

Aus der Klinik und dem Klinischen Institut für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Univ.-Prof. Dr. H.-C. Friederich

12-Monatsprävalenz und Bedeutung aktueller körperlicher und
psychischer Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten
einer psychosomatisch-psychotherapeutischen
Hochschulambulanz

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

André Karger

2018

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Franz

Zweitgutachterin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

„Was man nicht erfliegen kann, muss man erhinken.

.....

Die Schrift sagt, es ist keine Sünde zu hinken.“

(1837, Hariri in der Nachdichtung von Friedrich Rückert, zitiert nach Freud, 1920, GW XIII, S. 69)

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Karger A, Fetz K, Schäfer R, Schlack R, Franz M, Joksimovic L (2016). 12-Monatsprävalenz und Bedeutung aktueller körperlicher und psychischer Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Hochschulambulanz. Psychiatr Prax, doi: 10.1055/s-0042-106061

Inhaltsverzeichnis

1 VORBEMERKUNG	7
2 ZUSAMMENFASSUNG	8
3 EINLEITUNG	10
3.1 DEFINITION VON GEWALT	10
3.2 ERFASSUNG VON GEWALTERFAHRUNGEN	12
3.3 ERHEBUNGSINSTRUMENTE	14
3.4 HÄUFIGKEIT VON GEWALTERFAHRUNGEN	16
3.5 GESUNDHEITLICHE FOLGEN	19
3.5.1 GEWALTERFAHRUNGEN UND SOMATISCHE ERKRANKUNG	20
3.5.1.1 Gewalterfahrungen in der Kindheit	20
3.5.1.2 Aktuelle Gewalterfahrungen	22
3.5.2. GEWALTERFAHRUNG UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG	22
3.5.2.1 Psychische Erkrankung als Folge von Gewalterfahrung	22
3.5.2.2 Psychische Erkrankung als Risiko für Gewalterfahrung	23
3.5.2.3 Häufigkeit von Gewalterfahrungen bei psychischer Erkrankung	24
3.6 RISIKOFAKTOREN FÜR GEWALTERFAHRUNGEN	25
3.7 VERSORGUNG IM GESUNDHEITSWESEN BEI GEWALTERFAHRUNG	28
3.7.1 VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN	29
3.8 FRAGESTELLUNG DER UNTERSUCHUNG	29
4 MATERIAL UND METHODEN	31
4.1 STICHPROBE	31
4.2 INSTRUMENTE	36
4.2.1 GEWALTERFAHRUNGEN	36
4.2.2 SYMPTOMBELASTUNG	37
4.3 STATISTISCHE DATENANALYSE	37
5 ERGEBNISSE	39
5.1 12-MONATSPRÄVALENZ VON KÖRPERLICHER UND PSYCHISCHER GEWALTERFAHRUNG	39

5.2 VIKTIMISIERUNG DURCH KÖRPERLICHE GEWALT VOR DEM 16. LEBENSJAHR UND IN DEN ZURÜCKLIEGENDEN 12 MONATEN	44
5.3 BELASTUNG IN ABHÄNGIGKEIT VON AKTUELLER KÖRPERLICHER UND PSYCHISCHER GEWALTERFAHRUNG	44
5.4 BELASTUNG IN ABHÄNGIGKEIT VON GEWALTWIDERFAHRNIS UND GESCHLECHT	44
5.5 BELASTUNG IN ABHÄNGIGKEIT VON AUSGEÜBTER GEWALT UND GESCHLECHT	45
6 DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	47
6.1 VERGLEICH DER ERGEBNISSE MIT ANDEREN UNTERSUCHUNGEN	47
6.1.1 HÄUFIGKEIT	47
6.1.2 ALTERSGRUPPEN	48
6.1.3 SOZIALRÄUME	49
6.1.4 UNTERSCHIEDLICHE GEWALTFORMEN UND SYMPTOMBELASTUNG	49
6.1.5 TÄTER- UND OPFER-PERSPEKTIVE	50
6.1.6 GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE	51
6.2 GEWALT UND PSYCHISCHE STÖRUNG	53
6.3 EINSCHRÄNKUNGEN	54
6.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG	56
6.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE FORSCHUNG	58
7 LITERATUR	61
8 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	75
9 ANHANG	76
9.1 FRAGEBOGEN DEGS-GEWALTSCREENER	77
9.2 ERGEBNISTABELLEN GEWALTERFAHRUNG IM DEGS1	81

1 Vorbemerkung

Wissenschaftliches Arbeiten in der Medizin kann meist nur gelingen, wenn viele Menschen zusammenarbeiten und entsprechender Rückhalt durch die Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen vorhanden ist. Daher möchte ich im Besonderen Univ.-Prof. Dr. Matthias Franz für seine Unterstützung als stellvertretender Direktor des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für seine Langmut bei meinem Vorhaben zu promovieren danken. Wertvolle Hinweise und Rückmeldungen verdanke ich Ralf Schäfer, Robert Schlack und Katharina Fetz. Teile der hier vorgelegten Arbeit wurden bereits veröffentlicht (Karger et al., 2016). Daher wurde auf eine Zitation einzelnen Absätze, Tabellen oder Abbildungen verzichtet.

2 Zusammenfassung

Interpersonelle Gewalterfahrungen sind ein häufiges Phänomen. Dabei sind Gewalterfahrungen mit einem erhöhten Risiko späterer gesundheitlicher Schäden verbunden. Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen geben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vermehrt Gewalterfahrungen an. In den bisherigen Studien fehlt weitgehend die differenzierte, geschlechtersensible Erhebung aktueller Gewalterfahrungen (bezogen auf die letzten 12 Monate), anderer Gewaltformen außer partnerschaftlicher Gewalt und der Opfer- und Täterperspektive.

Untersucht wurden Häufigkeiten aktueller Gewalterfahrungen und deren Zusammenhänge mit Belastungen bei Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Dabei wurden 1074 Patientinnen und Patienten einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Hochschulambulanz schriftlich mit dem *DEGS-Gewaltscreener*, einem Screening-Instrument für aktuelle Gewalterfahrungen befragt.

Aktuelle körperliche und psychische Gewalterfahrungen waren im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mehr als zweifach erhöht. Patientinnen und Patienten erlebten psychische und körperliche Gewalt häufig in Beziehungen zu nahestehenden Personen (Partnerschaft, Familie) sowie am Arbeitsplatz durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte. Patientinnen und Patienten mit aktuellen Gewalterfahrungen waren psychisch belasteter, als Patientinnen und Patienten, die über keine aktuellen Gewalterfahrungen berichteten. Dies galt für körperliche und psychische Gewalt sowie für die Opfer- und Täterperspektive. Insgesamt waren Patientinnen belasteter als Patienten.

Es kann davon ausgegangen werden, dass für viele Patientinnen und Patienten der untersuchten klinischen Stichprobe aktuelle Gewalt im sozialen Nahbereich und am Arbeitsplatz ein relevantes Problem darstellt, welches mit besonderen Anforderungen an die klinische Versorgung einhergeht. Der Einsatz eines Gewalt-Screening-Instrumentes in psychodiagnostisch arbeitenden Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie erscheint vor diesem Hintergrund als empfehlenswert.

Summary

Interpersonal violence is a common phenomenon. Experiences of violence are associated with a higher risk for a range of health problems. Patients with a psychiatric disorder have in general a higher prevalence of violence experiences, but up to now there are only few studies which examine gender, type of violence, perpetrator- and victim-role and current violence experiences (last 12 months).

In this study current experiences of violence and its relationship with psychological burden were examined in a psychotherapeutic outpatient sample. 1074 patients of a psychotherapeutic outpatient-clinic of a university hospital completed a written violence screening questionnaire (DEGS-violence screener) for current experiences of violence.

Current experienced physical and psychological violence was two times higher compared to general population. Physical and psychological violence were mostly reported in close relations (partnership, family) and at the workplace in relations to colleagues and seniors. Patients who experienced current violence reported significantly more psychological burden in comparison to patients who reported no current violence. This result was the same for physical and psychological violence and violence experiences as victim of perpetrator. Female patients reported higher burden in comparison to male patients.

It can be concluded that for large number of the patients of this clinical sample experiences of current violence in close relations and at the workplace are a relevant problem which needs more attention and specific clinical procedures. The use of violence screening in daily routine of a psychotherapeutic outpatient-clinic seems to be a promising approach to detect violence experiences.

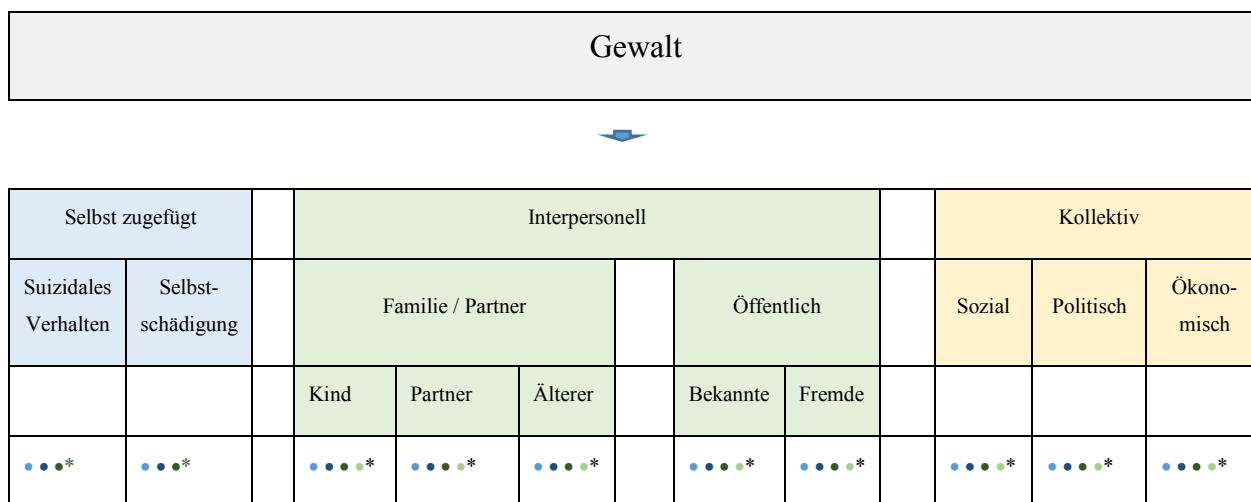
3 Einleitung

Interpersonelle Gewalt ist ein häufiges soziales Phänomen in allen westlichen Gesellschaften. Im direkten zwischenmenschlichen Umgang werden psychische, körperliche, sexuelle Gewalt ausgeübt oder als Opfer erfahren. Eine besondere Form der Gewalt stellt die s.g. Partnergewalt dar (engl. *intimate partner violence*, IPV), bei der Täter und Opfer in einem engen und meist von komplexer Abhängigkeit geprägten Verhältnis zueinander stehen. Im Folgenden werden die Begriffe Gewaltopfer, Gewaltwiderfahrnis sowie Viktimisierung durch Gewalt weitgehend synonym für die Opferperspektive verwendet; dies gilt analog für die Begriffe Gewaltausübung und Gewalttäter für die Täterperspektive. Der Begriff Gewalterfahrung wird als übergeordnete Bezeichnung für Opfer- und/oder Tätererfahrung verwendet.

3.1 Definition von Gewalt

Der Begriff Gewalt wird abhängig vom jeweiligen Kontext sehr unterschiedlich definiert und nach wie vor kontrovers diskutiert (vgl. Imbusch, 2002, S. 26ff). Selg et al. (1997) verstehen unter Gewalt schwere Formen von Aggression, bei denen zusätzlich zu einer Schädigungsabsicht ein psychisches oder physisches Machtgefälle zugrunde liegt. Im sozialwissenschaftlichen, psychologischen und medizinischen Kontext ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verbreitet. Die WHO definiert Gewalt als „den absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder psychischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegenüber einer Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt.“ (WHO, 2003, S. 6) Es wird unterschieden: gegen die eigene Person gerichtete, interpersonelle und kollektive Gewalt. Bei der Typologie interpersoneller Gewalt wird zwischen direkter (körperlicher) und indirekter (psychischer und sozial-relationaler, d. h. auf die Beschädigung sozialer Beziehungen gerichteter) Gewalt sowie sexueller Gewalt unterschieden. Hinsichtlich des Täter-Opfer-Kontextes lässt sich zudem nach den Sozialräumen, innerhalb derer sich Gewalthandlungen vollziehen, unterscheiden: Gewalt durch oder gegen die Partnerin bzw. den Partner oder andere Familienangehörige, Gewalt am Arbeitsplatz oder Gewaltereignisse zwischen sich bekannten oder zuvor unbekanntem Personen (vgl. Abb. 1, WHO, 2003, S. 7;

Schrötle, 2010). Eine herausgehobene Bedeutung hat die Partnergewalt. Hierunter wird „die Erfahrung von einem oder mehreren Ereignissen von körperlicher, psychischer und/oder sexueller Gewalt durch einen aktuellen oder früheren Partner seit dem 15. Lebensjahr“ (WHO, 2013, S. 6) verstanden. Bei Partnergewalt besteht oft ein langjähriges durch Abhängigkeit und Machtasymmetrie gekennzeichnetes Beziehungsmuster, in dem Opfer und Täter emotional miteinander verstrickt sind. Gewalt findet über einen längeren Zeitraum, oft mutuell, statt und es sind meist mehrere Personen (i.d.R. Kinder) direkt oder indirekt mit betroffen. Unter miterlebter Gewalt wird die Zeugenschaft von Gewalthandlungen bezeichnet. Dabei müssen beispielsweise Kinder bei den Gewalthandlungen der ihnen nahestehenden Bezugspersonen nicht anwesend sein. Miterlebte Gewalt kann auch indirekt durch Anspannung und ein verändertes Verhaltensrepertoire der Betroffenen wahrgenommen werden. Unter häuslicher Gewalt (*domestic violence*) versteht man Gewalt durch einen aktuellen oder früheren Partner oder Familienangehörigen seit dem 15. Lebensjahr.



* Art der Gewalt:

Physische Gewalt = ●; Psychische Gewalt = ●; Sexuelle Gewalt = ●; Gewalt durch Deprivation oder Vernachlässigung = ●

Abbildung 1: Typologie der Gewalt (WHO, 2003, S. 7 [Übersetzung AK]).

In einigen repräsentativen Befragungen der Normalbevölkerung wurde eine annähernde Gleichverteilung der Häufigkeit für interpersonelle Gewalt (Täter- und Opfererfahrung) bei

Männern und Frauen gefunden (Archer, 2000; Williams & Frieze, 2005). Diese Befunde wurden teils heftig kritisiert (vgl. Schröttle, 2010), mit dem Argument, dass hier Gewalt nicht ausreichend differenziert erhoben wurde. Die deskriptive Typologie der Gewalt sollte daher den Schweregrad der Handlungen, deren Häufigkeit, die Täter-Opfer-Rollen sowie die subjektive Bewertung und die Folgen miteinbeziehen (siehe bspw. Kapella et al., 2011, S. 36).

Bei Untersuchungen zur Partnergewalt gaben viele Gewaltopfer an gleichzeitig Gewalt ausgeübt zu haben, bzw. viele Gewalttäter an gleichzeitig Opfer von Gewalt zu sein (Caetano et al., 2005; Langhinrichsen-Rohling, 2010). Auch zeigte sich, dass die psychosozialen und gesundheitlichen Folgen von Gewalterfahrungen teils sehr unterschiedlich sind. Im Sinne einer differenzierten Betrachtung wurde daher versucht, verschiedene Typologien der Partnergewalt zu unterscheiden (McHugh & Frieze, 2006; Kelly & Johnson, 2008). Beispielsweise differenziert Johnson (2006) eine situationsbedingte Partnergewalt von einer charakterologischen Partnergewalt. Die situationsbedingte Partnergewalt ist häufiger. Die Gewalt wird von beiden Partnern mutual ausgeübt als Strategie im Umgang mit Konflikten. Entsprechend üben beide Partner Gewalt aus und werden durch Gewalt viktimisiert. Die Art der Gewalt ist eher leicht. Die psychosozialen und gesundheitlichen Folgen sind weniger gravierend. Davon zu unterscheiden ist die charakterologische Partnergewalt. Charakterologische Partnergewalt kommt eher seltener vor (Johnson, 2006). Hier wird die Gewalt einseitig von nur einem der Partner ausgeübt. Der Täter benutzt Gewalt als Mittel um seinen Partner zu kontrollieren (aggressive Dominanz) und wendet dabei schwere Gewaltformen an. Die psychosozialen und gesundheitlichen Folgen sind gravierend. Friend et al. (2011) konnte diese Typologie an zwei Stichproben von 115 und 121 Paaren empirisch bestätigen. Es gibt allerdings einige Untersuchungen, bei denen gerade die mutuelle (psychische) Gewalt in Partnerschaften von den Partnerinnen und Partnern als besonders belastend erlebt wurde, im Vergleich zu alleiniger Ausübung oder Widerfahrnis von psychischer oder sexueller Gewalt (vgl. Ulloa & Hammett, 2016).

3.2 Erfassung von Gewalterfahrungen

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die die methodische Qualität der Untersuchung von interpersonellen Gewalterfahrungen beeinflussen. Ein Problem ist die Definition von Gewalt und der unterschiedlichen Gewaltformen. Je genauer und konkreter die Gewaltformen

operationalisiert werden, desto zuverlässiger sind auch die entsprechenden Angaben der Betroffenen zu bewerten (Schröttle, 2010; Ellsberg et al., 2001). Dabei sind möglichst konkrete handlungsnaher Beschreibungen von einzelnen Gewalthandlungen allgemeinen Bezeichnungen vorzuziehen (WHO, 2013). Ein weiteres Problem stellt die Repräsentativität der untersuchten Stichprobe da. Gerade in der Gewaltforschung wurden in der Vergangenheit viele Studien mit selektiven Stichproben (beispielsweise ausschließlich Frauen oder Männer, Frauen und Männer in besonderen Lebenslagen, Frauen und Männer, die eine besondere Institution in Anspruch nehmen, Hellfeldstudien etc.) durchgeführt, mit der Folge teils stark verzerrter Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenzangaben (Karger, 2015). Auch der Kontext und Zweck der Erhebung der Gewalterfahrung spielt eine Rolle: Findet die Befragung als Screening oder als Teil einer Untersuchung statt, in der auch andere Hypothesen geprüft werden (beispielsweise zur allgemeinen Gesundheit und Lebensqualität) oder werden differenziert einzelne Gewalterfahrungen erfragt. Dies wirkt sich auf den Umfang der eingesetzten Untersuchungsinstrumente aus: reine Viktimisierungsstudien (vgl. beispielsweise Kapella et al., 2011) sind ausführlicher und erlauben eine detailliertere Erhebung der Gewalterfahrung. Gesundheitssurveys dagegen erheben meist Gewalterfahrungen mit einem Screening-Instrument, da aus befragungsökonomischen Gründen Gewalt nur eine von vielen Gesundheitsvariablen darstellt.

Regionale, ethnisch-religiöse und kulturelle Faktoren sind ebenfalls bedeutsam, da diese das Antwortverhalten, sowie auch unterschiedliche kulturelle Definitionen und Bewertungen von Gewalt beeinflussen. So kommt beispielsweise eine aktuelle EU-Studie (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) bezüglich der Lebenszeithäufigkeit von partnerschaftlicher Gewalt zu dem Ergebnis, dass partnerschaftliche Gewalt von 32% der Frauen in Dänemark, dagegen aber nur von 13% der Frauen in Kroatien berichtet wird. Das mag zutreffend sein, wirkt aber wenig plausibel. Viele Studien zeigen starke Schwankungen der Prävalenz von interpersoneller Gewalt in den einzelnen Ländern. Es ist wahrscheinlich, dass hier Faktoren, die mit den regionalen und kulturellen Eigenheiten der Länder zu tun haben, die Prävalenzangaben maßgeblich beeinflussen (Esquivel-Santoveña & Dixon, 2012).

