

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Gewalterfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter -
Interviews mit drogenschwerstabhängigen Männern
in Berlin**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Stella Julie Hertwig
aus Hamburg

Datum der Promotion: 09.09.2016

Inhaltverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
Abstract (English)	9
1 Einleitung	11
1.1 Gewalterfahrungen und Gesundheit	11
1.1.1 Definition von Gewalt	11
1.1.2 Formen von Gewalterfahrungen	12
1.1.3 Folgen von Gewalterfahrungen.....	13
1.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung und komplexe posttraumatische Belastungsstörung als Folgen von Gewalterfahrungen	17
1.1.5 Gewalterfahrungen bei Männern.....	20
1.2 Suchterkrankung.....	23
1.2.1 Definition von Suchterkrankung	23
1.2.2 Schwerstabhängigkeit	25
1.2.3 Gewalterfahrungen, posttraumatische Belastungsstörung und Sucht	26
1.3 Prävalenz von Gewalterfahrungen	28
1.4 Prävalenz von Drogenkonsum und Suchterkrankungen	31
1.5 Prävalenz von Gewalterfahrungen bei suchterkrankten Männern.....	33
2 Fragestellung	34
3 Methoden	35
3.1 Studiendesign und -setting	35
3.2 Studienpopulation	35
3.3 Systematisierung der Erhebung von Gewalterfahrungen	36
3.4 Aufbau und Dimensionen des Fragebogens	37
3.5 Durchführung der Interviews.....	40
3.6 Abbruchkriterien der Interviews	42
3.7 Datenmanagement	42
3.8 Fallzahlschätzung und statistische Methoden	43
4 Ergebnisse	47
4.1 Response-Rate und Drop-Outs	47
4.2 Soziodemographische Charakteristika	48
4.2.1 Altersverteilung	48
4.2.2 Herkunft und Migrationshintergrund.....	48
4.2.3 Bildungsstand und familiäre Situation	49
4.3 Medizinische Charakteristika	50
4.3.1 Suchtanamnese	50
4.3.2 Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10.....	52
4.3.3 Aktuelle soziale Zufriedenheit	54
4.4 Familiäre Situation in der Kindheit.....	54

4.4.1	Erziehungspersonen	54
4.4.2	Beschreibung des familiären Umfelds in der Kindheit.....	55
4.4.3	Eigenes Täterverhalten	55
4.5	Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Schwerstabhängigen	56
4.5.1	Lebenszeitprävalenz psychischer Gewalterfahrungen.....	56
4.5.2	Lebenszeitprävalenz physischer Gewalterfahrungen	56
4.5.3	Lebenszeitprävalenz sexualisierter Gewalterfahrungen	57
4.5.4	Prävalenz von Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend.....	58
4.6	Kontext der Gewalterfahrungen	59
4.6.1	Alter bei psychischen Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika.....	59
4.6.2	Alter bei physischen Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika	60
4.6.3	Alter bei sexualisierten Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika	61
4.6.4	Alter bei Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend, Umfeld und Tätercharakteristika.....	62
4.7	Biographische und sozioökonomische Einflussfaktoren für das Erleben wiederholter, schwerer Gewalterfahrungen	63
4.8	Folgen von Gewalterfahrungen	66
4.8.1	Körperliche Verletzungen.....	66
4.8.2	Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (nach DSM-V).....	67
4.8.3	Weitere psychische Beschwerden	67
5	Diskussion.....	69
5.1	Hauptergebnisse.....	69
5.2	Vergleich mit anderen Studien.....	70
5.2.1	Response-Rate und Drop-Outs.....	70
5.2.2	Soziodemographische Charakteristika.....	70
5.2.3	Medizinische Charakteristika	71
5.2.4	Familiäre Situation in der Kindheit	73
5.2.5	Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Schwerstabhängigen	76
5.2.6	Kontext der Gewalterfahrungen	81
5.2.7	Folgen von Gewalterfahrungen.....	85
5.3	Biographische und sozioökonomische Einflussfaktoren für das Erleben wiederholter, schwerer Gewalterfahrungen	88
5.4	Ethische Aspekte	88
5.5	Limitationen	92
5.6	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	95
6	Literaturverzeichnis.....	97
7	Eidesstattliche Versicherung	106
8	Lebenslauf.....	107
9	Danksagung	108

