



Ute Habel^{1,2} · Lisa Wagels¹ · Sinika Ellendt¹ · Maryse Scheller¹ · Aynur Evler¹ · René Bergs¹ · Benjamin Clemens¹ · Annette Pütz³ · Nils Kohn^{1,4} · Frank Schneider^{1,2}

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Fakultät, Sektion Neuropsychologie, RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

² JARA – Translational Brain Medicine, Aachen, Deutschland

³ Frauen helfen Frauen e.V., Aachen, Deutschland

⁴ Department for Cognitive Neuroscience, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, RadboudUMC, Nijmegen, Niederlande

Gewalt und Gesundheit

Symptome, Folgen und Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten

Das Erleben von Gewalt ist ein einschneidendes Ereignis und in vielen Fällen mit Traumatisierungen oder anderen körperlichen und emotionalen Belastungen verbunden, die zu einer gesteigerten Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems führen [1, 2]. Während sich der bisherige Forschungsstand insbesondere mit häuslicher Gewalt gegen weibliche Personen beschäftigt [2–4], ist die Befundlage bei Gewalt gegen Männer relativ gering. Hauptsächlich kommen Hinweise hierzu aus populationsbasierten Studien [5, 6]. Hier hat sich bereits für einige Unterkategorien von Gewalt gezeigt, dass es beispielsweise Geschlechterunterschiede in den Prävalenzraten gibt [5–8]. In Bezug auf Geschlechterunterschiede beim Erleben von Gewalt haben sich teilweise Inkonsistenzen gezeigt, die durch die Auswahl der Befragungskategorien, die Art der Fragestellung und der Berücksichtigung des Kontexts entstehen können [8]. Trotz ebenso klarer Hinweise darauf, dass das Erleben von Gewalt mit schweren gesundheitlichen Problemen verbunden ist [2, 9, 10], gibt es bisher nur relativ wenige Untersuchungen darüber, ob bestimmte Erlebnisse eher spezifische Folgen haben [3] und ob Männer und Frauen unterschiedlich betroffen sind [7, 8, 11, 12].

In vielen Theorien zur Entwicklung einer mentalen Störung, aber auch im Hinblick auf physische Erkrankungen spielt das Erleben eines psychischen Traumas, zu dem auch das Erleben von Gewalt zählt, eine Rolle [13]. Eine bekann-

te Theorie, die diese veränderte Stressreaktion nach negativen Lebensereignissen beschreibt, stellt einen erhöhten allostatiscen Zustand in den Vordergrund [14]. Nach Annahme von McEwen und Kollegen entsteht dieser dadurch, dass der Organismus wiederholten Stresssituationen ausgesetzt ist, die seine Bewältigungskompetenz übersteigen oder in denen aufgrund biologischer Bedingungsfaktoren eine veränderte Adaption stattfindet. Unter der Annahme, dass das Erleben von Gewalt und Missbrauch zu einer veränderten Stressadaption führen kann [15], können diese Erlebnisse direkt oder als konfundierender Faktor zur Chronifizierung von Erkrankungen und zu verzögerten Heilungsprozessen beitragen [16, 17]. Daher ist es insbesondere bei hospitalisierten Patienten von höchster Relevanz zu ermitteln, welche gesundheitlichen Probleme spezifisch mit dem Erleben von Gewalt assoziiert sind. Während die diesbezügliche Prävalenzerhebung in einer großangelegten Stichprobe der Aachener Uniklinik zunächst assoziative Zusammenhänge untersuchte, sollten detaillierte Interviews mit Personen, die Opfer von Gewalt sind oder waren, die Folgen der Gewalterfahrung im sozialen, emotionalen und gesundheitlichen Bereich möglichst quantitativ erfassen. Ziel der Prävalenzerhebung war es, den Gesundheitszustand gewaltbetroffener Patientinnen und Patienten dem Zustand nicht Betroffener gegenüberzustellen und anhand der Gewaltart und des Geschlechts vorherzusa-

gen. Der zweite Teil des Projektes untersucht die direkten Folgen der Gewalterfahrungen, wobei das Auftreten sozialer, wirtschaftlicher, beruflicher, psychischer und körperlicher Folgen je nach Gewaltart verglichen wurde. Weiterhin wurden psychopathologische Unterschiede je nach Gewaltart untersucht, besonders für den Vergleich von einfacher im Gegensatz zu mehrfacher Gewalterfahrung, und der Einfluss des Geschlechts sowie des Zeitpunkts der Gewalterfahrung. Schließlich wurde eine erste Evaluation des Beratungsangebots vorgenommen. Das Beratungsangebot stellt verschiedene Kurzinterventionsmodule zur Verfügung, in denen beispielsweise der Umgang mit Emotionen und Stress trainiert wird. Solche Trainings sollen eine Verbesserung von Verhaltensweisen und dem selbst empfundenen Wohlbefinden bewirken [18]. Ziel war es also, eine Abnahme depressiver Symptome und eine Zunahme problemlösender Verhaltensweisen zu bewirken.

Prävalenz von Gewalterfahrungen

Methode

Zur Feststellung der Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten der Uniklinik RWTH Aachen wurden 2665 Patienten und 2280 Patientinnen im Alter von 18–98 Jahren in einem Zeitraum von elf Monaten ano-

1. Waren Sie jemals Opfer körperlicher Gewalt?
(Jede Form tätlicher Angriffe, z. B. schlagen, schütteln, treten, anspucken)

aktuell früher niemals

2. Waren Sie jemals Opfer psychischer Gewalt?
(z. B. ständige Kritik, Erniedrigung und Beleidigung, Mobbing, Bedrohung, Stalking/ Verfolgung)

aktuell früher niemals

3. Waren Sie jemals Opfer sexueller Gewalt?
(z. B. Vornahme sexueller Handlungen mit/ an Ihnen ohne Ihr Einverständnis oder durch Zwang, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, sexuelle Belästigung)

aktuell früher niemals

4. Waren Sie jemals Opfer wirtschaftlicher Gewalt?
(z. B. Diebstahl von Besitztümern oder Geld, Zurückhalten des Einkommens/ Lohns, Entzug Ihrer Grundbedürfnisse [wie Nahrung, Kleidung, Obdach/ Wohnung, medizinische Versorgung])

aktuell früher niemals

Abb. 1 ▲ Items des Prävalenzbogens der Patientenerhebung: Gewalterfahrungen sind unterteilt in körperliche, psychische, sexuelle und wirtschaftliche Gewalt sowie in aktuelle und frühere Erfahrungen

nym befragt. 58 Patientinnen und Patienten machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht. Alle befragten Patientinnen und Patienten waren ambulante oder stationäre Patientinnen und Patienten der Uniklinik RWTH Aachen (Augenklinik, Gynäkologie, Urologie, Zahnklinik, Hautklinik, Psychiatrie, Chirurgie, Medizinische Kliniken I–III, Notfallambulanz). Insgesamt wurde der Fragebogen mit einer Ablehnungsrate von ca. 15 % gut angenommen.

Im Rahmen des Projektes „Gender Gewaltkonzept“ wurden die Fragebogenitems zu körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt in Anlehnung an WHO-Standards [19] entwickelt, mit der zusätzlichen Einführung von wirtschaftlicher Gewalt, die finanzielle Kontrolle, Diebstahl und den Entzug von Grundbedürfnissen umfasste (■ **Abb. 1**). Zu beachten ist dabei, dass insbesondere Diebstahl nach der Nomenklatur des StGB und der Polizeilichen Kriminalstatistik nicht unter den Gewaltbegriff fällt, sondern als Eigentumsdelinquenz bezeichnet wird. In der vorliegenden Studie wurde dies im Sinne eines gewaltsamen Eingriffs unter dem hier breit gefassten Begriff der wirtschaftlichen Gewalt mit erfasst. Gesundheitliche Folgen wurden als körperliche und psychische Erkrankungen (depressive Symptome, posttrauma-

tische Belastungsstörung [PTBS], Verletzungen, chronische Erkrankungen [Magen, Darm], Schmerz-, Atemwegs-, Haut-, geschlechtsspezifische Erkrankungen) sowie Risikoverhaltensweisen (Nikotin-, Alkohol-, Drogenmissbrauch, sexuell problematisches Verhalten, selbstverletzendes Verhalten) erfasst. Alle Angaben bezogen sich auf das Auftreten einer Erkrankung im Verlauf des gesamten Lebens, nicht auf einen Zeitraum direkt nach der Gewalterfahrung oder zum Zeitpunkt der Befragung. Im Gegensatz dazu bezogen sich demografische Angaben auf den Zeitpunkt der Befragung.

