilnahmequote von 49,8% erreicht werden. 111 Patientinnen, also 16,6% aller Neuaufnahmen, konnten wegen einer zu kurzen Liegedauer nicht untersucht werden. Bei 47 Frauen waren die Deutschkenntnisse nicht ausreichend, um den Fragebogen auszufüllen beziehungsweise ein Gespräch führen zu können. 23 Frauen kamen zu einer erneuten Aufnahme und hatten bei ihrem vorherigen Aufenthalt bereits bei uns teilgenommen. 181 Frauen nahmen also aus von uns nicht zu beeinflussenden Gründen nicht teil. Das sind 27,1% aller Neuaufnahmen. Weitere 154 Frauen lehnten die Studie ab. Davon sagten 26 Patientinnen erst zu, überlegten sich es dann aber doch anders. 33 Frauen lehnten ohne Begründung

ab. Gesundheitliche Probleme inklusive hohes Alter und Demenz waren Grund bei 26 Patientinnen. Manche fühlten sich durch die Auseinandersetzung mit den Fragebögen zu sehr belastet. Einigen war der Inhalt zu intim.

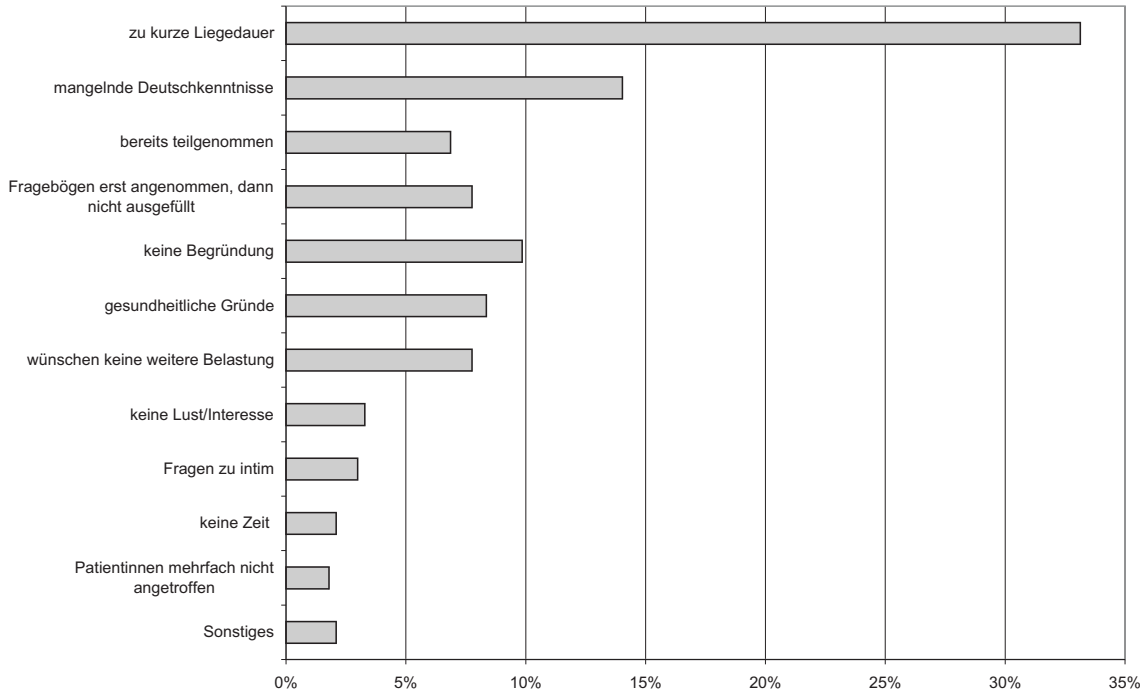


Abbildung 3.6: Begründungen der Patientinnen für die Nichtteilnahme an der Studie.

Betrachtet man die Altersverteilung der nicht teilnehmenden Frauen, so unterscheidet sie sich von der Verteilung der in die Studie aufgenommenen Patientinnen. Vor allem die sehr jungen Frauen zwischen 16 und 25 Jahren und die älteren Patientinnen über 50 Jahre lehnten eine Teilnahme an der Studie überproportional häufig ab (Abbildung 3.7).

Die Diagnosen der nicht teilnehmenden Patientinnen entsprechen weitgehend denen der Teilnehmerinnen. Einen großen Anteil ($N = 90$) haben die geburthilflichen Patientinnen (Geburt/Sectio/Schwangerschaftskomplikationen). 30 Frauen erhielten eine Abrasio, 18 eine Interruptio oder Sterilisation. Diese Patientinnen entfielen vor allen wegen einer zu kurzen Aufenthaltsdauer. Wegen gutartigen oder bösartigen Tumoren der Brust und der Genitalorgane inklusive einer Chemotherapie wurden 66 Frauen behandelt (Abbildung 3.8).

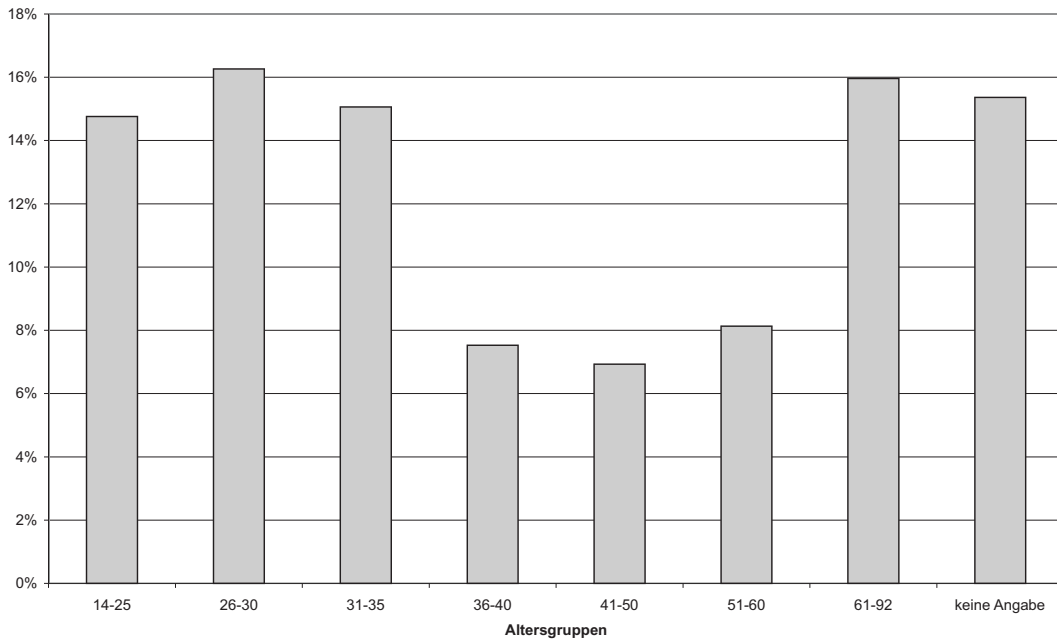


Abbildung 3.7: Altersverteilung der nicht an der Studie teilnehmenden Patientinnen.

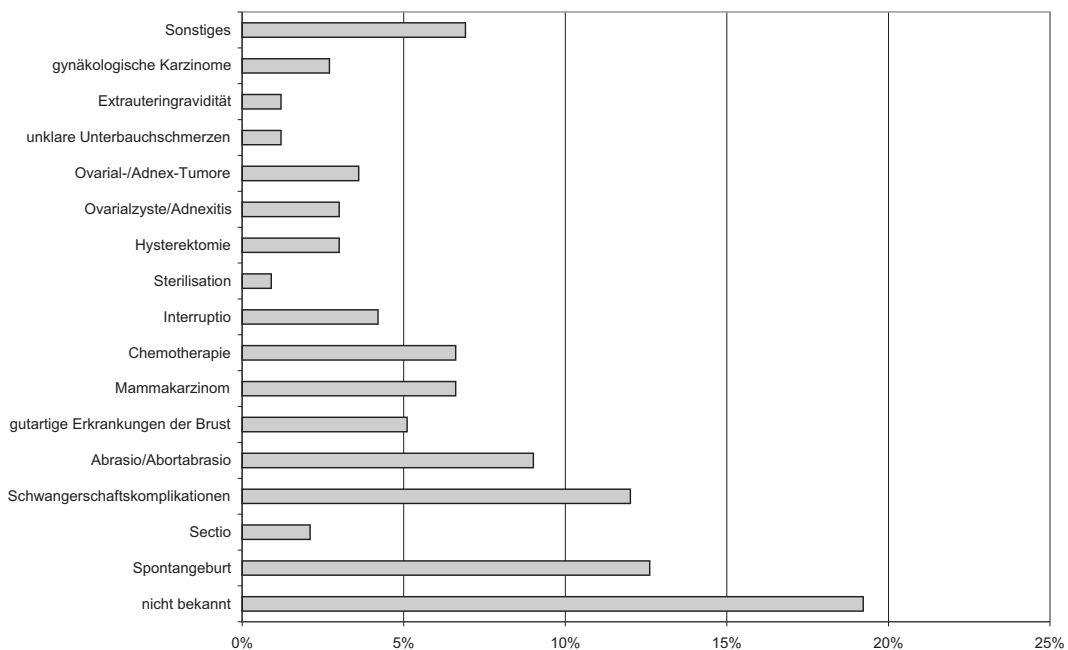


Abbildung 3.8: Diagnosen, operative Eingriffe und andere therapeutische und diagnostische Verfahren der nicht an der Studie teilnehmenden Patientinnen.

3.3 Untersuchungsinstrumente

Die Wahl der Untersuchungsinstrumente bei einer empirischen Forschungsarbeit nimmt Einfluss auf die Ergebnisse.

Wir entschieden uns daher zur Datenerhebung neben Fragebögen auch ein Interview einzusetzen. Für den Einsatz von Fragebögen sprach ihre Ökonomie. Sie ermöglichen die Befragung vieler Personen mit einem vertretbaren finanziellen und zeitlichen Aufwand. Die Anonymität der schriftlichen Befragung führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer authentischen Beurteilung der eigenen Situation und verringert die Tendenz, in sozial erwünschter Richtung zu antworten. Auf der anderen Seite erlaubt ein Fragebogen eine im Vergleich zum Gespräch emotional distanzierte Stellungnahme. Dies erschien uns in Bezug auf unsere Themen nicht immer erwünscht. Um bei Unverständnis durch Nachfrage die Validität zu erhöhen und um wichtige biographische Zusammenhänge deutlich werden zu lassen, setzten wir zusätzlich ein halbstrukturiertes Interview ein.

3.3.1 Fragebögen

Im Rahmen der gesamten Studie „Psychiatrie/Psychosomatik und Gynäkologie“ wurden insgesamt 12 Fragebögen zu 4 Themenbereichen (Krankheitssymptome, persönliche Einstellung und Bewertung der Krankheit, sozialer Hintergrund und Partnerschaft und Sexualität) verwendet. Im Einzelnen waren dies:

1. Krankheitssymptomatik:

- Gießener Beschwerdebogen (GGB) zu allgemeinen Beschwerden
- Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D) zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin
- Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) zur Körperwahrnehmung

2. Persönliche Einstellung und Bewertung der Krankheit, Kognitionen:

- Aachener Fragebogen zur krankheitsbezogenen Attribution, Indexpatient (AFKA-I) zu krankheitsbezogenen Attributionen

- Aachener Selbstwirksamkeits-Fragebogen (ASF) zur Erfassung der Selbstwirksamkeit
- Generalisierte Kompetenzerwartung (GK) zur Erfassung der Selbstwirksamkeit

3. Sozialer Hintergrund:

- SOZU-Fragebogen A (L-54) zum Erleben und Einschätzen wichtiger sozialer Beziehungen
- FB-Allgemeiner Familienbogen zur Einschätzung der Familiensituation

4. Partnerschaft und Sexualität:

- Partnerschaftsfragebogen (PFB) über Verhaltensweisen innerhalb einer Partnerschaft
- Anamnesebogen (ASP) mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft
- Tübinger Skalen zur Sexualtherapie (TSST) zur Erfassung von Störungen in der Sexualität
- Testbogen zum weiblichen sexuellen Begehren

Im folgenden Abschnitt sollen nun die Fragebögen, die im Rahmen dieser Arbeit im Hinblick auf die Auswirkungen einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung auf die Gesundheit von Frauen ausgewertet wurden, näher dargestellt werden. Es handelt sich zum einen um den im Abschnitt zur Krankheitssymptomatik eingesetzten Gießener Beschwerdebogen (GGB) und den Hospital Anxiety and Depression Scale in der deutschen Version (HADS-D) sowie den im Abschnitt zu Partnerschaft und Sexualität eingesetzten Anamnesebogen (ASP) mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft.

3.3.1.1 Gießener Beschwerdebogen

Der Gießener Beschwerdebogen wurde von Brähler und Scheer entwickelt, um die psychosomatische Bedingtheit oder Mitbedingtheit von körperlichen Beschwerden zu untersuchen. Er ermöglicht es, Einzelbeschwerden zu erfassen als auch

vier verschiedene Beschwerdekompexe skaliert zu erheben und einen Gesamtwert für den Beschwerdedruck („Klagsamkeit“) zu bestimmen. Der GBB umfasst 57 Beschwerden. Gefragt wird nach dem Ausmaß der Belästigung durch die Beschwerden (nicht/kaum/einigermaßen/erheblich/stark), an denen die untersuchte Person leidet. Die Zusammenstellung der 4 Skalen zu den Beschwerdekompexen „Erschöpfung“, „Magenbeschwerden“, „Gliederschmerzen“ und „Herzbeschwerden“ erfolgte empirisch nach Auswertung von Daten einer Eichstichprobe aus der Bevölkerung mittels Faktorenanalyse. Nicht alle der Fragen beziehungsweise Items gingen in Bildung der Skalen mit ein. Die Skalenrohwerte erhält man, indem man für jedes Item, je nach Antwort, 0 (nicht) bis 4 (stark) Punkte vergibt. Da jede Skala aus 6 Items besteht, sind theoretisch Skalenwerte zwischen 0 und 24 möglich, für Skala 5 (die Summe aus den Skalenwerten 1-4) entsprechend zwischen 0 und 96. Um die gewonnenen Skalenrohwerte aussagekräftig zu machen, sind sie in geeigneter Form zu transformieren und standardisieren. Dies erfolgt durch die Bestimmung des kumulativen Prozentwertes, des Prozentranges. Das bedeutet, dass einem bestimmten Rohwert in einer Skala, ein Prozentrang zugeordnet werden kann, der angibt, wie viel Prozent der Personen der Vergleichsstichprobe einen niedrigeren oder ebenso hohen Rohwert erreicht hat.

Die Autoren fanden in verschiedenen Untersuchungen bestätigt, dass der GBB hinsichtlich der Erfassung umschriebener Organstörungen als auch hinsichtlich der Empfindlichkeit in Bezug auf die breitgefächerte Klagebereitschaft ein valides Instrument darstellt (Brähler und Scheer 1995).

3.3.1.2 Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version

Der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) wurde 1983 von Zigmond und Snaith entwickelt und von Herrmann et al. für die deutsche Version aus dem Englischen adaptiert. Ziel war es, ein deskriptives Screening-Verfahren zu entwickeln, das die psychische Beeinträchtigung von Patienten mit primär somatisch wahrgenommenen Beschwerden erfasst. Dabei misst der Test das Ausmaß der beiden häufigsten psychischen Störungen Angst und Depressivität. Diese werden als gleichwertige und nur zeitlich differente Konstrukte eines Kontinuums von Hilf- und Hoffnungslosigkeit verstanden. Weiterhin wird die Prävalenz von Paniksymptomen berücksichtigt, die im Kontext somatoformer Beschwerden häufig sind. Die Symptome der Angstskala umfassen allgemeine Befürchtungen und Sor-

gen (Item A2, A3), Nervosität (Item A1) sowie Aspekte motorischer Spannungen bzw. Entspannungsdefizite (Item A4, A5, A6). Das Item A7 berücksichtigt die Prävalenz von Paniksymptomen, die im Kontext somatoformer Beschwerden häufig sind. Die Items der Depressionsskala fragen nach so genannten „endogenomorphen“ Symptomen eines zentralen Verlustes an Motivation und Lebensfreude: Interessenverlust (Item D5, D7), Freudlosigkeit (Item D1, D2, D3, D6) und Verminderung des Antriebs (Item D4). Die Werte der Angstskalen werden als HADS/A-Werte bezeichnet, die Werte der Depressionsskalen unter HADS/D-Werten zusammengefasst. Die Testergebnisse sind nicht als diagnoseweisend, sondern vielmehr als Orientierungsmarken zu verstehen. Dabei werden Werte von < 7 auf jeder Subskala als unauffällig angesehen. Werte von 8-10 gelten als grenzwertig und solche > 11 als auffällig (Herrmann u. a. 1995). Für wissenschaftliche Fragestellungen haben sich sowohl Mittelwertvergleiche der Rohwerte als auch Gruppenbildungen entsprechend den angegebenen Wertebereichen bewährt. Es sollen nun in Anlehnung an unsere Studie Ergebnisse von Untersuchungen mit gynäkologischen Patientinnen vorgestellt werden. So fand man in einer Gruppe postpartaler Frauen HADS/A-Werte > 11 in gut 30 %, vergleichbare HADS/D-Werte in etwa 20%. Frauen vor einem Schwangerschaftsabbruch weisen mit 7,6 einen hohen Mittelwert auf der Angstskala auf. Noch höhere Werte (Median = 9) finden sich bei Frauen nach einer Fehlgeburt, die sich hierin signifikant von gesunden Schwangeren (Median = 4) unterscheiden. Weiterhin liegen verschiedene Ergebnisse von Studien mit gynäkologischen Krebspatientinnen vor. So führt zum Beispiel eine Mastektomie, besonders in der mittleren Altersgruppe, gegenüber der brusterhaltenden Operation zu häufigeren Auftreten hoher HADS/A-Werte. Erhöhte Angst- und Depressivitätswerte werden auch bei stationär (vs. ambulant) behandelten Mammakarzinompatientinnen gefunden, ohne das hierfür ein ausgeprägter Tumorbefund ursächlich zu sein scheint (Herrmann u. a. 1995).