Abkürzungsverzeichnis

95%-KI	95%-Konfidenzintervall
A.I.D. Berlin	Ambulanz für integrierte Drogenhilfe Berlin
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMJ	Bundesministerium für Justiz
CRH	<i>Corticotropin-releasing hormone</i>
DESTATIS	Statistisches Bundesamt Deutschland
DEGS1	Deutscher Erwachsenen-Gesundheits-Survey, 1. Erhebungswelle
DESNOS	<i>disorders of extreme stress no other wise specified,</i> zu Dt. anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM-V	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition</i>
HHA-Achse	hypothalamisch-hypophysären-adrenerge Hormonachse
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,</i> zu Dt. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KIGGS	Kinder- und Jugend-Gesundheits-Survey
PREMOS - Studie	<i>Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments –</i> Studie
PTBS (zu Engl. <i>PTSD</i>)	Posttraumatische Belastungsstörung zu Engl. <i>posttraumatic stress disorder</i>
StGB	Strafgesetzbuch
WHO	<i>World Health Organization,</i> zu Dt. Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Eine Typologie der Gewalt, aus: Krug, 2002	12
Abb. 2	Flow-Chart über den Rekrutierungsprozess und Einschluss der Studienteilnehmer.....	47
Abb. 3	Art der aktuell regelmäßig konsumierten Drogen der 50 Studienteilnehmer	51
Abb. 4	Aktuelle soziale Zufriedenheit der 50 Studienteilnehmer	54
Abb. 5	Beschreibung des familiären Umfelds der 50 Studienteilnehmer	55
Abb. 6	Psychische Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer	56
Abb. 7	Physische Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer	57
Abb. 8	Sexualisierte Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer	58
Abb. 9	Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen der 50 Studienteilnehmer	59
Abb.10	Körperliche Verletzungen aufgrund von Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer	66
Abb.11	Anzeichen von Traumatisierungen der 50 Studienteilnehmer	67
Abb.12	Weitere psychische Beschwerden der 50 Studienteilnehmer aufgrund von Gewalterfahrungen	68

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Prävalenzschätzungen von Alkohol- und Drogenkonsum in der erwachsenen Weltbevölkerung (15-64 Jahre)	32
Tab. 2	Prävalenzschätzungen von Drogenkonsum und Suchterkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands (18-64 Jahre)	32
Tab. 3	Ein- und Ausschlusskriterien der Studienteilnahme	36
Tab. 4	Altersverteilung der 50 Studienteilnehmer und der 25 Teilnahmeverweigerer	48
Tab. 5	Herkunft und Migrationshintergrund der 50 Studienteilnehmer	48
Tab. 6	Herkunftsländer der Eltern der 13 Studienteilnehmer mit Migrationshintergrund	49
Tab. 7	Bildungsstand, Bildungsstand der Eltern, Familienstand, Kinder der 50 Studienteilnehmer	50
Tab. 8	Einstiegsalter in den Opiatkonsum, Dauer des Opiatkonsums und Dauer des Konsums der 50 Studienteilnehmer und der 25 Teilnahmeverweigerer	51
Tab. 9	Psychiatrische Diagnosen der 50 Studienteilnehmer nach ICD-10	52
Tab. 10	Erziehungspersonen der 50 Studienteilnehmer.....	54
Tab. 11	Eigene Bewertung der Kindheit der 50 Studienteilnehmer	55
Tab. 12	Alter bei psychischen Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer, Umfeld und Tätercharakteristika	60
Tab. 13	Alter bei physischen Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer, Umfeld und Tätercharakteristika	61
Tab. 14	Alter bei sexualisierten Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer, Umfeld und Tätercharakteristika	62
Tab. 15	Alter, Umfeld und Täter der Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen der 50 Studienteilnehmer	63
Tab. 16	Mögliche biographische und sozioökonomische Einflussfaktoren für das Erleben schwerer, wiederholter Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer	64
Tab. 17	Zusammenhang zwischen Häufigkeit schwerer unterschiedlicher Gewaltarten und biographischen und sozioökonomischen Faktoren	65
Tab. 18	Assoziationen zwischen biographisch-sozioökonomischen Faktoren und dem Outcome mindestens 2 unterschiedliche Gewaltarten versus „nur“ 1 erlebt zu haben	66

Zusammenfassung

Einleitung: Männer als Opfer von Gewalt sind in der Forschung unterrepräsentiert, für Schwerstdrogenabhängige fehlen nicht nur in Deutschland wissenschaftliche Erkenntnisse.