Zur Prävalenzerhebung wurde ein Fragebogen an Patientinnen und Patienten ausgegeben, die sich nach mündlicher Aufklärung einverstanden erklärten, diesen anonym zu beantworten. Die Teilnahme war zu jeder Zeit freiwillig und konnte auch ohne ihre direkte Zurückweisung durch einen unausgefüllten Fragebogen, der in einem verschlossenen Umschlag eingesammelt wurde, abgelehnt werden. Für Rückfragen standen zu jeder Zeit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts zur Verfügung. Zusätzlich konnte zeitnah eine Psychologin als Ansprechpartnerin für Gewaltbetroffene, die sich im Verlauf der Befragung direkt an den Studienleiter wendeten, kontaktiert werden.

Zur Ermittlung des Risikos, eine bestimmte Gewaltart erlebt zu haben, wurde eine multinominale Regression mit den Prädiktoren Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Familienstand durchgeführt. Abhängige Variable war die Gewaltart (körperlich, psychisch, sexuell, wirtschaftlich, mehrere Gewaltarten, keine Gewalt). Dabei wurden keine Gewalterfahrungen als Referenzkategorie gewählt und aktuelle und frühere Gewalterfahrungen zusammengefasst.

Weiterhin wurde der Einfluss unterschiedlicher Gewaltarten auf gesundheitliche Beschwerden anhand binärer logistischer Regressionen geprüft. Es wurde ermittelt, inwiefern eine gesundheitlich problematische Verhaltensweise oder eine psychische beziehungsweise physische Erkrankung durch das Erleben körperlicher, psychischer, sexueller, wirtschaftlicher Gewalt oder mehrerer Formen von Gewalt vorhergesagt werden kann. Jedes

Krankheitssymptom wurde als abhängige Variable einer binär logistischen Regression eingesetzt, weshalb eine Bonferroni Korrektur für multiples Testen ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,004$ ergab und hier auf die Signifikanztests entsprechend angewendet wurde.

Ergebnisse

Von 5003 untersuchten Personen, gaben 38 % aller Patienten und 43 % aller Patientinnen an, eine oder mehrere Formen von Gewalt erlebt zu haben. Mit Blick auf die Gewaltarten zeigte sich, dass sich die Häufigkeit, körperliche und sexuelle Gewalt zu erleben, zwischen Patientinnen und Patienten unterscheidet. Während Patienten signifikant häufiger von rein körperlicher Gewalt betroffen sind ($OR_{\text{männlich}} = 2,26, p < 0,001$), werden Patientinnen signifikant häufiger Opfer rein sexueller Gewalt ($OR_{\text{weiblich}} = 11,69, p < 0,001$). Dieser Unterschied existierte nicht für das Erleben rein psychischer und rein wirtschaftlicher Gewalt. Während sich diese Daten auf Angaben von Patientinnen und Patienten beziehen, die ausschließlich eine Gewaltart erlebt haben, zeigte sich für das Erleben multipler Gewaltarten erneut ein Geschlechterunterschied. Patientinnen hatten ein signifikant höheres Risiko, Opfer mehrerer Gewaltarten zu werden, als Patienten ($OR_{\text{weiblich}} = 1,47, p < 0,001$).

Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Beschwerden zeigte sich, dass sowohl psychische als auch physische Beschwerden und Erkrankungen signifikant häufiger benannt wurden, wenn aktuelle oder frühere Gewalterfahrungen vorlagen (■ **Tab. 1**).

Das Risiko für eine PTBS war im Zusammenhang mit jedem Gewalttyp, einschließlich des Erlebens multipler Gewalterfahrungen, erhöht, während sich kein erhöhtes Risiko für depressive Symptome unter wirtschaftlicher oder sexueller Gewalt zeigte. Bei den körperlichen Erkrankungen war das Risiko für Verletzungen bei allen Gewaltarten erhöht, außer für sexuelle Gewalt. Ein ähnliches Muster war auch für chronische Erkrankungen erkennbar, wobei körperliche Gewalt hier keinen bedeutsamen Risikofak-

Gewalt und Gesundheit. Symptome, Folgen und Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten

Zusammenfassung

Hintergrund. Gewalt hat viele Formen und zieht bei Betroffenen meist eine Vielzahl von Folgen nach sich. Bisher gibt es Hinweise darauf, dass Männer und Frauen unterschiedliche Arten und unterschiedliche Folgen von Gewalt erleben. Im klinischen Kontext fehlen Daten zu genauen diesbezüglichen Prävalenzen bei stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten. Wir haben uns dieser Frage im Rahmen einer Prävalenzerhebung an einer Uniklinik gewidmet und auch geprüft, inwiefern eine psychologische Beratung bei Gewalterlebnissen positive Effekte erzielen kann.

Ziele. Es sollen Prävalenzen für verschiedene Gewaltarten unter Einbezug verschiedener demografischer Faktoren sowie Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit, Geschlecht und sozialen, wirtschaftlichen, beruflichen, psychischen und körperlichen Folgen ermittelt werden. Zudem soll die Akzep-

tanz und die Wirksamkeit einer psychologischen Unterstützung ermittelt werden.

Material und Methoden. Zunächst wurde die Prävalenz von Gewalterfahrungen an mehr als 5000 Patientinnen und Patienten der Uniklinik RWTH Aachen anhand eines anonymen Fragebogens zu Gewalt und Gesundheit ermittelt. Eine zweite Datenerhebung erfolgte anhand von Interviews mit 130 gewaltbetroffenen Personen zu Gewalterlebnissen und ihren vielfachen Folgen. In einem weiteren Forschungsansatz wurde ein psychologisches Beratungskonzept für Betroffene entwickelt und hinsichtlich der Akzeptanz sowie auch der möglichen positiven Effekte evaluiert.

Ergebnisse und Diskussion. Mit dem Erleben von Gewalt steigt das Risiko für Erkrankungen, insbesondere mit dem Erleben multipler Gewaltarten. Während psychopathologisch keine Geschlechterunterschiede er-

kennbar waren, hatten mehr als 60 % aller Betroffenen die klinische Diagnose einer psychischen Störung. Es bestand ein erhöhtes Risiko für solche Diagnosen, wenn mehrfache Gewaltarten in der Kindheit angegeben wurden. Personen mit psychischen Störungen gaben vermehrt subjektiv wahrgenommene Folgen von Gewalt an. Gleichzeitig stieg die Anzahl der Gewaltfolgen mit vermehrtem Gewalterleben. Erste Erfolge der psychologischen Unterstützungsangebote zeigen sich vor allem in der Bewertung der Unterstützung durch den Therapeuten sowie in einer zunehmenden motivationalen Klärung und Problemlösung durch die Betroffenen.

Schlüsselwörter

Gewalt · Gesundheit · Folgen · Beratung · Geschlechterunterschiede

Violence and health. Symptoms, consequences and treatment of victimized patients

Abstract

Background. Violence has many faces and often results in a variety of consequences. Some studies indicated different types of violence and health consequences in men and women. However, it is still unclear whether this is reflected in clinical context, for example in a patient sample of a German university hospital.

Objectives. The primary goal of the present study was to analyze associations of violence with health, gender and social, economic, job-related, psychological and physical consequences. In addition, the effects of psychological treatment were examined.

Materials and methods. One line of research refers to the survey of more than 5000 patients of the university hospital Aachen,

evaluating violence experience and several health complaints anonymously. Another line of research deals with detailed interviews with victims of violence and their experienced consequences. A final data source stems from the evaluation of psychological counseling of patients with prior experience of violence. Changes in subjectively perceived depressive symptoms and acceptance of the treatment are evaluated.

Results and conclusions. Experience of violence increases the risk for several health problems, especially the experience of multiple types of violence. The interviews showed that more than 60 % of the victims had a clinical diagnosis – independent of sex. The risk for a clinical diagnosis increased with multi-

ple violence experiences during childhood. Patients with a clinical diagnosis indicated more subjective consequences of violence, and consequences of violence were more pronounced in patients that experienced multiple types of violence. The good acceptance as well as the effects on symptomatology and other relevant therapeutic variables provides a first indication for a successful treatment of victims of violence in a clinical context.