Querschnittsstudien erheben nur zu einem Zeitpunkt retrospektiv Angaben zur Gewalterfahrung. Prospektive Längsschnittstudien erheben Daten dagegen zu mehreren Zeitpunkten und erlauben daher Rückschlüsse auf zeitliche Verläufe und genauere Angaben zu den untersuchten Zeiträumen. Ein besonderes Problem stellen bei retrospektiven Querschnittserhebungen die

Erinnerungsfehler (engl. *recall bias*) dar, v.a. wenn nach zeitlich weiter zurückliegenden Gewalterfahrungen gefragt wird (Hardt et al., 2011). Daher werden Angaben zu aktuellen Gewalterfahrungen, die sich auf die zurückliegenden 12 Monate beziehen, eine höhere Genauigkeit zugeschrieben, als Angaben, die sich auf Gewalterfahrungen seit oder vor dem 16. Lebensjahr beziehen.

Werden die Teilnehmer einer Studie gleichzeitig nach der Täter- und Opfererfahrung befragt, ergibt dies ein komplexeres Bild hinsichtlich der Dynamik von Gewalt in Beziehungen. Zudem steigt die Genauigkeit der Angaben zu Gewalterfahrungen, wenn statt einem der Partner, beide Partner einer Beziehung getrennt befragt werden (Archer, 2000; Lamnek et al., 2012, S. 51ff). Auch die Art der Erhebung, ob *face-to-face*-Interview oder schriftlich-anonyme Befragung, sowie das Geschlecht des Interviewers können die Ergebnissen beeinflussen. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass bei schriftlich-anonymen Befragungen die Angaben zur Häufigkeit von Gewalterfahrungen höher waren (Kapella et al., 2011; Walby & Allen, 2004). Schließlich erlaubt die Erhebung von Häufigkeiten von Gewalterfahrungen noch keinen Rückschluss auf die Beziehungsdynamik und die Entstehungsursachen von partnerschaftlicher Gewalt. Komplexe zeitliche Prozesse von gewaltsamen Dynamiken in Beziehungen lassen sich mit der Erhebung von Häufigkeiten nicht abbilden. Hier sind Studien, die verschiedene qualitative und quantitative Untersuchungsmethoden miteinander kombinieren (*mixed-method-Design*), eher geeignet.

3.3 Erhebungsinstrumente

Es gibt eine Reihe validierter Instrumenten zur Erfassung von Partnergewalt, die in Tabelle 1 dargestellt sind. Am gebräuchlichsten ist die revidierte Form der *Conflict Tactics Scale* (CTS-2; Straus et al., 1996), die bisher nur in einer nicht validierten deutschen Übersetzung vorliegt (vgl. Böhm, 2006). Die CTS-2 erfragt Partnergewalt (getrennt nach eigenem Verhalten und dem Verhalten des Partners) mit 39 Items in den fünf Kategorien: physische Gewalt, psychische Gewalt, sexuelle Gewalt, physische Verletzung und Verhandeln. Die CTS-2 besteht aus einer Liste von Handlungen, die eine Person bei einem Streit mit dem Partner ausführen kann. Das Instrument wurde v.a. inhaltlich kritisiert (Godenzi, 1996, S. 299ff), ist aber bis heute das bei weitem am häufigsten verwendete Instrument zur Untersuchung von Partnergewalt.

Als Screening-Instrumente am gebräuchlichsten sind das *Women Abuse Screening Tool* (WAST; Brown et al., 2000) sowie die *Partner Violence Screen* (PVS; Feldhaus et al., 1997). Die psychometrischen Angaben für beide Screening-Verfahren ergeben für das WAST eine Sensitivität von 47% und eine Spezifität von 96 % (Cronbachs $\alpha = .75 - .91$) sowie für das PVS eine Sensitivität von 35 - 71 % und eine Spezifität von 80 - 94 % (Rabin et al., 2009). Bisher gibt es kein Screening-Instrument mit guten psychometrischen Eigenschaften. Wegen der methodischen Einschränkung der verfügbaren Screening-Instrumente wird ein systematisches Screening auf Partnergewalt in Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht empfohlen (WHO, 2013).

Im deutschsprachigen Raum wurde das Screening Partnergewalt (SPG; Nyberg et al., 2008) aus dem *Partner Violence Screen* (PVS) und dem *Index of Spouse Abuse* (ISA) entwickelt und liegt ebenfalls in validierter Form vor. Das SPG ist in einer 12-Monats- und einer Lebenszeitversion verfügbar. Für das SPG-12 Monate beträgt die Spezifität 78% und die Sensitivität 80%.

Tabelle 1

Auswahl gebräuchlicher Instrumente zur Erfassung von Partnergewalt (zit. n. Nyberg et al., 2008, S. 29).

Name des Instruments	Autoren	Art der Erfassung	Anzahl Items
Index of Spouse Abuse (ISA)	Hudson & Mcintosh, 1981	Fragebogen	30
Conflict Tactics Scale - Revised (CTS-2)	Straus et al., 1996	Fragebogen	39
Composite Abuse Scale (CAS)	Hegarty, 1999, 2005	Fragebogen	74 (Kurzform: 30)
Partner Violence Screen (PVS)	Feldhaus et al., 1997	Interview	3
Women Abuse Screening Tool (WAST)	Brown et al., 2000	Fragebogen	8
Hurt, Insult, Threaten and Scream (HITS)	Sherin, 1998	Fragebogen	4

Screening Partnergewalt (SPG)	Nyberg et al., 2008	Fragebogen	5
----------------------------------	---------------------	------------	---

Validierte Instrumente zur differenzierten Erfassung aller interpersonellen Gewalterfahrungen fehlen bisher. In vielen Studien zur Prävalenz von interpersoneller Gewalt wurden nicht standardisierte Fragebögen verwendet. Die Fragebögen orientieren sich an den Empfehlungen der WHO (2013) und erheben interpersonelle Gewalt in den Kategorien: körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, sexuelle Belästigung und psychische Gewalt. Nach einer allgemeinen Einstiegsfrage zu der jeweiligen instrumentellen Gewaltart, werden in einer Itemliste konkrete Gewalterfahrungen abgefragt (vgl. beispielsweise BMFSFJ, 2004, S. 41ff). Meist werden die Zeiträume zu aktuellen Gewalterfahrungen (in den letzten 12 Monaten), Gewalterfahrungen seit dem 16. Lebensjahr sowie bis zum 16. Lebensjahr getrennt erhoben.

Da ein konzises und Survey-geeignetes Screening-Instrument zu Gewalterfahrungen nicht zur Verfügung stand, wurde für die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) des Robert Koch-Instituts ein Screening-Fragebogen für körperliche und psychische Gewalt entwickelt. Der DEGS1-Gewalt-Screener (Schlack et al., 2013) fragt schwerpunktmäßig nach körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten, in der Opfer- und Täterperspektive, unter Berücksichtigung der Sozialräume und des subjektiven Belastungserlebens und umfasst 35 Items (siehe Anhang). Eine ausführliche Beschreibung des Instruments ist unter 4.2.1 zu finden.

3.4 Häufigkeit von Gewalterfahrungen

Nationale und internationale Studien berichten bei Erwachsenen 12-Monats-Prävalenz-Raten widerfahrener körperlicher Gewalt von 3-6 % sowie bezüglich widerfahrener psychischer Gewalt von 15-20% (Fanslow et al., 2010; Garcia-Moreno et al., 2006; Hornberg et al., 2008; WHO, 2013). Frauen sind häufiger von Gewalt im sozialen Nahraum, im Besonderen von Partnergewalt sowie von sexueller Gewalt, Männer häufiger von Gewalt im öffentlichen Raum betroffen (Hornberg et al., 2008). Im Folgenden werden die Ergebnisse der aktuellen Studien im deutschsprachigen Raum kurz vorgestellt.

In der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)* wurden 5.939 Personen einer

repräsentativen Bevölkerungsstichprobe im Alter von 18 bis 64 Jahren zu ihren Gewalterfahrungen schriftlich befragt (Schlack et al., 2013). Erhoben wurden mit dem DEGS1-Gewalt-Screener (siehe Anhang) körperliche und psychische Gewalt in den letzten zwölf Monaten, unterschiedliche Sozialräume, Opfer- und Täterperspektive sowie das Belastungserleben durch Viktimisierung. Frauen gaben mit 3,3 % signifikant seltener an, in den letzten zwölf Monaten einmal oder mehrfach körperliche Gewalt widerfahren zu haben als Männer (6,2 %). 3,4 % der Frauen und 3,9 % der Männer gaben an, in den letzten zwölf Monaten einmal oder mehrfach körperliche Gewalt ausgeübt zu haben. Dieser Unterschied war nicht signifikant. Frauen erlebten tendenziell häufiger Gewalt im häuslichen Bereich, gaben jedoch auch an, dort häufiger Gewalt als Männer ausgeübt zu haben. Männer erlebten tendenziell häufiger Gewalt im öffentlichen Raum und am Arbeitsplatz, gaben jedoch auch an, dort häufiger Gewalt ausgeübt zu haben als Frauen. Junge Erwachsene mit niedrigem Sozialstatus waren am häufigsten von Gewalt betroffen. Über zwei Drittel der Befragten, die von Gewaltwiderfahrnissen betroffen waren, gaben an, dadurch stark bis sehr stark belastet worden zu sein. Die Studie wurde formal und inhaltlich kritisiert, da zum einen bei der Ergebnisdarstellung die Bezugsgrößen und *missings* nicht angegeben wurden; auch gab es keine Angabe der Signifikanzniveaus und der Stärke der Effekte. Ferner wurden inhaltlich die unvollständige Erfassung der Gewaltformen sowie der Gewaltfolgen bemängelt (Brzank et al., 2013). Die nicht gendersensible Erfassung von Gewalt bagatellisiere v.a. die Formen schwerer sexueller Partnergewalt, von denen hauptsächlich Frauen betroffen sind.

2014 erschien der vom Landeskriminalamt Niedersachsen herausgegebene *Bericht zu Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen in Niedersachsen im Jahr 2012* (Pfeifer & Seifert). Hier wurden 14.241 Personen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe als Teil der Befragung zu Sicherheit und Kriminalität in Niedersachsen zusätzlich zu Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen befragt. Die Befragung erfolgte schriftlich-postalisch und anonymisiert. Es wurden acht Fragen zu verschiedenen Gewaltformen in Paarbeziehungen in den letzten zwölf Monaten, zu Beeinträchtigungen und Verletzungen, zum Einschalten der Polizei sowie zur Inanspruchnahme von Hilfen gestellt. Hiernach wurden Frauen häufiger Opfer von psychischer und körperlicher Gewalt in Partnerschaften, insbesondere von schwerer und sehr schwerer Gewalt, infolgedessen hatten sie auch öfter körperliche Verletzungen. Schwere körperliche Gewalt (einschließlich sexueller Handlungen) kam allerdings eher selten vor. Der Anteil männlicher Opfer war nicht unerheblich: 9,4 % der Frauen und 6,1 % der Männer gaben an, in

den letzten zwölf Monaten Gewaltwiderfahrnisse in Partnerschaften erlebt zu haben. Mit zunehmendem Alter sank die Gewalt in Paarbeziehungen. In Paarbeziehungen mit Migrationshintergrund war diese erhöht.

Ebenfalls 2014 wurde vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen eine *Repräsentativbefragung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland* veröffentlicht (Hellmann). Bei 11.428 Personen einer repräsentativen Quotenstichprobe wurden im Jahr 2011 Viktimisierungserfahrungen zu erlebter physischer Gewalt, Wohnungseinbruch, elterlichem Erziehungsverhalten, sexuellem Missbrauch, häuslicher Gewalt, sexueller Gewalt und Stalking erfragt. 34,2 % der Männer und 19,8 % der Frauen gaben an, mindestens einmal im Leben physische Gewalt erlebt zu haben. Bei Frauen überwog die Gewaltwiderfahrnis im sozialen Nahraum und bei Männern im öffentlichen Raum. Die Lebenszeitprävalenz für häusliche Gewalt durch den Partner betrug für Frauen 3,8 % und für Männer 1,3 %. Knapp 30 % der Betroffenen gaben keinerlei Folgen an. Weibliche Betroffene litten deutlich häufiger unter den psychischen und physischen Folgen. Von allen Fällen häuslicher Gewalt gelangten nur 14,7 % zur Kenntnis der Polizei und Staatsanwaltschaft. Dabei erstattete keiner der männlichen Betroffenen Anzeige. Die Lebenszeitprävalenz für sexuelle Gewalt, die ab dem 16. Lebensjahr erlitten wurde, betrug 2,7 %. 88,6 % der Betroffenen von sexueller Gewalt waren Frauen.

Bei der in Österreich durchgeführten Studie *Zur Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld* (Kapella et al., 2011) wurden 2.343 Personen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe befragt. Die standardisierten Interviews wurden in zwei Teilstichproben anonym schriftlich sowie *face-to-face* durchgeführt. Es wurde differenziert nach körperlicher, psychischer und sexueller Gewalterfahrung sowie nach sexueller Belästigung, aus der Opfer- und Täterperspektive sowie nach den Gewaltfolgen gefragt. Frauen erfuhren danach häufiger psychische und sexuelle Gewalt als Männer. Auch schilderten sie eine stärkere Viktimisierung und häufiger Widerfahrnis einer Kombination verschiedener Gewaltformen. Männer und Frauen gaben gleich häufig körperliche Gewaltwiderfahrnisse an: bei Männern primär an öffentlichen Orten, bei Frauen in der eigenen Wohnung. Psychische Gewalt erfuhren Männer und Frauen am häufigsten an der Arbeitsstelle. Fast alle Männer (93,2 %) und fast alle Frauen (95,7 %) gaben an, seit ihrem 16. Lebensjahr einmal selbst psychische Gewalt angewendet zu haben. Über die Hälfte der Männer (57 %) und der Frauen (59%) berichteten, seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal selbst körperlich gewalttätig gewesen zu sein.

3.5 Gesundheitliche Folgen

In jedem Fall gilt, dass Gewalt krankmacht. Dabei wird zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Beeinträchtigungen unterschieden. Die gesundheitlichen Folgen können, wie in Abbildung 2 dargestellt, weiter systematisiert werden in körperliche, psychische und psychosomatische Folgen, gesundheitsgefährdende Strategien und Auswirkungen für die reproduktive Gesundheit (Hornberg et al., 2008; Krug et al., 2002; WHO, 2013). Gewaltfolgen werden entweder durch retrospektive Befragung der Gewalterfahrungen gewonnen bei dem der aktuelle Gesundheitszustand und Gesundheitsindikatoren (Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhausaufenthalte, etc.) erhoben werden und Gewaltbetroffene mit Nicht-Gewaltbetroffenen verglichen werden oder durch Befragungen in longitudinalen, prospektiven Studien. Besonders gut empirisch belegt sind die Auswirkungen früher Gewalterfahrungen in der Kindheit (Middlebrooks & Audage, 2008; Brown et al., 2009) sowie kumulativen Gewalterfahrungen im Lebenslauf auf die spätere körperliche wie psychische Gesundheit (vgl. beispielsweise Campbell, 2002; Dickinson et al., 1999; Follette et al., 1996).

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Nicht-tödliche Folgen			Tödliche Folgen
Körperliche Folgen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verletzungen ➤ Funktionelle Beeinträchtigungen ➤ Dauerhafte Behinderungen 	(Psycho-)somatische Folgen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Chronische Schmerzsyndrome ➤ Reizdarmsyndrom ➤ Magen-Darm-Störungen ➤ Harnwegsinfektionen ➤ Koronare Herzerkrankungen ➤ Chronische Atemwegserkrankungen 	Psychische Folgen <ul style="list-style-type: none"> ➤ PTBS, Ängste, Panikattacken ➤ Depression ➤ Schlafstörungen ➤ Essstörungen ➤ Suizidalität 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tödliche Verletzungen ➤ Tötung ➤ Mord ➤ Suizid
Gesundheits-gefährdende Strategien <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rauchen ➤ Alkohol- und Drogenkonsum ➤ Riskantes Sexualverhalten ➤ Selbstverletzendes Verhalten 	Reproduktive Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entzündungen des Uro-Genitalsystems ➤ Sexuell übertragbare Erkrankungen ➤ Ungewollte Schwangerschaft ➤ Schwangerschafts-Komplikationen ➤ Fehlgeburten / ➤ Niedriges Geburtsgewicht 		

Abbildung 2: Systematisierung gesundheitlicher Folgen von Gewalt (am Beispiel der Gewalt gegen Frauen und Mädchen (Hellbernd et al., 2004; zitiert nach Hornberg et al., 2008, S. 14).

3.5.1 Gewalterfahrungen und somatische Erkrankung

3.5.1.1 Gewalterfahrungen in der Kindheit

Mittel- und längerfristig konnte ein Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit

mit kardiovaskulären Erkrankungen wie Hypertonie, Koronare Herzerkrankung und Myokardinfarkt (Suglia et al., 2015; Clark et al., 2014; Breiding et al., 2008; Vives-Cases et al., 2011) und chronischen Schmerzsyndromen (Breiding et al., 2008; Vives-Cases et al., 2011) gefunden werden. Etwas weniger gut ist die Evidenz für den Zusammenhang mit Diabetes Typ-2 (Rich-Edwards et al., 2010; Mason et al., 2013) und mit chronische Atemwegserkrankungen (Breiding et al., 2008).

Querschnitt- und Längsschnittstudien seit den 1990er Jahren konnten einen Zusammenhang zwischen dem aktuellen Gesundheitsstatus und negativen Beziehungserfahrungen in der Kindheit (engl. *adverse childhood experiences*, ACE) aufzeigen (vgl. beispielsweise Felitti et al., 1998; Dube et al., 2005; Brown et al., 2009). Es wird angenommen, dass ACE's zu kumulativem Stress in der Kindheit führen, der die Gesundheit im Erwachsenenalter negativ beeinflusst. Dabei wurde eine Dosis-Wirkungsbeziehung gefunden zwischen Anzahl und Art der ACE's und den negativen Konsequenzen für die Gesundheit. Negatives Gesundheitsverhalten wie beispielsweise schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen oder Bewegungsmangel war ein Mediator für spätere chronische körperliche Erkrankungen (beispielsweise Koronare Herzerkrankung) (Middlebrooks & Audage, 2011).

Diese Befunde lassen sich gut mit den Konzepten aus der Stress- und Traumaforschung in Einklang bringen. Ein Beispiel hierfür ist das Modell des *allostatic load* (McEwen, 2006, 2010; Juster et al., 2010), welches die toxischen und anhaltenden neurobiologischen Auswirkungen von chronischem Stress und den entsprechenden Biomarkern beschreibt. Überfordernde Belastungssituationen oder Traumatisierungen in der Kindheit bedingen danach durch eine massive Glukokortikoid-Ausschüttung toxische Schädigungen von Hirnbereichen (Hippocampus, Bereiche des Präfrontalcortex), die für die zentrale Stressverarbeitung bedeutsam sind: mit der Folge einer dauerhaft neurobiologisch eingeschränkten Stressverarbeitung (Egle & Cierpka, 2006; Anacker et al., 2014; O'Donnell & Meaney, 2016; Radtke et al., 2015). Neben den neurobiologischen Folgen führt ein Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit zu entwicklungspsychologischen Störungen, unreifen Konfliktbewältigungsstrategien und Risikoverhaltensweisen (Nickel & Egle, 2006). Mittlerweile gibt es viele psychologische, neurobiologische und soziologische Theorien, die die Grundlagen der Auswirkung von Gewalterfahrung und von Traumatisierung auf die spätere Gesundheit konzeptualisieren (für einen Überblick vgl. beispielsweise Seidler et al., 2015, S. 15-92).