Die primäre Zielsetzung dieser Studie war es, die Häufigkeit unterschiedlicher Gewalterfahrungen schwerstabhängiger Berliner Männer zu ermitteln. Zu den sekundären Zielsetzungen gehörte es, Kontext und Tätercharakteristika, mögliche Traumatisierungen, sowie soziobiographische Risikofaktoren für wiederholte schwere Gewaltwiderfahrnisse zu untersuchen.

Methoden: In den Jahren 2011/2012 wurden schwerstabhängige Männer zweier Berliner Substitutionsambulanzen mit einem standardisierten Fragebogen interviewt und ihre Patientenakten gesichtet. Neben soziodemographischen und medizinischen Angaben inklusive Anzeichen von Traumatisierungen wurden psychische, physische und sexualisierte Gewaltwiderfahrnisse erhoben. Nach Berechnung absoluter und relativer Häufigkeitsschätzer wurden soziobiographische Risikofaktoren für das Erleben wiederholter schwerer Gewalterfahrungen mit multivariablen logistischen Regressionsanalysen untersucht.

Ergebnisse: Die 50 interviewten Männer (Mittelwert±Standardabweichung 39,2±12,2 Jahre alt, 14,4±9,0 Jahre opiatabhängig), waren mehrheitlich psychiatrisch multimorbide. 26% hatten einen Migrationshintergrund, 18% Abitur/Fachabitur, 18% die Schule ohne formalen Abschluss verlassen.

Alle Studienteilnehmer hatten sowohl psychische als auch physische Gewalt in ihrem Leben erlitten (100%, 95%-Konfidenzintervall 93-100%), bei 98% (90-100%) geschah dies auch durch Erziehungspersonen. Von sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen berichteten 36% (23-51%). Die Lebenszeitprävalenzen *schwerer wiederholter* psychischer und physischer Gewalterfahrungen lagen jeweils bei 94% (84-98%), die von *schweren wiederholten* sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen bei 20% (10-34%).

Viele der Teilnehmer hatten seelische Grausamkeit (74%, 60-85%) erfahren oder wurden schwer verprügelt (70%, 55-82%; die Hälfte davon auch durch Erziehungspersonen). Folgen waren jeweils bei mehr als der Hälfte der Betroffenen Gehirnerschütterungen und Knochenbrüche. In der Kindheit sexuell berührt wurden 20% (10-34%) der Männer, vergewaltigt 18% (9-31%).

Psychische Gewalt wurde häufiger durch bekannte, körperliche und sexualisierte Gewalt häufiger durch unbekannte Personen verübt. Alle teilnehmenden Männer hatten Anzeichen von Traumatisierungen, ein Drittel laut Patientenakte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Studienteilnehmer, deren Eltern ein niedriges oder mittleres Bildungsniveau hatten, waren häufiger von schwerer wiederholter körperlicher Gewalt betroffen als Teilnehmer von Eltern mit Abitur/Fachabitur ($p=0,049$). Besuche des Jugendamtes kamen in Familien von Teilnehmern mit schweren sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen deutlich häufiger vor als bei denen ohne diese Erfahrungen (80% versus 33%; $p=0,011$). Migrationshintergrund war kein Risikofaktor für schwere Gewaltwiderfahrnisse. Das Risikopotenzial weiterer soziobiografischer Parameter konnte nicht abschließend beurteilt werden.

Schlussfolgerungen: Die erste deutsche Studie über interpersonelle Gewalterfahrungen drogenswerstabhängiger Männer zeigte, dass über 90% wiederholt schwere psychische und physische sowie ein Drittel sexualisierte Gewaltwiderfahrnisse erlitten hatten. Ein niedriges/mittleres elterliches Bildungsniveau erhöhte das Risiko für körperliche Gewaltwiderfahrnisse.

Eine größere Wahrnehmung von Gewaltwiderfahrnissen besonders bei abhängigen Männern scheint in der medizinischen Versorgungsforschung dringend geboten. Gewalterfahrungen in der Kindheit als Risikofaktor für Abhängigkeitserkrankungen sollten Gegenstand zukünftiger Kohortenstudien sein, um präventive Strategien zu entwickeln.