Keywords

Violence · Health · Consequences · Consultation · Sex differences

tor darstellte. Für Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen und geschlechtsspezifische Erkrankungen lag ein erhöhtes Risiko nur bei multiplen Gewalterfahrungen vor. Bei den Risikoverhaltensweisen (■ Tab. 1) zeigte sich, dass das Risiko für problematischen Substanzkonsum bei körperlicher, psychischer und multipler Gewalt erhöht war, wobei lediglich bei psychischer Gewalt der Konsum von Drogen nicht mit einem höheren Risiko as-

soziiert war. In Bezug auf sexuell problematisches Verhalten stieg bei allen Formen von Gewalt – außer bei wirtschaftlicher Gewalt – das diesbezügliche Risiko. Das Risiko für selbstverletzendes Verhalten war ausschließlich bei multiplen Gewalterfahrungen signifikant größer.

Alle Zusammenhänge wurden in einer zusätzlichen Analyse unter Einbezug des Geschlechts als Kontrollvariable überprüft. Während sich Geschlecht als signi-

fikanter Einflussfaktor erwies, zeigte sich für die Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit keine Veränderung. Weitere detaillierte Analysen finden sich bei Wagels et al. [20]. Insbesondere das Geschlecht ist ein wesentlicher Einflussfaktor für ein erhöhtes Krankheitsrisiko, unabhängig davon, ob und welche Art von Gewalt erlebt wurde.

Tab. 1 Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und gesundheitlichen Beschwerden. Dargestellt sind Odds Ratios der einzelnen Erkrankungsformen getrennt für körperliche, psychische, sexuelle, wirtschaftliche und multiple Gewalterfahrungen

| | Odds Ratio | SE | sig. | Odds Ratio | SE | sig. |
|---------------------|-------------------------|-------|-------------|---|-------|-------------|
| | Depressive Symptome | | | PTBS/Suizidalität | | |
| Körperl. Gewalt | 1,710 | 0,157 | $p=0,001^a$ | 2,743 | 0,242 | $p<0,001^a$ |
| Psych.Gewalt | 2,283 | 0,126 | $p<0,001^a$ | 3,873 | 0,188 | $p<0,001^a$ |
| Sexuelle Gewalt | 1,538 | 0,332 | $p=0,195$ | 3,686 | 0,456 | $p=0,004$ |
| Wirtschaftl. Gewalt | 1,342 | 0,146 | $p=0,045$ | 2,102 | 0,246 | $p=0,002^a$ |
| Mehrfache Gewalt | 4,148 | 0,095 | $p<0,001^a$ | 7,710 | 0,139 | $p<0,001^a$ |
| Geschlecht | 1,608 | 0,073 | $p<0,001^a$ | 1,157 | 0,115 | $p=0,205$ |
| | Nikotin | | | Alkohol | | |
| Körperl. Gewalt | 1,747 | 0,146 | $p<0,001^a$ | 2,318 | 0,202 | $p<0,001^a$ |
| Psych.Gewalt | 1,799 | 0,125 | $p<0,001^a$ | 1,771 | 0,199 | $p=0,004$ |
| Sexuelle Gewalt | 2,308 | 0,323 | $p=0,010$ | 1,793 | 0,615 | $p=0,342$ |
| Wirtschaftl. Gewalt | 1,284 | 0,141 | $p=0,076$ | 1,598 | 0,221 | $p=0,034$ |
| Mehrfache Gewalt | 2,415 | 0,095 | $p<0,001^a$ | 3,850 | 0,134 | $p<0,001^a$ |
| Geschlecht | 0,600 | 0,072 | $p<0,001^a$ | 0,339 | 0,122 | $p<0,001^a$ |
| | (Illegale) Drogen | | | Sexuell problematisches Verhalten | | |
| Körperl. Gewalt | 3,242 | 0,319 | $p<0,001^a$ | 3,298 | 0,375 | $p=0,001^a$ |
| Psych.Gewalt | 2,033 | 0,328 | $p=0,030$ | 2,850 | 0,350 | $p=0,003^a$ |
| Sexuelle Gewalt | 5,306 | 0,776 | $p=0,032$ | 7,246 | 0,636 | $p=0,002^a$ |
| Wirtschaftl. Gewalt | 1,687 | 0,426 | $p=0,219$ | 1,780 | 0,451 | $p=0,201$ |
| Mehrfache Gewalt | 5,550 | 0,220 | $p<0,001^a$ | 5,493 | 0,246 | $p<0,001^a$ |
| Geschlecht | 0,406 | 0,195 | $p<0,001^a$ | 0,690 | 0,205 | $p=0,070$ |
| | Selbstverletzungen | | | Verletzungen, funktionelle Beeinträchtigungen | | |
| Körperl. Gewalt | 2,677 | 0,577 | $p=0,088$ | 1,646 | 0,141 | $p<0,001^a$ |
| Psych.Gewalt | 2,774 | 0,433 | $p=0,019$ | 1,426 | 0,121 | $p=0,003^a$ |
| Sexuelle Gewalt | 2,823 | 1,058 | $p=0,327$ | 0,877 | 0,355 | $p=0,712$ |
| Wirtschaftl. Gewalt | 1,644 | 0,641 | $p=0,438$ | 1,560 | 0,129 | $p=0,001^a$ |
| Mehrfache Gewalt | 9,881 | 0,298 | $p<0,001^a$ | 1,831 | 0,092 | $p<0,001^a$ |
| Geschlecht | 3,325 | 0,266 | $p<0,001^a$ | 0,628 | 0,067 | $p<0,001^a$ |
| | Chronische Erkrankungen | | | Atemwegserkrankungen | | |
| Körperl. Gewalt | 1,393 | 0,149 | $p=0,026$ | 1,048 | 0,204 | $p=0,819$ |
| Psych.Gewalt | 1,642 | 0,122 | $p<0,001^a$ | 1,491 | 0,157 | $p=0,011$ |
| Sexuelle Gewalt | 0,849 | 0,338 | $p=0,627$ | 0,629 | 0,531 | $p=0,383$ |
| Wirtschaftl. Gewalt | 1,436 | 0,132 | $p=0,006$ | 1,412 | 0,165 | $p=0,036$ |
| Mehrfache Gewalt | 1,919 | 0,093 | $p<0,001^a$ | 1,797 | 0,117 | $p<0,001^a$ |
| Geschlecht | 1,603 | 0,068 | $p<0,001^a$ | 0,978 | 0,088 | $p=0,800$ |
| | Hauterkrankungen | | | Geschlechtsspezifische Erkrankungen | | |
| Körperl. Gewalt | 1,016 | 0,228 | $p=0,944$ | 1,606 | 0,205 | $p=0,021$ |
| Psych.Gewalt | 1,258 | 0,177 | $p=0,194$ | 1,328 | 0,177 | $p=0,110$ |
| Sexuelle Gewalt | 0,386 | 0,729 | $p=0,191$ | 0,827 | 0,485 | $p=0,695$ |
| Wirtschaftl. Gewalt | 0,925 | 0,213 | $p=0,714$ | 1,441 | 0,178 | $p=0,040$ |
| Mehrfache Gewalt | 1,592 | 0,129 | $p<0,001^a$ | 2,117 | 0,123 | $p<0,001^a$ |
| Geschlecht | 1,138 | 0,100 | $p=0,196$ | 1,912 | 0,095 | $p<0,001^a$ |

^aBonferroni korrigiertes α -Level = 0,004.

Interviews

Methoden

Interview

Die Items des Interviewleitfadens wurden auf Basis des evaluierten Prävalenzbo-

gens zu Gewalterfahrungen zusammengestellt und umfassten sowohl halboffene als auch offene Fragen. Neben demografischen Informationen wurden auch Informationen zur Häufigkeit medizinischer Behandlungen in den letzten zwei Jahren erfasst. Für die vier im Projekt unterschied-

enen Gewaltformen wurden jeweils Informationen zum Ereignis selbst und zu den möglicherweise aufgetretenen Folgen und Problemen auf den folgenden Ebenen erfragt: körperlich, psychisch, wirtschaftlich, sozial und beruflich. Wenn im weiteren Text über Folgen der Gewalt gespro-

Tab. 2 Art der Gewaltfolgen je nach Gewalterfahrung (Mehrfachnennungen möglich)

| | Körperliche Gewalt N=96 (%) | Psychische Gewalt N=92 (%) | Sexuelle Gewalt N=39 (%) | Wirtschaftliche Gewalt N=22 (%) |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Körperliche Folgen | 84,4 | 28,3 | 52,6 | 28,3 |
| Psychische Folgen | 93,8 | 96,7 | 92,1 | 76,2 |
| Soziale Folgen | 65,6 | 77,2 | 57,9 | 52,4 |
| Wirtschaftliche Folgen | 29,2 | 35,9 | 28,9 | 76,2 |
| Berufliche Folgen | 30,2 | 58,7 | 28,9 | 45,0 |

chen wird, ist zu beachten, dass es sich hier um die subjektiv wahrgenommenen Folgen der Gewalterfahrungen aus Sicht der Betroffenen handelt.