3.5.1.2 Aktuelle Gewalterfahrungen

Zu den kurzfristigen körperlichen Folgen von Gewalterfahrungen zählen vor allem Verletzungen (Kramer et al., 2004; Sheridan & Nash, 2007; Krug et al., 2002). Gut belegt ist ferner der Zusammenhang zwischen aktueller Partnergewalt sowie aktueller sexueller Gewalt mit Infektionserkrankungen (HIV) (Jewkes et al., 2010; Breiding et al., 2008) sowie die Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf Schwangerschaft und Geburt (Shah & Shah, 2010; Coker et al., 2007). Dabei sind nicht nur unmittelbare Folgen von pränatalem mütterlichen Stress, sondern auch dessen mittelbare Effekte auf die spätere psychische Gesundheit des Kindes belegt (Radtke et al., 2011).

3.5.2. Gewalterfahrung und psychische Erkrankung

3.5.2.1 Psychische Erkrankung als Folge von Gewalterfahrung

Gewalterfahrungen können in der Folge zur Entstehung einer Depression, Angststörung, Traumafolgestörung, somatoformen Störung oder Suchterkrankung beitragen (Felliti et al., 1998; Golding, 1999; Coker et al., 2002; Campell, 2002; Fowler et al., 2009; Middlebrooks & Audage, 2011; Nicolaidis, 2011; Rees et al., 2011; Nanni et al., 2012; Barboza Solis et al., 2015; Vives-Cases et al., 2011; Sack et al., 2007; Crofford, 2007; Paras et al., 2009; WHO, 2013). Dabei gibt es besonders viele Untersuchungen, die diesen Zusammenhang bei frühkindlichen Gewalterfahrungen und bei Partnergewalt untersucht haben.

Allerdings variiert das Risiko in der Folge aktiver, passiver oder kombinierter Gewalterfahrungen psychisch zu erkranken, in Abhängigkeit vom Geschlecht, sozioökonomischen Status und Alter aber auch von der Art, Schwere und Häufigkeit der Gewalterfahrung (Schlack et al., 2013; Kapella et al., 2011).

Einige Autoren gehen davon aus, dass bei den Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter sexuelle Gewalt und Partnergewalt mit kumulativen und mutuellen Gewalterfahrungen besonders schädigend sind. In einem aktuellen systematischen Review longitudinaler Studien (Devries et al., 2013) zu dem Zusammenhang von aktueller Partnergewalt und dem Auftreten einer Depression oder Suizidversuchen wurden 16 Studien (n = 36.163) eingeschlossen. Dabei wurden in 16 Studien Frauen untersucht, aber nur in vier Studien Männer. Bei Frauen zeigte sich in 11 von 16 Studien eine deutliche Evidenz für den Zusammenhang von Partnergewalt und im Verlauf

auftretenden depressiven Beschwerden (OR 1.97; 95% CI 1.56-2.48). Es zeigte sich aber bei Frauen auch eine gegenläufige Assoziation zwischen depressiven Beschwerden und in der Folge auftretender Partnergewalt (OR 1.93; 95% CI 1.51-2.48). In den vier Studien, in denen Männer mit untersucht wurden, war Partnergewalt ebenfalls assoziiert mit im Verlauf auftretenden depressiven Beschwerden. Ein gegenläufiger Zusammenhang wurde in diesem Review nicht gefunden.

Dies belegt die Bedeutung aktueller Partnergewalterfahrung für die Inzidenz depressiver Symptome, sowie die Bedeutung der depressiven Störung als Risikofaktor für die Widerfahrnis von Partnergewalt, aber auch für einen schlechteren Verlauf einer depressiven Erkrankung. Der Verlauf einer depressiven Störung wird bei Partnergewalt in der Vorgeschichte negativ beeinflusst (Dienemann et al., 2000). Eine Metaanalyse mit 16 epidemiologische Studien und zehn klinische Therapiestudien zeigte, dass Gewalterfahrungen in der Kindheit (psychisch, körperlich, sexuell) den negativen Krankheitsverlauf (Häufigkeit und Schwere der Episoden) sowie negatives Ansprechen auf Therapien (fehlende Response oder Remission) bei einer späteren Depression im Erwachsenenalter voraussagen (Nanni et al., 2012).

Die Bedeutung der einzelnen Gewaltformen (psychisch, physisch und/oder sexuell) und der Art der Erfahrung (aktiv und/oder passiv) und deren Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sind aber weitgehend unklar.

3.5.2.2 Psychische Erkrankung als Risiko für Gewalterfahrung

Nicht nur haben Menschen mit Gewalterfahrungen ein höheres Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken. Auch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung erhöht die Wahrscheinlichkeit Opfer von Gewalt zu werden (Trevillion et al., 2012) oder selbst Gewalt auszuüben (Howard et al., 2010; Iverson et al., 2013; Chang et al., 2011). Einige psychische Erkrankungen sind als Risikofaktoren für die aktive Ausübung von Gewalt bekannt. Im Besonderen gilt dies für Suchterkrankungen und für andere externalisierende psychische Störungen, wie bspw. bestimmte Persönlichkeitsstörungen (Miller et al., 2011; Schumacher et al., 2001).

3.5.2.3 Häufigkeit von Gewalterfahrungen bei psychischer Erkrankung

Im Allgemeinen wird angenommen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko haben interpersonelle Gewalt zu erfahren. Die Lebenszeitprävalenz für Partnergewalt bei Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung beträgt im Durchschnitt 30% (Range = 26-56) (Howard et al., 2010; Trevillion et al., 2012; Oram et al., 2013).

In einem systematischen Review sowie Metaanalyse zur Häufigkeit von Opfererfahrungen durch Partnergewalt bei Vorliegen einer psychischen Störung wurden 41 Studien eingeschlossen (Trevillion et al., 2012). Die Mehrzahl der Studien untersuchten Depression, Angststörungen und Traumafolgestörungen. Alle anderen psychischen Störungen wurden in weniger als fünf Studien untersucht, davon in keiner einzigen Studie Suchterkrankungen. Aktuelle Gewalterfahrungen wurden in 18 Studien, Lebenszeit-Gewalterfahrungen wurden in 26 Studien erhoben. Die meisten Studien waren Querschnittstudien. Bezüglich der Gewaltform wurden in zwanzig Studien körperliche, in neun Studien psychische und nur in vier Studien sexuelle Gewalt erhoben. Kombinierte Gewaltformen wurden in 11 Studien erfasst. Für alle psychischen Störungen war die Häufigkeit von widerfahrener Partnergewalt (Lebenszeit) bei Frauen und Männern erhöht, im Vergleich zu Frauen und Männern ohne psychische Störung. Gepoolte *odds ratios* (OR) ließen sich nur für Frauen, denen seit dem 16. Lebensjahr Partnergewalt widerfahren war, berechnen für Depression (OR 2.77, 95% CI 1.96-3.92), Angststörung (OR 4.08, 95% CI 2.39-6.97) und für PTSD (OR 7.34, 95% CI 4.50-11.98).

In einem aktuellen systematischen Review und Metaanalyse zum Zusammenhang von psychischen Störungen und der Ausübung von Partnergewalt (Oram et al., 2014) wurden 17 Studien (n = 72.585) eingeschlossen. Dabei erfassten nur drei Studien auch aktuelle Gewalterfahrungen. Bei Männern mit einer Depression, Generalisierter Angsterkrankung oder Panikstörung war das Risiko selbst Partnergewalt auszuüben erhöht: bei Depression (gepoolte OR 2.8, 95% CI 2.5-3.3), bei Generalisierter Angsterkrankung (gepoolte OR 3.2, 95% CI 2.3-4.4), bei Panikstörung (gepoolte OR 2.5, 95% CI 1.7-3.6). Bei Gewalt ausübenden Frauen fand sich der gleiche Zusammenhang: bei Depression (gepoolte OR 2.4, 95% CI 2.1-2.8), bei Generalisierter Angsterkrankung (gepoolte OR 2.4, 95% CI 1.9-3.0), bei Panikstörung (gepoolte OR 1.9, 95% CI 1.4-2.5).

3.6 Risikofaktoren für Gewalterfahrungen

In der Literatur gibt es inzwischen eine ganze Reihe bekannter Risikofaktoren für Gewalterfahrungen (Appelt et al., 2001; Godenzi, 1996; Straus et al., 1999; Riggs & O’Leary, 1989; Hamel & Nicholls, 2015). Dabei wurden meistens Partnergewalt und Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum untersucht. Die meisten Risikofaktoren gelten sowohl für Viktimisierung als auch für Täterschaft. Bisher haben aber nur wenige Autoren versucht, die bekannten Risikofaktoren in einem multifaktoriellen Erklärungsmodell darzustellen (bspw. Riggs & O’Leary, 1989). Auch ist die empirische Befundlage für die einzelnen Risikofaktoren teils sehr heterogen.

Die meisten Autoren unterscheiden zwischen psychopathologischen, psychologischen und soziologischen Erklärungsansätzen, bzw. Risikofaktoren (für eine ausführliche Darstellung vergleiche Böhm, 2006):

- Psychopathologische Erklärungsansätze untersuchen die Bedeutung psychischer Störungen bei der Entstehung von Gewalterfahrungen. Auf die Bedeutung von Depression, Suchterkrankungen oder Traumafolgestörungen wurde bereits hingewiesen (vgl. 3.5.2).
- Psychologische Erklärungsansätze verstehen Gewalterfahrungen auf dem Hintergrund von Lernerfahrungen. Damit sind erlernte Einstellungen, Haltungen und Verhaltensmuster gemeint, die aufgrund von Erfahrungen in der Kindheit und Jugendzeit erworben wurden. Beispielsweise kann die Überzeugung, dass Gewalt eine erfolgreiche und legitime Konfliktstrategie ist, durch die kindliche Zeugenschaft elterlicher Gewalthandlungen als Lernen am Modell erworben worden sein. Eine negative Attribution und Hemmung von konstruktiver Aggression im Erwachsenenalter kann Folge erlittener Gewalt in der Kindheit sein. Ein weiteres Beispiel ist ein durch kindliche Deprivations- oder Gewaltviktimisierung erworbener unsicher-ambivalenter oder desorganisierter Bindungsstil, der im Erwachsenenalter zum Einsatz von Beziehungsgewalt führt, um den Partner bzw. die Partnerin besser kontrollieren zu können.
- Soziologische Erklärungsansätze fokussieren auf soziokulturelle Aspekte und auf situative Konflikthanlässe als Ursachen von Partner- und familiärer Gewalt. Zu den soziokulturellen Ursachen werden die soziale Integration (Schichtzugehörigkeit und sozioökonomischer Status) aber auch Geschlechterrollennormen (Dominanz und Abwertung dem anderen

Geschlecht gegenüber) gezählt. Unter situativen Konflikthanlässen versteht man situationspezifische Faktoren, die zur Entstehung von Gewalt führen können, wie beispielsweise Stress, Eifersucht, Unzufriedenheit mit der Beziehung oder situativer Alkoholgenuss. In ihrem Modell der Risikofaktoren nehmen Straus et al. (1999) an, dass soziokulturelle Faktoren und situative Konflikthanlässe eher bei den leichten Formen körperlicher Partnergewalt von Bedeutung sind, während psychische Störungen und psychologische Faktoren bei der Entstehung schwerer Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum bedeutsam sind.

Riggs & O’Leary (1989) haben versucht, in einem multifaktoriellen Modell die verschiedenen Risikofaktoren für die Ausübung von Beziehungsgewalt darzustellen. Das in Abbildung 3 wiedergegebene Modell enthält die Modifikation von Böhm (2006, S. 92).

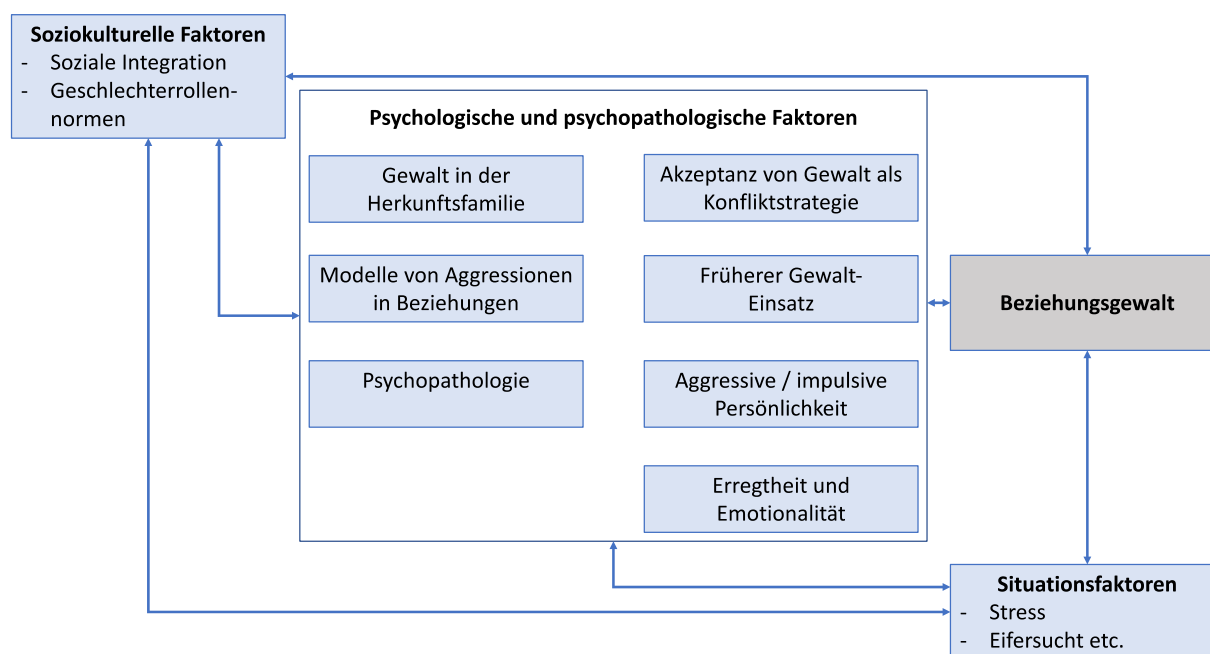


Abbildung 3: Multifaktorielles Modell der Beziehungsgewalt von Riggs & O’Leary, 1989 (mod. nach Böhm, 2006).

Ein aktueller systematischer Review zu Risikofaktoren für Partnergewalt (Capaldi et al., 2012) bestätigte im Wesentlichen die o.g. Modelle. Es konnten 228 empirische Studien eingeschlossen werden. Die Risikofaktoren wurden nicht quantitativ gewichtet. Die Autoren schlagen als

heuristisches Modell für Partnergewalt eine dynamische Entwicklungsperspektive vor, in der partnerschaftliche Aggression als ein Interaktionsmuster verstanden wird, welches beeinflusst wird von Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensmustern der jeweiligen Partner, Situationsfaktoren und Eigenschaften der Paarbeziehung. Folgende Risikofaktoren wurden identifiziert: Lebensalter (junges Erwachsenenalter), soziale Desintegration (Arbeitslosigkeit, geringer sozioökonomischer Status), hohes Stresserleben, Gewalt in der Herkunftsfamilie (einschließlich eigener Gewalterfahrungen), Einfluss durch *Peers*, die sich aggressiv verhalten, antisoziales Verhalten, internalisierendes Verhalten (Depression) bei Frauen, Alkohol- und Drogenabusus, hochkonflikthafte Partnerschaft und geringe Zufriedenheit mit der Beziehung. Bezüglich der geschlechtersensiblen Einschätzung der Risikofaktoren kommen die Autoren zu dem Schluss, dass es mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede gibt. Spezifisch weibliche Risikofaktoren sind lediglich internalisierende Verhaltensweisen (Depression) für Viktimisierung durch Partnergewalt sowie Alkoholabusus.

Die deskriptive Darstellung der Risikofaktoren für interpersonelle Gewalt soll im Folgenden noch um eine psychoanalytische Perspektive angereichert werden. Nach der psychoanalytischen Theorie ist psychische Entwicklung zentral mit der Bewältigung von Angst durch die in der Interaktion mit der Umwelt sich herausbildenden psychischen Strukturen verbunden. Um Angst (und andere Affekte sowie Distress) zu bewältigen, sind für die kindliche Psyche verlässliche Primärobjecte erforderlich. Über feinfühlig Beziehungen mit verlässlichen Anderen können die inneren Spannungszustände zunehmend differenziert, integriert und symbolisiert werden (Fonagy, 2015). Die psychische Strukturbildung des Kindes ist deshalb von Beziehungen zu feinfühlig und regulativ kompetenten Bezugspersonen so abhängig, weil diese überlebenswichtig sind. Diese Primärobjecte übernehmen die Funktion eines Emotions- und Spannungsregulators, die erst langsam im Laufe der Entwicklung über Prozesse der Strukturbildung (Introjektion, Internalisierung und Identifizierung) als psychische Fähigkeit zur Selbstregulation erworben wird. Gewalterfahrungen in der Kindheit bedeuten, dass die abhängige Beziehung zum Primärobject für das Kind entweder selbst Quelle von *toxischem* Distress ist (beispielsweise bei körperlicher Züchtigung als Erziehungsmaßnahme oder bei Vernachlässigung) oder nicht ausreichend vor Distress schützt (beispielsweise die depressive Mutter, die auf Grund ihrer mangelnden Feinfühligkeit die Affekte des Kindes nicht spiegelt) (Bowlby, 1984). Solche Traumatisierungen und Bindungsstörungen beeinträchtigen die normale Entwicklung psychischer Strukturen mit folgenden Konsequenzen im Erwachsenenalter: a.)

narzisstische (dyadische) Objektbeziehungen; b.) Beeinträchtigung der Selbstkohärenz; c.) Störung der Impuls- und Affektkontrolle; d.) Beeinträchtigung der Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit (Streek-Fischer, 2010). Gewalt in Beziehungen entsteht immer dann, wenn das Selbst (gewaltsam) bewahrt werden muss, wenn es durch Ohnmacht, Missachtung, Angst sich bedroht fühlt oder wenn *die* bedeutsame Beziehung bedroht ist, beispielsweise bei Abwendung des Partners oder drohender Trennung. So verstanden ist Gewalt eine dysfunktionale und sozial unverträgliche Strategie, in dem unerträgliche emotionale Zustände des Selbst unter Verwendung eines *Objekts* externalisiert und kontrolliert werden können (Trimborn, 2002). Zudem ist *die* bedeutsame (zur Emotionsregulierung notwendige) Beziehung selbst von einer grundlegenden Ambivalenz geprägt, die aus der narzisstischen Objektbesetzung herrührt. Hier bestehen zwei gegenläufige Phantasien nebeneinander: die Sehnsucht mit dem (i.d.R. mütterlichen) Primärobjekt zu verschmelzen sowie die Angst vor der Annihilation des Selbst im Falle einer Verschmelzung. Die Verhaltenskonsequenzen sind entsprechend aggressive Objektaneignung (Gewalt) oder Rückzug (Kernberg, 2014), die bei geringerer psychischer Strukturbildung nicht phantasiert, sondern durch alloplastische Handlungen agiert werden müssen.

3.7 Versorgung im Gesundheitswesen bei Gewalterfahrung

Um die negativen gesundheitlichen Folgen von Gewalt möglichst zu verhindern oder effektiv zu behandeln, ist es notwendig Gewaltvorkommnisse möglichst frühzeitig zu erkennen und anzusprechen, wenn Betroffene Kontakt mit dem Gesundheitswesen haben. Die meisten Opfer von Gewalt suchen das Gesundheitswesen wegen der akuten körperlichen Verletzungen auf. Dabei werden aktuelle Gewaltereignisse nur von einem geringen Anteil der Betroffenen selbst erwähnt und von den im Gesundheitswesen Tätigen oft unzureichend erkannt und thematisiert (Olive, 2007; Gahr & Ritz-Timme, 2016). Die betroffenen Gewaltopfer, die Kontakt zum Hilfesystem aufnehmen, wünschen sich jedoch meist, dass der psychosoziale Hintergrund der Verletzungen (die Gewalterfahrung) in einem vertraulichen Rahmen möglichst offen von den Heilberuflern thematisiert wird (Feder et al., 2006).