Abstract (English)

Introduction: Men as victims of violence are underrepresented in research; data for severely drug-addicted men in ambulatory care are missing.

The primary study objective was to identify the prevalence of different types of interpersonal violence experienced by severely drug-addicted men. Secondary objectives included examining socio-biographical risk factors for repeated, severe violence.

Methods: In 2011/2012, severely drug-addicted men of two Berlin opioid-maintenance treatment centres were interviewed and medical records reviewed assessing sociodemographics, medical data, psychological, physical and sexual violence. Multivariable logistic regression analyses were performed to investigate socio-biographical risk factors for repeated, severe violence.

Results: The 50 included men (mean±standard deviation age 39.2±12.2 years) have been addicted to opiates for 14.4±9.0 years. They were mostly psychiatrically multimorbid. 26% had a migration background.

All participants experienced psychological and physical violence in their lifetime (100%, 95%-confidence interval 93%-100%), and nearly all (98%, 90%-100%) experienced violence by parents, legal guardian and/or educators. Lifetime prevalence of repeated, severe psychological and physical violence was 94% (84%-98%) respectively, sexual violence 36% (23%-51%), and repeated severe sexual violence 20% (10%-34%).

Most patients (74%, 60%-85%) experienced mental cruelty and had been severely beaten up at least once (70%, 55%-82%; half by parents, legal guardians or educators) resulting often in concussions and fractures. 20% (10%-34%) of the interviewed men had been sexually harassed in childhood; the lifetime prevalence of rape was 18% (9%-31%).

Perpetrators of psychological violence were mostly already known to the participants, whereas perpetrators of physical and sexual violence were usually not known. All interviewed men showed signs of trauma. One third had a doctor's diagnosis of posttraumatic stress disorder.

A low/medium parental educational level was a risk factor for repeated, severe physical violence ($p=0.049$). Migration background was not a risk factor for severe violence. Study subjects who experienced repeated, severe sexual violence lived in families visited by youth welfare services more frequently than those without such experiences did: 80% vs. 33%; $p=0.011$.

Conclusions: This study of interpersonal violence experienced by severely drug-addicted male patients in Berlin revealed that >90% had been victims of repeated, severe psychological and

physical violence; one third of sexual violence. A low or medium parental educational level increased the risk for repeated, severe physical violence.

Greater awareness of men as victims of violence is needed in health care research. Violence experienced in childhood as a risk factor for addiction should be the subject of future cohort studies to develop long-term preventive strategies.

1 Einleitung

1.1 Gewalterfahrungen und Gesundheit

1.1.1 Definition von Gewalt

Gewalt unter Menschen ist weltweit ein allgegenwärtiges, historisch, sozial und kulturell variables Phänomen, das komplexe Fragen des Wesens menschlicher Existenz, des Rechts, der Kultur, der Moral, der Biologie sowie all ihrer vielfältigen Mechanismen und Zusammenhänge berührt. Eine einheitliche wissenschaftliche Definition für dieses Phänomen festzulegen bereitet daher Schwierigkeiten, auch wenn dies zum Zweck einer Gewaltanalyse und zur Schaffung einer zielführenden Interventionsgrundlage nötig erscheint.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Vereinten Nationen definiert in ihrem *World Report of Violence and Health* den Gewaltbegriff wie folgt:

Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt (Krug, 2002).

Der deutsche Psychologe und Gewaltforscher Herbert Selg fasst unter dem Begriff „Gewalt“ schwere Formen von Aggressionen, bei denen zusätzlich zu einer Schädigungsabsicht ein psychisches oder physisches Machtgefälle vorliegt. Ziel der Gewaltanwendung kann es sein, ein solches Machtgefälle zu erschaffen, aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen (Selg, 1997).

Des Weiteren kann Gewalt im philosophischen, soziologischen, politikwissenschaftlichen oder juristischen Sinne als Macht oder Herrschaft charakterisiert werden. Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit sollen jedoch interpersonelle Gewalterfahrungen¹ auf Grundlage der Definitionen der WHO (Krug, 2002) und Selg (1997) im medizinischen Kontext darstellen.

Die WHO weist darauf hin, dass gegen Personen gerichtete Gewalt ein international schwerwiegendes Problem hoher Prävalenz mit weitreichenden gesundheitlichen, sozialen sowie ökonomischen Folgen für das betroffene Individuum selbst wie für die gesamte Gesellschaft darstellt und deklarierte das Thema im Jahr 2002 zum wichtigen Public-Health-Anliegen.