Stichprobe

Die Stichprobe für den Interviewteil der Studie wurde unabhängig von der Prävalenzstichprobe erhoben. Sie setzte sich zusammen aus Patientinnen und Patienten, die das Beratungsangebot in Anspruch nahmen, sowie aus Patientinnen und Patienten, die durch Aushänge beziehungsweise Informationsposter und Flyer in der Uniklinik RWTH Aachen rekrutiert wurden. Die Flyer wurden auch im Zusammenhang mit der Prävalenzhebung verteilt, sodass sich möglicherweise auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der ersten Stichprobe in der Interviewstichprobe wiederfinden. Da die Prävalenzhebung anonym erfolgte, wurde zwar jeder Patientin und jedem Patienten ein Flyer ausgehändigt, aber es kann nicht zurückverfolgt werden, welche Patientinnen und Patienten sich aus der ersten Erhebung für die Interviewstudie meldeten. Weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer meldeten sich, nachdem sie durch öffentliche Berichte auf das Projekt aufmerksam geworden waren. Die Stichprobe unterscheidet sich von der Prävalenzstichprobe vor allem durch die Teilnahmeschwelle, die in der Prävalenzhebung deutlich niedriger war als bei der Interviewstudie. Zudem war die Zielgruppe bei den Interviews aufgrund der Ansprache in Flyern und Aushängen spezifischer auf schwerwiegende Gewaltereignisse ausgerichtet. Von bislang 73 interviewten Probandinnen und 55 interviewten Probanden gaben 46 Personen an, eine bestimmte Gewaltform erlebt zu haben, während 82 Personen mehrere Formen von Gewalt berichteten. Dabei erleb-

ten beide Geschlechter gleich häufig eine oder mehrere Gewaltarten ($t(10,4) = -1,9, p = 0,052$) und unterschieden sich nicht in der Inanspruchnahme medizinischer ambulanter oder stationärer Behandlungen ($t(123) = -1,2, p = 0,198; t(123) = 0,812, p = 0,418$). Dies galt auch für Personen, die eine bzw. mehrere Gewaltformen erlebt hatten; sie nahmen ambulante oder stationäre Behandlung etwa gleich häufig in Anspruch ($t(123) = -0,16, p = 0,873; t(123) = -0,32, p = 0,753$).

Analysen

Um den Zusammenhang zwischen Gewaltfolgen und erlebten Gewaltarten zu untersuchen, wurde pro Gewaltart eine binäre logistische Regression durchgeführt. Hierbei waren die körperlichen Folgen der Gewaltart jeweils die abhängige Variable, während psychische, soziale, wirtschaftliche und berufliche Folgen als Prädiktoren dienten. Die unterschiedlichen Folgen wurden über die Angaben der befragten Personen bestimmt, die offen schilderten, welche Folgen sie aufgrund ihrer Gewalterfahrung erlitten. In Diskussion mit dem einzelnen Teilnehmer wurde die Folge einer der oben genannten Kategorien zugeordnet. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier um die subjektiv wahrgenommenen Folgen der Gewalterfahrungen aus Sicht der Betroffenen handelt. Zusätzlich wurde das Geschlecht als Prädiktor aufgenommen.

Um eine Abschätzung der Auswirkung von Gewalterfahrungen vornehmen zu können, wurden die Angaben detaillierter Interviews ergänzt durch klinische standardisierte Verfahren zur Selbstbeurteilung der Psychopathologie der Klientinnen und Klienten. Hier wurde der subjektive Depressionswert anhand des Beck Depressioninventars (BDI II [21]) untersucht, psychologische und psychopatho-

logische Symptome wurden anhand des Brief Symptom Inventory (BSI [22]) erfasst und Auswirkungen einer möglichen Traumatisierung durch die Impact of Events Scale (IES-R [23]). Weiterhin wurden Ärger und Angst durch das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI [24]) und das State-Trait-Angst-Inventar (STAI [25]) erfasst und komplettiert durch das Stress-und-Coping-Inventar (SCI [26]) und den Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FsozU [27]). Zusätzlich wurde ein kurzes strukturiertes Interview zur Abklärung einer klinisch relevanten Achse-I-Störung orientiert am Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., textrev.; American Psychiatric Association, 2000) durchgeführt (Mini International Neuropsychiatric Interview – M.I.N.I. [28]).

Ergebnisse

Deskriptiv betrachtet sind nach allen Gewaltarten psychische Folgen am häufigsten (■ Tab. 2). Im Vergleich der subjektiv angegebenen Folgen körperlicher Gewalt zeigte sich, dass sie häufig mit psychischen Folgen einhergehen ($exp(B) = 9,25, SE = 1,01, p = 0,027$). Obwohl hier auch eine hohe Zahl an körperlichen Folgen berichtet wurde (vgl. ■ Tab. 2), zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. In Bezug auf die Folgen bei psychischer, sexueller und wirtschaftlicher Gewalt wurden ebenfalls keine weiteren Zusammenhänge sichtbar. Aus subjektiver Sicht scheinen psychische Folgen daher den größten Belastungsfaktor darzustellen – und das vor allem nicht primär bei psychischer Gewalt, sondern beim Vorliegen körperlicher Gewalt. Beachtet werden muss hier allerdings, dass mit körperlicher Gewalt in den meisten Fällen auch psychische Gewalt einhergeht. Daher ist möglicherweise eine Trennung der Folgen je nach Gewaltart auch für die Betroffenen eher schwierig. Auch das Geschlecht hatte keinen prädiktiven Wert in Bezug auf die subjektiv genannten Folgen.

Neben den subjektiv genannten Folgen der Gewalt war vor allem auch eine Klassifizierung klinisch relevanter Diagnosen bei Betroffenen von großem Interesse. Unter der Annahme eines engen Zusammenhangs zwischen Gewalt und

Traumatisierung wurde erwartet, dass der Anteil psychopathologischer Auffälligkeiten hier verhältnismäßig hoch sein würde. Psychopathologisch auffällig waren nach dem M.I.N.I. 64,3 % aller Patientinnen und Patienten. Es gab dabei keine Geschlechterunterschiede in der Häufigkeit einer klinischen Diagnose. Als entscheidende Faktoren für ein erhöhtes Risiko für eine klinisch relevante Störung kristallisierten sich die Zusammensetzung der Gewalterlebnisse und das Alter, in dem die Gewalt erlebt wurde, heraus. So wiesen Patientinnen und Patienten, die mehrfache Gewaltarten erlebt hatten, häufiger eine psychische Störung auf ($\chi^2 = 4,85, p = 0,023, \eta = 0,20$). Dieses Muster deutet möglicherweise auf einen Zusammenhang von Schweregrad der Gewalt und der Wahrscheinlichkeit für eine klinisch relevante Diagnose hin, der zusätzlich durch das Alter moderiert wird. Hier zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten, die in der Kindheit mehrere Arten von Gewalt erlebt hatten, ein höheres Risiko dafür hatten, eine klinische Diagnose zu bekommen ($exp(B) = 1,56 [0,589, 2,53], p = 0,002$). Hingegen war kein erhöhtes Risiko vorhanden, wenn erste Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter stattgefunden hatten ($exp(B) = -0,42 [-1,77, 0,94], p = 0,54$). Auch die eigene Wahrnehmung der Folgen und die Fremdeinschätzung einer klinisch relevanten Diagnose wiesen eine gute Übereinstimmung auf. So zeigte sich, dass bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine Diagnose gestellt wurde, auch das Ausmaß psychischer Folgen der Gewalt signifikant höher war ($t(124) = -3,15, p = 0,002$). Dies galt gleichermaßen für körperliche Folgen der Gewalt ($t(124) = -2,72, p = 0,008$) sowie für soziale ($t(124) = -4,19, p = 0,000$) und berufliche Folgen ($t(124) = -2,78, p = 0,006$). Hier bleibt anzumerken, dass einerseits vermehrte Folgen die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose erhöhen können, aber andererseits auch Personen, die eine psychische Erkrankung haben, möglicherweise auch eher dazu neigen, eine höhere Zahl an Folgeerscheinungen anzugeben. Die Zahl an wirtschaftlichen Folgen von Gewalt war dagegen bei vorhandener Diagnose nicht signifikant erhöht. Eine zusätzliche Validierung der Daten ergibt sich auch aus dem Zusam-

menhang von subjektiven körperlichen Folgen der Gewalt und der Zahl an Krankenhausaufenthalten bzw. Arztbesuchen. Erkrankungen und Verletzungen, die als direkte Folge der Gewalt angegeben wurden, waren erwartungsgemäß mit einer erhöhten Zahl an ambulanten Krankenhaus- und Arztbesuchen verbunden ($t(93) = -2,70, p = 0,008$).