Interdisziplinäre Konzepte zur Gewaltopferversorgung im Gesundheitswesen und deren strukturelle Implementierung einschließlich der spezifischen Qualifizierungs- und

Trainingsmaßnahmen sind daher sinnvoll und notwendig (Hellbernd et al., 2005; Brzank, 2009; Graß et al., 2013) und führen auch dazu, dass Patientinnen und Patienten mit Gewalterfahrungen häufiger erkannt und entsprechend erreicht werden. Im Folgenden wird spezifisch auf die Versorgungssituation für psychisch kranke Patienten eingegangen.

3.7.1 Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Im Unterschied zu Menschen ohne psychische Störungen befinden sich Patienten bereits wegen ihrer psychischen Störung in Behandlung, oder suchen dezidiert wegen ihrer psychischen Beschwerden psychotherapeutische, psychosomatische oder psychiatrische Hilfsangebote auf. (Auch) die in der Versorgung psychisch Kranker tätigen Heilberufler fragen jedoch nicht routinemäßig aktiv nach aktuellen Gewalterfahrungen (Lothian & Read, 2002; Waalen et al., 2000). Vergleicht man beispielsweise die Identifikationsraten von in der Psychiatrie tätigen Ärztinnen und Ärzten bei Fällen von häuslicher Gewalt mit den Ergebnissen von parallel eingesetzten Screening-Instrumenten, liegen die Erkennensraten der Ärztinnen und Ärzte nur bei 10 - 30 % der Fälle (Cusack et al., 2004). In einer neueren Untersuchung wurden beispielsweise 524 Patienten, die sich in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung befanden nach ihren Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten und ab dem 16. Lebensjahr befragt. Hier gaben 55 % der Frauen und 27 % der Männer an, jemals von einem Heilberufler auf ihre Gewalterfahrungen angesprochen worden zu sein (Chang et al., 2011). Dabei gaben die befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass sie sich unsicher fühlen, nicht ausreichend qualifiziert sind sowie durch das deskriptiv-symptomorientierte Krankheitsmodell der Psychiatrie nicht ausreichend auf die psychosozialen Hintergründe von Beschwerden achten (Rose et al., 2011; Currier et al., 1996, Salyers et al., 2004).

3.8 Fragestellung der Untersuchung

Bisher gibt es kaum Studien zur 12-Monatsprävalenz von Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, die verschiedene Gewaltformen und Opfer-, sowie Täterperspektive berücksichtigen. In Deutschland fehlen Studien hierzu weitgehend (Nyberg et al., 2013; Laghchioua & Grube, 2015), insbesondere

solche, die verschiedene Arten von aktuellen Gewalterfahrungen bei Männern und Frauen erheben. Auch liegt die Vermutung nahe, dass aktuelle Gewalterfahrungen außer in traumaspezifischen Behandlungssettings in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung noch keine ausreichende Beachtung erfahren (Dienemann et al., 2000; Chang et al., 2011).

Ziele der eigenen Studie waren,

- a.) die 12-Monatsprävalenz von körperlicher und psychischer Gewaltwiderfahrnis sowie von Gewaltausübung von Patientinnen und Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden in einer klinischen Stichprobe sowie**
- b.) das Ausmaß psychischer Belastung bei diesen Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen Gewalterfahrung zu erheben.**

4 Material und Methoden

Im Zeitraum vom 1. November 2010 bis 31. Oktober 2011 stellten sich 1471 Patientinnen und Patienten zu einem Erstgespräch in der Hochschulambulanz der Klinik und des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU-D) vor. Die Patientinnen und Patienten wurden auf eine Studienteilnahme angesprochen, bei Interesse umfassend aufgeklärt und um ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gebeten. Anschließend wurden den Teilnehmenden die schriftlichen Fragebögen ausgehändigt, die sie in den Räumlichkeiten der Ambulanz ausfüllten. Die Fragebögen wurden pseudonymisiert ausgewertet. Eine positive Stellungnahme zur Studie erfolgte durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der HHU-D.

4.1 Stichprobe

Von 1471 angesprochenen Patientinnen und Patienten der Inanspruchnahme-Stichprobe nahmen 1074 an der Fragebogenstudie teil (Responserate = 73%) (Abb. 4). Die Gründe für die Nichtteilnahme wurden nicht erhoben. Die Vollständigkeit der Angaben bei dem DEGS-Gewaltscreener betrug pro Item im Durchschnitt 85%. Alle Fragebögen gingen in die Analyse ein. Es wurde bei jedem Item die Anzahl der *missings* angegeben.

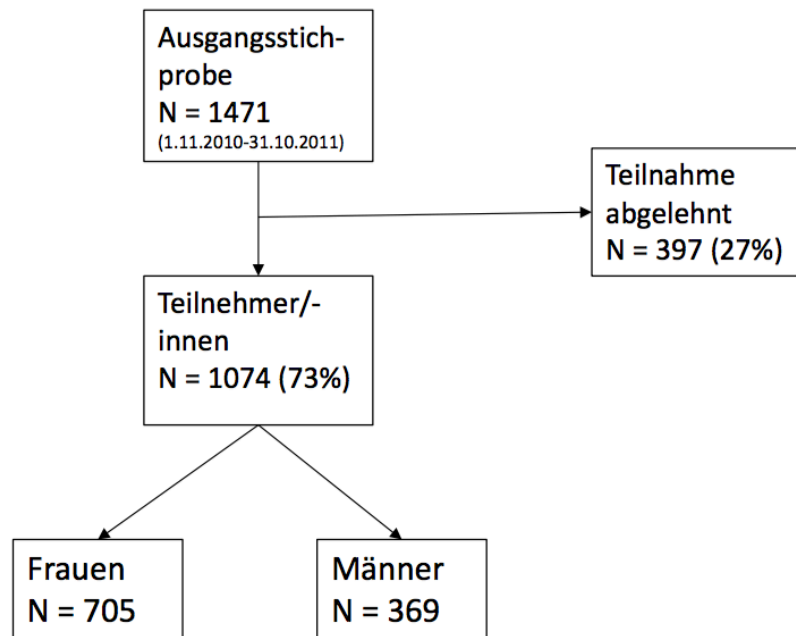


Abbildung 4: Rekrutierung und Teilnahme an der Studie

Die 705 Frauen (65.6%) und 369 Männer (34.4%) waren zum Untersuchungszeitpunkt im Mittel 42.1 Jahre alt ($SD = 12$; range = 16 - 92) (vgl. Tab. 2). Eine deutsche Staatsangehörigkeit gaben 863 Patientinnen und Patienten (80.4%) an, 176 Patientinnen und Patienten (16.4%) hatten eine andere Staatsangehörigkeit, 35 Patientinnen und Patienten machten diesbezüglich keine Angaben. Zu den häufigsten Herkunftsregionen nichtdeutscher Staatsangehöriger zählten dabei das übrige Mitteleuropa (3%), Südosteuropa (3%), Osteuropa (2%) und Südeuropa (2%). 609 Patientinnen und Patienten (56.8%) berichteten eine psychotherapeutische Vorbehandlung. 1.5% der teilnehmenden Personen hatten keinen Schulabschluss, 10.6% einen Hauptschulabschluss, 20.9% mittlere Reife, 33.9% die allgemeine Hochschulreife und 33.1% machten keinerlei Angaben zu ihrem Schulabschluss. Die Untersuchungsstichprobe wies im Vergleich zu repräsentativen Bevölkerungsstichproben ($M = 0.38$ $SD = 0.39$), aber auch zu Normwerten für Patienten in stationärer psychotherapeutischer Behandlung ($M = 1.20$, $SD = 0.62$) (Franke, 2002) deutlich erhöhte Werte hinsichtlich der Symptomlast (Global Severity Index, GSI) des SCL-90-R auf ($M = 2.19$, $SD = 0.79$) (vgl. Schmitz et al., 2002, Normalbevölkerung: $M = 0.33$, $SD = 0.25$; PsychSom Konsil: $M = 1.15$; $SD = 0.65$) (vgl. Franz et al., 2015, Patientinnen mit depressiven Beeinträchtigungen in stationär psychotherapeutischer Behandlung: $M = 1.39$; $SD = 0.60$). Zu

den häufigsten klinischen Hauptbehandlungsdiagnosen nach ICD-10 zählten affektive Störungen (49.5%), somatoforme Störungen (10.0%), Anpassungsstörungen (9.8%), Angststörungen (7.2%), Traumafolgestörungen (3.7%) und Essstörungen (2.9%).

Tabelle 2
Beschreibung der Stichprobe

Stichprobenbeschreibung	Häufigkeit	
	Absolut	Prozent
Angesprochene Patienten	1471	
Teilnehmende Patienten	1074	73
Frauen	705	65.6
Männer	369	34.3
Staatsangehörigkeit		
deutsch	863	80.4
andere	176	16.4
keine Angabe	35	3.2
häufigste Herkunftsregionen nichtdeutscher Staatsbürger		
Mitteleuropa	31	2.9
Südosteuropa	31	2.9
Osteuropa	20	1.9
Südeuropa	22	2.1
Psychotherapeutische Vorbehandlung		
ja	609	56.8
nein	375	34.9
keine Angabe	90	8.3
Schulbildung		
kein Abschluss	16	1.5
Hauptschule	114	10.6
mittlere Reife	225	20.9
Abitur	364	33.9
keine Angabe	355	33.1
ICD-10 Hauptbehandlungsdiagnosen		
Depression (F32, F33)	532	49.5
Somatoforme Störung (F45)	107	10.0
Anpassungsstörung (F43.2)	105	9.8
Angststörung (F40, F41)	77	7.2
Traumafolgestörung (F43.1)	40	3.7
Essstörung (F50)	31	2.9
Sonstige	33	3.1
keine Angabe	149	13.8

Stichprobenbeschreibung	Mittelwert	Standardabweichung	
Alter der Probanden	42.11	12.0	range = 16-92
Symptomlast (GSI)			
repräsentative Bevölkerungsstichprobe	0.38	0.39	
Normwerte für Patienten in stationärer psychotherapeutischer Behandlung	1.20	0.62	
Untersuchungsstichprobe	2.19	0.79	

4.2 Instrumente

Im Folgenden werden die Instrumente zur Erhebung von Gewalterfahrungen und zur Erhebung der Symptombelastung kurz vorgestellt.

4.2.1 Gewalterfahrungen

Zur Erhebung der 12-Monatsprävalenz von widerfahrener und ausgeübter Gewalt wurde der für die DEGS1-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) entwickelte Gewalt-Screening-Fragebogen (Schlack et al., 2013; siehe Anhang) eingesetzt. Der DEGS-Gewaltscreener wurde im RKI mit beratender Unterstützung der Universität Bielefeld entwickelt und im Pretest der DEGS1-Studie erfolgreich getestet. Die Publikation der Testgüte-Kriterien ist in Vorbereitung. Eine ausführliche Darstellung des Gewalt-Screening-Fragebogens findet sich in der Publikation der DEGS1-Studie zu körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung unter Beteiligung des Autors (Schlack et al., 2013). Das Screening-Instrument erfasst körperliche und psychische Gewalt in den zurückliegenden 12 Monaten in der Opfer- und Täterperspektive ohne dabei den Begriff „Gewalt“ explizit zu benennen. Erfragt wird zunächst die Opfer-, dann die Tätererfahrung. Die Fragen zur Tätererfahrung werden als Umkehrung der Fragen zur Opfererfahrung formuliert. Ferner wird erfragt, in welchem Sozialraum und mit welchen Konfliktpartnern das Gewaltereignis stattgefunden hat und ob Gewalterfahrungen vor dem 16. Lebensjahr stattfanden. Der Fragenblock beginnt mit einer Eingangssequenz, die in allgemeiner Form auf Gewalterfahrungen verweist. Diese lautet: „Manchmal werden Menschen angegriffen, geraten in körperliche Auseinandersetzungen oder machen Erfahrungen, die sie als verletzend oder belastend empfinden. In den folgenden Fragen geht es um diese speziellen Erfahrungen in ihrem Alltag.“ Anschließend folgt eine Einstiegsfrage. Diese Frage lautet beispielsweise für Opfererfahrung durch körperliche Gewalt: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass jemand Sie körperlich angegriffen hat (zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder mit einem Gegenstand bedroht)?“ bzw. für die Ausübung körperlicher Gewalt: „Haben Sie selbst in den letzten 12 Monaten jemanden körperlich angegriffen (zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder mit einem Gegenstand bedroht)?“

4.2.2 Symptombelastung

Zur Erfassung der psychischen Symptombelastung der Patientinnen und Patienten wurde die Symptomcheckliste SCL-90-R (Derogatis, 1977; Franke, 2002) verwendet. Das Instrument besteht aus 90 Items, innerhalb derer eine Vielzahl psychischer und physischer Beschwerden beschrieben werden. Auf einer fünfstufigen Ratingskala mit den Polen "überhaupt nicht" bis "sehr stark" schätzen die betreffenden Personen ein, wie stark sie in den vergangenen 7 Tagen unter einem Symptom gelitten haben. Es können 9 klinische Skalen berechnet werden. Ferner können 3 allgemeine Kennwerte der psychischen Belastung ermittelt werden: *Global Severity Index* (GSI), *Positive Symptom Total* (PST) und *Positive Symptom Distress Index* (PSDI). In der vorliegenden Studie wurde der GSI (Summe der Itemrohwerte/[90-Anzahl der fehlenden Werte]) als Indikator der globalen psychischen Belastung gewählt (Hessel et al., 2001).

4.3 Statistische Datenanalyse

Die 12-Monatsprävalenz von körperlicher und psychischer Gewalterfahrung wurde mit Hilfe des Bootstrap-Verfahrens für deskriptive Statistiken (Efron, 1979) berechnet. Der Bootstrap ersetzt die theoretische Verteilungsfunktion F einer Zufallsvariablen durch die empirische Verteilungsfunktion der Stichprobe. Dies geschah um eine möglichst große Vergleichbarkeit der Befunde mit den bereits publizierten Daten von Schlack et al. (2013) zu gewährleisten.

Gruppenunterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Gewaltwiderfahrnis hinsichtlich der durchschnittlichen Symptombelastung im GSI wurden mittels t-Tests für unabhängige Stichproben ermittelt. Die Berechnung der Effektstärken erfolgte mit Hilfe des von Hedges vorgeschlagenen Verfahrens (Hedges, 1981; Durlak, 2009; Stulz, 2012). Bei diesem Ansatz werden Unterschiede im Umfang der zu vergleichenden Stichproben besser berücksichtigt als z.B. bei Cohen's d. Statistische Unterschiede in der Ausprägung der psychischen und psychosomatischen Symptombelastung (GSI) in Abhängigkeit von den Faktoren Geschlecht (m/w) und Gewalterfahrung (Gewaltwiderfahrnis und -ausübung/keine Gewaltwiderfahrnis und -ausübung) wurden mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse berechnet. Die Effektstärken werden dementsprechend als partielle η^2 Koeffizienten dargestellt.

Nominalskalierte Daten bzw. Kreuztabellen wurden mittels χ^2 -Test auf statistische Signifikanz

geprüft. Das Signifikanzniveau wurde bei allen Verfahren auf $p(\alpha) < .05$ festgelegt. Alle Analysen erfolgten mit IBM SPSS Statistics 21 und 23 für Windows.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse

- a.) zur 12-Monatsprävalenz von körperlicher und psychischer Gewalterfahrung unter Berücksichtigung der Opfer- und der Täterperspektive, des Sozialraums und der Altersgruppen,
- b.) sowie die psychische Belastung in Abhängigkeit von aktueller körperlicher und psychischer Gewalterfahrung, die Belastung in Abhängigkeit von Gewaltwiderfahrnis und Geschlecht sowie die Belastung in Abhängigkeit von ausgeübter Gewalt und Geschlecht dargestellt.

Die Gestaltung der Tabellen (vgl. Tabellen 3 und 4) wurde analog der Tabellen zur Ergebnisdarstellung der Gewalterfahrungen in der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe im DEGS1 (Schlack et al., 2013, siehe Anhang) gewählt. Wegen der starken Ungleichverteilung von Frauen und Männern in der Stichprobe wurde auf eine Berechnung der Signifikanzen der Häufigkeitenunterschiede bei den Geschlechtern verzichtet (vgl. Brzank et al., 2013). Es wurde in den Tabellen 3, 4 und 5 die Anzahl der fehlenden Werte (*missings*) angegeben.

5.1 12-Monatsprävalenz von körperlicher und psychischer Gewalterfahrung

In der untersuchten Stichprobe (N = 1074) gaben 10.5% der Frauen und 7.1% der Männer an, in den letzten 12 Monaten irgendeine Form körperlicher Gewalt erfahren zu haben.

Opfererfahrungen psychischer Gewalt in den zurückliegenden 12 Monaten wurden von 56.9% der Frauen und 49.5% der Männer geschildert. 10.8% der Frauen und 7.9% der Männer übten selbst irgendeine Form körperlicher Gewalt aus. 25.2% der Frauen und 34.2% der Männer gaben an, selbst psychische Gewalt angewendet zu haben. Die Stratifizierung der Stichprobe nach Altersgruppen und Schulbildung mit Angabe der Häufigkeiten (in %) von körperlicher und psychischer Gewalt für die jeweiligen Gruppen sind in Tabelle 3 und 4 ausgewiesen.

Angaben zu den Konfliktpartnern (Mehrfachnennungen waren möglich) sind in der Tabelle 5

dargestellt. Im Folgenden beziehen sich die Prozentangaben auf die Anzahl aller Frauen, bzw. aller Männer der Stichprobe, die das jeweilige Item beantwortet haben. Von den Frauen, denen körperliche Gewalt widerfahren war, erfolgte diese bei 6,5% Frauen durch den Partner oder sonstige Familienangehörige. Auch psychische Gewalt widerfuhr 29,3% der Frauen durch Partner und sonstige Familienangehörige. 2,7 % der Männer wurde körperliche Gewalt zugefügt durch ihre Partnerinnen und sonstige Familienangehörige zugefügt, aber auch durch unbekannte Personen (2,2%). Psychische Gewalt widerfuhr den Männern annähernd gleich häufig durch Partnerinnen und sonstige Familienangehörige (20,6%) sowie durch Arbeitskollegen (22,5%). Männern und Frauen der vorliegenden Stichprobe widerfuhr damit körperliche wie psychische Gewalt zu einem großen Anteil durch bekannte Personen.