¹ Da der Begriff „Gewalterfahrung“ eine positive Konnotation tragen könnte, wird diskutiert, bevorzugt den Begriff „Gewaltwiderfahrnis“ zu verwenden um über Betroffene zu berichten, die Gewalt ausgesetzt sind oder waren (Jungnitz, 2004). In der vorliegenden Studie werden jedoch beide Begriffe synonym gebraucht.

1.1.2 Formen von Gewalterfahrungen

Ausgehend von der Frage, wer Gewalt ausübt und an wem sie verübt wird, legt die WHO drei Untergruppen von Gewalt fest. Selbst gerichtete Gewalt umfasst die Selbstverstümmelung oder suizidales Verhalten. Interpersonelle Gewalt tritt zwischen mindestens zwei Personen auf und kann in unterschiedlichen sozialen Kontexten stattfinden - etwa innerhalb der Familie, am Arbeitsplatz oder im öffentlichen Raum zwischen unbekannten Mitgliedern einer Gemeinschaft. Kollektive Gewalt wird gegen eine Gruppe oder gegen mehrere Individuen einer Gesellschaft verübt, dies oft in einem institutionalisierten Rahmen zur Durchsetzung politischer, gesellschaftlicher oder ökonomischer Ziele (Krug, 2002).

Hauptfokus dieser Studie sind interpersonelle Gewalterfahrungen, die das private und öffentliche Leben in vielen Alltagssituationen durchdringen und Einfluss auf die Gesundheit von Menschen ausüben können (Schlack, 2013). Sie können als psychische, physische oder sexualisierte¹ Gewalt oder auch in Form von Deprivation und Vernachlässigung erlebt werden (Krug, 2002, Abb. 1). Eine klare Unterscheidung der genannten Formen von Gewalt kann jedoch der Realität und Komplexität der Gewalterfahrungen nicht immer gerecht werden, da diese meist auf mehreren der genannten Ebenen erlebt werden (Thyen, 2000).