3.3.1.3 Anamnesebogen - Fragen zu Sexualität und Partnerschaft

Der Anamnesebogen zu Sexualität und Partnerschaft wurde 1989 erstmalig von Dirk Zimmer veröffentlicht. Er ist das Ergebnis von Vorarbeiten zu einem Projekt zur Effektivität verhaltenstherapeutischer Verfahren bei der Behandlung von funktionellen Sexualstörungen und des Projektes selbst. In der vollständig überarbeiteten Form von 1994 wurde er in unserer Studie eingesetzt. Er wurde ur-

sprünglich zur Vorbereitung diagnostischer Gespräche zur Klassifikation, Genese und Aufrechterhaltung der Sexualstörungen entwickelt. Er fragt nach allgemeinen Daten der Person, dem persönlichen Befinden, Erleben von Sexualität und Partnerschaft und nach anamnestischen Daten. Es besteht im Anamnesebogen je nach Fragestellung die Möglichkeit, die Antwort mit eigenen Worten zu umschreiben, zum Teil sind Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die Fragen dienen der Deskription der Beschwerden der Patienten, als auch der Klärung der Ätiologie und der Muster zur Aufrechterhaltung funktioneller sexueller Störungen. Für die Auswertung liegen keine festgelegten Wertebereiche oder Grenzwerte vor (Zimmer 1994).

3.3.2 Interview

Als zusätzliches Erhebungsinstrument wählten wir ein teilstrukturiertes Interview. Vor Beginn der Exploration wurde ein Interviewtraining für die Untersucherinnen durchgeführt. Es wurden wichtige Aspekte für die Fragestellung erörtert und der Umgang mit den Patientinnen eingeübt. Während der Exploration wurden die Untersucherinnen durch Frau Dr. Ulrike Brandenburg als Leiterin der Sexualwissenschaftlichen Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie supervisorisch begleitet.

Das Interview umfasste zunächst die Krankheitsanamnese und die aktuellen Beschwerden. Dann wurden Fragen zur Familiengeschichte und dem sozialen Hintergrund der Frauen gestellt. Schließlich wurden sie zu ihrer aktuellen und früheren Partnerschaft befragt und eine Sexualanamnese durchgeführt. Dieses Gespräch war also sehr breit gefächert, um möglichst viele Fragestellungen mit einem biographischen Hintergrund der Frau bearbeiten zu können. Uns interessierte das subjektive Empfinden der Patientin zu ihrer Erkrankung, ihre Belastungen und Befürchtungen für die Zukunft, aber auch welche Coping-Strategien sie besitzt und welche soziale Unterstützung sie erfährt.

Wir haben das Interview im Anschluss an die Fragebögen geführt, um die Patientinnen nicht durch ein Gespräch in ihren Antworten zu beeinflussen. Auf der anderen Seite erschien es uns vor allem in Bezug auf die Sexualanamnese wichtig, persönlich mit den Frauen zu sprechen. Während es in der geschützten Atmosphäre des Alleinseins und der Anonymität des Fragebogens leicht fällt, sich unangenehmen Fragen zu verweigern, besteht in einem Gespräch ein Rechtfertigungsbedarf. Es besteht auf der anderen Seite die Möglichkeit nachzufragen,

warum gerade ein bestimmtes Thema so schwierig zu beantworten ist. Nicht unwesentlich ist sicherlich auch der therapeutische Effekt des Interviews: Oft tut es gut, dass sich jemand Zeit nimmt und zuhört. Auf der anderen Seite können durch die Auseinandersetzung mit den Zusammenhängen ihrer Krankheit bei den Frauen persönliche Krisen ausgelöst werden. Um diese zu erkennen und mögliche Hilfsangebote machen zu können, wurden die Patientinnen ein bis zwei Tage nach dem Gespräch noch einmal aufgesucht. So sollte Sorge getragen werden, dass die Frauen das vielleicht erstmals ausgesprochene Leid auch verarbeiten können und nicht alleine mit ihren Gefühlen bleiben. Bei Bedarf wurden die Patientinnen an die Sexualwissenschaftliche Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter Leitung von Frau Dr. Ulrike Brandenburg verwiesen. Es hat sich ebenfalls mehrmals ein Kontakt der Patientinnen mit dem psychosomatischen Liaisondienst der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Klinik für Psychosomatik ergeben.

Die Gespräche dauerten je nach Diagnose und persönlichem Interesse und Bedarf der Patientin zwischen 20 Minuten und 3 Stunden. Im Anschluss an jedes Gespräch wurde ein Protokoll geschrieben, so dass alle oben erwähnten Punkte dokumentiert wurden.

3.4 Datenerhebung

Es wurde ein grundsätzliches Vorgehen für die Kontaktaufnahme mit den Patientinnen festgelegt. Die Frauen wurden möglichst nicht am Aufnahmetag aufgesucht, um die Routine des Stationsablaufs wie Aufnahmeuntersuchungen nicht zu stören. Außerdem wurden die Patientinnen nicht am Operations- oder Entbindungstag befragt, so dass sie nicht zusätzlich belastet wurden. Es ist darauf geachtet worden, dass Patientinnen, die ihrer Diagnose nach wahrscheinlich früh entlassen werden, zuerst befragt wurden. Die Patientinnen wurden persönlich von uns aufgesucht und gefragt, ob sie an einer Untersuchung zum Thema psychosomatischer Beschwerden gynäkologischer Patientinnen teilnehmen würden. Dabei wurden sie ausführlich über die Bedeutung und den Sinn der Studie informiert. Häufig auftretende Fragen zur Anonymität und zum Inhalt des Interviews und der Fragebögen wurden geklärt. Denjenigen Frauen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, wurde die Fragebogenmappe hinterlassen. Die Patientinnen wur-

den gebeten, die Bögen möglichst zügig auszufüllen und sich auf ihre Situation der letzten Tage bis Wochen zu beziehen. Nachdem die Fragebögen ausgefüllt worden waren, wurde mit den Frauen ein teilstandardisiertes Interview durchgeführt. Der Zeitraum zwischen Abgabe der Mappe und Interview war variabel und abhängig von Diagnose und Gesundheitszustand der Patientin, den anstehenden Untersuchungen sowie der persönlichen Motivation und Interesse an der Thematik.

3.5 Statistische Datenauswertung

Die statistischen Prüfverfahren wurden entsprechend dem Skalenniveau der Fragebogenitems ausgewählt. Bei dem hier vorliegenden Daten wurde der U-Test von Mann-Whitney eingesetzt. Mit ihm kann berechnet werden, ob die Differenz zweier Stichprobenkennwerte der zentralen Tendenz zufällig ist oder aufgrund tatsächlich vorhandener Differenzen beruht (Bortz u. a. 1990).

Kapitel 4

Ergebnisse

Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt. Zunächst werden die allgemeinen Daten zu den Patientinnen mit einer Gewalterfahrung geschildert sowie die Prävalenzergebnisse erörtert. Im Anschluss werden anhand der Auswertung der Fragebögen die charakteristischen Merkmale der Antwortverteilung herausgearbeitet und die Auswirkungen der Gewalterfahrungen beschrieben. Dabei werden die Antworten im Hinblick auf die Form der erfahrenen Gewalt - sexuell oder körperlich - dargestellt.

4.1 Allgemeine Daten zu den Patientinnen

Von den insgesamt 336 Patientinnen, von denen Daten in die Studie miteingegangen sind, gaben 26 Frauen an, im Laufe ihres Lebens Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt gemacht zu haben. Dies entspricht einem Anteil von 7,7% an der Gesamtstichprobe.

Von diesen Patientinnen berichteten 13 Frauen, Opfer sexueller Gewalt geworden zu sein. 6 Frauen waren körperlich misshandelt worden und 7 Frauen hatten sowohl sexuelle als auch körperliche Gewalt erfahren.

Die Mehrheit der Frauen berichtete über ein Gewalterlebnis in der Kindheit. So waren 70% der Frauen als Mädchen sexuell misshandelt worden. Vor allem sexuelle Gewalt alleine oder zusammen mit körperlicher Gewalt wurde bereits als Kind erfahren (58%). Anders stellt es sich bei den Frauen dar, die allein körperlich misshandelt worden war. Eine Hälfte von ihnen war als Mädchen misshandelt

worden, die andere Hälfte war zum Zeitpunkt der Gewaltanwendung bereits im Erwachsenenalter. In Abbildung 4.1 wird der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Formen der Gewalt und dem Alter bei der Gewalterfahrung graphisch dargestellt.

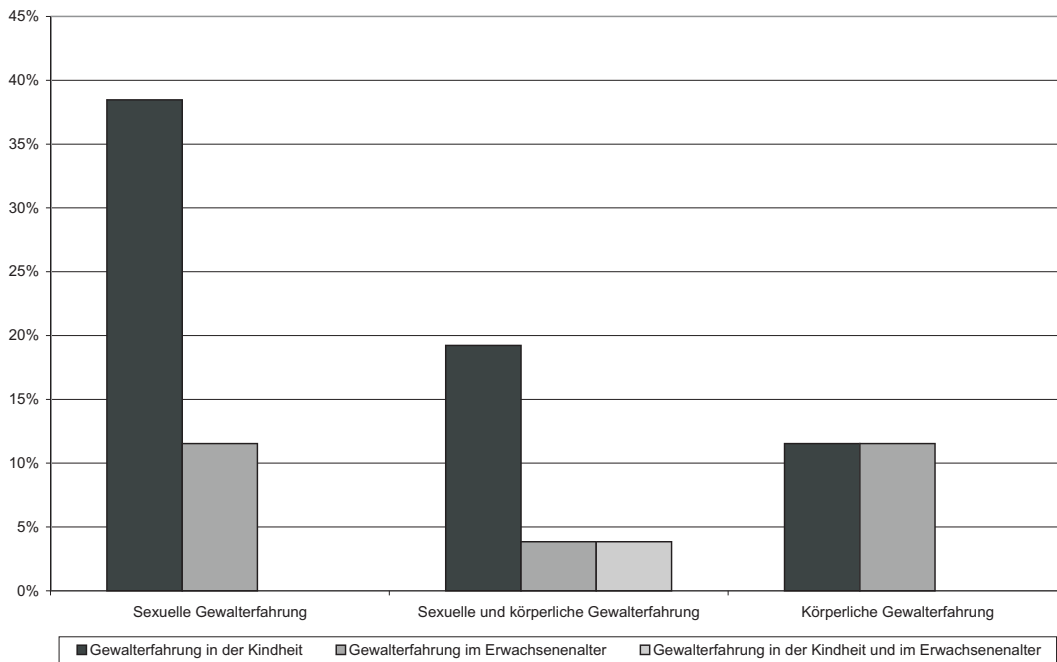


Abbildung 4.1: Übersicht über den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Formen der erlebten Gewalt und dem Alter bei der Gewalterfahrung.

Das Alter der Patientinnen mit Gewalterfahrung unterscheidet sich deutlich von dem der übrigen Stichprobe. Es sind vor allem die jüngeren Frauen, die von einem Gewalterlebnis berichteten. 70% der Patientinnen waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 20 und 35 Jahren alt, ein Viertel zwischen 36 und 50 Jahren. Die älteste Patientin war 63 Jahre alt (Abbildung 4.2).

Diese Altersverteilung spiegelt sich in den Diagnosen und den operativen Eingriffen bei den Patientinnen wieder. Entsprechend dem jungen Alter der Frauen wurden 60% von ihnen zur Entbindung oder wegen Komplikationen in der Schwangerschaft aufgenommen. Eine Patientin kam zum Schwangerschaftsabbruch. Bei 15% wurde eine Hysterektomie vorgenommen. Weitere Diagnosen waren entzündliche gynäkologische Erkrankungen, unklare Blutungen, Harninkontinenz, Mammakarzinom und unklare Unterbauchschmerzen (Abbildung 4.3).

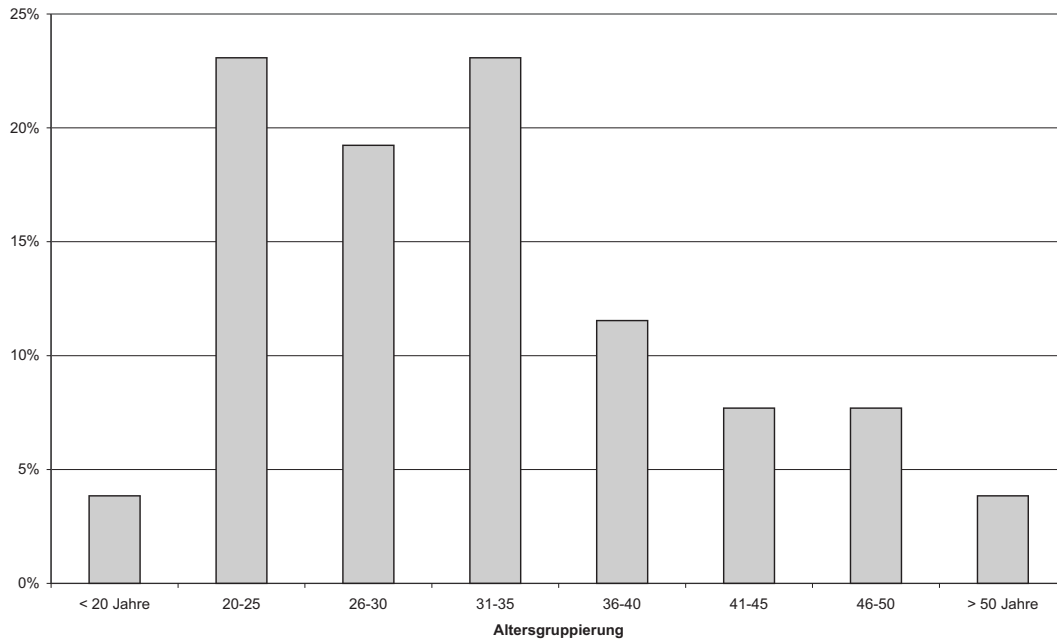


Abbildung 4.2: Übersicht über die Altersverteilung aller Patientinnen mit einer Gewalterfahrung zum Zeitpunkt der Erhebung.

4.2 Häufigkeitsverteilungen

In diesem Abschnitt werden die Angaben der Patientinnen zum Alter bei der Gewalterfahrung, zur Dauer und Häufigkeit, zum Alter und Geschlecht als auch zur Beziehung zum Täter sowie zu den unterschiedlichen Formen der Übergriffe bei der sexuellen oder körperlichen Gewaltanwendung beschrieben.

4.2.1 Gesamtheit der Frauen mit einer Gewalterfahrung

Alter bei Gewalterfahrung:

Die Hälfte der Frauen war zum Zeitpunkt der ersten Gewalterfahrung zwischen 6-11 Jahren alt. Über ein Viertel der Frauen war älter als 16 Jahre, 11,5% war zwischen 12 und 16 Jahren alt, nur 2 Frauen (7,7%) waren jünger als 6 Jahre und 3,9% machten wegen unterschiedlicher Gewalterfahrungen mehrere Angaben zum Alter beim Ereignis.

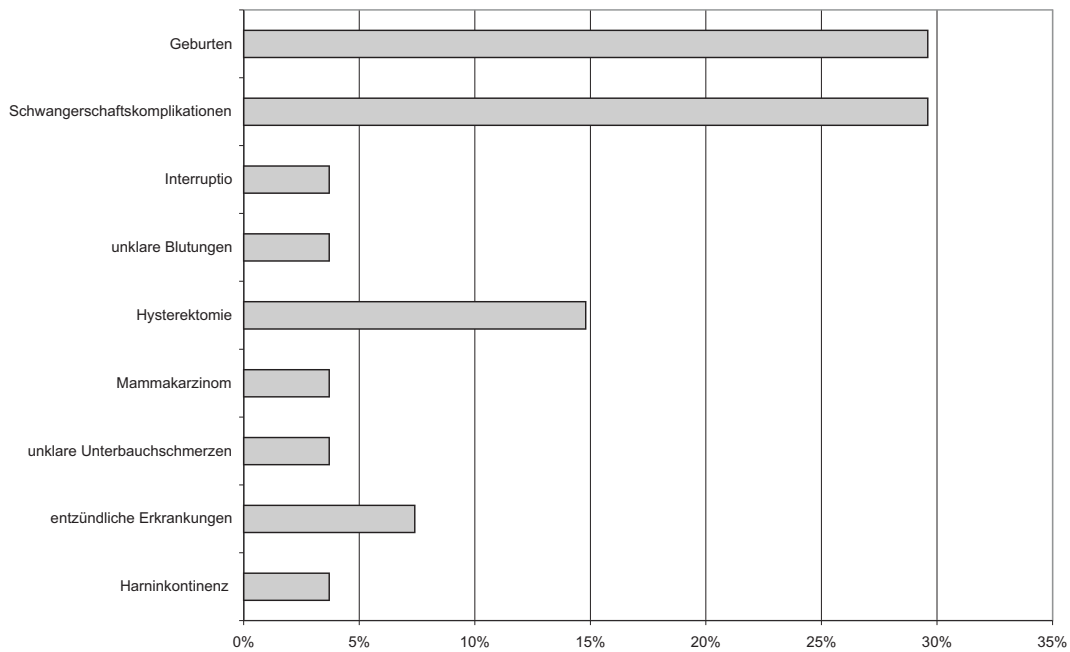


Abbildung 4.3: Übersicht über die Häufigkeitsverteilung der Diagnosen und operativen Eingriffe aller Patientinnen mit einer Gewalterfahrung.

Dauer/Häufigkeit:

Über 60% der Frauen gaben an, häufiger als 5 mal, bzw. länger als 10 Wochen missbraucht worden zu sein. Knapp ein Viertel der Frauen erlebte nur ein Mal die Gewalt und ca. 15% machte wegen unterschiedlicher Gewalterlebnisse mehrere Angaben.

Alter des Täters:

Fast alle Täter waren Erwachsene über 18 Jahre (92,3%). Nur ein Täter (3,9%) war zwischen 15-18 Jahren alt und eine Frau machte mehrere Angaben über den Gewaltanwender.

Geschlecht des Täters:

Fast alle Täter waren Männer (92,3%). Nur 2 Frauen wurden als Täterinnen von den Patientinnen benannt (7,7%). Diese waren jeweils die Mütter der Patientinnen, die ihre Töchter körperlich misshandelt hatten. Alle Taten von sexueller Gewalt wurden von Männern begangen.

Beziehung des Opfers zum Täter:

Die Mehrheit der Täter stammte aus dem Nahbereich des Opfers (61,5%).

In 23,1% der Fälle war der Täter ein Fremder. Vier Frauen (15,4%) machten wegen wiederholter Gewalttaten mehrere Angaben zum Täter. Bei der genauen Aufschlüsselung der Täter aus dem Nahbereich der Frauen sieht man, dass über Dreiviertel der Täter (76,9%) aus dem Familienkreis (Väter/Stiefväter/Mütter/andere Verwandte) stammen.

4.2.2 Sexuelle Gewalterfahrung

Alter bei Gewalterfahrung:

Auch in dieser Gruppe war die Hälfte der Opfer beim ersten Gewalterlebnis zwischen 6-11 Jahren alt (53,9%). 23,1% waren über 16 Jahre alt, ebenso viele zwischen 12-16 Jahren.