Während die Daten ein relativ klares Muster in dem Sinne aufweisen, dass ein unabhängig erfasster Krankheitsstatus eng mit subjektiv wahrgenommenen Gewaltfolgen im Zusammenhang steht, lassen die Daten einen vorsichtigen Rückschluss auf Bedingungsfaktoren für eine Diagnose zu. Unabhängig von der klinischen Diagnose zeigte sich ein ähnliches Muster – mehr Gewaltarten, mehr Folgen: Von Personen, die mehrere Arten von Gewalt erlebt hatten, wurden mehr körperliche ($F(3,1) = 18,78, p < 0,001$), psychische ($F(3,1) = 108,83, p < 0,001$), soziale ($F(3,1) = 31,34, p < 0,001$), wirtschaftliche ($F(3,1) = 7,23, p = 0,008$) und berufliche ($F(3,1) = 21,89, p < 0,001$) Folgen angegeben. Patientinnen gaben dabei mehr körperliche ($F(3,1) = 5,24, p = 0,024$) und soziale Folgen ($F(3,1) = 8,18, p = 0,005$) an als Patienten.

Die Häufigkeit, mit der das Erleben einer bestimmten Gewaltart angegeben wurde, unterschied sich bei Patientinnen und Patienten teilweise. Sexuelle Gewalt wurde – vergleichbar mit den Daten aus der Prävalenzerhebung – vermehrt von Patientinnen erlebt ($X^2 = 27,53, p < 0,001, \eta = 0,47$). Körperliche, psychische und wirtschaftliche Gewalt erlebten Patientinnen und Patienten etwa gleich häufig. Da in der Prävalenzerhebung körperliche Gewalt eher von Patienten als von Patientinnen angegeben wurde, stellt sich vor allem hier die Frage nach dem Unterschied. Die Stichprobenzusammensetzung beider Studien unterscheidet sich grundsätzlich, sodass hier der Hauptgrund für den fehlenden Geschlechterunterschied in der Interviewstichprobe vermutet wird. Es ist dabei zu beachten, dass in der Interviewstichprobe kaum Patientinnen oder Patienten vorhanden waren, die nur eine einzelne Gewaltart erlebt hatten; dies gilt für die Prävalenzstichprobe nicht gleichermaßen. In Anbetracht dessen, dass sich im Zusam-

menhang mit anderen Gewaltarten auch in der Prävalenzstichprobe kein erhöhtes Risiko für körperliche Gewalt bei Patienten ergab, scheinen die vordergründigen Unterschiede der Stichproben vor allem darin zu liegen, dass der Großteil der Interviewstichprobe aus mehrfach betroffene Patientinnen und Patienten bestand. Bezüglich subjektiven Werten zu Depression (BDI II), psychologischen und psychopathologischen Symptomen (BSI), Ärger (STAXI), Angst (STAI), Traumasymptomen (IES-R), Stresserleben (SCI) und sozialer Unterstützung (FsozU) waren keine Unterschiede zwischen Personen, die einmalig oder mehrfach Gewalt erlebt hatten, erkennbar. Ebenso gab es keine Geschlechterunterschiede, mit Ausnahme davon, dass Patientinnen mehr Überforderung bei Stress (SCI) erlebten als Patienten ($F(3,1) = 6,36, p = 0,013$). Ähnlich wie anhand der Prävalenzdaten bereits vermutet, scheint das Geschlecht zwar einen Einfluss darauf zu haben, welche Gewalt einem eher widerfährt, aber weniger darauf, welche gesundheitliche Belastung daraus resultiert. Dies ist auch im Hinblick darauf interessant, dass Patientinnen vermehrt körperliche und soziale Folgen der Gewalt wahrnahmen, was sich nach bisheriger Datenlage dennoch nicht weiter in der Krankheits symptomatik niederschlägt.

Ausblick: Beratung

Methoden

Beratung und Evaluation

Das Konzept der psychologischen Beratung für Patientinnen und Patienten nach Gewalterfahrung wurde mit dem Ziel der Etablierung einer niedrigschwelligen Anlaufstelle mit kurzer Beratungsdauer sowie schneller und effizienter Weitervermittlung zu anderen spezialisierten Einrichtungen erstellt. Im Fokus der Beratung stehen dabei gleichzeitig der Schutz der Betroffenen und die Behandlung psychischer Folgen bei Menschen mit Gewalterfahrungen. Der Schutz von Gewaltbetroffenen lässt sich wirkungsvoll durch Stützung und ressourcenorientierte Arbeit mit der Person selbst umsetzen. Ein direkter Schutz vor Tätern kann innerhalb der Beratungsstelle oder der Kli-

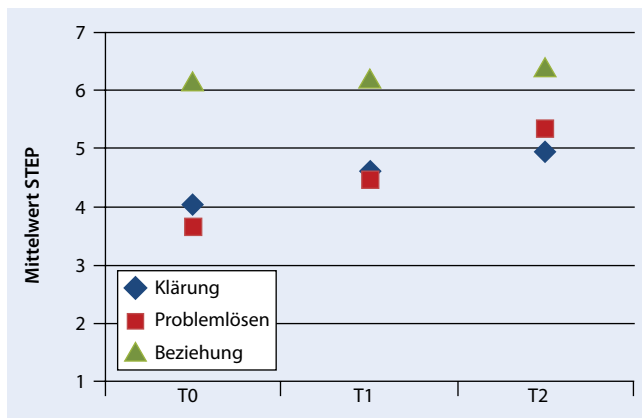


Abb. 2 ◀ Beratungsevaluation der Patientinnen anhand der drei Unterskalen „motivationale Klärung“, „Aktives Problemlösen“ und „Beziehung zum Therapeuten“ des STEP nach den ersten drei Sitzungen (T0-T2) der psychologischen Beratung

nik zwar punktuell und zeitweilig, aber nicht dauerhaft und übergreifend geleistet werden. In Fällen, in denen dieses Anliegen vorlag, wurden Sicherheits- und Schutzmöglichkeiten für die Betroffenen umgesetzt. Für einen längerfristigen und dauerhaften Schutz gibt es dagegen kaum Konzepte. Daher versucht die psychologische Beratung vor allem auf die Stärkung persönlicher Kompetenzen zu fokussieren. In diesem Sinne wurde mittels offener psychologischer Beratung eine Stabilisierung und Zielklärung realisiert und in spezifischen Modulen auf Basis bereits etablierter Behandlungskonzepte ein größtmöglicher Schutz der Betroffenen in der limitierten Zeit angestrebt. Die Konzepte umfassen Psychoedukation zu den Themenbereichen Gewalt und Gewaltfolgen sowie symptom- und ressourcenorientierte Maßnahmen in den Bereichen Stressmanagement, Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Selbstwertgefühl, Problemlösen, Umgang mit Grübelgedanken und Planung von Lebenszielen.

In die Auswertung der Evaluation gehen ausschließlich die Daten derjenigen Klientinnen und Klienten ein, die eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichnet haben. Die symptomorientierte Evaluation der Beratung wurde anhand eines Selbstbeurteilungsinstrumentes zu aktueller depressiver Symptomatik (BDI-V) [29] zum Zeitpunkt T0 vor Beratung und T1 nach Beratung durchgeführt. Nach jeder einzelnen Sitzung wurde zusätzlich der Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP) für Patienten vorgegeben [30], wobei die ersten drei Sitzungen in die Auswertung eingingen.