Tabelle 3

12-Monatsprävalenz von widerfahrener und ausgeübter körperlicher Gewalt (in %)

	Gewalt widerfahren (ja = 80; nein = 780; miss. = 214)			Gewalt ausgeübt (ja = 83; nein = 775; miss. = 216)		
	Frauen % (KI 95%)	Männer % (KI 95%)	Gesamt % (KI 95%)	Frauen % (KI 95%)	Männer % (KI 95%)	Gesamt % (KI 95%)
Gesamt	10.5 (7.8 - 13.1)	7.1 (4.4 - 9.8)	9.3 (7.3 - 11.3)	10.8 (8.6 - 13.1)	7.9 (4.8 - 11.0)	9.7 (7.7 - 11.5)
Altersgruppen						
18 - 29	25.6 (22.1 - 29.0)	11.0 (3.8 - 20.0)	21.6 (15.9 - 28.4)	17.7 (12.2 - 23.5)	10.0 (2.3 - 19.6)	15.5 (10.9 - 20.7)
30 - 44	8.0 (5.8 - 10.0)	6.7 (3.1 - 10.3)	7.5 (4.8 - 10.5)	10.5 (6.5 - 14.7)	5.9 (1.8 - 10.4)	8.8 (5.8 - 11.9)
45 - 64	4.8 (2.9 - 6.7)	5.2 (1.7 - 8.5)	4.9 (2.8 - 7.4)	7.8 (4.3 - 11.2)	9.7 (5.0 - 15.4)	8.5 (6.0 - 11.3)
>65	0.0 (0.0 - 0.0)	11.1 (7.1 - 20.0)	3.8 (0.0 - 11.5)	0.0 (0.0 - 0.0)	0.0 (0.0 - 0.0)	0.0 (0.0 - 0.0)
Schulbildung						
Kein Abschluss	0.0 (0.0 - 0.0)	33.3 (0.0 - 100.0)	8.3 (0.0 - 25.0)	0.0 (0.0 - 0.0)	33.3 (0.0 - 100.0)	8.3 (0.0 - 25.0)
Hauptschulabschluss	14.1 (6.1 - 22.6)	4.4 (0.0 - 11.9)	10.1 (4.6 - 15.6)	10.8 (3.6 - 19.2)	8.9 (2.0 - 17.9)	10.0 (4.5 - 15.5)
Realschulabschluss	14.0 (8.9 - 19.7)	8.3 (2.7 - 14.7)	12.2 (8.1 - 16.7)	13.4 (8.1 - 18.7)	11.4 (4.2 - 19.0)	12.8 (8.7 - 17.4)
Abitur	7.3 (3.9 - 10.5)	6.8 (2.5 - 11.6)	7.1 (4.6 - 9.7)	11.4 (7.3 - 15.6)	5.9 (1.8 - 10.7)	9.6 (6.5 - 12.7)
Keine Angaben	11.2 (5.6 - 17.5)	6.8 (1.5 - 14.5)	9.6 (5.4 - 14.5)	5.7 (1.9 - 10.4)	5.3 (0.0 - 11.9)	5.5 (2.5 - 9.2)

12-Monatsprävalenz von widerfahrener und ausgeübter psychischer Gewalt (in %)

	Gewalt widerfahren (ja = 468; nein = 393; miss. = 213)			Gewalt ausgeübt (ja = 239; nein = 604; miss. = 231)		
	Frauen % (KI 95%)	Männer % (KI 95%)	Gesamt % (KI 95%)	Frauen % (KI 95%)	Männer % (KI 95%)	Gesamt % (KI 95%)
Gesamt	56.9 (52.3 - 61.2)	49.5 (44.1 - 55.6)	54.4 (51.1 - 57.3)	25.2 (21.5 - 29.1)	34.2 (28.8 - 39.7)	28.4 (25.3 - 31.4)
Altersgruppen						
18 - 29	66.4 (58.2 - 75.2)	55.8 (41.4 - 68.9)	63.3 (55.9 - 70.1)	28.2 (20.5 - 36.3)	41.2 (27.8 - 53.7)	32.0 (25.7 - 39.4)
30 - 44	55.3 (48.9 - 61.8)	50.4 (41.1 - 60.0)	53.6 (48.2 - 59.2)	25.1 (19.4 - 30.9)	38.0 (29.4 - 47.5)	29.9 (25.0 - 34.9)
45 - 64	54.9 (48.0 - 61.5)	48.7 (39.3 - 57.6)	52.6 (46.4 - 58.3)	24.6 (18.8 - 30.4)	29.8 (21.8 - 38.4)	26.5 (21.5 - 31.9)
>65	29.4 (7.7 - 56.2)	11.1 (0.0 - 36.3)	23.1 (7.7 - 42.3)	11.6 (0.0 - 28.6)	0.0 (0.0 - 0.0)	7.7 (0.0 - 19.2)
Schulbildung						
Kein Abschluss	22.2 (0.0 - 50.0)	66.7 (0.0 - 100.0)	33.3 (8.3 - 58.3)	22.2 (0.0 - 50.0)	66.7 (0.0 - 100.0)	35.3 (8.5 - 58.3)
Hauptschulabschluss	53.1 (40.6 - 65.5)	45.5 (29.5 - 60.0)	50.0 (40.7 - 59.3)	24.6 (14.3 - 35.6)	24.4 (11.6 - 37.0)	24.5 (16.0 - 35.0)
Realschulabschluss	68.5 (60.5 - 75.8)	54.2 (42.3 - 65.0)	63.8 (57.5 - 70.1)	27.4 (20.0 - 35.3)	43.1 (31.0 - 53.8)	32.6 (26.1 - 39.4)
Abitur	55.7 (49.1 - 62.4)	55.5 (46.6 - 64.2)	55.6 (50.6 - 60.7)	26.8 (21.1 - 32.4)	36.4 (27.5 - 45.0)	30.1 (25.2 - 35.2)
Keine Angaben	48.6 (39.2 - 58.0)	33.9 (22.2 - 46.4)	43.3 (36.1 - 50.6)	18.8 (11.5 - 26.7)	24.6 (13.8 - 35.7)	20.9 (14.6 - 27.2)

Tabelle 5

Konfliktpartner und sozialer Nahraum von körperlicher und psychischer Gewalterfahrung (n (%))

Frauen	Körperliche Gewalt widerfahren	Psychische Gewalt widerfahren	Körperliche Gewalt ausgeübt	Psychische Gewalt ausgeübt
Angaben	564	564	565	548
Fehlende Werte	141	141	140	157
Ja	59	321	60	138
Nein	505	243	505	410
Partner*	27 (3.8)	99 (14.0)	26 (3.7)	61 (8.7)
Sonstige Familienangehörige*	18 (2.6)	108 (15.3)	25 (3.5)	52 (7.4)
Arbeitskollege*	2 (0.3)	141 (20.0)	1 (0.1)	24 (3.4)
Sonstige bekannte Person*	11 (1.6)	60 (8.5)	6 (0.9)	29 (4.1)
Sonstige unbekannte Person*	8 (1.1)	44 (6.2)	4 (0.6)	9 (1.3)
Männer	Körperliche Gewalt widerfahren	Psychische Gewalt widerfahren	Körperliche Gewalt ausgeübt	Psychische Gewalt ausgeübt
Angaben	296	297	293	295
Fehlende Werte	73	72	76	74
Ja	21	147	23	101
Nein	275	150	270	194
Partner*	4 (1.1)	39 (10.6)	5 (1.4)	41 (11.1)
Sonstige Familienangehörige*	6 (1.6)	37 (10.0)	11 (3.0)	33 (8.9)
Arbeitskollege*	2 (0.5)	83 (22.5)	1 (0.3)	31 (8.4)
Sonstige bekannte Person*	4 (1.1)	30 (8.1)	6 (1.6)	29 (7.9)
Sonstige unbekannte Person*	8 (2.2)	25 (6.8)	5 (1.4)	22 (6.0)
Gesamt	Körperliche Gewalt widerfahren	Psychische Gewalt widerfahren	Körperliche Gewalt ausgeübt	Psychische Gewalt ausgeübt
Angaben	860	861	858	843
Fehlende Werte	214	213	216	231
Ja	80	468	83	239
Nein	780	393	775	604
Partner*	31 (2.9)	138 (12.8)	31 (2.9)	102 (9.5)
Sonstige Familienangehörige*	24 (2.2)	145 (13.5)	36 (3.4)	85 (7.9)
Arbeitskollege*	4 (0.4)	224 (20.9)	2 (0.2)	55 (5.1)
Sonstige bekannte Person*	15 (1.4)	90 (8.2)	12 (1.1)	58 (5.4)
Sonstige unbekannte Person*	16 (1.5)	6 (6.4)	9 (0.8)	31 (2.9)

*Mehrfachnennungen möglich

5.2 Viktimisierung durch körperliche Gewalt vor dem 16. Lebensjahr und in den zurückliegenden 12 Monaten

Körperliche Gewaltwiderfahrnisse vor dem 16. Lebensjahr gaben 27.3% der Frauen ($n = 145$) und 31.8% der Männer ($n = 88$) an. Dabei berichteten 19% der Patientinnen und Patienten, die vor dem 16. Lebensjahr körperlicher Gewalt ausgesetzt waren auch aktuell über körperliche Gewaltwiderfahrnisse. Dies war nur bei 5.6% der Patientinnen und Patienten der Fall, die keine körperliche Gewalt vor dem 16. Lebensjahr erlebt hatten ($Chi^2 = 33.95, DF = 1, p < .001$).

5.3 Belastung in Abhängigkeit von aktueller körperlicher und psychischer Gewalterfahrung

Es zeigte sich ein signifikanter Mittelwertunterschied ($t(827) = -3.24, p < .01, g = .39$) des GSI zwischen Personen, die Opfer körperlicher Gewalt wurden ($M = 1.47, SD = .81$) und denen, die keine solche körperliche Gewalterfahrung angaben ($M = 1.18, SD = .71$). Ein vergleichbarer Effekt fand sich ebenfalls hinsichtlich des Erleidens psychischer Gewalt. Patientinnen und Patienten, die angaben, Opfer psychischer Gewalt zu sein, wiesen signifikant ($t(827) = -5.93, p < .01, g = .41$) höhere durchschnittliche GSI-Werte auf ($M = 1.34, SD = .68$), als solche, die keine psychische Gewaltwiderfahrnisse angaben ($M = 1.05, SD = .74$).

Auch Patientinnen und Patienten, die berichteten, körperliche Gewalt ausgeübt zu haben, waren signifikant ($t(825) = -4.27, p < .01, g = .50$) stärker belastet ($M = 1.54, SD = .773$) als diejenigen, die dies nicht berichteten ($M = 1.17, SD = .72$). Personen, die psychische Gewalt ausübten ($M = 1.34, SD = .68$), zeigten signifikant höhere ($t(812) = -3.18, p < .01, g = .25$) durchschnittliche GSI-Werte im Vergleich zu denjenigen, die nach eigenen Angaben keine psychische Gewalt ausübten ($M = 1.16, SD = .75$).

5.4 Belastung in Abhängigkeit von Gewaltwiderfahrnis und Geschlecht

Es zeigte sich varianzanalytisch ein signifikanter Haupteffekt für den Einfluss der Viktimisierung durch körperliche Gewalt auf den durchschnittlichen GSI-Wert ($F(1, 825) = 5.99, p < .05, \eta_p^2 =$

.007). Dabei waren Frauen stärker belastet als Männer ($F(1, 825) = 6.84, p < .01, \eta_p^2 = .008$). Es gab keine signifikanten Interaktionen. Patientinnen und Patienten, denen psychische Gewalt zugefügt wurde, wiesen im Vergleich zu denjenigen, die keine Viktimisierung durch psychische Gewalt angaben, signifikant erhöhte durchschnittliche GSI-Werte auf ($F(1, 825) = 31.45, p < .001, \eta_p^2 = .037$). Auch hier waren Frauen stärker belastet als Männer ($F(1, 825) = 10.880, p < .01, \eta_p^2 = .013$). Es gab ebenfalls keine signifikanten Interaktionen (Abb. 5).

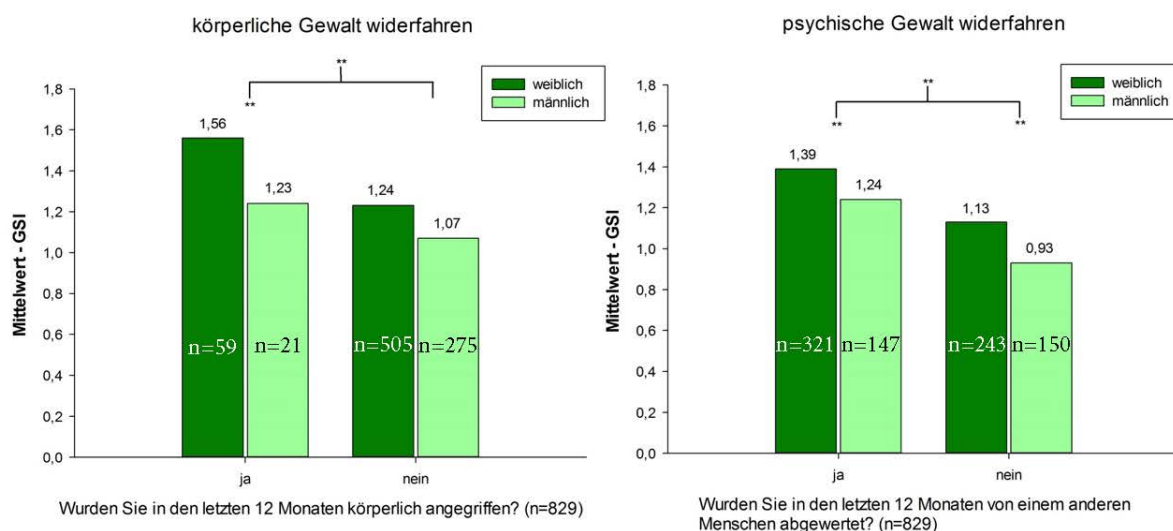


Abbildung 5: Mittelwertunterschiede im Ausmaß der Symptombelastung (GSI) in Abhängigkeit von Geschlecht, widerfahrener körperlicher und psychischer Gewalt (Normwerte GSI vgl. S. 31).

5.5 Belastung in Abhängigkeit von ausgeübter Gewalt und Geschlecht

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für den Einfluss von ausgeübter körperlicher Gewalt versus nicht ausgeübter körperlicher Gewalt auf den durchschnittlichen GSI-Wert ($F(1, 823) = 14.94, p < .001, \eta_p^2 = .018$). Dabei waren Frauen nur tendenziell stärker belastet als Männer ($F(1, 823) = 3.24, p < .07, \eta_p^2 = .004$). Es ergaben sich keine signifikanten Interaktionen. Patientinnen und Patienten, die psychische Gewalt ausübten, wiesen im Vergleich zu denjenigen, die keine psychische Gewalt ausübten, signifikant erhöhte durchschnittliche GSI-Werte auf ($F(1, 810) = 13.91, p < .001, \eta_p^2 = .017$). Frauen waren signifikant stärker belastet als Männer ($F(1, 810) = 10.59, p < .01, \eta_p^2 = .013$). Es gab ebenfalls keine signifikanten Interaktionen (Abb. 6).

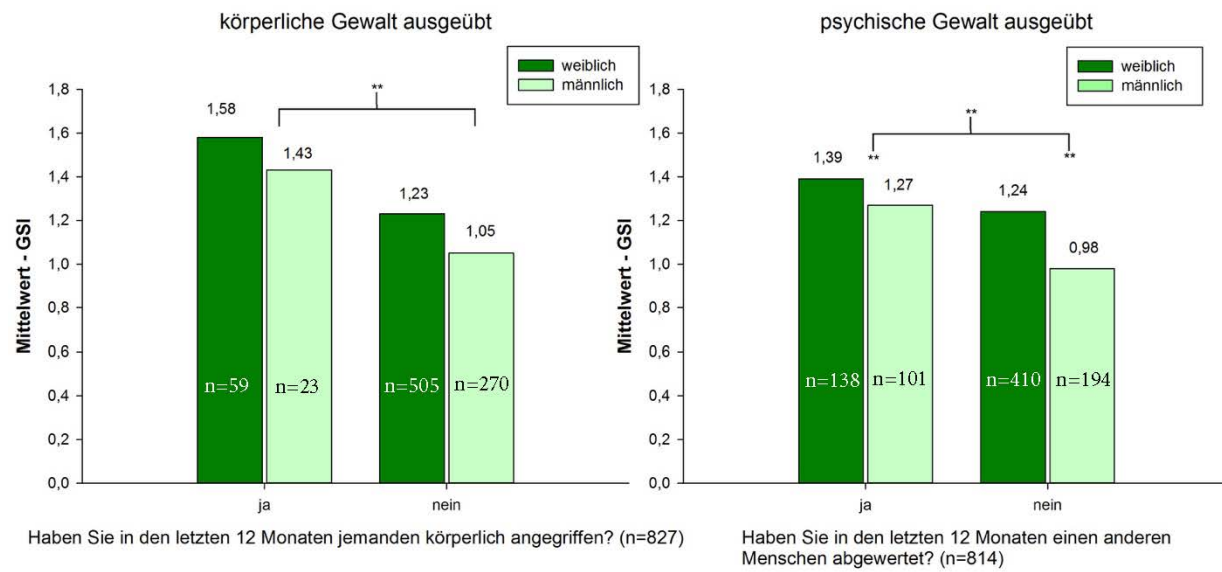


Abbildung 6: Mittelwertunterschiede im Ausmaß der Symptombelastung (GSI) in Abhängigkeit von Geschlecht, ausgeübter körperlicher und psychischer Gewalt (Normwerte GSI vgl. S. 31).

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

6.1 Vergleich der Ergebnisse mit anderen Untersuchungen

6.1.1 Häufigkeit

In der mit dem gleichen Gewalt-Screening-Instrument durchgeführten Erhebung zur Häufigkeit von körperlicher und psychischer Gewalt in einem bundesweit repräsentativen Gesundheitssurvey, der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) (Schlack et al., 2013) berichteten, bezogen auf die zurückliegenden 12 Monate, 4,8% der Erwachsenenbevölkerung Opfer körperlicher Gewalt und 18,7% Opfer psychischer Gewalt geworden zu sein. 3,7 % berichteten selbst körperliche Gewalt, sowie 10,7% selbst psychische Gewalt ausgeübt zu haben. In der untersuchten klinischen Stichprobe von Patientinnen und Patienten, die sich wegen psychischer und psychosomatischer Beschwerden zu einem Erstgespräch in einer psychotherapeutisch ausgerichteten Hochschulambulanz vorstellten, berichteten, bezogen auf die zurückliegenden 12 Monate, 9,3% der Patientinnen und Patienten Opfer körperlicher Gewalt und 54,4% Opfer psychischer Gewalt geworden zu sein. Insgesamt 9,7 % der Teilnehmenden berichteten selbst körperliche Gewalt, sowie 28,4% selbst psychische Gewalt ausgeübt zu haben. Damit berichteten die Patientinnen und Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung mehr als doppelt so häufig über Gewalterfahrungen (als Opfer und Täter) in den letzten 12 Monaten. Die Gewalt ereignete sich meist im sozialen Nahraum (Partnerschaft und Familie) oder am Arbeitsplatz (Kollegen und Vorgesetzte). Dabei wurde die Gewalt zumeist durch bekannte Personen ausgeübt. Die Opfer- aber auch Tätererfahrungen von Gewalt in den zurückliegenden 12 Monaten waren mit einer erhöhten psychischen Belastung der betroffenen Patientinnen und Patienten verbunden. Dabei gaben Frauen mehr psychische Belastung an als Männer.

Im Vergleich mit den Ergebnissen des systematischen Reviews und der Metaanalyse von Trevillion et al. (2012) zeigt das Hauptergebnisse dieser Studie im Großen und Ganzen ein ähnliches Bild: Aktuelle Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen sind im Vergleich zur Normalbevölkerung doppelt so häufig. Die Vergleichbarkeit wird im Detail aber eingeschränkt durch methodischen Begrenzungen der eigenen Untersuchung (vgl. 6.3) und die Heterogenität der in der Metaanalyse eingeschlossenen Studien. Nur 12 Studien

(Danielson et al., 1998; Duran et al., 2009; Cascardi et al., 1995; Fergusson et al., 2005; Fisher et al., 2010; Hammen & Brennan, 2002; Hicks & Li, 2003; Roberts et al., 1998; Thurston et al., 2006; Tolman & Rosen, 2001 und Tuten et al., 2004) hatten aktuelle Gewalterfahrungen erhoben. Von diesen Studien wurden die Gewalterfahrungen in zehn Studien bei Frauen und nur in zwei Studien bei Frauen und Männern (Danielson et al., 1998; Tuten et al., 2004) erhoben. Die meisten Studien wurden zudem mit repräsentativen Stichproben der Allgemeinbevölkerung durchgeführt, während die eigenen Untersuchung mit einer Stichprobe eines Inanspruchnahmeklientels einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Hochschulambulanz durchgeführt wurde. Zudem wurde in den Studien der Metaanalyse ausschließlich Partnergewalt erhoben, dann allerdings meist nur in der Opferperspektive, während in der vorliegenden Studie nach interpersoneller Gewalt in verschiedenen Sozialräumen gefragt wurde. Auch die Erhebung der verschiedenen Gewaltformen ist in den einzelnen Studien sehr unterschiedlich. Am häufigsten wurde nur Viktimisierung durch körperliche Partnergewalt erhoben.