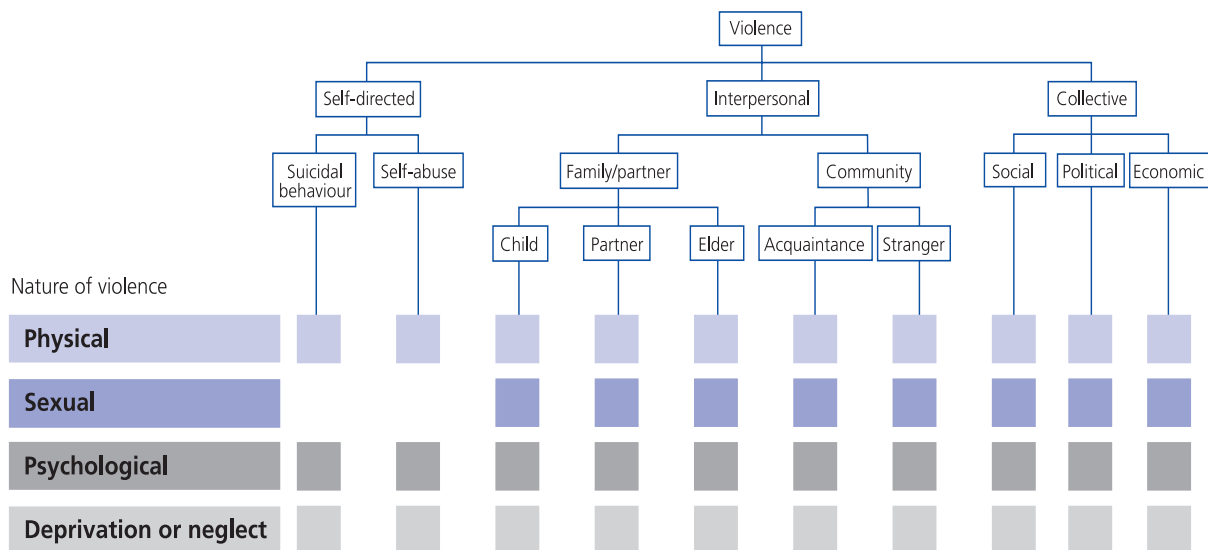


Abbildung 1: Eine Typologie der Gewalt, aus: Krug, 2002

¹ Die Verwendung des Begriffs „sexueller Missbrauch“ wird kritisiert, da er suggerieren könnte, es gäbe einen „guten Gebrauch“ sexualisierter Gewalt gegen andere Personen (Bange, 2002). Ebenso wird der Begriff „sexuelle Gewalt“ (v.a. in der feministischen Bewegung) kritisiert, da die Gewaltausübung nicht mit menschlicher Geschlechtlichkeit (Sexualität), sondern vielmehr mit Verantwortlichkeit, Macht und Gewalt assoziiert sei (Kavemann, 1996). Obwohl alle Begriffe in der aktuellen Literatur verwendet werden, erscheint eine bewusste Reflektion über den exakten Gebrauch sprachlicher Termini notwendig. In der vorliegenden Arbeit wird – wann immer möglich – der Begriff „sexualisierte Gewalt“ bevorzugt.

1.1.3 Folgen von Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen können bedeutende Auswirkungen auf die Gesundheit der Gewaltbetroffenen¹ haben, wodurch die Individuen selbst, Gesundheitseinrichtungen und gesellschaftliche Strukturen stark belastet werden können. Wesentlich für mögliche Folgen von Gewalt können Art, Zeitpunkt und Dauer (Chronizität) der Misshandlungen, das Geschlecht des Opfers, Persönlichkeitsmerkmale, familiäre und soziale Faktoren, Resilienzfaktoren², der gesellschaftliche Kontext sowie Täter-eigenschaften sein (Malinosky-Rummell und Hansen, 1993; Thyen, 2000).

Bei den Betroffenen kann Gewalt Verletzungen, psychische, physische und reproduktive Gesundheitsprobleme (z.B. ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragbare Krankheiten oder sexuelle Funktionsstörungen) sowie eine Vielzahl sozialer Probleme zur Folge haben. Die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalterfahrungen können über Jahre hinweg oder sogar lebenslang bestehen und zu bleibenden körperlichen oder psychischen Erkrankungen, so zum Beispiel zu Depressionen, Angstzuständen, Drogenmissbrauch oder Suizidverhalten führen (Krug, 2002). Neben direkten körperlichen Folgen (z.B. Platz-, Quetsch-, Riss- und Brandwunden, Prellungen, Blutergüsse, Würgemale, Frakturen oder genitalen Verletzungen) können schwerwiegende somatische, psychosomatische und psychische Beschwerden entstehen, die eine hohe Gefahr der Fehlbeurteilung, Fehlversorgung und Chronifizierung in sich bergen. Ebenso können tödliche Folgen möglich sein (Hellbernd, 2004).

In den USA wurden die physischen und mentalen Langzeitfolgen von physischen Gewalterfahrungen in der Kindheit an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Männern und Frauen untersucht. Bei in der Kindheit von Gewalt Betroffenen zeigte sich gegenüber Nicht-Betroffenen eine höhere Wahrscheinlichkeit für Depressionen, Angststörungen sowie für anhaltende Emotionszustände wie Wut und Ärger als Zeichen andauernder Anspannung, außerdem für vermehrte körperliche Symptome sowie medizinische Diagnosen, sodass ihr Gesundheitszustand über Jahrzehnte hinweg als insgesamt schlechter einzustufen war (Springer, 2007). Die Prävalenzen für verschiedene internistische Erkrankungen wie dem chronischen Fatigue-Syndrom, Asthma, Herz-erkrankungen, Übergewicht oder Diabetes lagen bei Gewaltopfern zwischen 34% bis 167% höher als in der Normalbevölkerung (Springer, 2007).

Zu den körperlichen Beschwerden bei Gewaltbetroffenen können ebenso Schmerzsyndrome sowie Erkrankungen ohne entsprechendes organpathologisches Korrelat wie chronische Kopf-

¹ Es könnte als stigmatisierend empfunden werden, den Begriff „Opfer“ zu verwenden, sodass dieser Begriff mit Vorsicht zu gebrauchen ist und ggf. durch die Bezeichnung „Gewaltbetroffene(r)“ ersetzt werden sollte (Jungnitz, 2004). In der vorliegenden Arbeit werden jedoch beide Begriffe synonym gebraucht.