Stichprobe

Den Patientinnen und Patienten wurde zum einen das Angebot einer sozialrechtlichen Beratung gemacht, zum anderen konnten sie eine offene psychologische Beratung in Anspruch nehmen und hier – wie ausgeführt – zusätzlich zwischen mehreren Beratungsmodulen wählen. Die sozialrechtliche Beratung wurde bisher von 118 Klientinnen und 52 Klienten beansprucht. Die Beratungszeit in diesem Bereich wird auf ca. 400 h geschätzt bei insgesamt 237 Sitzungen.

Bisher nahmen 52 Klientinnen und 24 Klienten die psychologische Beratung in Anspruch, davon erklärten sich insgesamt 37 zu einer Teilnahme an der Evaluationsstudie bereit. In 17% der Fälle wurde die Beratung frühzeitig abgebrochen. Die psychologische Beratung umfasst ca. 360 h und eine Gesamtzahl von bisher 387 Sitzungen. Fragebögen zur Beurteilung der Beratungsqualität (STEP) konnten bislang für 31 Klientinnen und Klienten im Alter von 23–72 Jahren ($M = 42,6$, $SD = 13,2$) erhoben werden. Da zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht alle Beratungen abgeschlossen sind (14 laufende Beratungen aktuell), liegen für die Evaluation auf Symptomebene nur Pilotdaten von 31 Personen zum Zeitpunkt T0 (vor der Beratung) sowie für 9 Klientinnen und Klienten zum Zeitpunkt T1 (nach der Beratung) vor.

Analysen

Der Beratungserfolg wurde auf zwei Ebenen analysiert: zum einen bezüglich einer Verbesserung des Gesundheitszustands und zum anderen bezüglich eines positiven Beratungsverlaufs. Änderungen des

Gesundheitszustands wurden anhand des BDI-V-Wertes vor und nach abgeschlossener Beratung durch einen t-Test bei verbundenen Stichproben überprüft.

Die Beratung selbst wurde von den Klientinnen und Klienten durch den STEP auf den Skalen Klärung der Motivation, aktives Problemlösen und Beziehung zum Therapeuten beurteilt. Eine univariate messwiederholte ANOVA für jede der STEP-Subskalen als abhängige Variable wurde berechnet, wobei die ersten drei Sitzungen den dreistufigen Faktor Zeit darstellten und als Kennwert für den Verlauf der Beratung dienten.

Ergebnisse

Im Vergleich des BDI-V-Wertes vor und nach der Beratung ergab sich kein signifikanter Unterschied ($t(8) = 1,3$, $p = 0,23$); dies ist vermutlich auf die noch kleine Stichprobengröße zurückzuführen. Rein deskriptiv zeichnete sich nach Beendigung der Beratung eine Senkung des mittleren BDI-V-Wertes ab.

Von den in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten nahmen 9 an einer Modulberatung, 14 an einer offenen psychologischen Beratung und 8 an einer Kombination dieser Beratungsformen teil. Das modulare bzw. offene psychologische Angebot wurde von Männern und Frauen gleich häufig in Anspruch genommen ($t(29) = 0,19$, $p = 0,053$). Die Module Emotionsregulation ($N = 6$), Stressmanagement, Umgang mit Grübelgedanken und Soziale Kompetenz (jeweils $N = 4$) wurden dabei bisher am häufigsten genutzt.

Die Evaluation der Beratung zeigte anhand der Subskalen des STEP bereits nach drei Sitzungen eine signifikante Zunahme bei den Skalen Klärung ($F(1,19) = 7,98$, $p < 0,05$) und aktives Problemlösen ($F(1,19) = 30,19$, $p < 0,001$). In der therapeutischen Beziehung zeigte sich in den ersten drei Sitzungen keine Veränderung ($F(1,19) = 0,60$, $p = 0,17$ (■ Abb. 2)). Bereits zu T0 ergab sich ein hoher Mittelwert, der über 6 von möglichen 7 Punkten lag.

Diskussion

Das Projekt „Gender Gewaltkonzept“ verfolgt mehrere Ziele, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und

Gewalt befassen. Die hier dargestellten Ergebnisse zeigen erschreckend hohe Prävalenzwerte von Gewalt, sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Patienten, innerhalb einer breitgefächerten repräsentativen Stichprobe eines Universitätsklinikums. Ähnliche Ergebnisse sind bekannt aus nationalen und vergleichbaren internationalen Erhebungen in Bezug auf Männer [5] und Frauen [31] sowie aus der Erhebung in einer großen deutschen Klinik innerhalb des Projektes SIGNAL, das in Hinblick auf die Vernetzung von Forschung und Intervention Vorbild für das hier dargestellte Projekt war [32]. Vor allem konnten Zusammenhänge zwischen Gewaltart und Beeinträchtigungen des psychischen und physischen Wohlbefindens sowie verschiedenen Risikoverhaltensweisen nachgewiesen werden. Insbesondere das Risiko für PTBS oder Traumatisierungen war unter Gewaltopfern erwartungsgemäß stark erhöht. Vor allem bei Patientinnen und Patienten, die Opfer mehrerer Gewaltarten waren, lag ein erhöhtes Risiko hierfür vor. Auch wenn anhand der Daten keine kausalen Schlüsse gezogen werden können, fügen sich diese Ergebnisse in die bisherigen Forschungsergebnisse ein und erweitern sie um den klinischen, hauptsächlich stationären Kontext, in dem sie erhoben wurden. Die bisherigen Untersuchungen beruhten entweder auf kleineren Stichproben oder waren nicht auf Patientinnen und Patienten bezogen, die per se zunächst keinen Gewaltzusammenhang aufweisen. In der vorliegenden Stichprobe liegen aufgrund eines einfach strukturierten Fragebogens nur assoziative Zusammenhänge zwischen der Prävalenz von Gewaltarten und Erkrankungen vor. Die Angaben der Patientinnen und Patienten sind subjektiv und da die Befragung anonym durchgeführt wurde, können hier Verständnisprobleme nicht ausgeschlossen werden. Zudem ist es möglich, dass die Beantwortung der Gewaltitems durch die direkte Erfragung von Gewalt dazu führte, dass einige Patienten Gewalterlebnisse nicht als Gewalt klassifizierten und daher das Item verneinten. Letztendlich war es aber Ziel der Studie, die subjektive Erfahrung, Gewaltopfer geworden zu sein, bei Patientinnen und Patienten zu erfassen. Im Hinblick darauf, dass wir uns auf

den Zusammenhang von Erkrankungen und dem Gefühl der Viktimisierung fokussierten, erschien uns eine direkte Frage in den Gewaltitems am verlässlichsten.

Es ist bekannt, dass die PTBS- und Depressionssymptomatik mit zunehmender Anzahl unterschiedlicher Gewalterlebnisse ansteigt [29]. Generell geht die bisherige Forschung davon aus, dass mit dem Erleben multipler Gewaltarten ein erhöhtes Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand einhergeht [33, 34], und dies besonders, wenn Gewalt im Kindheits- und Jugendalter erlebt wurde – unabhängig von der Art der erlebten Gewalt [35]. Dies konnte hier in den Interviews bestätigt werden, in denen sich zeigte, dass vor allem ein erhöhtes Risiko für manifeste psychische Störungen bestand, wenn mehrfache Gewaltarten in der Kindheit angegeben wurden. In der Prävalenzhebung war neben dem Risiko für PTBS und depressive Symptome besonders das Risiko für Selbstverletzungen im Zusammenhang mit multiplen Arten von Gewalterlebnissen stark erhöht. Aus der Gewaltforschung bei Jugendlichen ist bereits bekannt, dass besonders Opfer multipler Gewaltattacken zu selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten neigen [36]. Ähnlich hohe Risiken fanden sich lediglich für risikoreiches sexuelles Verhalten in Verbindung mit multiplen Arten von Gewalt, die eine Patientin oder ein Patient erlebt hatte. Von besonderer Bedeutung war aber vor allem die sexuelle Gewalt, die spezifisch ein Risiko für riskantes und problematisches sexuelles Verhalten darstellte. Auch ohne den Rückschluss auf einen kausalen Zusammenhang lässt sich hier mit hoher Wahrscheinlichkeit ein direkter Zusammenhang vermuten.