6.1.2 Altersgruppen

Bezüglich der Häufigkeit der Gewalterfahrungen in den unterschiedlichen Altersgruppen fand sich bei Widerfahrnis und Ausübung körperlicher Gewalt ein Altersgradient mit Abnahme der Häufigkeit im höheren Lebensalter. Dies steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen im DEGS1 (Schlack et al., 2013), sowie der Literatur (Hornberg et al., 2008). Bei der Häufigkeit psychischer Gewalterfahrungen fand sich in den drei Altersgruppen 18 bis 29 Jahre, 30 bis 44 Jahre und 45 bis 64 Jahre hingegen bei beiden Geschlechtern kein solcher Altersgradient. Dies könnte so verstanden werden, dass bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen die Beziehungsfähigkeit generell beeinträchtigt ist, bzw. mehr interpersonelle Probleme auftreten und es daher im Alltag am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft abhängig von der Passung mit dem jeweiligen Partner mehr Konflikte auftreten. In den meisten Fällen bleibt es bei der psychischen Gewalt als Vorstufe zur körperlichen Gewalt, während körperliche Gewalt in Übereinstimmung mit der Literatur ein besonderes Phänomen des jungen Erwachsenenalters darstellt.

6.1.3 Sozialräume

Körperliche und psychischen Gewaltausübung und -widerfahrnis fand in der vorliegenden Studie häufig im sozialen Nahraum durch Partner oder sonstige Familienangehörige statt, mit einer wichtigen Ausnahme: ca. 20% der Patientinnen und Patienten gaben psychische Gewaltviktimsierung durch Arbeitskollegen an. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen des DEGS1 (Schlack et al., 2013) sowie mit Viktimisierungsstudien (Hellmann, 2014), bei denen ebenfalls der Arbeitsplatz für beide Geschlechter ein Sozialraum ist, der häufig mit psychischen Gewalterfahrungen verbunden ist. Dieser Befund wird gestützt durch Untersuchungen zu psychischen Belastungen, die mit der Arbeitstätigkeit verbunden sind (vgl. beispielsweise Angerer, 2014) und Untersuchungen zur Häufigkeit von Mobbing am Arbeitsplatz (Meschkutat et al., 2002). Aktuelle körperliche Gewaltwiderfahrnis durch Arbeitskollegen war in der untersuchten Stichprobe ein eher seltenes Phänomen, welches von weniger als 1% der Befragten angegeben wurden. Dies stellt sich in Untersuchungen von repräsentativen Stichproben anders dar. Beispielsweise waren nach den Ergebnissen des 2007 in 31 europäischen Ländern durchgeführten „Fourth European Survey on Working Conditions“ (ESWC) 5% der Arbeitnehmer in den letzten 12 Monaten Opfer körperlicher Gewalt durch Personen der Belegschaft. Hier wurden allerdings, im Gegensatz zur untersuchten Stichprobe von Patientinnen und Patienten, nur Männer befragt, die auch im DEGS1 weitaus häufiger als Frauen über körperliche Gewaltwiderfahrungen am Arbeitsplatz berichteten.

6.1.4 Unterschiedliche Gewaltformen und Symptombelastung

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist der im Verhältnis zur körperlichen Gewalt berichtete hohe Anteil psychischer Gewalterfahrungen. Im DEGS1 findet sich allerdings ein ähnliches Verhältnis zwischen körperlicher und psychischer Gewalt. Psychische Gewalt wird in allen Gewaltsurveys häufiger angegeben als körperliche Gewalt (vgl. Kapella et al., 2011; Hellmann, 2014).

Im Vergleich der Symptombelastung (GSI) durch Widerfahrnis psychischer Gewalt im Unterschied zur Symptombelastung (GSI) durch körperliche Gewalt konnte kein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Gewaltformen festgestellt werden (vgl. 5.3). Beide

Gewaltformen gingen vielmehr mit einem erhöhten Belastungserleben einher. In einem Survey von Coker (2002) waren Frauen und Männer durch psychische Partnergewalt in gleicher Weise wie durch körperliche Partnergewalt belastet. Psychische Partnergewalt war v.a. dann mit einer stärkeren Belastung assoziiert, wenn die psychische Gewalt (verbale Aggression) mit Macht- und Dominanzverhalten einherging. Auch wenn aus methodischen Gründen in Studien oft physische Gewalterfahrungen bevorzugt erfragt werden, da diese sich leichter operationalisieren lassen und möglicherweise auch besser erinnert werden, kann jedenfalls nicht davon ausgegangen werden, dass körperliche Gewalterfahrungen per se als schwerwiegender zu bewerten sind. Vielmehr sind außer bei schweren einmaligen mit Traumatisierung einhergehenden körperlichen Gewalterfahrungen, die allerdings selten sind, vermutlich der konkrete Beziehungskontext, Dominanz, sowie die (kumulative) Häufigkeit und Schwere der Gewalterfahrungen entscheidender für die dauerhafte psychische Belastung, als die (psychische und oder physische) Art der Gewalt (Filson et al., 2010). Einzige Ausnahme stellt hier die sexuelle Gewalt dar (s.u.), die bekanntermaßen als besonders pathogen gilt (vgl. bspw. Kapella et al., 2011; Lamnek et al., 2012).

6.1.5 Täter- und Opfer-Perspektive

Ähnlich wie im DEGS1 sowie Studien mit repräsentativen Stichproben gaben in der vorliegenden Untersuchung Patientinnen und Patienten in relevantem Ausmaß an in den zurückliegenden 12 Monaten selbst Gewalt ausgeübt zu haben. 9,3% der Befragten gaben Viktimisierung durch körperliche Gewalt, 9,7% der Befragten gaben an selbst körperliche Gewalt ausgeübt zu haben. Bei der psychischen Gewalt gaben annähernd doppelt so viele der Befragten Viktimisierungserfahrungen im Vergleich zur Gewaltausübung an. Allerdings ähnelt dieses Verteilungsmuster den im DEGS1 erhobenen Häufigkeiten. Folgt man der Annahme, dass zumindest bei Partnergewalt mutuelle Gewalt am häufigsten vorkommt, dann könnte dies erklären, warum in der untersuchten Stichprobe auch häufig Gewaltausübung berichtet wird. Möglicherweise ist, wie bereits oben diskutiert, bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen die Neigung in interpersonelle Konflikte zu geraten, erhöht. Je nach aktivem oder passivem Konflikttypus nach OPD-II (Arbeitskreis OPD, 2009) bzw. je nach Identifikation mit oder Introjektion (Definition vgl. Tress et al., 1996) von elterlichen Gewalterfahrungen, die bei

den psychopathologischen und psychischen Risikofaktoren der Gewalt so bedeutsam sind, kommt es bei den Konflikten auf der Verhaltensebene zur Viktimisierung und bzw. oder zur Täterschaft.

6.1.6 Geschlechterunterschiede

Bezogen auf die allgemeinen Häufigkeitsangaben für psychische und körperliche Gewalterfahrungen gab es in der vorliegenden Untersuchung keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Dies steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen des DEGS1 (Schlack et al., 2013; vgl. 3.4), sowie den Befunden aus anderen epidemiologischen Studien (vgl. bspw. Dutton & Nicholls, 2005 oder Schröttle, 2010). Dabei ist bedeutsam, dass es sich bei der vorliegenden Untersuchung nicht um eine Viktimisierungsstudie handelt, sondern Gewalterfahrungen mit einem Screening-Instrument erhoben wurden (vgl. 3.3). So wurden bspw. weder sexuelle Gewalterfahrungen, der Schweregrad der Gewalthandlungen, noch kumulative Gewaltformen differenziert erhoben (für eine Diskussion der methodischen Einschränkungen vgl. 6.3), was für eine gendersensible Analyse von interpersoneller Gewalt notwendig ist.

Bei der Betrachtung der Gewalterfahrungen in unterschiedlichen Sozialräumen waren Frauen häufiger von Gewalt im sozialen Nahraum betroffen. Die sonst in der Literatur beschriebene häufigere Gewalterfahrung von Männern im öffentlichen Raum (d.h. durch unbekannte Personen) konnte in der vorliegenden Stichprobe nicht nachgewiesen werden. Möglicherweise gehen Gewalterfahrungen von Männern im öffentlichen Raum mit externalisierenden Verhaltensstilen einher (Lamnek et al., 2012; Döge, 2011); Männer mit externalisierenden Verhaltensstörungen (z.B. Alkoholmissbrauch) waren jedoch in der vorliegenden Stichprobe kaum vorhanden. Das liegt möglicherweise daran, dass sich Männer mit Suchtproblemen primär nicht an eine psychotherapeutische, sondern an eine spezialisierte Suchtambulanz wenden.

Patientinnen, die psychische und körperliche Gewaltviktimisierung, sowie psychische Gewaltausübung berichteten, gaben im Vergleich zu Patienten ein höheres Belastungserleben an. Das kann einerseits bedeuten, dass Frauen tatsächlich durch Gewalterfahrungen belasteter waren. Andererseits ist auch vorstellbar, dass Männer bedingt durch männliche

Geschlechterrollenstereotype eine höhere Schwelle in der Wahrnehmung psychischer Belastung haben (Galdas, 2009). In epidemiologischen Untersuchungen ist es jedenfalls ein bekanntes Phänomen, dass Männer im Vergleich zu Frauen sich insgesamt weniger belastet und gesünder einschätzen (vgl. bspw. European Commission, 2011). Auch werden Gewalterfahrungen abhängig von Geschlecht (und sozioökonomischen Status) anders attribuiert (Markowitz, 2001; Nayak et al., 2003). So könnten Gewalthandlungen, die von Männern im Unterschied zu Frauen als weitgehend *normal* bewertet werden, entsprechend von Männern als weniger belastend wahrgenommen werden.

Insgesamt ist der aktuelle Forschungsstand zu den geschlechterdifferentiellen Auswirkungen der einzelnen Gewalterfahrungen (differenziert nach Sozialraum, Gewaltart, Beziehungstypologie und Täter-Opfer-Perspektive) auf die psychische Gesundheit eher widersprüchlich. In einigen Studien waren die negativen Konsequenzen (Depression, Suchterkrankung, geringes Selbstwerterleben) bei mutuellem Partnergewalt bei den Frauen stärker ausgeprägt (Anderson, 2002; Williams & Frieze, 2005) als bei den Männern. Das mit Partnergewalt einhergehende subjektive Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit scheint bei Frauen ein relevanter Faktor in der Entstehung einer späteren Depression zu sein (bspw. Filson et al., 2010). Bezüglich des Risikos an einer Depression zu erkranken gab es bei Frauen den stärksten Zusammenhang mit körperlicher Gewalt, bei Männern mit psychischer Gewalt (Coker, 2002; Jonas et al., 2014). In einer Studie litten Männer und Frauen, die körperliche Partnergewalt angaben, häufiger an Depressionen. Bei Männern waren Depressionen häufiger, wenn sie Tätererfahrung oder mutuelle Gewalterfahrung angaben. Bei Frauen waren Depressionen häufiger, wenn sie Opfererfahrung oder mutuelle Gewalterfahrung angaben (Graham et al., 2012). In einigen Studien war der negative Einfluss auf psychische Gesundheit bei Männern und Frauen am stärksten bei mutuellem Partnergewalt (im Unterschied zur alleinigen Täter- oder Opfererfahrung) (Uolla & Hammett, 2016, Williams & Frieze 2005). In dem systematischen Review von Capaldi et al. (2012) wurden als geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Ausübung von Partnergewalt durch Frauen das Vorliegen einer Depression und von Alkoholabusus gefunden (Alkoholabusus war hier - anders als theoretisch angenommen - allerdings kein Risikofaktor für die Ausübung von Partnergewalt durch Männer).

Dass bei vielen Gewalt-Studien häufige Gewaltformen, wie Gewalt am Arbeitsplatz oder Gewalt

im öffentlichen Raum bisher kaum untersucht wurden, ist ein weiteres Problem. Auch ist die Anzahl der Studien, bei denen Gewalterfahrungen von Männern mit erhoben wurden, gering, so dass die Befunde für Männer nur eingeschränkt interpretierbar sind. Als Grund für die schlechte Datenlage bei Männern kann ein genderspezifischer Bias vermutet werden, bei dem interpersonelle Gewalt v.a. als Opfererfahrung von Frauen konzeptualisiert wird (vgl. Döge, 2011).

6.2 Gewalt und psychische Störung

Es kann davon ausgegangen werden, dass für viele Patientinnen und Patienten der untersuchten klinischen Stichprobe aktuelle Gewalt im sozialen Nahbereich und am Arbeitsplatz ein relevantes Thema darstellt. Dies Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der Literatur, die interpersonelle Gewalt als einen relevanten Risikofaktor in der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen ausweist (Jonas et al., 2014; Trevillion et al., 2012; Howard et al., 2010).

Nimmt man die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Studien ist die Bedeutung von Gewaltviktimsierung in der Kindheit und Jugend für die Entstehung psychischer Störungen im Erwachsenenalter und langfristiger Beeinträchtigungen körperlicher Gesundheit nicht hoch genug einzuschätzen (vgl. beispielsweise Mandelli et al., 2015). Dabei steigt das Risiko im Erwachsenenalter an einer psychischen Störung oder an einer chronischen körperlichen Erkrankung zu erkranken mit der Anzahl und Schwere der Gewaltviktimsierung linear an. Auch der Zusammenhang zwischen aktueller Gewalterfahrung und dem nachfolgenden Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken, ist gut belegt (Golding, 1999; Beydoun et al., 2012).

Psychische Störungen können interpersonelle Gewalterfahrungen aber auch begünstigen. Das Vorliegen einer psychischen Störung erhöht das Risiko, später im Leben Opfer von Partnergewalt zu werden (Trevillion et al., 2012). Dieser Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung und einem erhöhten Risiko späterer Gewaltviktimsierung findet sich für alle Gewaltformen (Maniglio, 2009). Mit der psychischen Störung gehen Veränderungen in der Emotionsregulierung, Impulskontrolle, Schwierigkeiten in der Mentalisierungsfähigkeit etc. einher, die sich negativ auf die weitere Beziehungsgestaltung und -kommunikation auswirken (Miller et al., 2011). Menschen mit psychischen Störungen gehen häufiger dysfunktionale, konflikthafte Partnerschaften ein (Ehrensaft et al., 2003). Auch sind Menschen mit schweren psychischen Störungen in stärkerem Maße unsicheren Umgebungsfaktoren ausgesetzt, was

wiederum das Risiko für Gewalterfahrungen erhöht.

Verschiedene Autoren gehen von einem bidirektionalen Zusammenhang aus (Arboleda-Florez & Wade, 2001; Devries et al., 2013). Bezüglich des bidirektionalen Zusammenhangs zwischen Depression und Gewalterfahrung wird vermutet, dass sich zudem Gewalterfahrung und Depression gegenseitig negativ verstärken (Kim & Lee, 2013; Filson et al., 2010). In einer Metaanalyse von 85 Studien zu Risikofaktoren für Täterschaft und Opfererfahrung von körperlicher Gewalt erhöhen Depression und Suchterkrankungen das Risiko selbst körperliche Gewalt in Partnerschaften auszuüben oder Gewaltviktimsierung zu erfahren. Ferner erhöht körperliche Gewaltviktimsierung das Risiko selbst körperliche Gewalt auszuüben (Stith et al., 2004).

6.3 Einschränkungen

Die vorliegende Untersuchung hat erstmals in Deutschland die 12-Monatsprävalenz von Gewalterfahrungen (in der Opfer- und Täterperspektive) bei Patientinnen und Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Hochschulambulanz erhoben. Die Tatsache, dass das Gewalt-Screening-Instrument im gleichen Zeitraum parallel von den Autoren sowohl in der hier untersuchten klinischen als auch in der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe des DEGS1 eingesetzt wurde, ermöglicht einen aussagekräftigen Vergleich mit den dort erhobenen Häufigkeiten. Gleichwohl gibt es eine Reihe von Einschränkungen. Generell ist die Erhebung von Gewalterfahrungen mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden (vgl. 3.3). Dies betrifft beispielsweise die Art der Befragung (anonym, schriftlich versus mündlich etc.) und die Erhebung der Gewalterfahrungen (Schrötte, 2010) (s.u.). Entsprechend sind die jeweiligen Ergebnisse stets mit besonderer Vorsicht zu interpretieren. Hier wurden die Teilnehmenden nicht anonym, vor einer klinischen Untersuchung befragt, was möglicherweise die Benennung der Gewalterfahrung im Fragebogen erschwert hat. Die vorliegende Untersuchung wurde ohne Kontrollgruppe durchgeführt. Auch handelt es sich bei der Stichprobe um ein Inanspruchnahmeklientel einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Hochschulambulanz. Die damit verbundenen Selektionseffekte dürften zu einem wesentlichen Teil die im Vergleich zur repräsentativen Bevölkerungsstichprobe deutlich höheren Häufigkeiten, aber auch die Art der psychischen Erkrankungen bei den Patientinnen und Patienten erklären. In der hiesigen

Stichprobe kamen Suchterkrankungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nicht vor. Das könnte daran gelegen haben, dass Menschen mit Suchtproblemen häufiger psychiatrische Ambulanzen als psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen aufsuchen (Larisch et al., 2013). Vermutlich kommen Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden in eine Hochschulambulanz, wenn sie wegen der Spezifität ihrer Probleme oder aber der Schwere der Belastung nicht ausreichend in der Primärversorgung der ambulanten Psychotherapie diagnostiziert und behandelt werden können. Der bei den Patientinnen und Patienten bestehende sehr hohe Mittelwert im *Global Severity Index* (GSI) des SCL-90-R ($M = 2.19$, $SD = 0.79$) ist ein Indikator für die starke psychische Belastung der klinischen Stichprobe. Die soziodemographischen Daten Schulbildung und Anteil der Personen mit Migrationshintergrund entsprechen dem Bevölkerungsdurchschnitt, allerdings waren Frauen in der klinischen Stichprobe deutlich überrepräsentiert. Dies ist durch den Umstand gut erklärbar, dass psychotherapeutische Hilfen von Frauen häufiger in Anspruch genommen werden. Ambulante Psychotherapie wird in Deutschland zu zwei Dritteln von Frauen und zu einem Drittel von Männern in Anspruch genommen (Walendzik et al., 2010; Larisch et al., 2013). Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen aktueller Gewalterfahrungen und dem Ausmaß psychischer Belastung, allerdings waren die Effekte klein. Die Anzahl der fehlenden Angaben (missings) ist bei einzelnen Fragen nicht unerheblich. Bei den Fragen zu den unterschiedlichen Gewalterfahrungen fehlten ca. 20% der Angaben. Dies lässt unterschiedliche Schlussfolgerungen zu: entweder haben Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine Angaben gemacht, in der Annahme, dass eine fehlende Angabe gleichbedeutend mit einer fehlenden Zustimmung ist. Es ist aber auch vorstellbar, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Scham oder Angst vor negativen Konsequenzen (zumal keine anonyme Befragungssituation vorherrschte) keine Angaben gemacht haben. Eine weitere methodische Einschränkung betrifft das verwendete Erhebungsinstrument. Das Instrument ist bisher nicht validiert. Die Publikation der Testgütekriterien befindet sich noch in der Vorbereitung. Der DEGS1-Gewalt-Screener wurde als Screening-Instrument für den Einsatz in einem allgemeinen Gesundheits-Survey entwickelt. Aus befragungsökonomischen Gründen erlaubt der Screener keine differenziertere Erhebung einzelner Gewaltformen, zum Beispiel in Hinblick auf Gewaltschwere, Konfliktdynamik oder Verletzungsfolgen von Gewalt (Schlack et al., 2013). Die differenzierte Erhebung von Gewalterfahrungen, wie dies im Rahmen eines reinen Gewalt-Surveys, bzw. Viktimisierungsstudien geschieht, ist somit nicht erfolgt.