Dauer/Häufigkeit:

Die Hälfte (53,9%) der Frauen wurden öfter als fünf Mal bzw. länger als 10 Wochen missbraucht. Sechs Patientinnen (46,1%) wurden einmal Opfer sexueller Gewalt.

Alter des Täters:

Der Großteil der Täter waren Erwachsene über 18 Jahren (92,3%). Ein Täter (7,7%) war zwischen 15-18 Jahren alt.

Geschlecht des Täters:

Alle sexuell ausgebeuteten Frauen wurden Opfer von Männern.

Beziehung des Opfers zum Täter:

Die Hälfte der Täter (46,2%) stammte aus dem Nahbereich der Patientinnen, ebenso häufig handelte es bei dem der Täter um einen Fremden. Eine Frau machte wegen unterschiedlicher Gewalterlebnisse mehrere Angaben. 46,2% der Täter kamen aus dem Familienkreis, davon missbrauchte in allen Fällen der Vater/Stiefvater beziehungsweise der Lebensgefährte der Mutter das Kind.

Formen der sexuellen Gewalt:

Über zwei Drittel aller Patientinnen (69,2%) berichtete über sexuelle Umarmungen und dass der Täter ihre Geschlechtsteile berührte. Die Mehrheit (84,6%) musste ihre Geschlechtsteile zeigen, ungefähr die Hälfte der Täter (53,9%) zeigte seine Geschlechtsteile und die Patientinnen wurden gezwungen, diese zu berühren.

In 53,9% der Fälle kam es zum Koitus, einmal zu Fellatio. Immer ging die sexuelle Handlung von der anderen Person aus, in der Hälfte der Taten übte diese stärkeren Druck auf die Patientin aus.

4.2.3 Körperliche Gewalterfahrung

Alter bei Gewalterfahrung:

Die Hälfte der Frauen war zum Zeitpunkt der Misshandlung zwischen 6-11 Jahren alt, die andere Hälfte älter als 16 Jahre.

Dauer/Häufigkeit:

Alle Frauen wurde öfter als fünf Mal beziehungsweise länger als 10 Wochen körperlich misshandelt. Keine Patientin gab an, nur ein Mal körperliche Gewalt erfahren zu haben.

Alter des Täters:

Bei den Tätern handelte es sich ausschließlich um Erwachsene über 18 Jahren.

Geschlecht des Täters:

Nur eine Patientin wurde Opfer einer Frau, 5 Patientinnen (83,3%) wurden Opfer von Männern.

Beziehung des Opfers zum Täter:

Alle Täter stammen aus dem Nahbereich der Patientin. Die Hälfte stammte aus der unmittelbaren Verwandtschaft der Frauen (Väter, Mutter), die übrigen Täter waren Ehemänner beziehungsweise Lebensgefährten und Freunde. Keine Frau benannte einen Fremden.

Formen der körperlichen Gewalt:

Alle Frauen wurden so heftig geschlagen, dass es zumindest zu leichten Körperverletzungen kam. Eine Frau berichtete, schwere Verletzungen erlitten zu haben, durch die sie bleibende Schäden beihelt.

4.2.4 Sexuelle und körperliche Gewalterfahrung

Alter bei Gewalterfahrung:

Zwei Patientinnen waren um Zeitpunkt der Tat unter 6 Jahren alt. 42,9% von

ihnen waren zwischen 6-11 Jahren alt, eine Frau war älter als 16 Jahre und eine Frau machte mehrere Angaben.

Dauer/Häufigkeit:

Alle Frauen wurde öfter als fünf Mal bzw. länger als 10 Wochen sexuell oder körperlich misshandelt, wobei 3 Frauen wegen mehrerer unterschiedlicher Gewalterfahrungen mehrere Angaben zu diesem Punkt machten. Keine Patientin gab an, nur ein Mal Gewalt erfahren zu haben.

Alter des Täters:

Bei den Tätern handelte es sich ausschließlich um Erwachsene über 18 Jahren, eine Frau machte mehrere Angaben zum Alter des Täters.

Geschlecht des Täters:

Nur ein Patientin wurde Opfer einer Frau, 85,7% wurden Opfer von Männern.

Beziehung des Opfers zum Täter:

71,4% der Täter stammte aus dem Nahbereich der Patientin. 2 Frauen wurden von einem Fremden sexuell oder körperlich misshandelt. 85,7% der Patientinnen benannten den Vater/Stiefvater/Lebensgefährten der Mutter als Täter. Eine Frau war von ihrer Mutter misshandelt worden. 71,4% der Misshandelnder waren weitere Verwandte wie Brüder, Onkel, Großväter und Cousins. Die übrigen Täter waren Ehemänner bzw. Lebensgefährten und Freunde (42,9%), entfernte Bekannte (14,3%) und Fremde (28,6%). Durch die unterschiedlichen Gewalterlebnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben der Frauen ergeben sich die Mehrfachnennungen.

Formen der körperlichen Gewalt:

Alle Frauen wurden so heftig geschlagen, dass es zumindest zu leichten Körperverletzungen kam. Drei Frauen berichteten, schwere Verletzungen erlitten zu haben, durch die eine von Ihnen bleibende Schäden behielt. In einem Fall kam es zu einer versuchten Tötung.

Formen der sexuellen Gewalt:

Fast alle Patientinnen (85,7%) berichteten über sexuelle Umarmungen, das Vorzeigen ihrer Geschlechtsteile und das Berühren dieser durch den Täter. Genauso häufig zeigte der Täter seine Geschlechtsteile und die Patientinnen wurden gezwungen, diese zu berühren. 57,1% der Frauen berichteten über sexuelle Küsse. In 85,7% der Fälle kam es zum Koitus. Eine Patientin wurde gezwungen, für

pornographische Bilder zu posieren. Immer ging die sexuelle Handlung von der anderen Person aus, bei allen Taten übte diese stärkeren Druck auf die Patientin aus.

Zusammenfassung:

Die Hälfte aller Patientinnen, die von einem Gewalterlebnis in ihrem Leben berichtet hatte, gibt an, im Alter zwischen 6 und 11 Jahren Opfer der Gewalt geworden zu sein. Dies trifft sowohl für die Patientinnen mit einer sexuellen (53,9%) als auch mit einer körperlichen (50%) sowie auch für die Patientinnen mit beiden Formen der Gewalterfahrung (42,9%) zu. Über ein Viertel der Frauen (26,9%) war zum Zeitpunkt der Tat über 16 Jahre alt. Unter den Frauen, die sexuelle Gewalt erlebten, waren nur 23,1% älter als 16 Jahre, bei den Opfern körperlicher Gewalt waren es 50%. Patientinnen mit beiden Formen der Gewalt waren nur in 14,3% der Fälle über 16 Jahren alt, von ihnen waren 28,6% zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung unter 6 Jahren alt. Über 60 Prozent (61,5%) aller Patientinnen gab an, öfter als 5 mal bzw. länger als 10 Wochen missbraucht worden zu sein. Etwa ein Viertel (23,1%) war einmal Opfer einer Gewalttat und 15,4% machten unterschiedliche Angaben, zum Beispiel wenn die Frauen sowohl körperlich als auch sexuell misshandelt worden waren. Bei den Tätern handelte es sich fast ausschließlich um erwachsene Männer über 18 Jahren. Lediglich einmal gab eine Frau an, von einem Jugendlichen sexuell ausgebeutet worden zu sein. Sexuelle Gewalt wurde immer von Männern ausgeübt. Zwei Frauen wurden durch ihre Mütter körperliche Gewalt angetan. Die Täter stammten in der Mehrheit der Fälle (61,5%) aus dem Nahbereich der Patientinnen, also aus dem Familienverband oder dem engeren Freundeskreis. Frauen, die über eine sexuelle Gewalterfahrung alleine oder zusammen mit einer körperlichen Misshandlung berichteten, wurden dabei in ca. einem Drittel (35%) der Fälle vom Vater/Stiefvater bzw. vom Lebensgefährten der Mutter missbraucht. Insgesamt ein Viertel der Frauen gab einen Fremden als Täter an. Dabei handelte es sich ausschließlich um Frauen, denen sexuelle Gewalt angetan wurde. Körperliche Gewalt wurde nach Angaben der Studienteilnehmerinnen nur im Familien- und Freundeskreis begangen (Tabelle 4.1).

Alter bei Gewalterfahrung		
0 - 5 Jahre	2	7,7 %
6 - 11 Jahre	13	50,0 %
12 - 16 Jahre	3	11,5 %
> 16 Jahre	7	26,9 %
mehrere Angaben	1	3,9 %
Dauer/ Häufigkeit		
Einmalig	6	23,1 %
2 - 4 mal	0	0 %
> 5 mal oder > 10 Wochen	16	61,5 %
mehrere Angaben	4	15,4 %
Alter des Täters		
< 14 Jahre	0	0 %
15 - 18 Jahre	1	3,9 %
> 18 Jahre	24	92,3 %
mehrere Angaben	1	3,9 %
Beziehung zu den Tätern		
Nahbereich-Erwachsener	16	61,5 %
Nahbereich-Kind	0	0 %
fremde Person	6	23,1 %
mehrere Angaben	4	15,4 %
Formen der sexuellen Gewalt		
Sexuelle Küsse	7	26,9 %
Sexuelle Umarmungen	15	57,7 %
Andere Person zeigt Geschlechtsteile	13	50,0 %
Befragte zeigte Geschlechtsteile	17	65,4 %
Andere Person berührte Geschlechtsteile	15	57,7 %
Befragte berührte Geschlechtsteile	13	50,0 %
Koitus	13	50,0 %
Fellatio	1	3,9 %
Analverkehr	0	0 %
(pornographische) Fotos und Filme	1	3,9 %
Handlung ging von der anderen Person aus	20	77,0 %
Andere Person übte Druck aus	14	53,9 %
Formen der körperlichen Gewalt		
Schläge (leichte Körperverletzungen)	13	50,0 %
Schläge (schwere Körperverletzungen)	4	15,4 %
Schläge (bleibende körperliche Schäden)	2	7,7 %
Schläge mit Hilfsmitteln (Gürtel, Stäbe)	1	3,9 %
Versuchte Tötung	1	3,9 %

Tabelle 4.1: Tabellarische Darstellung der Prävalenzdaten der Frauen mit einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung. Aufgetragen ist neben der absoluten Anzahl auch der prozentuale Anteil an der Gruppe der Frauen mit Gewalterfahrung. Mehrfachnennungen waren möglich.

4.3 Komorbidität und Somatisierung

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der mittels Fragebögen erhobenen Daten zu den Auswirkungen einer Gewalterfahrung auf die körperliche und seelische Gesundheit von Frauen und auf ihre Sexualität beschrieben. Untersucht wird also der Zusammenhang zwischen der Gewalterfahrung und körperlichen und psychischen beziehungsweise psychosomatischen Erkrankungen im Sinne einer Komorbidität oder Somatisierung. Die Ergebnisse der Patientinnen mit einer Gewalterfahrung werden mit einer Kontrollgruppe verglichen, die sich aus den Teilnehmerinnen der Studie, die nicht über ein traumatisierendes Gewalterlebnis berichtet hatten, zusammensetzt. Es werden die unterschiedlichen Auswirkungen von sexueller Gewalt, körperlicher Gewalt und dem Zusammenwirken beider Gewaltformen herausgearbeitet. Bei den für unsere Fragestellung wichtigen Fragebögen handelt es sich um den Gießener Beschwerdebogen, den Hospital Anxiety and Depression Scale in der Deutschen Version und dem Anamnesebogen mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft.

4.3.1 Körperliche Beschwerden

In diesem Abschnitt werden die Auswirkungen der Gewalterfahrung auf die körperliche Gesundheit von Frauen beschrieben. Dazu werden die Daten des Gießener Beschwerdebogens und des Anamnesebogens ausgewertet. Der Gießener Beschwerdebogen beschreibt körperliche Beschwerden, die psychosomatisch bedingt oder zumindest mitbedingt sind, skaliert diese Beschwerden in vier Beschwerdekomplexe und bestimmte einen Gesamtwert für den Beschwerdedruck.

Zunächst soll in Tabelle 4.2 eine Übersicht über die im Gießener Beschwerdebogen erzielten Rohwerte für die vier verschiedenen Symptome Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herz-Kreislaufbeschwerden gegeben werden.

In allen untersuchten Kriterien liegen die Mittelwerte der Frauen, die in ihrem bisherigen Leben eine Gewalterfahrung gemacht haben, höher als in der Kontrollgruppe. Die Mittelwerte für den Unterpunkt „Herz-Kreislauf-Beschwerden“ sind dabei signifikant höher ($p < 0,0201$). Auch die insgesamt genannte Anzahl von Beschwerden liegt signifikant höher ($p < 0,016$) (Abbildung 4.4).

Im Folgenden werden unsere Rohwerte mit den Prozenträngen für diese Wer-

	Gewalt- erfahrung	Kontroll- gruppe	p-Level
Erschöpfung	12,77	11,14	< 0,0612
Magenbeschwerden	10,07	8,82	< 0,088
Gliederschmerzen	13,26	11,44	< 0,0552
Herz-Kreislaufbeschwerden	10,04	8,52	< 0,0201
Beschwerden gesamt	46,15	39,92	< 0,0161

Tabelle 4.2: Ergebnisse des Gießener Beschwerdeboogens (GBB). Die angegebenen Werte der Patientinnen mit Gewalterfahrung und der Kontrollgruppe entsprechen den Rohwerten des Gießener Beschwerdeboogens.

te in der Eichstichprobe für diesen Fragebogen verglichen. 97% der gesunden Probanden der Bevölkerung haben genauso hohe oder niedrigere Werte als unsere Patientinnen mit einer Gewalterfahrung. Dies bedeutet, dass nur 3% der Frauen in der allgemeinen Bevölkerung über mehr Beschwerden geklagt haben. Allerdings weisen ebenfalls 94% der gesunden Probandinnen gleich hohe oder niedrigere Werte auf, als die als Kontrollgruppe dienenden Patientinnen der gynäkologischen Klinik ohne Gewalterlebnis. Vergleichswerte für andere Patientinnen mit gynäkologischen oder geburtshilflichen Erkrankungen liegen nicht vor.

In Abbildung 4.4 werden weiterhin die von den Studienteilnehmerinnen im GBB erreichten Rohwerte unter Betrachtung der verschiedenen Formen der erlebten Gewalt dargestellt. Die Mittelwerte der verschiedenen Subskalen unterscheiden sich nur gering in den unterschiedlichen Gruppen. Der Gesamtwert ist mit im Mittel 45 Punkten bei den Frauen, die über eine rein körperliche Gewalterfahrung berichteten, etwas geringer als bei den Frauen, die über eine sexuelle beziehungsweise körperliche und sexuelle Gewalterfahrung berichteten (46,15 bzw. 46,29 Punkte). In der Subskala „Erschöpfung“ erreichen die körperlich misshandelten Frauen die höchsten Mittelwerte, während sie weniger häufig über Herz- und Kreislaufbeschwerden klagen. Dagegen berichten Frauen, denen sexuelle Gewalt allein oder zusammen mit körperlicher Misshandlung widerfahren ist, häufiger über Magenbeschwerden und Herz- und Kreislaufkrankungen. Relativ gesehen seltener jedoch leiden sie unter Erschöpfungszuständen. Bezüglich der Subskala „Gliederschmerzen“ liegen alle drei untersuchten Gruppen in sehr

ähnlichen Mittelwertbereichen, nur geringfügig häufiger klagten die Frauen nach einer körperlichen Misshandlung über diese Beschwerden (13,67 Punkte zu 13,08 bzw. 13,29 Punkten).

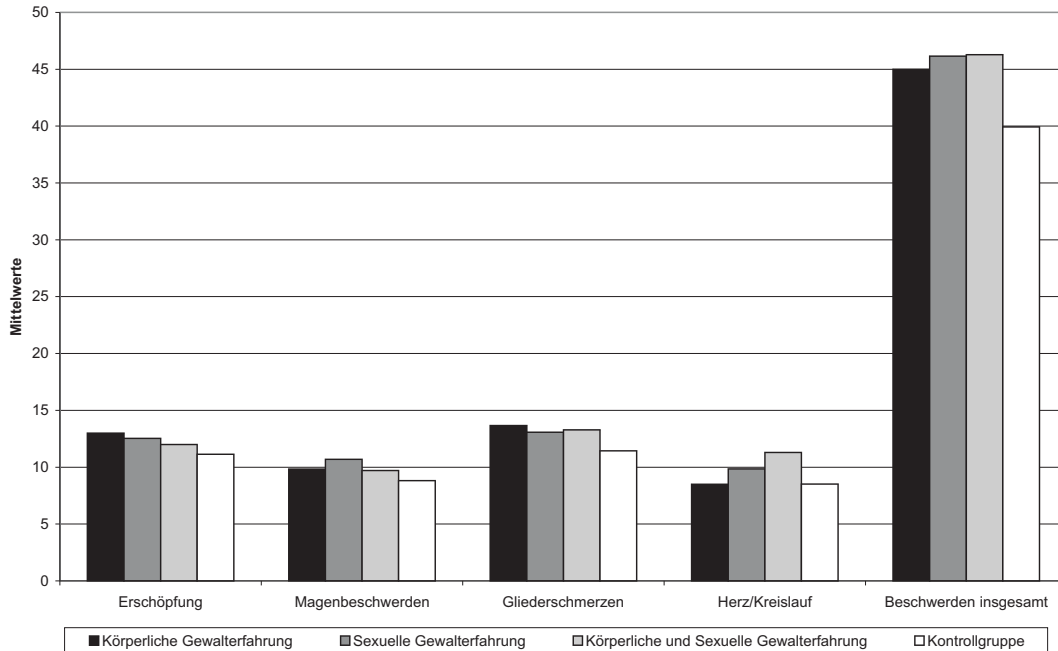


Abbildung 4.4: Ergebnisse des Gießener Beschwerdebogens (GBB) unter vergleichender Betrachtung der Mittelwerte der Patientinnen mit einer Gewalterfahrung (körperlich, sexuell oder beide Gewaltformen) und der Kontrollgruppe.

Im Nachfolgenden sollen kurz einige ausgewählte Ergebnisse aus dem Anamnesebogen mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft bezüglich körperlicher Beschwerden genannt werden. Viele Patientinnen (29,6%) nach einer Gewalttat leiden unter Magenbeschwerden, während dies nur 6% der Kontrollgruppe angaben. Auch Essstörungen treten häufig auf. Während 22,2% der Frauen mit Gewalterfahrung über Appetitlosigkeit und 18,5% über ein im Gegensatz dazu erhöhtes Essbedürfnis klagten, waren es in der Kontrollgruppe nur 7,3% bzw. 4,6%.