Weiterhin wurde der Einfluss des Geschlechts berücksichtigt. Zum einen konnte dabei gezeigt werden, dass das Risiko für problematische Verhaltensweisen wie Alkohol-, Drogen-, und Nikotinmissbrauch, aber auch das Risiko für Verletzungen bei Patienten im Vergleich zu Patientinnen mit Gewalterfahrung erhöht ist. Umgekehrt zeigte sich ein höheres Risiko für depressive Symptome, sonstige chronische (Schmerz-)erkrankungen und selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Patientinnen. Diese Muster entsprechen bekannten geschlechts-

spezifischen Mustern im Verhalten und im Zusammenhang mit psychischen Störungen, d. h., häufig wird vermehrt externalisierendes Verhalten bei Männern und internalisierendes Verhalten bei Frauen beschrieben [37]. Dabei bleibt zu betonen, dass diese Muster in der vorliegenden Untersuchung unabhängig von der Gewalterfahrung bestehen blieben. Allerdings zeigen die Prävalenzdaten, dass Frauen zumindest von multiplen Gewalterfahrungen sowie sexueller Gewalt häufiger betroffen sind und daher gleichzeitig ein höheres Risiko für alle hier untersuchten Erkrankungen tragen.

Im Gegensatz zu einer populationsbasierten Stichprobe bestand die vorliegende Stichprobe ausschließlich aus Patientinnen und Patienten einer Universitätsklinik. Diese ist sicherlich nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, da hier beispielsweise ein höheres Durchschnittsalter vorliegt. Es standen jedoch genau diese klinische Stichprobe und die Frage im Vordergrund, inwiefern vorausgehende Gewalterfahrungen bestehen und im klinischen Kontext der Behandlung berücksichtigt werden, denn diese Stichprobe bedarf ja bereits medizinischer Hilfe. Gerade hier sollten Gewalterfahrungen als zusätzliche Belastungsfaktoren ermittelt und entsprechend in der Behandlung berücksichtigt werden, um chronifizierende Krankheitsverläufe und zusätzliche Komorbiditäten zu vermeiden. Wenn das Erleben von Gewalt mit gesundheitlichen Folgen verbunden ist, kann man umgekehrt auch vermuten, dass Betroffene häufiger das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen und sich hieraus eine erhöhte Prävalenz von Gewalt ergeben könnte. Die hier genannten Prävalenzen ersetzen daher keine populationsbasierten Befragungen, sondern sind als Ergänzung spezifisch für Patientinnen und Patienten eines Universitätsklinikums zu betrachten.

Die detaillierten Interviews mit von Gewalt betroffenen Patientinnen und Patienten konzentrierten sich vor allem auf die Erhebung der subjektiv wahrgenommenen Folgen von Gewalterfahrungen sowie auf psychopathologische Auffälligkeiten nach schweren Gewalterfahrungen. Während nach der Prävalenzhebung von einem starken Zusammen-

hang zwischen Gewalterfahrung und Erkrankung ausgegangen werden kann, sind die Folgen von Gewalt nicht ausschließlich durch rein körperliche und psychische Folgen zu erfassen, sondern betreffen häufig auch den sozialen und beruflichen Alltag sowie den wirtschaftlichen Bereich. Ein Vergleich der subjektiv wahrgenommenen Folgen je nach Gewaltart zeigte, dass vor allem die psychischen Folgen beachtlich sind und auch verstärkt zusammen mit körperlichen Folgen auftreten. Die Interviews ergaben, dass mehr als die Hälfte aller Interviewteilnehmer eine klinische Diagnose hatte, unabhängig davon, welche Gewaltform vorlag. Während in der Prävalenzerhebung nur assoziative Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Gewalterleben hergestellt werden konnten, zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten mit klinischer Diagnose einer psychischen Störung mehr Folgen der Gewalt angaben als Personen ohne Diagnose. Subjektiv empfanden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Erleben von Gewalt als direkte Ursache für die angegebenen Folgen und Probleme. Die Problembereiche spiegelten sich größtenteils auch in den Symptomen der gestellten Diagnosen wieder. Dies bestätigt den angenommenen kausalen Zusammenhang zwischen dem Erleben von Gewalt und der Entwicklung von Erkrankungen. Mehr wahrgenommene Folgen von Gewalt wurden außerdem von Personen angegeben, die mehrfach Opfer von Gewalt waren. Die Ergebnisse zeigen hier deutlich, dass das Erleben von Gewalt an sich mit der Entwicklung klinisch relevanter psychischer Störungen zusammenhängt und dass die Folgen zumindest subjektiv besonders bei Personen, die mehrfach Gewalt erleben oder erlebt haben, beträchtlich sind. Auch die erhöhte Anzahl der Arztbesuche von Personen, die mehrere Arten von Gewalt erlebt haben, zeigt, dass angegebene Folgen von Gewalt deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen haben, vor allem, wenn multiple Gewalterlebnisse vorliegen. In den Interviews wird auch erneut deutlich, dass der Gesundheitszustand bei betroffenen Männern und Frauen gleichermaßen stark beeinträchtigt ist, was sich schon zuvor anhand der Prävalenzdaten gezeigt hatte. Insbesondere lässt

sich anhand der Datenlage auch vermuten, dass das Alter zum Zeitpunkt der Gewalterfahrung sowie die mehrfache Viktimisierung von höchster Relevanz sind für den Zusammenhang eines erhöhten Risikos für eine klinisch relevante Störung und dem Erleben von Gewalt an sich. Im Unterschied zu der umfassenden Prävalenzerhebung, bei der Patientinnen häufiger von mehrfacher Gewalt betroffen waren als Patienten, zeigte sich bei der Stichprobe der Interviewteilnehmer kein Geschlechterunterschied im Erleben einfacher und mehrfacher Gewalt. Hier ist anzunehmen, dass die Diskrepanz durch die Stichprobenselektion zustande kommt. Mutmaßlich handelt es sich bei den Interviewteilnehmern vor allem um Betroffene von eher schwerwiegender Gewalterfahrung, da diese teilweise gezielt angesprochen wurden und sich andererseits durch eine hohe Freiwilligkeit für eine Teilnahme auszeichneten. Bei der Prävalenzerhebung war eine hohe Anonymität gegeben und die Stichprobe weitaus weniger selektiert, da hier fast alle angesprochen wurden und auch mitmachten.

Die Annahme, dass ein Beratungsangebot die durch Gewalt entstandenen Belastungen reduzieren kann, konnte hier aufgrund der geringen Fallzahl nur rein deskriptiv bestätigt werden, da sich eine Senkung der subjektiv empfundenen depressiven Symptome nach Abschluss der Beratung fand. Weiterhin kann die Evaluation der Beratung zum derzeitigen Zeitpunkt nur als stark eingeschränkt betrachtet werden, da keine Vergleichsgruppe herangezogen werden kann, bei der eine Symptomveränderung unabhängig von der Beratung betrachtet werden könnte. Zudem ist nicht sichergestellt, dass das Beratungskonzept übergreifend für alle Opfer von Gewalt gilt, da bislang kein personenspezifischer Vergleich vorliegt, der beispielsweise Geschlechterunterschiede in der Annahme der Beratung zeigen könnte.

Die Evaluation deutet hier dennoch an, dass die Beratung sehr gut angenommen wird. Bereits nach den ersten drei Sitzungen ist eine Verbesserung der motivationalen Klärung im Sinne einer Bewältigungsorientierung der Patientinnen und Patienten erkennbar. Zudem empfinden die Patientinnen und Patienten die Bera-

tung als direkte Hilfe zur Problemlösung, was insbesondere für Männer bedeutsam ist, da das Beratungsangebot in Deutschland weiterhin sehr klein ist. Insgesamt waren ein Drittel der Beratungsklienten Männer. Aktive Unterstützung dabei, sich beispielsweise aus einer von Gewalt geprägten Beziehung zu lösen, kann einen entscheidenden Schritt darstellen und direkt dem Schutz der Betroffenen dienen. Im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen, zu denen auch das Erleben von Gewalt zählt, sind psychosoziale Probleme häufig, und mangelnde Fähigkeiten, diese zu lösen, scheinen gleichzeitig mit Gefühlen der Einsamkeit und Angst einherzugehen [38]. Gezielte Maßnahmen zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten könnten insofern als Schutzfaktor für Gewaltfolgen im Sinne psychischer Erkrankungen dienen. Das Erlernen psychosozialer Fertigkeiten wird inzwischen bei vielen therapeutischen Verfahren eingesetzt und zeigt nicht nur bei subklinischen Gruppen, sondern auch in Bezug auf schwere psychiatrische Störungen eine gute Wirksamkeit [39].