Gewalterfahrungen lassen sich mit dem eingesetzten Screening-Instrument zwar nach körperlicher und psychischer Gewalt sowie nach Sozialraum und Konfliktpartner unterscheiden, allerdings wird sexuelle Gewalt nicht gesondert erfragt. Dabei zeigen verschiedene Viktimisierungsstudien, dass Frauen deutlich häufiger Opfer von sexueller Gewalt sind (vgl. Kapella et al., 2011; Hellmann, 2014; RKI, 2008); ferner geht schwere sexuelle Gewalt, die zwar selten vorkommt, mit besonders schädigenden Konsequenzen für die meist weiblichen Betroffenen einher. Allgemeine Angaben im Screening zu aktuellen körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen können allerdings wichtige Hinweise auf sexuelle Gewalt liefern, da sich diese meist mit den anderen Gewaltformen kombiniert ereignet. Entsprechende Hinweise auf aktuelle Gewalt aus einem solchen Screening müssen im psychodiagnostischen Erstgespräch in jedem Fall weiter exploriert und spezifiziert werden. Eine weitere Einschränkung betrifft die Erhebung der Diagnosen in der untersuchten klinischen Stichprobe. Hier wurden lediglich zur Stichprobenbeschreibung die klinischen Diagnosen, die von den Behandlern im Erstgespräch festgestellt wurden, verwendet. Eine systematische Überprüfung der Diagnosen mit Hilfe eines standardisierten diagnostischen Interviews (beispielsweise SKID) wurde nicht durchgeführt. Aus diesem Grund wurde auch auf eine diagnosebezogene Auswertung verzichtet und lediglich Vergleiche hinsichtlich der psychischen Belastung vorgenommen.

Trotz der genannten Einschränkungen zeigt die vorliegende Studie an einem klinischen Inanspruchnahmeklientel die Häufigkeit aktueller Gewalterfahrungen und legt deren Bedeutung für die Belastung von psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten nahe. Der Einsatz eines Gewalt-Screening-Instrumentes mit wenigen Indikator-Items für psychodiagnostisch arbeitende Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie erscheint empfehlenswert (Rabin et al., 2009; Nyberg et al., 2013; Tagay et al., 2005; Haase & Schützwohl, 2013) und könnte die Diagnostik von posttraumatischen psychischen Störungen sinnvoll ergänzen.

Der genaue Zusammenhang zwischen aktuellen Gewalterfahrungen und der erhöhten psychischen Belastung bedarf weiterer Untersuchungen (siehe 6.5).

6.4 Schlussfolgerungen für die Versorgung

Für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen ist aktuelle Gewalt im sozialen

Nahbereich (Partnergewalt und häusliche Gewalt) sowie aktuelle Gewalt am Arbeitsplatz ein relevantes Thema. Interpersonelle Probleme, psychische Störungen und Gewalterfahrungen verstärken sich gegenseitig negativ. Gerade bei der Gewalt im sozialen Nahraum aber auch der Gewalt am Arbeitsplatz ist von chronischer Exposition mit entsprechendem Schädigungspotential für die Betroffenen auszugehen, die geeignete Präventions- und Versorgungsangebote sinnvoll erscheinen lassen (WHO, 2013), zumal Standards der Versorgung von Gewaltopfern (vgl. beispielsweise Karger, 2016) in einigen Aspekten ein über die Standards psychotherapeutischer Diagnostik und Intervention hinausgehendes Vorgehen nahelegen, beispielsweise was die Dokumentation der Gewaltfolgen oder die soziale und rechtliche Beratung der Betroffenen angeht. Bei einer retrospektiven Datenerhebung aus Krankenakten der gleichen Hochschulambulanz aus einem früheren Zeitraum (2008) waren nur bei 3,7% der Fälle Angaben zu aktuellen Gewalterfahrungen dokumentiert (Müller, 2011). Dies kann als Hinweis auf eine fehlende Aufmerksamkeit bezüglich der Problematik von aktuellen Gewalterfahrungen bei psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten gewertet werden. Gewalterfahrungen werden zum einen im psychotherapeutischen Erstgespräch nicht explizit von Patientinnen und Patienten thematisiert, zum anderen werden diese aber auch von Therapeutinnen und Therapeuten nicht angemessen thematisiert bzw. dokumentiert (Tagay et al., 2005; Zimmermann & Mattia, 1999). In einer Untersuchung von Tagay et al. (2005) wurden 583 Patientinnen und Patienten, die eine psychosomatisch-psychotherapeutischen Hochschulambulanz zu einem Erstgespräch aufsuchten, mit einem Trauma-spezifischen Fragebogen untersucht. Bei 10,1% der Patientinnen und Patienten bestand eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; nach DSM-IV), die jedoch zuvor nur zu einem Drittel im klinischen Erstgespräch durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten diagnostiziert wurde. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Traumafolgestörungen nicht nur in der Primär- sondern auch der Tertiärversorgung häufiger übersehen wurden. In der Untersuchung wurde zwar PTBS als psychische Störung erhoben, häufigste Ursachen einer PTBS sind aber interpersonelle Gewalterfahrungen (vgl. Seidler et al., 2015). Die Vermutung liegt daher nahe, dass entsprechend (aktuelle) Gewalterfahrungen bei diesen Patientinnen und Patienten nicht ausreichend erhoben, bzw. größtenteils nicht erfasst und berücksichtigt wurden. Auch wenn derzeit ein systematisches Screening zur Verbesserung der Gewaltopferversorgung im Allgemeinen nicht empfohlen wird (WHO, 2013), erscheint dies im Rahmen psychodiagnostisch arbeitender Einrichtungen (zumal Einrichtungen der Tertiärversorgung) sinnvoll und ist zudem problemlos in das meist bereits bestehende

Fragebogen-Instrumentarium integrierbar, welches Klientinnen und Klienten vor einem Erstgespräch bearbeiten. Damit könnte ein Gewalt-Screening das Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen sinnvoll ergänzen, da ersteres nach dem Gewaltereignis unabhängig vom Vorliegen einer traumaspezifischen psychischen Symptomatik fragt (Pico-Alfonso, 2005; Haase & Schützwohl, 2013). Das Screening auf Gewalt sollte um Fortbildungsangebote zum Umgang mit Gewaltopfern (und -tätern) ergänzt werden, die auf die spezifischen Erfordernisse der Gewaltopferversorgung (Sensibilisierung, Ansprechen von Gewalt, Dokumentation, rechtliche Aspekte, etc.) auch im psychotherapeutischen und psychiatrischen Kontext eingehen (Gahr & Ritz-Timme, 2016). Ferner müssen die Maßnahmen zur Förderung der Kompetenz von Heilberuflern im Umgang mit psychischen Erkrankungen und Gewalterfahrungen ergänzt werden durch entsprechende klinische Versorgungspfade, in denen das Screening mit entsprechenden Maßnahmen systematisch verknüpft ist und die Versorgungspfade fortlaufend evaluiert werden. Auch die Ergebnisse dieser Untersuchung legen nahe, dass nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer mit psychischen Erkrankungen interpersonelle Gewalterfahrungen in unterschiedlichen Kontexten ein bedeutsames Problem sind. Spezielle Versorgungsstrukturen und -angebote des Gesundheitswesens und Präventionskampagnen sind jedoch einseitig auf die Opfererfahrung von Frauen bei Partnergewalt ausgerichtet (vgl. Karger, 2015). Es fehlen bisher Versorgungsangebote, die die spezifischen Problemlagen von Männern berücksichtigen. Bspw. gibt es erst in wenigen Städten und Gemeinden bisher im Rahmen der etablierten Konzepte des Opferschutzes männerspezifische Angebote: von männerspezifischen Beratungen und therapeutischen Angeboten bis zu Männerschutzwohnungen, oder Angeboten für Paare mit häuslicher Gewaltproblematik.

Gewalterfahrungen und psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz bedürfen mehr Aufmerksamkeit. Innerbetriebliche Gesundheitsprävention thematisiert bisher fast ausschließlich Gewalt von Klienten gegen Mitarbeiter, aber kaum auf systematischer Ebene Gewalt zwischen den Mitarbeitern (sieht man einmal von dem Thema Mobbing ab).

6.5 Schlussfolgerungen für die Forschung

Der Forschungsstand zeigt, dass im Besonderen aktuelle Gewalterfahrungen bei Menschen mit psychischen Störungen bisher wenig Beachtung erfahren haben, diese aber für die Entstehung

und den Verlauf psychischer Erkrankungen einen relevanten Risikofaktor darstellen. Entsprechend sollte Gewalt wie andere psychosoziale, bzw. Lebensstil-Risikofaktoren in epidemiologischen Studien zur Gesundheit und Gesundheits-Surveys regelhaft miterhoben werden. Nimmt man die aktuellen Studien zum Gesundheitsmonitoring des Bundes, durchgeführt durch das Robert Koch-Institut als Beispiel, ist das mitnichten der Fall. Sowohl in den aktuellen, bzw. geplanten Erhebungen der Studie zur Gesundheit der Erwachsenen in Deutschland (DEGS), als auch der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) wird Gewalt unverständlicherweise nicht (mehr) als Risikofaktor erhoben. Dabei sind gerade longitudinale Studien mit repräsentativen Stichproben der Normalbevölkerung notwendig, um den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen, interpersoneller Gewalt und den daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen besser zu verstehen.

Autoren verschiedener Metaanalysen und Reviews (vgl. Chang et al., 2011; Trevillion et al., 2012; Nicolaidis, 2011) kommen zu Ursachen und Folgen von Gewalterfahrungen zu dem gemeinsamen Schluss, dass die Studienlage für Männer im Vergleich zu Frauen deutlich schlechter ist. In vielen Studien wurden bisher Gewalterfahrungen nur für Frauen untersucht. Zukünftige Studien sollten daher Gewalterfahrungen immer für beide Geschlechter erheben. Um das komplexe Bedingungsgefüge von Ursachen und Folgen von interpersonellen Gewalterfahrungen differenziert und gendersensibel zu verstehen, sind zudem Studien erforderlich, die neben einer Erhebung der Gewalttypologie die einzelne Gewaltformen, deren Kombination, Häufigkeit, zeitlichen Verlauf, Schweregrad und gesundheitlichen Folgen miterfassen, sowie die spezifischen Beziehungskontexte, in denen sich Gewalt ereignet. Es erscheint daher sinnvoll, dass Gewalthandlungen nicht nur deskriptiv erhoben werden, sondern gerade bei der Gewalt im sozialen Nahraum die unterschiedlichen Beziehungsdynamiken und Kontextfaktoren mit berücksichtigt werden. Die bereits entwickelten Beziehungstypologien (bspw. Johnson, 2006; Langhinrichsen-Rohling, 2010) sind ein vielversprechender Ansatz, der jedoch weiterer empirischer Fundierung bedarf.

Der bei Risikogruppen wie Menschen mit psychischen Störungen theoretisch auf Grund der aktuellen Studien ableitbare Bedarf nach einem Gewaltscreening muss weiter empirisch überprüft werden. Hier wäre nachzuweisen, dass ein Screening nicht nur zu einer höheren Detektionsrate von aktueller interpersoneller Gewalt führt, sondern die Betroffenen auch adäquaten Unterstützungsbedarf erhalten, der dazu führt, dass psychische Erkrankungen in der Folge weniger häufig auftreten, bzw. bestehende psychische Erkrankungen einen günstigeren Verlauf

nehmen, im Vergleich zu Patientinnen und Patienten, die nicht systematisch gescreent wurden. In der vorliegenden Studie wurden die Häufigkeit von Gewalterfahrungen und die damit zusammenhängende Belastung bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden, bzw. Störungen untersucht. Dabei sind interpersonelle Gewalterfahrungen nicht nur im Zusammenhang psychischer Störungen ein bedeutsamer Risikofaktor, sondern auch bei körperlichen Erkrankungen (vgl. 3.5.1). Der Bedeutung der inzwischen gut belegten gesundheitlichen Auswirkungen von aktuellen und lebenszeitlichen Gewalterfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen Rechnung zu tragen, bleibt eine große Herausforderung für die zukünftige Gestaltung des Gesundheitssystems.

7 Literatur

- Anacker C, O'Donnell KJ, & Meaney MJ (2014). Early life adversity and the epigenetic programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Dialogues Clin Neurosci*, 16(3), 321.
- Anderson KL (2002). Perpetrator or victim? Relationships between intimate partner violence and well-being. *J Marriage Fam*, 64(4), 851-863.
- Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, & Nowak D (Hrsg.) (2014). *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin.* Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed Medizin.
- Appelt B, Höllriegl A, & Loar R (2001). Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder. In Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.), *Gewalt in der Familie. Gewaltbericht* (S. 377-502). Wien: BMSG.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung.* Bern: Huber.
- Arboleda-Florez J & Wade TJ (2001). Childhood and adult victimization as risk factor for major depression. *Int J Law Psychiatry*, 24(4), 357-370.
- Archer J (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 126(5), 651-680.
- Barboza Solis C, Kelly-Irving M, Fantin R et al (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proc Natl Acad Sci USA*, 112(7), E738-E746.
- Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, & Zonderman AB (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 75(6), 959-975.
- Böhm K (2006). *Eine Untersuchung zu Risikofaktoren psychischer, physischer und sexueller Gewalt [Dissertation].* Freiburg i. Br.: Albert-Ludwigs-Universität.
- Bowlby J (1984). *Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems.* New York: Association for the Advancement of Psychoanalysis.
- Breiding MJ, Black MC, & Ryan GW (2008). Chronic disease and health risk behaviors

- associated with intimate partner violence—18 US states/territories, 2005. *Ann Epidemiol*, 18(7), 538-544.
- Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, & Giles WH (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med*, 37(5), 389-396.
- Brown JB, Lent B, Schmidt G, & Sas G (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract*, 49(10), 896-903.
- Brzank P (2009). Häusliche Gewalt gegen Frauen: sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 52(3), 330-338.
- Brzank P, Blättner B, & Hahn D (2013). Valide Aussagen zu Gewalt im Geschlechterverhältnis erfordern gendersensible Erfassung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(9), 1335-1336.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland*. Berlin: BMFSFJ.
- Caetano R, Ramisetty-Mikler S, & Field CA (2005). Unidirectional and bidirectional intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Violence Vict*, 20, 393-406.
- Campbell JC (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336.
- Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, & Kim HK (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280.
- Cascardi M, O'Leary K, Lawrence EE, & Schlee KA (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *J Consult Clin Psychol*, 63, 616-623.
- Chang JC, Cluss PA, Burke JG, et al (2011). Partner violence screening in mental health. *Gen Hosp Psychiatry*, 33(1), 58-65.
- Clark CJ, Everson-Rose SA, Alonso A, Spencer RA, Brady SS, Resnick MD, & Suglia SF (2014). Effect of partner violence in adolescence and young adulthood on blood pressure and incident hypertension. *PloS one*, 9(3), e92204.
- Coker AL, Davis KE, Arias I et al (2002). Physical and mental health effects of intimate partner

- violence for men and women. *Am J Prev Med*, 23(4), 260-268.
- Coker AL (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 8(2), 149-177.
- Crofford LJ (2007). Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma Violence Abuse*, 8(3), 299-313.
- Currier GW, Barthauer LM, Begier E, & Bruce ML (1996). Training and experience of psychiatric residents in identifying domestic violence. *Psychiatr Serv*, 47(5), 529-530.
- Cusack KJ, Frueh BC, & Brady K (2004). Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatr Serv*, 55, 157-162.
- Danielson KK, Moffitt TE, Caspi A, & Silva PA (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *Am J Psychiatry*, 155, 131-133.
- Derogatis LR (1977). SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Devries KM, Mak JY, Bacchus L J, Child JC, Falder G, Petzold M, & Watts CH (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*, 10(5): e1001439.
- Dickinson LM, deGruy III FV, Dickinson WP, & Candib LM (1999). Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Arch Fam Med*, 8(1), 35.
- Dienemann J, Boyle E, Baker D et al. (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues Ment Health Nurs*, 21(5), 499-513.
- Döge P (2011) *Männer - die ewigen Gewalttäter?* Wiesbaden: VS Verlag.
- Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, & Giles WH (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med*, 28(5), 430-438.
- Duran B, Oetzel J, Parker T, Malcoe LH, Lucero J et al (2009). Intimate partner violence and alcohol, drug, and mental disorders among American Indian women from southwest tribes in primary care. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res*, 16, 11-27.
- Durlak JA (2009). How to select, calculate and interpret effect sizes. *J Pediatric Psychol*, 34, 917-928.
- Dutton DG & Nicholls TL (2005). The gender paradigm in domestic violence research and

- theory: Part 1. The conflict of theory and data. *Aggress Violent Behav*, 10(6), 680-714.
- Efron B (1979). Bootstrap methodes: another look at the jackknife. *Ann Stat*, 7(19), 1-26.
- Egle UT & Cierpka M (2006). *Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. In A Lohaus, M Jerusalem & J Klein-Heßling (Hrsg.). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 370-400). Göttingen: Hogrefe.
- Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen HN, & Johnson JG (2003). Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*, 71, 741-753.
- Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, & Winkvist A (2001). Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*, 32(1), 1-16.
- Esquivel-Santoveña EE, & Dixon L (2012). Investigating the true rate of physical intimate partner violence: A review of nationally representative surveys. *Aggress Violent Behav*, 17(3), 208-219.
- European Commission (2011). *The state of men's health in Europe - Report*. doi:10.2772/60721
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women. An EU-wide survey: main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fanslow J, Robinson E, Crengle S et al (2010). Juxtaposing beliefs and reality: prevalence rates of intimate partner violence and attitudes to violence and gender roles reported by New Zealand women. *Violence Against Women*, 16(7), 812-831.
- Feder GS, Hudson M, Ramsay J et al (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*, 166(1), 22-37.
- Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Lowenstein SR, & Abbott JT (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Jama*, 277(17), 1357-1361.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, & Marks JS (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14(4), 245-258.
- Fergusson DM, Horwood L, & Ridder EM (2005). Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort. *J Marriage Fam*, 67, 1103-1119.

- Filson J, Ulloa E, Runfola C, & Hokoda A (2010). Does powerlessness explain the relationship between intimate partner violence and depression? *J Interpers Violence*, 25(3), 400-415.
- Fisher J, Thach T, Buoi TL, Kriitmaa K, Rosenthal D et al (2010). Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. *Bull World Health Organ*, 88, 737-745.
- Follette VM, Polusny MA, Bechtle AE, & Naugle AE (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *J Trauma Stress*, 9(1), 25-35.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EJ, & Target M (2015). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fowler PJ, Tompsett CJ, Braciszewski JM et al (2009). Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Dev Psychopathol*, 21(1), 227-259.
- Franke GH (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R) - deutsche Version (2. überarb. Aufl.)*. Göttingen: Beltz.
- Franz M, Seidler D, Jenett D, Schäfer R, Wutzler U, Kämmerer W et al (2015). Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D). Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Z Psychosom Med Psychother*, 61, 19-35.
- Friend DJ, Bradley RPC, Thatcher R, & Gottman JM (2011). Typologies of intimate partner violence: Evaluation of a screening instrument for differentiation. *J Fam Violence*, 26(7), 551-563.
- Gahr B & Ritz-Timme S (2016). Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59(1), 81-87.
- Galdas PM (2009). Men, masculinity and help seeking behaviour. In A Broom & P Tovey (ed.) *Men's health: body, identity and social context* (63-82). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M et al (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260-1269.
- Godenzi A (1996). *Gewalt im sozialen Nahraum*. Basel, Frankfurt/M.: Helbing & Lichtenhahn.
- Golding JM (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *J Fam Violence*, 14(2), 99-132.
- Graham K, Bernards S, Flynn A, Tremblay PF, & Wells S (2012). Does the relationship between

depression and intimate partner aggression vary by gender, victim-perpetrator role, and aggression severity? *Violence Vict*, 27(5), 730-743.