4.3.2 Psychische Beeinträchtigungen

Dieser Abschnitt beschreibt die Auswirkungen einer Gewalterfahrung auf die psychische Gesundheit von Frauen. Dazu werden die Ergebnisse des Hospital

Anxiety and Depression Scale als auch wiederum des Anamnesebogens ausgewertet. Der Hospital Anxiety and Depression Scale in der deutschen Version (HADS-D) wird als ein deskriptives Screening-Verfahren zur Erfassung psychischer Beeinträchtigungen von Patienten mit primär somatisch wahrgenommenen Beschwerden eingesetzt. Dabei misst der Test das Ausmaß der beiden häufigsten psychischen Störungen Angst und Depressivität. Die Symptome der Angstskala umfassen allgemeine Befürchtungen und Sorgen, Nervosität sowie Aspekte motorischer Spannungen beziehungsweise Entspannungsdefizite. Die Items der Depressionsskala fragen nach so genannten „endogenomorphen“ Symptomen eines zentralen Verlustes an Motivation und Lebensfreude: Interessenverlust, Freudlosigkeit, und Verminderung des Antriebs. Werte von < 7 auf jeder Subskala werden als unauffällig angesehen. Werte von 8-10 gelten als grenzwertig und solche > 11 als auffällig. Für unsere wissenschaftliche Fragestellung wird der Vergleich der Mittelwerte in der Angst- und Depressionsskala bei den drei Gruppen mit unterschiedlicher Gewalterfahrung und der Kontrollgruppe eingesetzt.

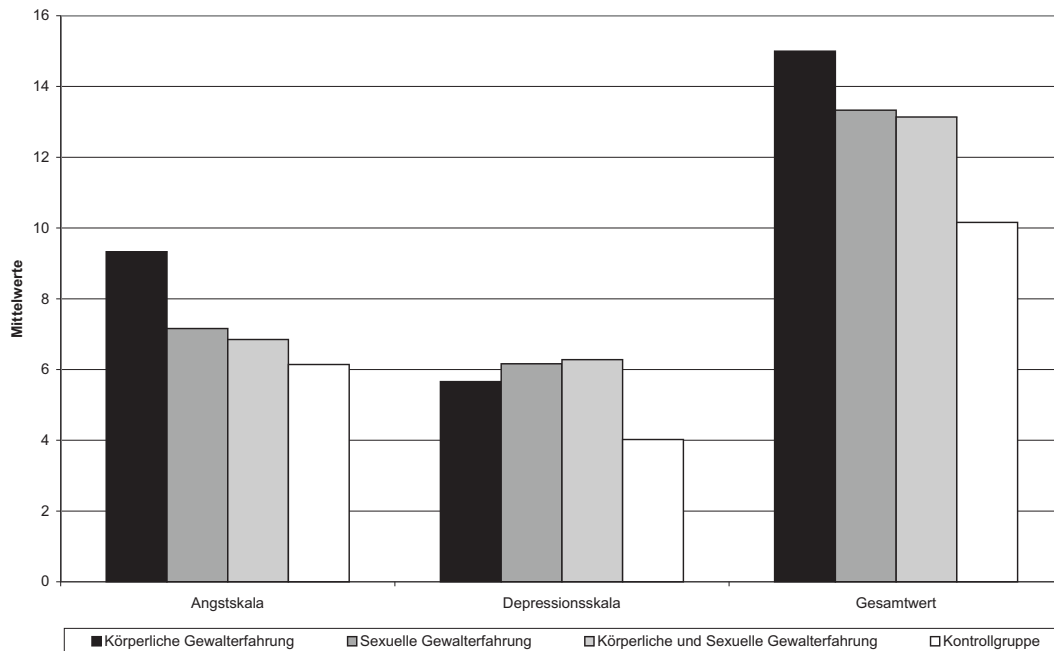


Abbildung 4.5: Ergebnisse des HADS-D unter vergleichender Betrachtung der erreichten Mittelwerte der Patientinnen mit einer Gewalterfahrung (körperlich, sexuell oder beide Gewaltformen) und der Kontrollgruppe.

Der Mittelwert für die Angstskala beträgt in der Gruppe der Patientinnen mit Gewalterfahrung 7,41, für die Depressionsskala 5,78. Der Gesamtwert für den HADS-D ergibt 13,18. Im Vergleich dazu liegt der Mittelwert für die Angstskala in der Kontrollgruppe bei 6,14, für die Depressionsskala bei 4,02 und der Gesamtwert bei 10,16 (Abbildung 4.5). Damit weisen die Frauen mit einer Gewalterfahrung höhere Werte auf als die Patientinnen, die nicht über eine Gewalttat berichteten. Dies bedeutet, dass diese Frauen unter mehr psychischen Beeinträchtigungen leiden. Die Unterschiede sind signifikant mit einem p-level von 0,007 für den Gesamtwert sowie $p = 0,014$ für die Angst- und $p = 0,003$ für die Depressionswerte. Der Gesamtwert für den HADS-D > 11 weist auf eine psychische Beeinträchtigung der Patientinnen mit Gewalterfahrung hin. Allerdings liegen die einzelnen Werte für Angst und Depressivität unter dem Cut off- Wert von 11, sogar unter dem Grenzbereich zwischen 8-10. Die berechneten Mittelwerte der beiden Subskalen sind somit nicht als auffällig im Sinne einer möglichen klinisch relevanten und behandlungsbedürftigen Angststörung oder Depression anzusehen.

Bei der Betrachtung der Mittelwerte für die Subskalen Angst und Depressivität sowie dem Gesamtwert für den HADS-D fällt auf, dass vor allem die Frauen, die allein über körperliche Gewaltanwendungen berichtet haben, hohe Werte aufweisen. Besonders der Wert für die Subskala Angst ist mit 9,33 deutlich höher als in den anderen beiden Gruppen mit 7,16 und 6,85. Patientinnen mit sexueller Gewalterfahrung allein oder zusammen mit körperlicher Gewalt unterscheiden sich in ihren Werten nur gering. In diesen beiden Gruppen liegen jedoch die Mittelwerte der Depressionsskala höher als in der Gruppe der Frauen mit einer rein körperlichen Gewalterfahrung (Abbildung 4.5).

Auch im Anamnesebogen mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft gaben Patientinnen seelische Beschwerden und Einflüsse auf ihr Sozialleben an. Tabelle 4.3 zeigt zunächst eine Übersicht von einigen von den Patientinnen angegebenen Beschwerden und Symptomen.

40,7% gaben eine depressive Stimmung an. Ein Drittel (33,3%) berichtete, „sich nur schwer freuen zu können“. Im Vergleich dazu bejahten dies 14,6% bzw. 7,3% der Frauen in der Kontrollgruppe. Gut ein Viertel (25,9%) fühlte sich hoffnungslos, bei 3,6% in der Kontrolle. Gut ein Viertel (25,9%) gab an, „sich selbst nicht zu mögen“, im Vergleich dazu nur 3,6% der übrigen Studienteilnehmerinnen. 22,2%

	Gewalt- erfahrung	Kontroll- gruppe
Depressive Stimmung	40,7%	14,6%
„Kann mich schwer freuen“	33,3%	7,3%
Hoffnungslosigkeit	25,9%	3,6%
Zornigkeit	18,5%	4,0%
„Explodiere leicht“	29,6%	12,9%
Unsicherheit im Umgang mit Anderen	25,9%	5,0%
Angst vor Kritik von Anderen	11,1%	12,9%
„Fühle mich unattraktiv“	22,2%	9,3%
„Mag mich selbst nicht“	25,9%	3,6%

Tabelle 4.3: Anamnesebogen - Fragen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP).
Psychische Beeinträchtigungen einer Gewalterfahrung.

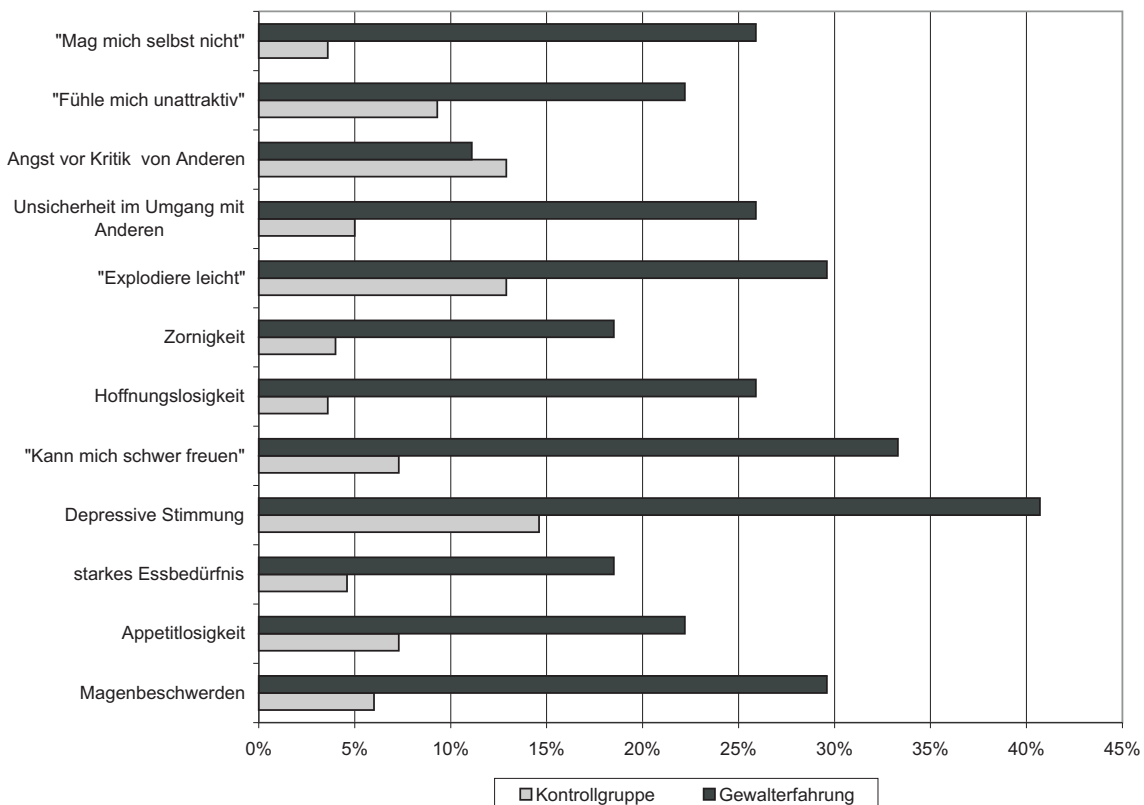


Abbildung 4.6: Übersicht über die im ASP gemachten Angaben zu körperlichen und psychischen Beschwerden der Patientinnen mit einer Gewalterfahrung und der Kontrollgruppe.

„fühlen sich unattraktiv“, in der Kontrollgruppe waren es 9,3%.

Weitere Angaben, die das Sozialleben der Frauen betreffen, waren ein „Unsicherheitsgefühl im Umgang mit anderen Menschen“ bei 25,9% der Frauen mit einer Gewalterfahrung und 5% der Kontrolle sowie die „Angst vor der Kritik von Anderen“ bei 11,1% bzw. 3,3%. Fast ein Drittel (29,6%) fühlte sich wenig belastbar und gab an „leicht zu explodieren“, bei 12,9% in der Gruppe der übrigen Studienteilnehmerinnen.

Alle diese Angaben wurden von den Frauen mit einer Gewalterfahrung signifikant häufiger ($p < 0,05$) gemacht als in der Kontrollgruppe. Bis auf die Unterpunkte „Angst vor Kritik vor Anderen“, „Fühle mich unattraktiv“ und „Explodiere leicht“ lag der p-level unter 0,01.

In der Abbildung 4.6 sind die Auswirkungen einer körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrung auf das körperliche und seelische Befinden der Patientinnen, soweit sie mittels Anamnesebogen erhoben worden sind, noch einmal graphisch dargestellt.

4.3.3 Sexuelle Probleme

Sowohl im Anamnesebogen mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft als auch im Interview wurden Fragen zur Erfassung von Störungen in der Sexualität gestellt. Von allen an der Studie teilnehmenden Patientinnen gaben 88 Frauen an, unter sexuellen Problemen zu leiden. Dies entspricht einem Anteil von 26,2%. Zwanzig dieser Frauen waren im Laufe ihres Lebens Opfer einer Gewalttat gewesen. Dies bedeutet, dass 20 von 26 Frauen mit einer körperlichen oder sexuellen Gewalterfahrung, also 76,9% zum Untersuchungszeitpunkt über Beeinträchtigungen ihres sexuellen Erlebens berichteten.

Der prozentuale Anteil der Frauen mit einer Gewalterfahrung und sexuellen Störungen an der Gesamtgruppe aller Patientinnen mit sexuellen Störungen beträgt 22,7%.

Die Patientinnen wurden im Anamnesebogen (ASP) sowohl zu sexuellen Problemen als auch zu ihrem momentanen Erleben der Sexualität befragt. Von den Frauen mit einer Gewalterfahrung und einer Beeinträchtigung ihres Sexuallebens gaben jeweils 11,5% an, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu verspüren oder Probleme dabei zu haben, erregt zu werden bzw. einen Höhepunkt zu erleben.

7,69% empfinden den Samenerguss des Partners als zu früh. Ebenso viele Frauen gaben an, kein Interesse an sexueller Aktivität zu haben. 15,4% empfinden zu wenig Zärtlichkeit beim sexuellem Zusammensein. Dem steht gegenüber, dass 38,5% der Frauen mit einer Gewalterfahrung sagen, sexuelle Erlebnisse in ihrem Leben seien zu selten (Tabelle 4.4).

Weitere Fragen wurden zu Gedanken und Gefühlen im Zusammenhang mit dem Erleben der Sexualität gestellt. Diese werden in Tabelle 4.5 dargestellt. 38,5% der Frauen mit einer Gewalterfahrung und einer sexuellen Beeinträchtigung gaben an, unter depressiven Gefühlen beim Erleben ihrer Sexualität zu leiden. Sie haben Angst, ihr Partner könne unzufrieden bleiben (11,5%). Oft können sie „nicht abschalten“ (15,4%). Schwierig gestaltete sich das Sexualleben auch dadurch, dass sie ihren eigenen Körper nicht mögen würden (11,5%). Weitere häufiger angegebene Gefühle waren Ängste, den Partner zu verlieren, aber auch ärgerliche Gefühle dem Partner gegenüber. 7,7% mögen den Körper ihres Partners nicht. Weitere 7,7% empfinden Schuldgefühle nach der Masturbation (Tabelle 4.5).

Sexuelle Störungen

sexuelles Zusammensein ist zu selten	38,5%
zu wenig Zärtlichkeit	15,4%
Schmerzen bei Sexualität	11,5%
Probleme, erregt zu werden	11,5%
Schwierigkeiten, einen Höhepunkt zu erleben	11,5%
Kein Interesse an Sexualität	7,7%
Verspannungen	7,7%
Samenerguss kommt zu früh	7,7%
sexuelles Zusammensein ist zu häufig	3,9%
Erregung geht plötzlich verloren	0%
„wir können uns nur schwer abstimmen“	0%

Tabelle 4.4: Angaben der Patientinnen mit Gewalterfahrungen im Anamnesebogen (ASP) zu sexuellen Störungen.

Im Folgenden soll nun das Auftreten sexueller Störungen in Beziehung zu den verschiedenen Formen der erlebten Gewalt - körperlich, sexuell oder beide Formen - gesetzt werden. Alle Frauen, die im Laufe ihres Lebens sexuell und körperlich missbraucht wurden, gaben Probleme im sexuellen Bereich an. Bei den Frauen

Gedanken und Gefühle bei Sexualität	
depressive Gefühle	38,5%
„Kann nicht abschalten“	15,4%
„Mag meinen Körper nicht“	11,5%
Angst, der Partner bleibt unzufrieden	11,5%
Schuldgefühle nach der Masturbation	7,7%
„Mag den Körper meiner Partners nicht“	7,7%
Ärger auf den Partner	7,7%
Angst, den Partner zu verlieren	7,7%
„Stehe unter Druck, etwas richtig zu machen“	3,9%
„Schuldgefühle, wenn ich erregt bin“	3,9%
Schmerzen	3,9%
Resignation	3,9%
Hilflosigkeit	3,9%
Enttäuschung	3,9%
eigene sexuelle Beziehungen zu anderen	3,9%
Eifersucht	3,9%
Beobachte mich und meine Erregung ständig	3,9%
Angst vor zu viel Nähe	3,9%
Angst, der Partner bestimmt alles	0%
unangenehme Gefühle nach der Sexualität	0%
„Fühle mich allein“	0%
Ekel	0%
Angst, zu versagen	0%

Tabelle 4.5: Angaben der Patientinnen mit Gewalterfahrungen im Anamnesebogen (ASP) zu Gedanken und Gefühlen beim Erleben der Sexualität.

mit rein sexueller Gewalterfahrung waren es 10 von 13 Frauen. Am geringsten war der Anteil bei den Frauen, die allein körperlich misshandelt wurden. In dieser Gruppe berichtete die Mehrheit der Frauen, keine sexuellen Funktionsstörungen zu haben (Abbildung 4.7).

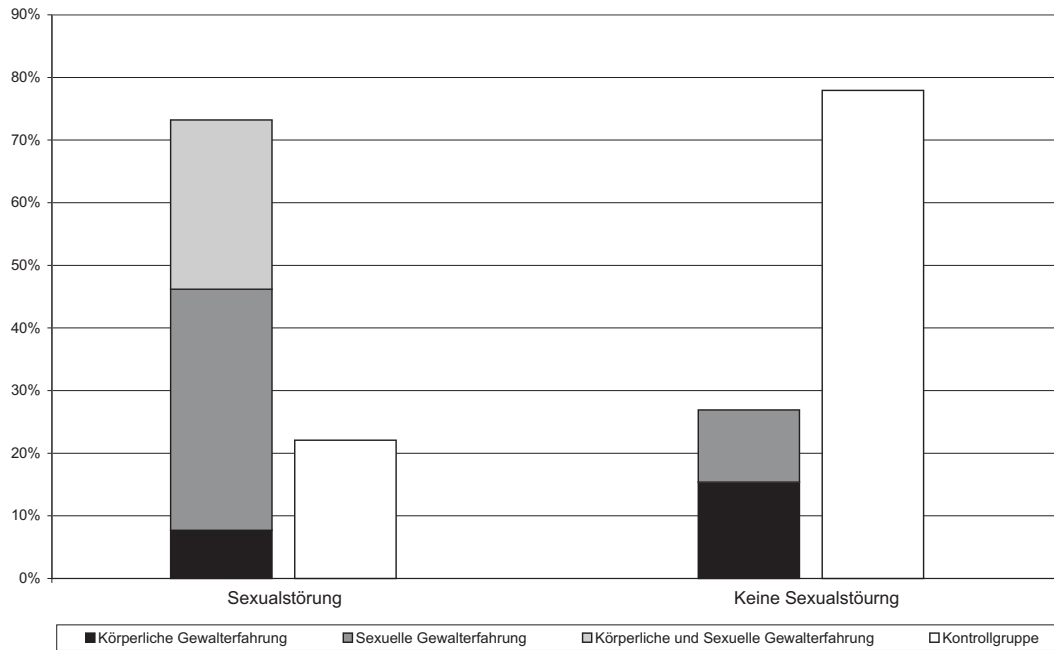


Abbildung 4.7: Vergleich der Häufigkeiten sexueller Störungen der Patientinnen mit einer Gewalterfahrung und der Kontrollgruppe unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher Formen der Gewalt.