Zudem zeigte sich in der Analyse der Folgen von Gewalt, dass diese unabhängig von der Gewaltart in verschiedenen sozialen, psychischen und physischen Bereichen häufig auch gleichzeitig zu finden sind. Unter anderem aus diesem Grund ist eine individuell angepasste Beratung wertvoll, da hier jeweils hilfreiche Kompetenzen aufgebaut werden können, die dann individuell je nach Situation eingesetzt werden können. Es fand sich keine zunehmende Verbesserung der Beziehungsgestaltung, was sicher daran liegt, dass die Beziehung zur Beraterin bereits von Beginn an sehr positiv bewertet wurde und damit Deckeneffekte zeigte. In der Psychotherapie hat die therapeutische Beziehung eine zentrale Bedeutung unabhängig von der eingesetzten Therapiemethode und scheint maßgeblich für das Ergebnis der Behandlung zu sein [40]. Unter anderem bedeutet die ritualisierte Beziehungsgestaltung in geschütztem Rahmen Sicherheit für den Klienten, die gerade bei Opfern von Gewalt entscheidend ist. Ob die Beratung längerfristig dazu führt, dass sich verschiedene Krankheitssymptome oder emotionale Belastungsfaktoren reduzieren, und sie damit dem psychischen

Schutz der Betroffenen dient, kann hier noch nicht ausreichend geklärt werden; hierzu werden weitere Daten benötigt.

Das Gender Gewaltprojekt zeigt in Übereinstimmung mit vielen weltweiten Untersuchungen, dass das Erleben von Gewalt weitreichende Folgen in verschiedenen Lebensbereichen und vor allem auf die psychische und körperliche Gesundheit hat [1, 2, 6, 9]. Die Ergebnisse der Studie unterstreichen hier, dass, wie in vielen nationalen und internationalen populationsbasierten Studien bereits gezeigt [6, 19], die Prävalenz von Gewalt sehr hoch ist. Im Hinblick auf die zusätzliche gesundheitliche Belastung, die mit Gewalterfahrungen verbunden sein kann, sollten Diagnostik und Therapie das Erleben von Gewalt als einen möglichen Einflussfaktor stärker berücksichtigen. Während sich geringfügige Unterschiede zu den Zusammenhängen mit spezifischen Erkrankungen zeigten, bleibt besonders zu vermerken, dass multiple Gewalterfahrungen, die gleichzeitig sehr häufig sind (63,3%), verstärkt zu gesundheitlicher Belastung führen. Es ist daher insbesondere bei diesen Patientinnen und Patienten wichtig, frühe Beratung anbieten zu können, die, wie erste Daten zeigen, gut angenommen wird und auch zu einer Verbesserung der psychischen Belastung führt. Vielen Patienten ist zunächst der Zusammenhang ihres Gesundheitszustandes mit den Gewalterfahrungen nicht bewusst. Aufklärung und Unterstützung können hier weitere Folgen des Gewalterlebens reduzieren und der Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten entgegenwirken.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Habel

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Fakultät, Sektion Neuropsychologie, RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen
uhabel@ukaachen.de

Danksagung. Die Studie wurde durchgeführt unter Mitarbeit von Bianca Voss, Christina Pawliczek, Sarah Oetken, Angelika Gey und Anna Pohl. Im Rahmen der Datenerhebung möchten wir uns außerdem für die Mitarbeit von Ramona Kessel, Cathrin Schuster, David Hoffmann und Elisabeth Strunz bedanken.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Finanziert wurde die Studie durch die Europäische Union und das Land NRW (Ziel2 Projekt). Es bestehen hierbei keinerlei Interessenkonflikte.

U. Habel, L. Wagels, S. Ellendt, M. Scheller, A. Evler, R. Bergs, B. Clemens, A. Pütz, N. Kohn, F. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt und durch die interne Ethikkommission der Uniklinik RWTH Aachen bestätigt.

Literatur

- Golding JM (1999) Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence* 14:99–132
- Lacey KK, McPherson MD, Samuel PS, Powell Sears K, Head D (2013) The impact of different types of intimate partner violence on the mental and physical health of women in different ethnic groups. *J Interpers Violence* 28:359–385
- Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares IM, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M (2006) The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 15:599–611
- Jordan CE, Campbell R, Follingstad D (2010) Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol* 6:607–628
- Schlack R, Rüdell J, Karger A, Hölling H (2013) [Physical and psychological violence perpetration and violent victimisation in the German adult population: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 56:755–764
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt M, Smith PH (2002) Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 23:260–268
- Jonas S, Khalifeh H, Bebbington PE, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Howard LM (2013) Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 23:189–199
- Cho H (2012) Examining Gender Differences in the Nature and Context of Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence* 27:2665–2684
- Stöckl H, Penhale B (2014) Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in Germany. *J Interpers Violence* 30(17):3089–3111
- Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL (2003) Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 71:692–700
- 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:e51740
- Sundaram V (2004) Physical violence, self-rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidemiol Community Health* 58:65–70
- Schnurr PP, Green BL (2004) Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes. *Adv Mind Body Med* 20:18–29
- McEwan BS (1993) Stress and the Individual. *Arch Intern Med* 153:2093
- Crofford LJ (2007) Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma Violence Abuse* 8(9):299–313
- 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* 14:19–29
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Giles WH (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:174–186
- Kaluza G (2002) Förderung individueller Belastungsverarbeitung: Was leisten Stressbewältigungsprogramme? In: Röhrl B (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung, Bd II. DGVT, Tübingen, S 195–218
- García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH (2006) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 368:1260–1269
- Wagels L, Bergs R, Clemens B, Ellendt S, Gur R, Pawliczek C, Habel U (under review). Subtypes of violence, health, and sex in a large patient sample. *BMC Public Health*
- Beck AT, Steer RA, Brown GK, Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2006) BDI-II. Becks Depressions-Inventar. Hogrefe, Göttingen
- Franke GH (2000) Brief Symptom Inventory (BSI). Beltz, Göttingen
- Weiss DS, Marmar CR (1997) The impact of event scale – revised. In the impact of event scale – revised. Guilford Press, New York
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P (1982) The State-Trait Anxiety Inventory. Theoretical Basis and Manual. German Version. Beltz, Weinheim
- Schwenkmezger P, Hodapp V (1992) Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar. Huber, Bern
- Satow L (2012) Stress- und Coping-Inventar (SCI). http://www.zpid.de/pub/tests/6508_Satow_2012.pdf. Zugriffen: 17. Juli 2012
- Fydrich T, Sommer G, Brähler E (2007) F-SOZU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Hogrefe, Göttingen
- Ackenheil M, Stotz-Ingenlath G, Dietz-Bauer R, Vossen A (1999) MINI Mini International Neuropsychiatric Interview. German Version 5.0.0 DSM IV. Psychiatrische Universitätsklinik München
- Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP (2004) The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress* 17:413–421
- Krampen G (2002) Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie: STEP. Hogrefe, Göttingen

-
31. Müller U, Schöttle M (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. IFF Info, Zeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung 21(28):95–114
 32. Hellbernd H, Brzank P, Maschewsky-Schneider U (2005) [The S.I.G.N.A.L.-Intervention Project to combat violence against women]. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48:329–336
 33. Sabina C, Straus MA (2008) Polyvictimization by dating partners and mental health among U.S. college students. *Violence Vict* 23:667–682
 34. Briere J, Kaltman S, Green BL (2008) Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *J Trauma Stress* 21:223–226
 35. Ford JD, Elhai JD, Connor DF, Frueh BC (2010) Polyvictimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *J Adolesc Health* 46:545–552
 36. Soler L, Segura A, Kirchner T, Forns M (2013) Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of Spanish adolescents. *Violence Vict* 28:899–912
 37. Gershon A, Minor K, Hayward C (2008) Gender, victimization, and psychiatric outcomes. *Psychol Med* 38:1377–1391
 38. Segrin C (1999) Social skills, stressful life events, and the development of psychosocial problems. *J Soc Clin Psychol* 18:14–34
 39. Riedel-Heller SG, Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Ay ES, Becker T (2012) [Psychosocial interventions in severe mental illness: evidence and recommendations: psychoeducation, social skill training and exercise]. *Nervenarzt* 83:847–854
 40. Holm-Hadulla RM (2000) Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut* 45:124–136