- Graß H, Berendes L, Mützel E et al (2013). Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen. *Z Rechtsmed*, 23(3), 180-185.
- Haase A & Schützwohl M (2013). Diagnostik und Differentialdiagnostik. In A Maercker (Hrsg.) *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S 95-120). Berlin: Springer.
- Hamel J & Nicholls T (Hrsg.) (2015). *Familiäre Gewalt im Fokus. Fakten, Behandlungsmodelle, Prävention*. Frankfurt a.M.: Ikaru.
- Hammen C & Brennan PA (2002). Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments independent of depressive symptoms. *J Affect Disord*, 72, 145-156.
- Hardt J, Vellaisamy P, & Schoon I (2010). Sequelae of prospective versus retrospective reports of adverse childhood experiences. *Psychol Rep*, 107, 425-440.
- Hedges LV (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *J Educ Behav Stat*, 6, 107-128.
- Hegarty K, Sheehan M, & Schonfeld C (1999). A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *J Fam Violence*, 14(4), 399-415.
- Hellbernd H, Brzank P, May A et al (2005). Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 48(3), 329-336.
- Hellmann DF (2014). *Repräsentativerhebung zu Viktimisierungserfahrungen in Deutschland*, Forschungsbericht Nr. 122. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Hessel A, Schumacher J, Geyer M et al (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(1), 27-39.
- Hicks MHR & Li ZH (2003). Partner violence and major depression in women: A community study of Chinese Americans. *J Nerv Ment Dis*, 191, 722-729.
- Hornberg C, Schröttle M, Khelaifat N, Pauli A, & Bohne S (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt, unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*, Themenheft 42. Berlin: Robert Koch Institut.
- Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H et al (2010). Domestic violence and severe psychiatric

- disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med*, 40(6), 881-893.
- Imbusch P (2002). Der Gewaltbegriff. In W Heitmeyer, J Hagan (Hrsg.) *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (26-57). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Iverson KM, Dick A, McLaughlin KA et al (2013). Exposure to interpersonal violence and its associations with psychiatric morbidity in a U.S. national sample: A gender comparison. *Psychol Violence*, 3(3), 273-287.
- Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, & Shai N (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 376(9734), 41-48.
- Johnson MP (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*, 12(11), 1003-1018.
- Jonas S, Khalifeh H, Bebbington PE, McManus S, Brugha T, Meltzer H, & Howard LM (2014). Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 23(02), 189-199.
- Juster RP, McEwen BS, & Lupien SJ (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(1), 2-16.
- Kapella O, Baierl A, Rille-Pfeiffer C, Geserick C, Schmidt EM, & Schröttle M (2011). Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien (ÖIF).
- Karger A (2015). Gewalt macht krank. Ein Thema (auch) für Männer? In M Franz & A Karger (Hrsg.) *Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp? Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen* (105-121). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Karger A, Schmitz H, Hempel L, Waskowiak B, Otten S, Ritz-Timme S, Franz M, & Schmelzer R (2016a). Sensible Themen ansprechen. Hinweise zur ärztlichen Gesprächsführung bei Häuslicher Gewalt. *Med Welt*, 67(2), 61-67.
- Karger A, Karger A, Fetz K, Schäfer R, Schlack R, Franz M, Joksimovic L. 12-Monatsprävalenz und Bedeutung aktueller körperlicher und psychischer Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Hochschulambulanz (2016b). *Psychiatr Prax*, doi: 10.1055/s-0042-106061
- Kelly JB & Johnson MP (2008). Differentiation among types of intimate partner violence:

- Research update and implications for interventions. *Fam Court Rev*, 46(3), 476-499.
- Kernberg OF (2014). *Liebe und Aggression. Eine unzertrennliche Beziehung*. Stuttgart: Schattauer.
- Kim J & Lee J (2013). Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea. *Soc Sci Med*, 99, 42-48.
- Kramer A, Lorenzon D, & Mueller G (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens Health Issues*, 14(1), 19-29.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, & Zwi AB (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Laghchioua S & Grube M (2015). Intimpartnergewalt in einer Gruppe schwer psychisch erkrankter Frauen. *Psychiatr Prax*, 42(03), 158-161.
- Lamnek S, Luedtke J, Ottermann R, & Vogl S (2012). *Tatort Familie: Häusliche Gewalt im gesellschaftlichen Kontext*. Wiesbaden: Springer-VS.
- Langhinrichsen-Rohling J (2010). Controversies involving gender and intimate partner violence in the United States. *Sex Roles*, 62(3-4), 179-193.
- Larisch A, Heuft G, Engbrink S, Brähler E, Herzog W, & Kruse J (2013). Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden-Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother*, 59(2), 153-169.
- Lothian J & Read J (2002). Asking about abuse during mental health assessments: Clients' views and experiences. *NZ J Psychol*, 31(2), 98.
- Mandelli L, Petrelli C, & Serretti A (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression*. *Eur Psychiatry*, 30(6), 665-680.
- Maniglio R (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 119(3), 180-191.
- Markowitz FE (2001). Attitudes and family violence: Linking intergenerational and cultural theories. *J Family Violence*, 16(2), 205-218.
- Mason SM, Wright RJ, Hibert EN, Spiegelman D, Jun HJ, Hu FB, & Rich-Edwards JW (2013). Intimate partner violence and incidence of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*, 36(5), 1159-1165.

- McEwen BS (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dial Clin Neurosci*, 8, 367-381.
- McHugh MC & Frieze IH (2006). Intimate partner violence. *Ann N Y Acad Sci*, 1087(1), 121-141.
- Meschkutat B, Stackelberg M, & Langenoff G (2002). *Der Mobbing-Report. Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Middlebrooks JS & Audage NC (2011). The effects of childhood stress on health across the lifespan (p. 4). US department of health and human services centers for disease control and prevention publishing.
- Miller GE, Chen E, & Parker KJ (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychol Bull*, 137(6), 959.
- Miller E, Breslau J, Petukhova M, Fayyad J, Green JG, Kola L, Seedat S, Stein DJ, Tsang A, Viana MC, Andrade LH, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Hu C, Karam EG, Kovess-Masfety V, Tomov T, & Kessler RC (2011). Premarital mental disorders and physical violence in marriage: cross-national study of married couples. *Br J Psychiatry* 199, 330-337.
- Müller JM (2011). *Versorgung von Gewaltopfern am Klinischen Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: eine retrospektive Fallanalyse mit rechtsmedizinischem Fokus [Dissertation]*. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Nanni V, Uher R, & Danese A (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 169(2), 141-151.
- Nayak MB, Byrne CA, Martin MK, & Abraham AG (2003). Attitudes toward violence against women: A cross-nation study. *Sex Roles*, 49(7), 333-342.
- Nickel R & Egle UT (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse Negl*, 30(2), 157-170.
- Nicolaidis C (2011). Violence and poor mental health and functional outcomes. *BMJ*, 343, d7311
- Nyberg E, Hartman P, Stieglitz RD, & Riecher-Rössler A (2008). Screening Partnergewalt. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76(01), 28-33.
- Nyberg E, Stieglitz RD, Flury M, & Riecher-Rössler A (2013). Häusliche Gewalt bei Frauen

- einer Kriseninterventionspopulation. Formen der Gewalt und Risikofaktoren. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 81, 331-336.
- O'Donnell, KJ & Meaney, MJ (2016). Fetal Origins of Mental Health: The Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis. *Am J Psychiatry*, 174(2), 319-328.
- Olive P (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J Clin Nurs*, 16(9), 1736-48.
- Oram S, Trevillion K, Feder G et al (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry*, 202, 94-99.
- Oram S, Trevillion K, Khalifeh H, Feder G, & Howard LM (2014). Systematic review and meta-analysis of psychiatric disorder and the perpetration of partner violence. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 23(04), 361-376.
- Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, & Zirakzadeh A (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 550-561.
- Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, & Vermeulen G (2007) Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.
https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0698en.pdf (Zugegriffen: 9.03.2017)
- Pfeiffer H & Seifert S (2014). Bericht zu Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen in Niedersachsen im Jahr 2012. Sonderauswertung des Moduls 5 der Befragung zu Sicherheit und Kriminalität in Niedersachsen. Hannover: Landeskriminalamt Niedersachsen.
- Pico-Alfonso MA (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev*, 29(1), 181-193.
- Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC et al (2009). Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*, 36(5), 439-445.e4.
- Radtke KM, Ruf M, Gunter HM, Dohrmann K, Schauer M, Meyer A, & Elbert T (2011). Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Transl Psychiatry*, 1(7), e21.
- Radtke KM, Schauer M, Gunter HM, Ruf-Leuschner M, Sill J, Meyer A, & Elbert T (2015). Epigenetic modifications of the glucocorticoid receptor gene are associated with the

- vulnerability to psychopathology in childhood maltreatment. *Transl Psychiatry*, 5(5), e571.
- Rees S, Silove D, Chey T et al (2011). Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA*, 306(5), 513-521.
- Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Hibert ENL, Jun HJ, Todd TJ, Kawachi I, & Wright RJ (2010). Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med*, 39(6), 529-536.
- Riggs DS & O'Leary KD (1989). A theoretical model of courtship aggression. In AA Pirog-Good & JE Stets (eds.), *Violence in Dating Relationships: Emerging social issues* (pp. 53-71) New York, NY: Praeger.
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 42. RKI, Berlin.
- Roberts GL, Lawrence JM, Williams GM, & Raphael B (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Aust N Z Public Health*, 22, 796-801.
- Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, & Howard L (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Br J Psychiatry*, 198(3), 189-194.
- Sack M, Lahmann C, Jaeger B, & Henningsen P (2007). Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? *J Nerv Ment Dis*, 195(11), 928-933.
- Salyers MP, Evans LJ, Bond GR, & Meyer PS (2004). Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness: Clinician perspectives. *Community Ment Health J*, 40(1), 17-31.
- Schlack R, Rüdell J, Karger A, & Hölling H (2013). Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 755-764.
- Schmitz N, Hartkamp N, Franz M et al (2002). Properties of the Symptom Check List (SCL-90-R) in a psychosomatic consultation-liaison setting. *Psychol Rep*, 90(3c), 1201-1207.
- Schrötle M (2010). Kritische Anmerkungen zur These der Gendersymmetrie bei Gewalt in Paarbeziehungen. *Gend Z Geschlecht Kult*, 1, 133-151.

- Schumacher JA, Feldbau-Kohn S, Slep AMS, & Heyman RE (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression Violent Behav*, 6(2), 281-352.
- Seidler GH, Freyberger HJ, & Maercker A (Hrsg.) (2015). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Selg H, Mees U, & Berg D (1997). *Psychologie der Aggressivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Shah PS & Shah J (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health*, 19(11), 2017-2031.
- Sheridan DJ & Nash KR (2007). Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma Violence Abuse*, 8(3), 281-289.
- Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, & Shakil A (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*, 30, 508-512.
- Streek-Fischer A (2010). Angriffe auf Körper und Seele. Gewalt in der kindlichen Entwicklung. *Psychotherapeut*, 2, 98-105.
- Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB & Tritt D (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression Violent Behav*, 10(1), 65-98.
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, & Sugarman DB (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*, 17(3), 283-316.
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, & Sugarman DB (1999). *The Personal and Relationships Profile (PRP)*. Durham, NH: University of New Hampshire, Family Research Laboratory.
- Stulz N (2012). Effektstärken: zur klinischen Relevanz von Studienergebnissen. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62, 288-289.
- Suglia SF, Sapra KJ, & Koenen KC (2015). Violence and cardiovascular health: a systematic review. *Am J Prev Med*, 48(2), 205-212.
- Tagay S, Herpertz S, Langkafel M et al (2005). Posttraumatic stress disorder in a psychosomatic outpatient clinic: Gender effects, psychosocial functioning, sense of coherence, and service utilization. *J Psychosom Res*, 58(5), 439-446.
- Trevillion K, Oram S, Feder G, & Howard LM (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 7(12), e51740.
- Trimborn W (2002). "Ich lasse mich nicht zerstören". Zur Dynamik von Gewalt bei

- narzisstischen Störungen. In AM Schlösser & A Gerlach (Hrsg.) Gewalt und Zivilisation: Erklärungsversuche und Deutungen (13-32). Gießen: Psychosozial.
- Thurston WE, Patten S, & Lagendyk LE (2006). Prevalence of violence against women reported in a rural health region. *Can J Rural Med*, 11, 259-267.
- Tolman RM & Rosen D (2001). Domestic violence in the lives of women receiving welfare - Mental health, substance dependence, and economic well-being. *Violence Against Women*, 7, 141-158.
- Tress W, Henry WP, Junkert-Tress B, Hildenbrand G, Hartkamp N, & Scheibe G (1996). Das Modell des zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters und der strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut*, 41(4), 215-224.
- Tuten M, Jones HE, Tran G, & Svikis DS (2004). Partner violence impacts the psychosocial and psychiatric status of pregnant, drug-dependent women. *Addict Behaviors*, 29, 1029-1034.
- Ulloa EC & Hammett JF (2016). The effect of gender and perpetrator-victim role on mental health outcomes and risk behaviors associated with intimate partner violence. *J Interpers Violence*, 31(7), 1184-1207.
- Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, & Miralles JJ (2011). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health*, 33(1), 15-21.
- Waalén J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, & Saltzman LE (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *Am J Prev Med*, 19(4), 230-237.
- Walby S & Allen J (2004). Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey. Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, & Jahn R (2010) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Forschungsbericht. DPtV. Internet: <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de>
- Williams SL & Frieze ICH (2005). Patterns of violent relationships, psychological distress, and marital satisfaction in a national sample of men and women. *Sex Roles*, 52(11-12), 771-784.
- World Health Organization (WHO) (2003). Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Internet: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf

World Health Organization (WHO) (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization.

Zimmerman M & Mattia JI (1999). Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? *J Nerv Ment Dis*, 7, 420-8.

8 Abkürzungsverzeichnis

BFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CTS	Conflict Tactics Scale
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ESWC	European Survey on Working Conditions
EU	Europäische Union
GSI	Global Severity Index
HHU-D	Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
ICD	International Classification of Disease
IPV	Intimate partner violence
ISA	Index of Spouse Abuse
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
PTBS	Post Traumatische Belastungsstörung
PVS	Partner Violence Screen
RKI	Robert-Koch-Institut
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM
SPG	Screening Partnergewalt
WAST	Women Abusive Screening Tool
WHO	World Health Organisation

9 Anhang

9.1 Fragebogen DEGS-Gewaltscreener (Schlack, 2013)

9.2 Ergebnistabellen zur 12 Monats-Prävalenz körperlicher und psychischer Gewalt 18-64-jähriger Männer und Frauen im DEGS1 (Schlack, 2013, S. 758)

9.1 Fragebogen DEGS-Gewaltscreener (Schlack et al., 2013)

Verletzungen durch körperliche Angriffe oder seelische Verletzungen

Manchmal werden Menschen angegriffen, geraten in körperliche Auseinandersetzungen oder machen Erfahrungen, die Sie als verletzend oder belastend empfinden. In den folgenden Fragen geht es um diese speziellen Erfahrungen in Ihrem Alltag.

23 Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** erlebt, dass jemand Sie körperlich angegriffen hat (zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder mit einem Gegenstand bedroht)?

Ja Nein

..... Mal



Verletzungen

24 Sind Sie in den letzten 12 Monaten durch irgendeinen Menschen abgewertet worden (z. B. bezüglich Ihres Aussehens, Ihrer Art sich zu kleiden, Ihrer Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise oder möglicher Behinderungen)? Oder wurden Sie beleidigt, beschimpft, bedroht, schikaniert oder unter Druck gesetzt?

Ja

Nein



ein, nichts davon

Verletzungen

26 Haben Sie selbst in den letzten 12 Monaten jemanden körperlich angegriffen (zum Beispiel geschlagen, geohrfeigt, an den Haaren gezogen, getreten, mit einer Waffe oder mit einem Gegenstand bedroht)?

Ja

Nein



Ja

Nein

sich schuldig gefühlt?

27 Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** eine Person abgewertet, z. B. bezüglich ihres Aussehens, ihrer Art, sich zu kleiden, ihrer Denk-, Handlungs- oder Arbeitsweise oder einer Behinderung? Oder haben sie eine Person beleidigt, bedroht, beschimpft, schikaniert oder unter Druck gesetzt?

Ja

Nein



9.2 Ergebnistabellen zur 12 Monats-Prävalenz körperlicher und psychischer Gewalt 18-64-jähriger Männer und Frauen im DEGS1 (Schlack et al., 2013, S. 758)

Tab. 1 12-Monats-Prävalenz körperlicher Gewalterfahrungen bei 18- bis 64-jährigen Frauen und Männern nach Altersgruppen und Sozialstatus in Deutschland (DEGS1)

	Gewalt widerfahren			Gewalt ausgeübt		
	Frauen % (95%-KI)	Männer % (95%-KI)	Gesamt % (95%-KI)	Frauen % (95%-KI)	Männer % (95%-KI)	Gesamt % (95%-KI)
Gesamt	3,3 (2,6–4,2)	6,2 (5,0–7,6)	4,8 (4,1–5,6)	3,4 (2,7–4,4)	3,9 (3,0–4,9)	3,7 (3,1–4,3)
Altersgruppen						
18 bis 29 Jahre	7,7 (5,6–10,6)	17,0 (13,6–21,1)	12,5 (10,4–14,9)	6,1 (4,1–9,1)	10,6 (7,8–14,2)	8,4 (6,6–10,6)
30 bis 44 Jahre	1,6 (0,9–2,8)	2,2 (1,3–3,8)	1,9 (1,3–2,8)	5,2 (3,7–7,3)	2,4 (1,4–4,0)	3,8 (2,9–5,0)
45 bis 64 Jahre	1,9 (1,3–2,8)	1,6 (0,9–2,8)	1,9 (1,3–2,8)	0,8 (0,4–1,4)	1,4 (0,8–2,4)	1,1 (0,7–1,6)
Sozialstatus						
Niedrig	6,3 (3,9–10,0)	9,5 (6,5–13,7)	7,9 (6,0–10,4)	2,9 (1,4–5,6)	5,7 (3,6–8,8)	4,3 (3,0–6,1)
Mittel	3,0 (2,1–4,2)	6,1 (4,5–8,1)	4,5 (3,6–5,6)	4,0 (2,9–5,4)	3,9 (2,7–5,5)	3,9 (3,1–4,9)
Hoch	1,8 (1,0–3,1)	3,4 (2,1–5,5)	2,7 (1,8–3,8)	2,3 (1,4–3,8)	2,5 (1,4–4,3)	2,4 (1,7–3,4)

KI Konfidenzintervall.

Tab. 2 12-Monats-Prävalenz psychischer Gewalterfahrungen bei 18- bis 64-jährigen Frauen und Männern in Deutschland (DEGS1)

	Gewalt widerfahren			Gewalt ausgeübt		
	Frauen % (95%-KI)	Männer % (95%-KI)	Gesamt % (95%-KI)	Frauen % (95%-KI)	Männer % (95%-KI)	Gesamt % (95%-KI)
Gesamt	20,2 (18,5–22,0)	17,3 (15,7–19,0)	18,7 (17,5–20,0)	9,9 (8,6–11,2)	11,3 (10,0–12,8)	10,6 (9,6–11,6)
Altersgruppen						
18 bis 29 Jahre	30,2 (26,3–34,5)	26,4 (21,9–31,4)	28,3 (25,2–31,6)	15,6 (12,4–19,5)	20,1 (16,5–24,3)	17,9 (15,3–20,8)
30 bis 44 Jahre	19,9 (16,9–23,3)	19,3 (16,3–22,7)	19,6 (17,3–22,1)	10,7 (8,4–13,5)	12,8 (9,9–16,3)	11,7 (9,9–13,9)
45 bis 64 Jahre	15,2 (13,2–17,5)	11,0 (9,1–13,2)	13,1 (11,8–14,6)	6,3 (5,0–8,0)	5,6 (4,3–7,3)	6,0 (5,0–7,1)
Sozialstatus						
Niedrig	17,3 (15,7–19,1)	19,1 (15,3–23,7)	22,4 (19,4–25,7)	10,9 (7,7–15,2)	11,4 (8,1–15,8)	11,1 (8,6–14,3)
Mittel	25,8 (21,2–31,1)	18,3 (16,1–20,9)	18,8 (17,2–20,6)	9,8 (8,3–11,6)	12,0 (10,2–14,0)	10,9 (9,6–12,3)
Hoch	19,3 (17,2–21,6)	13,2 (10,6–16,3)	15,1 (13,0–17,5)	8,2 (6,0–10,9)	10,0 (7,6–13,2)	9,2 (7,4–11,3)

KI Konfidenzintervall.