4.4 Zusammenfassung

Insgesamt gaben 7,7% aller Patientinnen, die an der Studie teilgenommen haben an, in Laufe ihres Lebens eine sexuelle oder körperliche Gewalterfahrung gemacht zu haben. Von ihnen wiederum waren 50% Opfer sexueller und 23,1% körperlicher Gewalt geworden, 26,9% hatten sexuelle und körperliche Gewalt erfahren. 70% der Frauen war zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung jünger als 16 Jahre alt. Die überwiegende Mehrheit von ihnen war mehrfach misshandelt worden. Die Täter waren fast ausschließlich erwachsene Männer und stammten aus dem Nahbereich der Patientinnen.

Es wurden Zusammenhänge zwischen einer früheren Gewalterfahrung und unspezifischen körperlichen und psychischen Beschwerden sowie gynäkologischen Erkrankungen, also die Komorbidität, untersucht:

Es wurde festgestellt, dass Frauen mit einer Gewalterfahrung signifikant häufiger unter unspezifischen körperlichen Symptomen wie Erschöpfungsgefühlen, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herz-Kreislauf-Beschwerden leiden. Zwischen den Patientinnen nach sexuellen oder körperlichen Gewalttaten und den Frauen, die beide Gewaltformen erfahren haben, zeigen sich keine Unterschiede. Es gibt keinen Summationseffekt, das heißt mehr Gewalt führt nicht zu mehr körperlichen Beschwerden. Diese Ergebnisse des Gießener Beschwerdeboogens konnten im Anamnesebogen (ASP) bestätigt werden.

Bei insgesamt niedriger Fallzahl ist eine Aussage über einen Zusammenhang zwischen einer Gewalterfahrung und einer spezifischen gynäkologischen Erkrankung nicht möglich. Die meisten Frauen mit einer Gewalterfahrung wurden zur Entbindung aufgenommen. Weitere häufigere Gründe für eine stationäre Aufnahme waren Hysterektomien unterschiedlicher Ursachen, entzündliche gynäkologische Beschwerden und Schwangerschaftskomplikationen. Wegen unklarer Unterbauchbeschwerden wurde nur eine der Gewaltpatientinnen behandelt. Von einer typischen Erkrankung im Zusammenhang mit einer früheren Gewalterfahrung kann also nicht gesprochen werden. Im Gegenteil, typisch erscheint das häufige Auftreten unspezifischer körperlicher Symptome zu sein.

Frauen mit einer Gewalterfahrung erreichen im Fragebogen HADS-D signifikant höhere Werte für Symptome von Angst und Depressivität. Auch hier kann wiederum kein Summationseffekt nach sexuellen und körperlichen Gewalttaten nachgewiesen werden. Den höchsten Gesamtwert als Zeichen einer psychischen Beeinträchtigung wiesen die Patientinnen mit einer körperlichen Gewalterfahrung auf. Dieser ist vor allem auf den signifikant höheren Wert für die Angstskala zurückzuführen. Frauen mit einem sexuellen Gewalterlebnis dagegen leiden etwas häufiger unter depressiven Beschwerden. Auch diese Ergebnisse konnten im ASP bestätigt werden.

Frauen mit einer Gewalterfahrung leiden signifikant häufiger unter Problemen im sexuellen Bereich. Vor allem die Frauen mit einer sexuellen Gewalterfahrung geben Schwierigkeiten im Erleben ihrer Sexualität an. Hier zeigt sich erstmals ein

Summationseffekt: alle Frauen mit einer sexuellen und einer körperlichen Gewalterfahrung leiden unter Problemen in diesem Bereich.

Kapitel 5

Diskussion

In dem nun folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung vor dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes dargestellt und interpretiert. Dazu werden die Studienergebnisse anderer Forschungsgruppen kurz wiedergegeben und die eigenen Befunde eingeordnet und gedeutet. Zunächst wird auf die Prävalenzdaten eingegangen, im Anschluss daran werden Einflüsse der Gewalterfahrungen auf die körperliche, seelische und sexuelle Gesundheit der Frauen beschrieben.

Als erstes sollen die Ergebnisse der Prävalenzdaten erläutert werden. Insgesamt bei 26 Frauen konnte mittels der Angaben im Interview oder in den Fragebögen, eine Gewalterfahrung im Laufe ihres Lebens festgestellt werden. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 7,7% an der Gesamtgruppe von 336 Frauen, die an der Studie teilgenommen hatten. Von diesen Frauen waren ca. zwei Drittel zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung jünger als 16 Jahre alt, wurden also als Kind Opfer der Gewalt. Die übrigen Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung bereits erwachsene Frauen. Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen war mehrfach misshandelt worden. Alle Taten sexueller Gewalt waren von Männern begangen worden, ebenso fast alle Fälle von körperlicher Gewalt. Nur in zwei Fällen körperlicher Kindesmisshandlung waren die Täterinnen Frauen. Die Täter waren fast ausschließlich Erwachsene und stammten in der überwiegenden Zahl aus dem Nahbereich der Opfer.

Bisher sind nur wenig Studien durchgeführt worden, in denen - wie in diesem Fall - eine Gruppe von erwachsenen Frauen aller Altersstufen zu körperlichen und/oder

sexuellen Gewalterfahrungen im Laufe ihres gesamten bisherigen Lebens befragt worden sind. Die überwiegende Mehrheit der Untersuchungen zu Gewalterfahrungen beschäftigte sich mit Mädchen oder Frauen, die Opfer sexueller Gewalt im Kindesalter geworden waren. In deutlich geringerem Ausmaß wurden auch Studien zur körperlicher Kindesmisshandlung durchgeführt. Wenige Studien liegen zur Häufigkeit von häuslicher Gewalt vor. Dies erschwert die Einordnung unserer Ergebnisse. Des Weiteren spielen verschiedene methodische Faktoren eine Rolle bei der Beurteilung von Prävalenzdaten. Dabei handelt es sich um die Zusammenstellung der Stichproben, die Methode der Datenerhebung und nicht zuletzt auch die Definition - hier der körperlichen und sexuellen Gewalt. Enger gefasste Definitionen führen zu niedrigeren Häufigkeiten von Gewalterfahrungen in den einzelnen Stichproben als weiter gefasste Definitionen.

In der von uns durchgeführten klinischen Studie an Patientinnen einer gynäkologischen Universitätsklinik wurden sowohl Fragebögen (insbesondere der ASP), also auch ein persönliches Gespräch durch speziell für diese Aufgabe geschulte Untersuchender, dass unter anderem eine Sozial- und Sexualanamnese umfasste, eingesetzt, um eine frühere Gewalterfahrung aufzudecken. Peters, Wyatt und Finkelhor (1986) konnten nachweisen, dass persönliche Interviews zu höheren Schätzungen führen. Sie führten dies auf eine größere Nähe und Vertrauensbasis zurück (Peters u. a. 1986). Dies ließe eine hohe Anzahl von Frauen erwarten, die über ein Gewalterlebnis berichten. Dennoch liegt der prozentuale Anteil dieser Studienteilnehmerinnen deutlich unter den Ergebnissen anderer Untersuchungen, sowohl im deutschsprachigen Raum, als auch im internationalen Vergleich. Bei verschiedenen Studien an Patientinnen einer gynäkologischen Klinik beziehungsweise einer gynäkologischen Notaufnahme lagen die Häufigkeiten sexueller und/oder körperlicher Gewalterfahrungen zwischen 7,4% für allein körperliche Misshandlungen, 15,4%-46% für körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen und 50% für körperliche, sexuelle und emotionelle Gewaltanwendungen (van Lenkvelde u. a. 1996, McGrath u. a. 1998, Moeller u. a. 1993). In einer 1998 von Rind, Tromovitch und Bausermann durchgeführten Meta-Analyse von Studien, die sich mit einer sexuellen Gewalterfahrung im Kindesalter bei amerikanischen College-Studentinnen und Studenten beschäftigten, wurde unter anderem auch die Prävalenz einer Gewalterfahrung in dieser Gruppe untersucht. Im Durchschnitt berichteten 27% der Studentinnen Opfer sexueller Gewalt als

Kind gewesen zu sein. Die Standardabweichung betrug 16%, die Bandbreite lag zwischen 8-71% (Rind u. a. 1998).

Es ist möglich, dass die Frauen aufgrund von Schamgefühlen, Ängsten, Loyalität zu ihren Partnern oder dem Gefühl, selbst verantwortlich für die Gewalt zu sein, uns das Geschehene verschwiegen haben. Einige Frauen (N = 26) sagten zuerst die Teilnahme an der Studie zu und erhielten die Fragebogenmappe. Nach Durchsicht der Mappe lehnten sie dann die Teilnahme ab. Unter diesen Patientinnen könnten sich eine Reihe von Frauen mit einer Gewalterfahrung verbergen. Dennoch liegt die Häufigkeit mit fast acht Prozent in einem nicht zu vernachlässigendem Bereich. Fast jede 12. Patientin, die wegen einer primär gynäkologischen also somatischen Erkrankung aufgenommen wurde, war also mindestens einmal im Laufe ihres Lebens Opfer einer Gewalttat geworden. Weiter sollte nicht unbeachtet bleiben, dass, wenn auch die Häufigkeit von Gewalttaten bei unseren Studienteilnehmerinnen niedriger liegt als im internationalen Vergleich und die verschiedenen Gewaltformen als mehr oder weniger schwer wiegend eingeordnet werden können, diese Ereignisse doch jeweils für die einzelne Frau von so großer Bedeutung waren, dass sie sich zum Teil auch noch Jahre später und in höherem Lebensalter an sie erinnern konnten.

Dagegen stellen sich in Bezug auf die weiteren untersuchten epidemiologischen Daten zum Alter bei der Gewalttat, der Häufigkeit der Übergriffe und dem Täter keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen der oben genannten Studien und unseren Daten dar. Kurz soll auf die Gruppe der Täter eingegangen werden. Bei ihnen handelt es sich fast ausschließlich um Männer und häufig um Familienangehörige wie Väter und Stiefväter, Onkel, Cousins aber auch Brüder. In verschiedenen größeren Studien hat man jedoch gefunden, dass mindestens 18% der Täter Fremde waren, in manchen Studien bis zu 50-60% (Bachmann u. a. 1988). In unserer Untersuchung gaben sechs von 26 Frauen (23,1%) an, von einem Fremden angegriffen worden zu sein.

Es fällt auf, dass es vor allem die jungen Frauen sind, die über ein Gewalterlebnis in Kindheit oder Erwachsenenalter berichten. Ursache dafür könnte sein, dass die Gewalt gegenüber Mädchen und Frauen in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen hat. Dies erscheint aber im Hinblick auf die gesellschaftliche Entwicklung und der Universalität der Problematik unwahrscheinlich. Wahrscheinlicher ist, dass aufgrund der geleisteten Aufklärungsarbeit im ärztlichen

Bereich als auch durch die Frauenbewegung und die Arbeit der Medien, viele Frauen heute eine Tat als Gewalttat erkennen und sich ihrer bewusst werden. Auch haben sich die Definitionen eines Missbrauchs in den vergangenen Jahrzehnten geändert. Erst seit einigen Jahren wird zum Beispiel der erzwungene Beischlaf in der Ehe als Vergewaltigung und als Unrecht anerkannt und kann entsprechend bestraft werden.

Im folgenden Abschnitt werden die **Auswirkungen** der sexuellen und/oder körperlichen Gewalt auf die Gesundheit der Frauen anhand der Ergebnisse der Fragebögen zu körperlichen Beschwerden (GBB, ASP), zum seelischen Befinden (HADS-D, ASP) sowie zur Sexualität (ASP) erläutert und diskutiert.

Bevor diese Befunde näher eingeordnet werden, soll jedoch zunächst auf eine besondere Problematik der Untersuchung eingegangen werden. Die Patientinnen in dieser Studie erlebten zum Teil als Kind zum Teil als Erwachsene Gewalt. Aufgrund der geringen Fallzahl haben wir darauf verzichtet, diese beiden Gruppen miteinander zu vergleichen. Dies bezüglich stellt sich die grundsätzliche Frage, ob nicht die Gewalterfahrung an sich - unabhängig vom Alter - so traumatisch ist, dass es zu den im vorigen Kapitel beschriebenen Folgeerscheinungen kommt und ob somit eine Unterscheidung zwischen Folgen einer Kindesmisshandlung und Folgen einer Gewalttat an einer erwachsenen Frau sinnvoll ist. Erschwerend kommt hinzu, dass Frauen häufig sowohl als Mädchen als auch als erwachsene Frau sexuell und/oder körperlich misshandelt worden sind. In einer retrospektiven Studie ist es somit schwer zu differenzieren, ob die festgestellten Beschwerden Auswirkungen der kindlichen Misshandlung oder der als Frau erfahrenen Gewalt entsprechen. In unserer Studie betraf diese Problematik jedoch nur eine der 28 Patientinnen, so dass dieser Aspekt hier vernachlässigt werden kann. Eine Untersuchung von McCauley konnte bestätigen, dass jede Form der Gewalt - unabhängig vom Alter - zu deutlich höheren Werten in den Symptomskalen für körperliche und psychosoziale Beschwerden führte. Dabei konnte sogar ein Summationseffekt nachgewiesen werden. Frauen, die sowohl in der Kindheit als auch als Erwachsene Gewaltopfer geworden waren, wiesen die höchsten Werte auf (McCauley u. a. 1997). Auch Mullen beschäftigte sich 1988 in einer Untersuchung mit Frauen, die entweder in der Kindheit oder als Erwachsene Opfer sexueller Ge-

walt geworden waren. Beide Gruppen erzielten höhere Scores in Fragebögen zu allgemeinen körperlichen Beschwerden (z.B. GHQ) als die Kontrollgruppe. Entgegen seiner Erwartungen und der oben genannten Forschungsergebnisse stellte Mullen jedoch fest, dass Frauen, die erst als Erwachsene sexuell angegriffen worden waren, die meisten psychopathologischen Auffälligkeiten aufwiesen und führte dies auf meist schwere Gewalterlebnisse wie Vergewaltigungen und auf die zeitliche Kürze des zurückliegenden Ereignisses zurück (Mullen u. a. 1988). Es ist dennoch gerechtfertigt, eine Einteilung der Gewaltopfer nach der Art ihrer Gewalterfahrung unabhängig von dem Alter vorzunehmen. Es besteht jedoch noch ein weiterer Forschungsbedarf zur Sicherung der These, dass Gewalterfahrungen von Frauen unabhängig vom Alter bei der Tat zu gleichartigen körperlichen und seelischen Folgen führen.

Der Schwerpunkt der Arbeit soll daher auf der vergleichenden Darstellung und Erläuterung der Ergebnisse in Bezug auf die unterschiedlichen Erfahrungen durch sexuelle, körperliche und sexuelle und körperliche Gewalttaten liegen. Die Mehrheit der Studien, die den Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen - meist im Kindesalter - und gesundheitlichen Auswirkungen auf die erwachsene Frau untersucht haben, haben sich auf die Betrachtung des sexuellen Kindesmissbrauchs beschränkt. Nur wenige Studien haben sich mit der Bedeutung von körperlicher und sexueller Gewalt oder auch nur körperlicher Gewalt allein beschäftigt. Nur einige wenige haben bisher versucht, die unabhängigen Einflüsse von sexueller und körperlicher Gewalt herauszuarbeiten (Fox und Gilbert 1994, Bryer u. a. 1987, Chu und Dill 1990, Ogata u. a. 1990). In diesen Studien wurden jeweils nur kleine Stichproben betrachtet und nur einige wenige klinische Variablen untersucht. In dieser Untersuchung jedoch wurden Opfer sexueller **und** körperlicher Gewalt auf körperliche, psychosoziale und sexuelle Folgen hin untersucht.

Im folgenden Abschnitt wird auf die Auswirkung der Gewalt auf die physische Gesundheit der Frau eingegangen. Im vorigen Kapitel wurde aufgezeigt, dass Frauen, die in ihrem Leben eine Gewalterfahrung gemacht hatten, signifikant häufiger unter allgemeinen körperlichen Symptomen wie einem Gefühl der Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herz-Kreislaufbeschwerden litten. Wurden die einzelnen Gruppen der Patientinnen mit rein sexueller oder körperlicher Gewalterfahrung oder beider Gewaltformen getrennt voneinander untersucht, so

konnten bei der Betrachtung der Subskalen des Gießener Beschwerdeboogens keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Lediglich der Gesamtwert lag bei den Frauen, die allein körperlich misshandelt worden waren, etwas niedriger als in den anderen beiden Gruppen. Auch gaben die Patientinnen im Anamnesebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP) häufiger als in der Kontrollgruppe körperliche Beschwerden wie Magenschmerzen, Ess- und Schlafstörungen und Erschöpfungszustände an.

In früheren Untersuchungen wurden multiple chronische und unspezifische Beschwerden bei erwachsenen Frauen, die Opfer **sexueller Gewalt** geworden waren wie Schmerzsyndrome, Schlafstörungen, innere Anspannung oder abdominelle und gynäkologischen Beschwerden wie häufige Schmerzen und Infektionen im Genitalbereich festgestellt (Bachmann u. a. 1988, Bendixen u. a. 1994, Berkowitz 1998). Es konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass die Schwere einer Gewalttat sowie ihre Häufigkeit einhergehen mit der Schwere der körperlichen (Beitchman u. a. 1991, Beitchman u. a. 1992, Sedney und Brooks 1984, Springs und Williams 1992, Walker u. a. 1992) als auch der seelischen Beschwerden (Moeller u. a. 1993). Aufgrund der niedrigen Fallzahl von Gewaltopfern verzichteten wir auf eine Überprüfung dieser Aussage sowohl für den Bereich der körperlichen Folgen als auch für den später folgenden Teil der psychischen Auswirkungen. Die Studie von Wind und Silvern aus dem Jahre 1992 konnte belegen, dass die Kombination zweier Gewaltformen zu höheren Werten bei Symptomskalen führt (Wind und Silvern 1992). Dies konnte in unserer Studie für den untersuchten Bereich der unspezifischen körperlichen Beschwerden nicht bestätigt werden. Frauen mit körperlicher und sexueller Gewalterfahrung erreichten nur in der Subskala „Herz-Kreislauf-Beschwerden“ höhere Mittelwerte. Der Gesamtrang der Beschwerden lag nur geringfügig über dem der Frauen, die allein sexuelle Gewalt erlebt hatten. Es fiel jedoch auf, dass Frauen mit rein körperlicher Gewalterfahrung am wenigsten unter körperlichen Beschwerden litten. Dies würde einer Beobachtung von Wind und Silvern widersprechen, dass sexuelle Gewalt nur dann zu vermehrten körperlichen Beschwerden führt, wenn sie zusammen mit körperlicher Misshandlung geschah. Eine Untersuchung von McCauley et al. dagegen konnte unsere Ergebnisse bestätigen: Auch sie konnten keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf körperliche Beschwerden in den drei oben genannten Gruppen feststellen (McCauley u. a. 1997). Auch Frauen,

die Opfer - oft häuslicher - **körperlicher Gewalt** wurden, leiden häufig unter unspezifischen Beschwerden zum Beispiel aus dem Bereich des Gastrointestinaltraktes oder des Urogenitalsystems (Larsson und Andersson 1988). Oft kann bei diesen Frauen keine sichere organisch begründbare Diagnose gestellt werden. Man spricht daher von Komorbidität. Dies bedeutet in diesem Fall, dass - oft neben anderen organischen Symptomen - Beschwerden vorliegen, die im ursächlichen Zusammenhang mit einem Gewalterlebnis stehen. Unsere Patientinnen waren alle wegen Beschwerden aus dem gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich stationär aufgenommen worden. Bei fast allen konnte eine organische Ursache festgestellt werden. Zusätzlich gaben diese Frauen aber die oben genannten unspezifischen Beschwerden an. Die nachgewiesene somatische Komorbidität bei unseren Patientinnen, bedeutet also eine Ausweitung der Verarbeitung der Gewalterfahrung auf einer körperlichen Ebene. Dies beinhaltet auch Veränderungen im Krankheitsverhalten wie Medikamenteneinnahme, „doctor-shopping“, Kuren und Operationen und wirkt dadurch belastend auf das Gesundheitssystem. Das Vorliegen von Komorbidität ist also von großer Bedeutung für die Frau und unser Gesundheitssystem, da sie das weitere Er-Leben der betroffenen Frau und ihre „Funktionsfähigkeit“ in der Gesellschaft beeinflusst. Sie kann als prognostischer Indikator für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes, für entstehende Kosten für das Gesundheitssystem und auch für den langfristigen Behandlungserfolg der Grunderkrankung angewendet werden (Gerbershagen 2001). Gerade in der heutigen Zeit mit ansteigenden Kosten im Gesundheitswesen müssen Patientinnen mit einer Gewalterfahrung auch aus diesem Grund dringend frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Komorbidität liegt aber nicht nur in Bezug auf unspezifische körperliche Beschwerden vor. Oft werden auch Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter und gynäkologischen Beschwerden und Erkrankungen aufgezeigt. Dazu gehören neben den oft genannten unklaren Unterleibsschmerzen, entzündliche Erkrankungen des Urogenitaltraktes als auch Erkrankungen der Brust und häufigere Schwangerschaftskomplikationen (Springs und Williams 1992, Fry u. a. 1997, Bachmann u. a. 1988, Draijer 1990, Walker u. a. 1988, Schei und Bakketeig 1989). Die beiden häufigsten Gründe zur stationären Aufnahme bei den Patientinnen mit einer Gewalterfahrung in unserer Untersuchung waren gesundheitliche Probleme von Mutter oder Kind in einer

bestehenden Schwangerschaft sowie Geburten. Dabei traten Schwangerschaftskomplikationen mit fast 30% bei diesen Frauen etwas häufiger auf als in der Kontrollgruppe mit ca. 24%. Bei insgesamt niedriger Fallzahl kann keine statistisch aussagekräftige Beurteilung erfolgen. Dennoch fällt weiterhin auf, dass bei den Studienteilnehmerinnen mit einer Gewalterfahrung auch unklare Unterbauchschmerzen und entzündliche Erkrankungen prozentual häufiger auftraten als in der Kontrollgruppe. Dem gegenüber steht die Beobachtung von Fry, dass sexuelle Gewalt bei Mädchen nicht zu einem spezifischen Krankheitsbild wie zum Beispiel dem chronischen Unterleibsschmerz führt (Fry 1993).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die unspezifischen Beschwerden nicht allein in unmittelbarer zeitlicher Nähe zum Gewaltereignis auftreten, sondern auch noch nach vielen Jahren bis zu Jahrzehnten nachweisbar sind (Felitti 1991). Auch in unserer Studie nahmen Patientinnen in höherem Lebensalter teil, die als Kind oder Jugendliche Gewalt erfahren hatten und mit vielen unspezifischen Beschwerden auffielen. Die Ergebnisse dieser Studie erscheinen umso beeindruckender, als dass die Effekte von zunehmenden Jahren, Morbidität und Mortalität die Folgen der Gewalt hätten verbergen können.

Im nun folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der psychischen und psychosomatischen Folgen einer Gewalterfahrung diskutiert werden. Frauen, die über ein Gewalterlebnis in ihrem Leben berichtet hatten, erreichten signifikant höhere Werte für psychische Beeinträchtigungen wie Angst und Depressivität als die Kontrollgruppe. Frauen mit einer körperlichen Gewalterfahrung allein wiesen signifikant höhere Werte der Subskala Angst auf, während Frauen mit einer sexuellen Gewalterfahrung nur einen geringfügig höheren Wert der Subskala für Depressivität aufwiesen. Der Gesamtwert für den HADS-D lag bei den Frauen nach körperlichen Gewalttaten am Höchsten. Ein Summationseffekt mehrerer unterschiedlicher Gewalterfahrungen - körperlich und sexuell - konnte also nicht nachgewiesen werden.

Diese Ergebnisse spiegeln den aktuellen Kenntnisstand der Forschung zu den psychischen Folgen von Gewalt auf Frauen wider. Bereits 1986 stellten Browne und Finkelhor fest, dass Depressivität zu den am häufigsten zitierten Folgen sexueller Gewalt im Kindesalter zählt (Browne und Finkelhor 1986). Im Anamnesebogen mit Fragen zu Sexualität und Partnerschaft gaben 40,7% der Patientinnen im Gegensatz zu 14,6% in der Kontrollgruppe an, eine „depressive Stimmung“ zu ver-

spüren. Oft wird auch in der Literatur mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstmordgedanken als Konsequenz genannt (Beitchman u. a. 1991, Brooks 1985, Burgess u. a. 1984, Gomes-Schwartz u. a. 1985, Lindberg und Distead 1985, Sansonnet-Hayden u. a. 1987). Im Anamnesebogen wurden von den misshandelten Frauen häufiger als in der Kontrollgruppe Angaben wie „Unsicherheit im Umgang mit Anderen“, „Fühle mich unattraktiv“, „Mag mich selbst nicht“ gemacht, die diese Ergebnisse bestätigen. Zu den gleichen Ergebnissen kamen auch viele weitere Autoren von Studien zu Folgen sexueller oder körperlicher Gewalterfahrungen bei Kindern und bei erwachsenen Frauen (Bachmann u. a. 1988, Mullen u. a. 1988, Sedney und Brooks 1984, Burnam u. a. 1988, Bifulco u. a. 1991, Stein u. a. 1988). Allerdings steht dem gegenüber, dass neben der Gewalterfahrung auch andere Faktoren wie zum Beispiel die häusliche Umgebung, Suchterkrankungen (eigene oder der Eltern) und der Bildungsstand diese häufigeren Depressionen bedingen können. So fand Fromuth 1986 die höheren Werte für Depressivität im SCL-90 bei den misshandelten Frauen durch mangelnde elterliche Unterstützung im Familienleben begründet (Fromuth 1986).

Frauen, denen sowohl sexuelle als auch körperliche Gewalt angetan worden war, wiesen keine signifikant höheren Werte für Angst oder Depressivität auf als diejenigen, die nur eine Form der Gewalt erfahren hatten. Die Annahme, dass die Kombination von mehreren Gewalttaten zu stärkeren Beschwerden führt, so wie es Mullen 1988 postulierte und auch Schaaf und McCanne 1998 in einer Studie an Collegestudentinnen feststellten, kann also nicht bestätigt werden (Mullen u. a. 1988, Schaaf und McCanne 1998). Ein interessantes neues Ergebnis unserer Untersuchung ist allerdings die Feststellung, dass körperliche Misshandlung häufiger zu Angst führt, während sexuelle Gewalt häufiger depressive Beschwerden verursacht.

Schließlich sollen nun die Folgen der Gewalterfahrungen auf die Sexualität der Frauen diskutiert werden. Wir konnten feststellen, dass die sexuell und körperlich misshandelten Frauen signifikant häufiger unter sexuellen Problemen litten als die Patientinnen der Kontrollgruppe. Dabei traten Sexualstörungen signifikant öfter bei den Frauen mit einer sexuellen Gewalterfahrung auf, als bei den körperlich Misshandelten. Alle Frauen, die sowohl sexuelle als auch körperliche Gewalt erfahren hatten, berichteten über Probleme in ihrem Sexualleben. Je mehr Gewalt-

terfahrungen eine Frau im Laufe ihres Lebens erfahren hat, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Sexualstörung entwickelt.

Im Vergleich zu bisherigen Studien ist die Anzahl der Frauen, die über eine Beeinträchtigung ihres Sexuallebens nach einer Gewalterfahrung berichteten, in unserer Studie mit 76,9% hoch. Eine Ursache für die hohe Häufigkeit in unserer Studie könnte darin liegen, dass den Frauen in den oft langen und intensiven Interviews, bei denen nicht selten eine persönliche Beziehung zu den Studienteilnehmerinnen aufgebaut werden konnte, die Gelegenheit gegeben wurde, sich zu öffnen und über so intime Bereiche wie die Sexualität zu sprechen. Hier zeigt sich, wie wichtig ein Interviewtraining durch erfahrene Therapeuten - hier Frau Dr. Ulrike Brandenburg als Leiterin der Sexualwissenschaftlichen Ambulanz - ist und wie positiv es sich auf eine sich im weiteren Verlauf möglicherweise entwickelnde therapeutische Beziehung auswirken kann. Auf der anderen Seite könnte auch die gynäkologische Grunderkrankung, die zur stationären Einweisung führte, die sexuellen Funktionsstörungen mit beeinflusst haben.

Dunn et al. untersuchten 1999 den Zusammenhang zwischen sexuellen Störungen und sozialen, psychischen und körperlichen Problemen. Sie fanden signifikante Zusammenhänge zwischen Erregungsstörungen, Orgasmusstörungen und Dyspareunie mit psychischen Erkrankungen wie Depression und Angststörungen (Dunn u. a. 1999). Die Probleme im sexuellen Erleben unserer Patientinnen könnten also bei ihren nachgewiesenen depressiven und ängstlichen Symptomen auch durch diese bedingt sein. Auf der anderen Seite ist auch ein umgekehrter Zusammenhang möglich. Die sexuellen Störungen nach einer Gewalterfahrung können Depression und Angst erst auslösen. Viele persönliche Berichte von Patientinnen der Sexualwissenschaftlichen Ambulanz können das belegen.

Die Patientinnen mit einer Gewalterfahrung unterschieden sich also vor allem durch vermehrte **unspezifische körperliche Beschwerden, psychopathologische Auffälligkeiten** wie depressive und ängstliche Symptome und nicht zuletzt auch durch **sexuelle Probleme** von den übrigen Patientinnen der gynäkologischen Klinik. Plichta und Falik beschrieben in ihrer Studie an gynäkologischen Patientinnen ähnliche Ergebnisse (Plichta und Falik 2001). Wie auch in unserer Untersuchung gab die überwiegende Mehrheit der Frauen an, noch nie mit einem Arzt über den sexuellen Missbrauch oder die erlebte häusliche Gewalt gesprochen zu haben. Viele Frauen, die durch unspezifische körperliche

Störungen auffällig werden, werden in der Regel zunächst von Allgemeinmedizern gesehen. Nicht selten jedoch wenden sich die Patientinnen auch an Frauenärztinnen und Frauenärzte, nicht zuletzt wenn sexuelle Probleme auftreten. Die wahre Ursache ihrer Beschwerden wird jedoch nur in den seltensten Fällen erkannt. Immer noch werden Patientinnen nicht ganzheitlich betrachtet, sondern allein die körperlichen Symptome behandelt. Das Screening nach einem Gewalterlebnis - in der jüngeren Vergangenheit, aber vor allem auch in der Kindheit - sollte bei allen Frauen mit einer Häufung unspezifischer Symptome oder aber auch sexueller Störungen zur Erhebung der Krankengeschichte gehören. Ärztinnen und Ärzte sollten bei einem entsprechendem Verdacht bei diesen Patientinnen selbst ein Gespräch auf mögliche Gewalterfahrungen leiten und die Frauen im Einzelfall auch ganz konkret auf diese Problematik ansprechen. Nicht zuletzt sollte generell allen Frauen die Möglichkeit gegeben werden, im Rahmen der gynäkologischen Anamnese über sexuelle Sorgen zu sprechen. Unter dem bestehenden Zeit- und Termindruck in Kliniken und Praxen und aufgrund von eigenen Hemmungen und Ängsten bezüglich dieser Thematik fällt dieser Schritt oft schwer. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen jedoch deutlich, wie wichtig es ist, über Intimität und Sexualität zu sprechen. Durch ein qualifiziertes Interviewtraining ist es auch einem bis dahin unerfahrenen Untersuchenden möglich, eigene Hemmungen abzubauen und Fragen nach intimen Sorgen und Ängsten zu stellen. Wie bereits oben erwähnt kann eine geschulte Untersucherin bzw. ein geschulter Untersucher in einem Gespräch eine persönliche Beziehung zu den Patientinnen aufbauen. Diese wiederum erlaubt den Frauen, sich der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt anzuvertrauen. So kommt es nicht zu einer Tabuisierung des Primärtraumas der Gewalterfahrung, die sich in einer Chronifizierung der Beschwerden fortsetzen würde.

Nicht zuletzt muss an dieser Stelle in Anbetracht der derzeitigen Situation im Gesundheitswesen eine Betrachtung des Kostenfaktors erfolgen. Patientinnen mit einer Gewalterfahrung stellen sich nicht selten über Jahre hinweg in verschiedenen Fachbereichen in Praxis und Klinik mit den oben genannten unspezifischen Beschwerden vor. Dies zieht eine große Anzahl von Untersuchungen, Therapien und sogar invasiven Eingriffen nach sich. Neben den vermeidbaren gesundheitlichen Folgen für die Frau durch eventuelle Komplikationen bedeutet dies natürlich auch hohe und vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem. Die-

se wären zu senken, wenn die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Ausbildung auf die Problematik hingewiesen würden und später so in ihrer ärztlichen Praxis bei einer multiplen Symptomatik hellhörig werden könnten. Der Ausbildungsbedarf bei Ärzten fast aller Fachrichtungen ist weiterhin sehr hoch. Seit dem Jahr 2000 gehören eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten der gebietsbezogenen Diagnostik und Behandlung bei psychosomatischen, psychosozialen und psychosexuellen Störungen zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Ärzttekammer Nordrhein 1999). Das diese Problematik auch von den Ärztekammern als wichtig erkannt worden ist, zeigt sich darin, dass ab dem Jahr 2003 von allen Frauenärzten auch ein Befähigungsnachweis über sexualmedizinische Kompetenz gefordert werden wird und die Sexualmedizin als Bereichsbezeichnung eingeführt wird. Die Ergebnisse dieser Untersuchung und insbesondere auch des Settings machen Mut, auf diesem Weg weiter zu gehen.

Auch sollte den Frauen von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten weitere Hilfen wie Informationen über Beratungsstellen angeboten werden und gegebenenfalls der Kontakt zu Psychotherapeuten vermittelt werden. Mehrfach entstand im Rahmen der Studie durch die Vermittlung der Untersucherinnen ein Kontakt zum gynäkologisch-psychosomatischen Liaisondienst und zur Sexualwissenschaftlichen Ambulanz der Universitätsklinik Aachen.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat das Bundesministerium für Forschung und Bildung dazu aufgefordert, die medizinische und psychosoziale Versorgung der von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen und Kinder zu einem Forschungsschwerpunkt zu machen. Diese Arbeit hat hierzu einen Anfang gemacht.

Kapitel 6

Zusammenfassung

Im Rahmen eines Projektes der Sexualwissenschaftlichen Ambulanz unter Leitung von Frau Dr. Brandenburg, angesiedelt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in Kooperation mit den Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe und für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Aachen wurden Patientinnen der gynäkologischen Klinik in Bezug auf ihr körperliches und seelisches Befinden, ihre Gedanken und Einstellungen zu ihrer Erkrankung, ihre soziale und familiäre Situation und das Erleben ihrer Sexualität untersucht. In der vorliegenden Arbeit wurden die Einflüsse einer früheren Gewalterfahrung auf die Gesundheit dieser Frauen herausgearbeitet. Alle Frauen, die entweder als Kind sexuelle oder körperliche Gewalt erfahren hatten und/oder als Erwachsene Opfer meist häuslicher sexueller oder körperlicher Gewalt geworden waren, wurden im Hinblick auf die Auswirkungen dieser Taten auf ihre körperliche Gesundheit, ihr seelisches Empfinden und ihre Sexualität untersucht. Die Ergebnisse wurden mit einer Kontrollgruppe, die sich aus den Studienteilnehmerinnen ohne Angabe einer Gewalterfahrung zusammensetzte, verglichen.

Bezüglich der Häufigkeit einer früheren sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung konnte festgestellt werden, dass insgesamt 7,7% aller Patientinnen, die an der Studie teilgenommen hatten, über ein solches Ereignis berichtet hatten. Von ihnen waren 50% Opfer sexueller Gewalt geworden, 23,1% waren körperlich misshandelt worden und 26,9% hatten sexuelle und körperliche Gewalt erfahren. 70% der Frauen war zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung jünger als 16 Jahre

alt. Die überwiegende Mehrheit von ihnen war mehrfach misshandelt worden. Die Täter waren fast ausschließlich erwachsene Männer und stammten aus dem Nahbereich der Patientinnen.

Frauen mit einer Gewalterfahrung gleich welcher Art leiden signifikant häufiger unter unspezifischen körperlichen Symptomen wie Erschöpfungsgefühlen, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herz-Kreislauf-Beschwerden. Sie erreichen im Fragebogen HADS-D signifikant höhere Werte für Symptome von Angst und Depressivität als die Frauen der Kontrollgruppe. Den höchsten Gesamtwert als Zeichen einer psychischen Beeinträchtigung wiesen die Patientinnen mit einer körperlichen Gewalterfahrung auf. Dieser ist vor allem auf den signifikant höheren Wert auf der Angstskala zurückzuführen. Frauen mit einem sexuellen Gewalterlebnis dagegen leiden häufiger unter depressiven Beschwerden. Zwischen den Patientinnen mit sexueller oder körperlicher Gewalterfahrung und den Frauen, die beide Gewaltformen erleben mussten, zeigen sich keine Unterschiede. Es gibt keinen Summationseffekt, d.h. mehr Gewalt führt nicht zu mehr körperlichen oder seelischen Beschwerden. Gewaltopfer leiden signifikant häufiger unter Problemen im sexuellen Bereich. Vor allem die Frauen mit einer sexuellen Gewalterfahrung geben Schwierigkeiten im Erleben ihrer Sexualität an. Hier zeigt sich erstmals ein Summationseffekt: alle Frauen mit einer sexuellen und einer körperlichen Gewalterfahrung leiden unter Problemen in diesem Bereich.

Bei insgesamt niedriger Anzahl der Frauen mit einer Gewalterfahrung und nur wenigen Diagnosen, die in dieser Gruppe von Patientinnen auftraten, waren unklare Unterbauchschmerzen, entzündliche gynäkologische Beschwerden und Schwangerschaftskomplikationen relativ häufig vertreten. Von einer typischen Erkrankung im Zusammenhang mit einer früheren Gewalterfahrung kann jedoch nicht gesprochen werden. Im Gegenteil, typisch erscheint das häufige Auftreten unspezifischer körperlicher Symptome zu sein.

Fazit:

Diese Arbeit konnte belegen, dass Gewalterfahrungen ein häufiges Phänomen bei Patientinnen einer gynäkologischen Klinik sind und dass diese Frauen sich oft durch viele unspezifische Probleme sowohl im körperlichen als auch im seeli-

schen Bereich als auch durch vielfältige sexuelle Störungen von nicht missbrauchten Patientinnen unterscheiden. Es besteht daher die dringende Notwendigkeit, Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf Gespräche über Intimität und Partnerschaft und über Gewalt im häuslichen Bereich zu schulen. Kenntnisse über sexualmedizinische Probleme und psychosomatische und psychosoziale Störungen sollten nicht nur von Frauenärztinnen und -ärzten erworben werden. Patientinnen muss die Möglichkeit gegeben werden, im Rahmen der Anamneseerhebung, über Intimität und Sexualität zu sprechen. Nur so kann bei Vorliegen einer Gewalterfahrung das eigentliche Trauma aufgedeckt werden und durch entsprechende Therapie den Frauen geholfen werden.

Literaturverzeichnis

- (Alexander und Lupfer 1987) ALEXANDER, P.C. ; LUPFER, S.L.: Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. In: *Arch Sex Behav* 16 (1987), S. 235–245
- (American Medical Association 1989) AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Report on sexual harrasment and exploitation between medical supervisors and trainees*. 1989
- (Armstrong 2001) ARMSTRONG, J.: Prevalence and incidence of domestic violence in an ambulatory gynecology population and associated risk factors. In: *Obstet Gynecol* 97 (2001), S. 54
- (Arnold u. a. 1990) ARNOLD, R.P. ; ROGERS, D. ; COOK, D.A.: Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. In: *Br Med J* 300 (1990), S. 705–708
- (Ärzttekammer Nordrhein 1999) ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN. *Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein - Frauenheilkunde und Geburtshilfe*. 1999
- (Bachmann u. a. 1988) BACHMANN, G.A. ; MOELLER, T.P. ; BENETT, J.: Childhood sexual abuse and the consequences in adult women. In: *Obstet Gynecol* 71 (1988), S. 631–642
- (Bart 1975) BART, P.B.: *Rape doesn't end with a kiss. Unpublished Manuscript*. 1975. – Department of Psychiatry, Abraham Lincoln School of Medicine, Univerity of Illinois, Chicago, IL

- (Bartoi und Kinder 1998) BARTOI, M.G. ; KINDER, B.N.: Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. In: *J Sex Marital Ther* 24 (1998), S. 75–90
- (Bartoi u. a. 2000) BARTOI, M.G. ; KINDER, B.N. ; TOMIANOVIC, D.: Interaction effects of emotional status and sexual abuse on adult sexuality. In: *J Sex Marital Ther* 26 (2000), S. 1–23
- (Becker u. a. 1986) BECKER, J.V. ; SKINNER, L.J. ; ABEL, G.G. ; CHICHON, J.: Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims. In: *Arch Sex Behav* 15 (1986), S. 37–49
- (Becker u. a. 1982) BECKER, J.V. ; SKINNER, L.J. ; ABEL, G.G. ; TREACY, E.C.: Incidence and types of sexual dysfunction in rape and incest victims. In: *J Sex Marital Ther* 8 (1982), S. 311
- (Beitchman u. a. 1991) BEITCHMAN, J.H. ; ZUCKER, K.J. ; HOOD, J.E. ; DACOSTA, G.A. ; AKMAN, D.: A review of the short-term effects of childhood sexual abuse. In: *Child Abuse Negl* 15 (1991), S. 537–556
- (Beitchman u. a. 1992) BEITCHMAN, J.H. ; ZUCKER, K.J. ; HOOD, J.E. ; DACOSTA, G.A. ; AKMAN, D. ; CASSAVIA, E.: A review of the long-term effects of child sexual abuse. In: *Child Abuse Negl* 16 (1992), S. 101–118
- (Bendixen u. a. 1994) BENDIXEN, M. ; MUUS, K.M. ; SCHEI, B.: The impact of child sexual abuse - A study of a random sample norwegian students. In: *Child Abuse Negl* 18 (1994), S. 837–847
- (Bergmann u. a. 1987) BERGMANN, B. ; LARSSON, G. ; BRISMAR, B. ; KLANG, M.: Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. In: *Acta psychiatr scand* 76 (1987), S. 678–683
- (Berkowitz 1998) BERKOWITZ, C.D.: Medical consequences of child sexual abuse. In: *Child Abuse Negl* 22 (1998), S. 541–550
- (Betts und Boden 1992) BETTS, T. ; BODEN, S.: Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 participants with non-epileptic attack disorder, II: previous sexual abuse in the aetiology of these disorders. In: *Seizure* 1 (1992), S. 27–31

- (Bifulco u. a. 1991) BIFULCO, A. ; BROWN, G.W. ; ADLER, Z.: Early sexual abuse and clinical depression in adult life. In: *Br J Psychiatry* 159 (1991), S. 115–122
- (Bohn und Holz 1996) BOHN, D.K. ; HOLZ, K.A.: Sequelae of abuse. Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering, and rape. In: *J Nurse Midwife* 41 (1996), S. 442–356
- (Bortz u. a. 1990) BORTZ, J ; LIENERT, GA ; BÖHNKE, K: *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin : Springer, 1990
- (Brähler und Scheer 1995) BRÄHLER, E. (Hrsg.) ; SCHEER, J. (Hrsg.): *Der Gießener Beschwerdebogen (GGB), Handbuch*. Bern : Huber, 1995
- (Briere und Runtz 1987) BRIERE, J. ; RUNTZ, M.: Post-sexual abuse trauma: Data and implications. In: *J Interpersonal Violence* 2 (1987), S. 367–379
- (Briere und Runtz 1988) BRIERE, J. ; RUNTZ, M.: Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. In: *Child Abuse Negl* 12 (1988), S. 331–341
- (Briere und Runtz 1990) BRIERE, J. ; RUNTZ, M.: Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. In: *Child Abuse Negl* 14 (1990), S. 357–364
- (Brooks 1985) BROOKS, B.: Sexually abused children and adolescent identity development. In: *Am J Psychother* 39 (1985), S. 401–410
- (Browne und Finkelhor 1986) BROWNE, A. ; FINKELHOR, D.: Impact of child sexual abuse: A review of the research. In: *Psychol Bull* 99 (1986), S. 66
- (Brownmiller 1978) BROWNMILLER, S.: *Gegen unseren Willen. Vergewaltigung und Männerherrschaft*. Frankfurt am Main : Fischer, 1978
- (Bryer u. a. 1987) BRYER, J.B. ; NELSON, B.A. ; MILLER, J.B. ; KROL, P.A.: Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. In: *Am J Psychiatry* 144 (1987), S. 1426–1430
- (Burgess u. a. 1984) BURGESS, A.W. ; HARTMANN, C.R. ; MCCAUSLAND, M.P. ; POWERS, P.: Response patterns in children and adolescents exploited

- through sex rings and pornography. In: *Am J Psychiatry* 141 (1984), S. 656–662
- (Burgess und Holmstrom 1974) BURGESS, A.W. ; HOLMSTROM, L.L.: Rape Trauma Syndrome. In: *Am J Psychiatry* 131 (1974), S. 981–986
- (Burgess und Holmstrom 1979) BURGESS, A.W. ; HOLMSTROM, L.L.: Rape: sexual disruption and recovery. In: *Am J Orthopsychiatry* 49 (1979), S. 648–657
- (Burnam u. a. 1988) BURNAM, M.A. ; STEIN, J.A. ; GOLDING, J.M. ; SIEGEL, J.M. ; SORENSON, S.B. ; FORSYTHE, A.B. ; TELLES, C.A.: Sexual assault and mental disorders in a community population. In: *J Consult Clin Psychol* 56 (1988), S. 843–850
- (Charney und Russel 1994) CHARNEY, D.A. ; RUSSEL, R.C.: An overview of sexual harassment. In: *Am J Psychiatry* 151 (1994), S. 10–17
- (Chu und Dill 1990) CHU, J.A. ; DILL, D.L.: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. In: *Am J Psychiatry* 147 (1990), S. 887–892
- (Coomaraswamy 1997) COOMARASWAMY, R. *Materialien zur Frauenpolitik: Gewalt gegen Frauen - Ursachen und Folgen.* 1997
- (Cunningham u. a. 1988) CUNNINGHAM, J. ; PEARCE, T. ; PEARCE, P.: Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women. In: *J Interpersonal Violence* 3 (1988), S. 131–144
- (Draijer 1990) DRAIJER, N.: Die Rolle von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: *System Familie* 3 (1990), S. 59–73
- (Drossman u. a. 1990) DROSSMAN, D.A. ; LESERMAN, J. ; NACHMANN, G. ; LI, Z. ; GLUCK, H. ; TOOMEY, T.C. ; MITCHELL, C.M.: Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. In: *Ann Inter Med* 113 (1990), S. 828–833

- (Dunn u. a. 1999) DUNN, K.M. ; CROFT, P.R. ; HACKETT, G.I.: Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. In: *J Epidemiol Community Health* 53 (1999), S. 144–148
- (Ellis u. a. 1981) ELLIS, E. ; CALHOUN, K.S. ; ATKESON, B.M.: Sexual dysfunction in victims of rape: Victims may experience a loss of sexual arousal and frightening flashbacks even one year after the assault. In: *Women Health* 5 (1981), S. 39–47
- (Engfer und Kintzer 1986) ENGFER, A ; KINTZER, I: *Kindesmisshandlung: Ursachen, Auswirkungen, Hilfen*. Stuttgart : Enke, 1986
- (Ernst u. a. 1992) ERNST, C. ; ANGST, J. ; FÖLDENYI, M.: The Zurich Study. XVII. Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance for adult morbidity. Data of a longitudinal epidemiological study. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 242 (1992), S. 293–300
- (Farber u. a. 1996) FARBER, E.W. ; HERBERT, S.E. ; REVIERE, S.L.: Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital-based urban prenatal clinic. In: *Gen Hosp Psychiatry* 18 (1996), S. 56–60
- (Felitti 1991) FELITTI, V.J.: Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. In: *South Med J* 84 (1991), S. 328–331
- (Fikree und Bhatti 1999) FIKREE, F.F. ; BHATTI, L.I.: Domestic violence and health of Pakistani women. In: *Int J Gynecol Obstet* 65 (1999), S. 195–201
- (Finestone u. a. 2000) FINESTONE, H.M. ; STENN, P. ; DAVIES, F. ; STALKER, C. ; FRY, R. ; KOUMANIS, J.: Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. In: *Child Abuse Negl* 24 (2000), S. 547–556
- (Finkelhor 1984a) FINKELHOR, D.: *Child sexual abuse: New theory and research*. The Free Press, New York, 1984a
- (Finkelhor 1984b) FINKELHOR, D.: Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. In: *Child Abuse Negl* 8 (1984), S. 23–33

- (Finkelhor 1994) FINKELHOR, D.: The international epidemiology of child sexual abuse. In: *Child Abuse Negl* 18 (1994), S. 409–417
- (Finkelhor und Browne 1985) FINKELHOR, D. ; BROWNE, A.: The traumatic impact of child sexual abuse. In: *Am J Orthopsychiatry* 55 (1985), S. 530
- (Forbey u. a. 2000) FORBEY, J.D. ; BEN-PORATH, Y. S. ; DAVIES, D.L.: A comparison of sexually abused and non-sexually abused adolescents in a clinical treatment facility using the MMPI-A. In: *Child Abuse Negl* 24 (2000), S. 557–568
- (Fox und Gilbert 1994) FOX, K.M. ; GILBERT, B.O.: The interpersonal and psychological functioning of women who experienced childhood physical abuse, incest, and parental alcoholism. In: *Child Abuse Negl* 18 (1994), S. 849–858
- (Friedmann u. a. 1982) FRIEDMANN, R.C. ; HURT, S. ; CLARKIN, S.W. ; CORN, R. ; ARONOFF, M.S.: Sexual histories and premenstrual affective syndrome in psychiatric inpatients. In: *Am J Psychiatry* 139 (1982), S. 1484–1486
- (Fromuth 1986) FROMUTH, M.E.: The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. In: *Child Abuse Negl* 10 (1986), S. 5–15
- (Fry 1993) FRY, R.: Adult physical illness and childhood sexual abuse. In: *Psychosom Res* 37 (1993), S. 89–103
- (Fry u. a. 1997) FRY, R.P.W. ; CRISP, A.H. ; R.W.BEARD: Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: A review. In: *Psychosom Res* 42 (1997), S. 1–15
- (Gerbershagen 2001) GERBERSHAGEN, H.U. *Jahresbericht 2001 des Arbeitskreises Komorbidität bei Schmerzpatienten*. 2001
- (Gold 1986) GOLD, E.: Long-term effects of sexual victimization in childhood: An attributional approach. In: *J Consult Clin Psychol* 54 (1986), S. 471–475
- (Golding 1994) GOLDING, J.M.: Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. In: *Health Psychol* 13 (1994), S. 130–138

- (Golding 1996) GOLDING, J.M.: Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. In: *Res Nurs Health* 19 (1996), S. 33–44
- (Golding 1999) GOLDING, J.M.: Sexual assault history and headache: five general population studies. In: *J Nerv Ment Dis* 187 (1999), S. 624–629
- (Golding u. a. 1997) GOLDING, J.M. ; COOPER, M.L. ; GEORGE, L.K.: Sexual assault history and health perceptions: seven general population studies. In: *Health Psychol* 16 (1997), S. 417–425
- (Golding u. a. 2000) GOLDING, J.M. ; TAYLOR, D.L. ; MENARD, L. ; KING, M.J.: Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. In: *J Psychosom Obstet Gynaecol* 21 (2000), S. 69–80
- (Golding u. a. 1998) GOLDING, J.M. ; WILSNACK, S.C. ; LEARMAN, L.A.: Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. In: *Am J Obstet Gynecol* 179 (1998), S. 1013–1019
- (Gomes-Schwartz u. a. 1985) GOMES-SCHWARTZ, B. ; HOROWITZ, J.M. ; SAUZI, M.: Severity of emotional distress among sexually abused preschool, school-age, and adolescent children. In: *Hosp Community Psychiatry* 36 (1985), S. 503–508
- (Greenwald u. a. 1990) GREENWALD, R.L. ; LEITENBERG, H. ; CADO, S. ; TARRAN, M.J.: Childhood sexual abuse: Long-term effects on psychological and sexual functioning in a nonclinical and nonstudent sample of adult women. In: *Child Abuse Negl* 14 (1990), S. 503–513
- (Heise u. a. 1994) HEISE, L. ; PITANGUY, J. ; GERMAIN, A.: Violence against women. The hidden health burden. In: *World Bank Discussion Papers, The World Bank, Washington DC* 255 (1994), S. 4
- (Herman und Van der Kolk 1989) HERMAN, J. ; VAN DER KOLK, B.: Childhood Trauma in borderline personality disorder. In: *Am J Psychiatry* 146 (1989), S. 490–495

- (Herman 1993) HERMAN, J L.: *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.* München : Kindler, 1993
- (Hermann 1998) HERMANN, B.: *Medizinische Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung.* 1998. – Kinderklinik des Klinikums Kassel, 2. überarbeitete Auflage 1998
- (Hermann 1999) HERMANN, B.: *Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch.* 1999. – Kinderklinik des Klinikums Kassel, 2. überarbeitete Auflage 1995, aktualisiert 1999
- (Herrmann u. a. 1995) HERRMANN, Ch. ; BUSS, U. ; R.P.SNAITH: *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D), Testdokumentation und Handanweisung.* Bern : Huber, 1995
- (Jehu u. a. 1985) JEHU, D. ; GAZAN, M. ; KLASSEN, C.: Common therapeutic targets among women who were sexually abused in childhood. In: *Journal of Social Work and Human Sexuality* 3 (1985), S. 25–45
- (Kempe u. a. 1962) KEMPE, C.H. ; SILVERMANN, F. ; STEELE, B. ; DROEGEMULLER, W. ; SILVER, H.: The battered child syndrome. In: *JAMA* 181 (1962), S. 17–24
- (Kendell-Tackett u. a. 1993) KENDELL-TACKETT, K.A. ; WILLIAMS, L.M. ; FINKELHOR, D.: The impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. In: *Psychol Bull* 113 (1993), S. 164–180
- (Krantz und Ostergren 2000) KRANTZ, G. ; OSTERGREN, P.O.: The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. In: *J Epidemiol Community Health* 54 (2000), Nr. 11, S. 815–21
- (Larsson und Andersson 1988) LARSSON, G. ; ANDERSSON, M.: Violence in the family: Morbidity and Medical Consumption. In: *Scand J Soc Med* 16 (1988), S. 161–166
- (Laws 1993) LAWS, A.: Does a history of sexual abuse in childhood play a role in women's medical problems? A review. In: *J Womens Health* 1 (1993), S. 165–172

- (Lechner u. a. 1993) LECHNER, M.E. ; VOGEL, M.E. ; GARCIA-SHELTON, L.M. ; LEICHTER, J.L. ; STEIBEL, K.R.: Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. In: *J Fam Pract* 36 (1993), S. 633–638
- (Leckner und Schröder 2001) LECKNER, T ; SCHRÖDER, H ; LECKNER, T (Hrsg.): *Strafgesetzbuch: Kommentar*. München : Beck, 2001
- (Leidig 1992) LEIDIG, M.W.: The continuum of violence against women: psychological and physical consequences. In: *J Am Coll Health* 40 (1992), S. 149–155
- (van Lenkvelde u. a. 1996) LENKVELD, J.J. van ; KUILE, M.M. ter ; KENTER, G.G. ; HALL, E.V. van ; WEIJENBORG, P.T.: [Sexual problems and experiences with sexual and physical violence in gynaecological patients] Seksuele klachten en ervaringen met seksueel en fysiek geweld bij gynaecologische patienten. In: *Ned Tijdschr Geneesk* 140 (1996), S. 1903–1906
- (Lindberg und Disteard 1985) LINDBERG, F.H. ; DISTEAD, L.J.: Survival response to incest: Adolescents in crisis. In: *Child Abuse Negl* 9 (1985), S. 521–526
- (Mackey u. a. 1991) MACKEY, T.F. ; HACKER, S.S. ; WEISSFELD, L.A. ; AMBROSE, N.C. ; FISHER, M.G. ; ZOBEL, D.L.: Comparative effects of sexual assault on sexual functioning of child sexual abuse survivors and others. In: *Issues in Mental Health Nursing* 12 (1991), S. 89–112
- (McCauley u. a. 1997) MCCAULEY, J. ; KERN, D.E. ; KOLODNER, K. ; DILL, L. ; SCHROEDER, A.F. ; DECHANT, H.K. ; RYDEN, J. ; DEROGATIS, L.R. ; BASS, E.B.: Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. Unhealed wounds. In: *JAMA* 277 (1997), S. 1362–1368
- (McGrath u. a. 1998) MCGRATH, M.E. ; HOGAN, J.W. ; PEIPERT, J.F.: A prevalence survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients. In: *Obstet Gynecol* 91 (1998), S. 511–514
- (McMillan u. a. 1997) MCMILLAN, H.L. ; FLEMING, J.E. ; TROCME, N. ; BOYLE, M.J. ; WONG, M. ; RACINE, U.A. ; BEARDSLEE, W.R. ; OFFORD, D.R.: Prevalence of child physical and sexual abuse in the community:

- results from the Ontario Health Supplement. In: *JAMA* 278 (1997), S. 131–135
- (Meana u. a. 1997) MEANA, M. ; BINIK, Y.M. ; KHALIFE, S. ; COHEN, D.R.: Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. In: *Obstet Gynecol* 90 (1997), S. 583–589
- (Moeller u. a. 1993) MOELLER, T.P. ; BACHMANN, G.A. ; MOELLER, J.: The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. In: *Child Abuse Negl* 17 (1993), S. 623–640
- (Moggi 1991) MOGGI, F.: Sexual child abuse: definition, prevalence and sequelae. In: *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 39 (1991), S. 323–335
- (Mullen u. a. 1988) MULLEN, P.E. ; ROMANS-CLARKSON, S.E. ; WALTON, V.E. ; HERBISON, G.P.: Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. In: *Lancet* 16 (1988), S. 841–845
- (Nadelson u. a. 1982) NADELSON, C.C. ; NOTMAN, M.T. ; ZACKSON, H.Z. ; GORNICK, J.: A follow-up study of rape victims. In: *Am J Psychiatry* 139 (1982), S. 1266–1270
- (Ogata u. a. 1990) OGATA, S.N. ; SILK, K.R. ; GOODRICH, S. ; LOHR, N.E. ; WESTEN, D. ; HILL, E.M.: Childhood sexual and physical abuse in patients with borderline personality disorder. In: *Am J Psychiatry* 147 (1990), S. 1008–1013
- (Peters u. a. 1986) PETERS, S. ; WYATT, G.E. ; FINKELHOR, D.: Prevalence. In: *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Sage, Beverly Hill, 1986
- (Plichta und Falik 2001) PLICHTA, S.B. ; FALIK, M.: Prevalence of violence and its implications for women's health. In: *Women's Health Issues* 11 (2001), Nr. 3, S. 244–258
- (Raphael u. a. 2001) RAPHAEL, K.G. ; WIDOM, C. S. ; LANGE, G.: Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. In: *Pain* 92 (2001), S. 283–293

- (Reed u. a. 2000) REED, B.D. ; HAEFNER, H.K. ; PUNCH, M.R. ; ROTH, R.S. ; GORENFLO, D.W. ; GILLESPIE, B.W.: Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. In: *J Reprod Med* 45 (2000), S. 624–632
- (Reiter und Gambone 1990) REITER, R.C. ; GAMBONE, J.C.: Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. In: *Obstet Gynecol* 75 (1990), S. 428–432
- (Reiter u. a. 1991) REITER, R.C. ; SHAKERIN, L.R. ; GAMBONE, J.C. ; MILBURN, A.R.: Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. In: *Am J Obstet Gynecol* 165 (1991), S. 104–109
- (Remschmidt 1986) REMSCHMIDT, H.: Körperliche Misshandlung. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 128 (1986), S. 33–36
- (Resnick u. a. 1993) RESNICK, H.S. ; KILPATRICK, D.G. ; DANSKY, B.S. ; SAUNDERS, B.E. ; BEST, C.L.: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. In: *J Consult Clin Psychol* 61 (1993), S. 984–991
- (Richter-Appelt und Tiefensee 1996) RICHTER-APPELT, H. ; TIEFENSEE, J.: Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. Ausgewählte Ergebnisse der Hamburger Studie (Teil I). In: *Psychother Psychosom Med Psychol* 46 (1996), S. 367–378
- (Rind u. a. 1998) RIND, B. ; BAUSERMANN, R. ; TROMOVITCH, P.: A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. In: *Psychol Bull* 124 (1998), S. 22–53
- (Romanik und Goodwin 1982) ROMANIK, R. ; GOODWIN, J.: Adaptation to pregnancy due to childhood sexual abuse. In: *Birth Psychology Bulletin* 3 (1982), S. 144–150
- (Rose 1992) ROSE, A.: Effect of childhood sexual abuse on childbirth: One women's story. In: *Birth* 19 (1992), S. 214–218

- (Rose 1993) ROSE, D.S.: Sexual assault, domestic violence and incest. In: DE STEWART, N S. (Hrsg.): *Psychological aspects of womens health care: the interface between psychiatry and obstetrics and gynecology*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1993
- (Russel 1983) RUSSEL, D.E.H.: The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. In: *Child Abuse Negl* 7 (1983), S. 133–146
- (Salmon und Calderbank 1995) SALMON, P. ; CALDERBANK, S.: The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior. In: *Psychosom Med* (1995), S. 329–336
- (Sansonet-Hayden u. a. 1987) SANSONNET-HAYDEN, H. ; HALEY, G. ; MARRIAGE, K. ; FINE, S.: Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. In: *Am Acad Child Psychiatry* 26 (1987), S. 753–757
- (Saunders u. a. 1992) SAUNDERS, B.E. ; VILLOPONTEAUX, L.A. ; LIPOVSKY, J.A. ; KILPATRICK, D.G. ; VERONEN, L.J.: Child sexual assault as a risk faktor for mental disorders among women: a community survey. In: *J Interpersonal Violence* 7 (1992), S. 189–204
- (Schaaf und McCanne 1998) SCHAAF, K.K. ; MCCANNE, T.R.: Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. In: *Child Abuse Negl* 22 (1998), S. 1119–1133
- (Schei 1990) SCHEI, B.: Prevalence of sexual abuse history in a random sample of Norwegian women. In: *Scand J Soc Med* 18 (1990), S. 63–68
- (Schei und Bakketeig 1989) SCHEI, B. ; BAKKETEIG, L.S.: Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse. A study of random sample of Norwegian women. In: *Br J Obstet Gynecol* 96 (1989), S. 1379–1383
- (Sedney und Brooks 1984) SEDNEY, M.A. ; BROOKS, B.: Factors associated with a history of childhood sexual experience in a nonclinical female population. In: *Am Acad Child Psychiatry* 23 (1984), S. 215

- (Springs und Williams 1992) SPRINGS, F.E. ; WILLIAMS, W.N.: Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. In: *Mayo Clin Proc* 67 (1992), S. 527–532
- (Stein u. a. 1988) STEIN, J.A. ; GOLDING, J.M. ; SIEGEL, J.M. ; BURNAM, M.A. ; SORENSON, S.B.: Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles epidemiologic catchment area study. In: WYATT, G.E. (Hrsg.) ; POWELL, G.J. (Hrsg.): *Lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park, CA : Sage, 1988
- (Stein und Barrett-Connor 2000) STEIN, M.B. ; BARRETT-CONNOR, E.: Sexual assault and physical health: findings from a population-based study of older adults. In: *Psychosom Med* 62 (2000), S. 838–843
- (Stein u. a. 1996) STEIN, M.B. ; WALKER, J.R. ; ANDERSON, G. ; HAZEN, A.L. ; ROSS, C.A. ; ELDRIGE, G. ; FORDE, D.R.: Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. In: *Am J Psychiatry* 153 (1996), S. 275–277
- (Stevens-Simon und McAnarney 1994) STEVENS-SIMON, C. ; MCANARNEY, E.: Childhood victimization: Relationship to adolescent pregnancy outcome. In: *Child Abuse Negl* 18 (1994), S. 569–575
- (Stewart und Robinson 1998) STEWART, D.E. ; ROBINSON, G.E.: A review of domestic violence and womens mental health. In: *Arch Womens Ment Health* 1 (1998), S. 83–89
- (Straus 1980) STRAUS, M.A.: Social stress and marital violence in a national sample of American families. In: *Ann N Y Acad Sci* 347 (1980), S. 229–250
- (Straus und Gelles 1986) STRAUS, M.A. ; GELLES, R.J.: Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two National Surveys. In: *J Marriage Family* 48 (1986), S. 465–479
- (Talley u. a. 1994) TALLEY, N.T. ; FETT, S.L. ; ZINSMEIER, A.R. ; III, L.J. M.: Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: A population-based study. In: *Gastroenterology* 107 (1994), S. 1040–1049

- (Toomey u. a. 1993) TOOMEY, T.C. ; HERNANDEZ, J.T. ; GITTELMANN, D.F. ; HULKA, J.F.: Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. In: *Pain* 53 (1993), S. 103–109
- (Tsai und Wagner 1978) TSAI, M. ; WAGNER, N.N.: Therapy groups for women sexually molested as children. In: *Arch Sex Behav* 7 (1978), S. 417
- (Viken 1982) VIKEN, R.M.: Family violence: Aids to recognition. In: *Postgrad Med* 71 (1982), S. 115–122
- (Vogeltanz u. a. 1999) VOGELTANZ, N.D. ; WILSNACK, S.C. ; HARRIS, T.R. ; WILSNACK, R.W. ; WONDERLICH, S.A. ; KRISTJANSON, A.F.: Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: National survey findings. In: *Child Abuse Negl* 23 (1999), S. 579–592
- (Walker u. a. 1988) WALKER, E. ; KATON, W. ; HARROP-GRIFFITH, J. ; HOLM, L. ; RUSSO, J. ; HICKOK, L.R.: Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. In: *Am J Psychiatry* 145 (1988), S. 145–175
- (Walker u. a. 1999) WALKER, E.A. ; GELFAND, A. ; KATON, W. ; KOSS, M. ; KORFF, M. V. ; BERNSTEIN, D. ; RUSSO, J.: Adult health status of women HMO members with histories of abuse and neglect. In: *Am J Med* 107 (1999), S. 332–339
- (Walker u. a. 1992) WALKER, E.A. ; KATON, W.J. ; HANSOM, J. ; HAROP-GRIFFITHS, J. ; HOLM, L. ; JONES, M.L. ; HICKOK, L. ; JEMELKA, R.P.: Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. In: *Psychosom Med* 54 (1992), S. 658–664
- (Walker u. a. 1993) WALKER, E.A. ; KATON, W.J. ; ROY-BYRNE, P.P. ; JEMELKA, R.P. ; RUSSO, J.: Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. In: *Am J Psychiatry* 150 (1993), S. 1502–1506
- (Walker u. a. 1997) WALKER, E.A. ; KEEGAN, D. ; GARDNER, G. ; SULLIVAN, M. ; BENSTEIN, D. ; KATON, W.J.: Psychosocial factors in fibromyal-

- gia compared with rheumtoid arthritis: II. Sexual, physical and emotional abuse and neglect. In: *Psychosom Med* 59 (1997), S. 572–577
- (Walling u. a. 1994) WALLING, M.K. ; REITER, R.C. ; OHARA, M.W. ; MILBURN, A.K. ; LILLY, G. ; VINCENT, S.D.: Abuse history and chronic pain in women. I. Prevalence of sexual abuse and physical abuse. In: *Obstet Gynecol* 84 (1994)
- (Wetzels 1997) WETZELS, P: *Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden-Baden : Nomos-Verl.-Ges., 1997
- (Wind und Silvern 1992) WIND, T.W. ; SILVERN, L.: Type and extend of child sexual abuse as predictors of adult functioning. In: *Journal of Family Violence* 7 (1992), S. 261–281
- (Wyatt 1985) WYATT, G.E.: The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. In: *Child Abuse Negl* 9 (1985), S. 507–519
- (Zimmer 1994) ZIMMER, D. (Hrsg.): *Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP)*. Tübingen : Dt. Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1994
- (Zlotnick u. a. 2001) ZLOTNICK, C. ; MATTIA, J. ; ZIMMERMAN, M.: Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. In: *Child Abuse Negl* 25 (2001), S. 357–367
- (Zlotnick u. a. 1996) ZLOTNICK, C. ; ZAKRISKI, A.L. ; SHEA, M.T. ; COSTELLO, E. ; BEGIN, A. ; PEARLSTEIN, T. ; SIMPSON, E.: The long-term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder. In: *J Traumatic Stress* 9 (1996), S. 195–205

Abbildungsverzeichnis

3.1	Diagnosen aller teilnehmenden Patientinnen	42
3.2	Altersverteilung der teilnehmenden Patientinnen	42
3.3	Familienstand der teilnehmenden Patientinnen	43
3.4	Schulabschluss der teilnehmenden Patientinnen	44
3.5	Rücklaufquote	46
3.6	Begründungen der Nichtteilnahme an der Studie	47
3.7	Altersverteilung der nicht teilnehmenden Patientinnen	48
3.8	Diagnosen der nicht teilnehmenden Patientinnen	48
4.1	Übersicht über die Formen der Gewalt und dem Alter bei der Gewalterfahrung	58
4.2	Altersverteilung der Patientinnen mit Gewalterfahrung	59
4.3	Diagnosen der Patientinnen mit Gewalterfahrung	60
4.4	Ergebnisse des GBB	68
4.5	Ergebnisse des HADS-D	69
4.6	ASP-allgemeine körperliche und psychische Beschwerden	71
4.7	Sexuelle Störungen im Vergleich der unterschiedlichen Gewalterfahrungen	75

Tabellenverzeichnis

2.1	Psychosoziale Langzeitfolgen einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung in der Kindheit.	31
2.2	Körperliche Langzeitfolgen einer sexuellen oder körperlichen Gewalterfahrung in der Kindheit.	31
2.3	Psychosoziale Langzeitfolgen häuslicher sexueller oder körperlicher Gewalt an Frauen.	33
2.4	Körperliche Langzeitfolgen häuslicher sexueller oder körperlicher Gewalt an Frauen.	33
2.5	Gynäkologische Symptome und Erkrankungen infolge von Gewalterfahrungen.	38
4.1	Darstellung der Prävalenzdaten der sexuell und körperlich misshandelten Frauen	65
4.2	Ergebnisse des GBB	67
4.3	Anamnesebogen - Fragen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP). Psychische Beeinträchtigungen einer Gewalterfahrung.	71
4.4	Sexuelle Störungen	73
4.5	Gedanken und Gefühle bei Sexualität	74

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Henning Saß für die Überlassung des Themas und der Möglichkeit, dieses interessante Thema an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie bearbeiten zu können. Mein weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Werner Rath und Herrn Prof. Dr. Ernst Petzold und ihren Mitarbeitern für die Unterstützung während der Zeit der Datenerhebung in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der RWTH Aachen.

Mein ganz besonderer Dank gilt jedoch Frau Dr. med. Ulrike Brandenburg. Ihre Betreuung und Supervision während der Zeit der vielen Gespräche mit den Patientinnen hat mir bei Studiendurchführung sehr geholfen und mir auch viele Anregungen für meine jetzige ärztliche Tätigkeit gegeben. Auch in den nachfolgenden Jahren hat sie mich trotz langer Pausen immer wieder unterstützt und motiviert und dadurch maßgeblich zur Realisierung dieser Arbeit beigetragen. Ich danke auch Herrn Dr. Dieter Wälte für seine Unterstützung bei der statistischen Datenauswertung.

Für die gute Zusammenarbeit möchte ich mich bei meinen Studienkolleginnen Petra Beckmann, Ursula Dreisbusch, Manuela Pape und Hella Schulte-Wefers bedanken, die mit mir gemeinsam über drei Monate fast täglich die Daten erhoben haben.

Nicht zuletzt danke ich allen Patientinnen. Ohne ihre Offenheit und Bereitschaft, sich Zeit für die Fragebögen und die Gespräche zu nehmen, wäre die vorliegende Untersuchung nicht möglich gewesen.

Von Herzen bedanke ich mich auch bei meinem Mann Dr. André Stebens, der mich immer liebevoll, aber auch kritisch unterstützt und begleitet hat und ohne dessen stetige Motivation diese Arbeit wahrscheinlich nie vollendet worden wäre.

Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtstag, -ort	8. März 1972 in Düsseldorf
Familienstand	verheiratet
Staatsangehörigkeit	deutsch

Bildungsgang

1982 - 1991	Gymnasium Büttgen
10/1993 - 5/2000	RWTH Aachen Studium der Humanmedizin

Berufliche Tätigkeit

10/1991 - 9/1992	Geriatrisches Krankenhaus Elbroich, Düsseldorf Freiwilliges Soziales Jahr mit Tätigkeit in der Kranken- und Altenpflege
10/1992 - 9/1993	Lukaskrankenhaus, Neuss Ausbildung in Krankenpflege
6/2000 - 11/2001	Kliniken Maria Hilf, Mönchengladbach Tätigkeit als Ärztin im Praktikum in der Klinik für Neurologie, Prof. Dr. J. Haan
12/2000	Approbation
seit 12/2001	Kliniken Maria Hilf, Mönchengladbach Tätigkeit als Assistenzärztin in der Klinik für Neurologie, Prof. Dr. J. Haan