² Resilienz (Widerstandsfähigkeit) bezeichnet in der Psychologie die Gesamtheit der Ressourcen und Fähigkeiten einer Person, Krisen und seelisch belastende Situationen zu bewältigen.

schmerzsyndrome, das Reizdarmsyndrom oder die Fibromyalgie zählen (Golding, 1999; Talley, 1994; Walker, 1997). Diese schwer klassifizier- und behandelbaren Erkrankungen können zu einer erhöhten Frequentierung des Gesundheitssystems durch die Betroffenen führen. Weibliche Opfer von sexualisierter Gewalt mit Distress-Symptomen suchten in einem Zwei-Jahres-Zeitraum insgesamt häufiger die Notaufnahme (Mittelwert: 1,7 vs. Kontrollgruppe: 0,5; $p=0,006$) sowie medizinische und psychiatrische Einrichtungen auf (Mittelwert: 7,4 vs. Kontrollgruppe: 4,7, $p=0,008$) (Arnou, 1999; 2004). So können hohe ökonomische Lasten im Gesundheitssystem entstehen. Für das US-amerikanische Gesundheitssystem wurden die durch Gewalterfahrungen entstehenden Kosten auf 124 Milliarden Dollar pro Jahr eingeschätzt (Fang, 2012).

In möglichen Erklärungsmodellen für den Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt in der Kindheit und schlechter physischer Gesundheit im Erwachsenenalter können zum Beispiel psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen oder gesundheitsschädigende Bewältigungsstrategien (dem sogenannten *Coping*) Mediatoren darstellen (Scott, 2011). So kann das Rauchen zur Erkrankung an chronischer Bronchitis führen, die mentale Gesundheit kann in der Entstehung peptischer Ulzera eine Rolle spielen, und Übergewicht, Rauchen und psychische Störungen können wiederum mit einem insgesamt schlechten Gesundheitszustand assoziiert sein (Springer, 2009).

Weitere Studien untersuchten pathophysiologische Korrelate der Misshandlungserfahrungen in der Kindheit. Diese können zu physiologischen Veränderungen der Hirnstruktur und zerebralen Funktionsstörungen führen, die bis ins Erwachsenenalter persistieren (Benjet, 2010; Buckingham und Daniolos, 2013). Beschrieben wurden diese Veränderungen der Hirnstruktur vor allem in den lateralen und ventromedialen frontolimbischen Gebieten sowie in Signalwegen der Verhaltens- und Affektkontrolle (Hart und Rubia, 2012).

Auch die in Deutschland durchgeführte KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellte fest, dass die Prävalenzraten mentaler Gesundheitsprobleme bei Individuen, die in Gewalthandlungen involviert waren, signifikant höher ausfielen (1,5- bis dreifach höher bei Jungen, 1,5- bis fünffach höher bei Mädchen) (Schlack und Petermann, 2013). Besonders dysfunktionale Familienverhältnisse sowie sexualisierte Gewalt in der Kindheit wurden als prädiktive Faktoren für die Entwicklung von Psychopathologien angesehen (Benjet, 2010, 2013). Kindesmisshandlung kann mit Langzeiteffekten einhergehen, die neben chronischen physischen Beschwerden vor allem psychische Störungen (posttraumatische Belastungsstörungen, Depression, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen) beinhalten können (Buckingham und Daniolos, 2013). In einer breit angelegten Zwillingsstudie aus Australien wurde festgestellt, dass Individuen mit Geschichte von sexualisierter Gewalt in der Kindheit ein erhöhtes Risiko (*hazard ratios*: 1,89 bis 6,62) für Depres-

sionen, Suizidversuche, Verhaltensstörungen, Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, Angststörungen sowie für das Erleiden von Vergewaltigungen im Erwachsenenalter (Reviktimisierung) und für Scheidungen hatten, was die soziale Instabilität oder Bindungsstörungen der Betroffenen widerspiegeln könnte (Nelson, 2002).

Thyen et al. berichteten, dass 85% der misshandelten Kinder und Jugendlichen, die in elf deutschen Kinderschutzzentren befragt wurden, unter psychischen Stress und emotionalen Traumata litten, wohingegen körperliche Folgen seltener gesehen wurden (z.B. Blutergüsse und Prellungen: 12,9%; anale oder vaginale Verletzungen: 8,7%). Bei 55% der Misshandelten wurde eine Störung der sozialen und emotionalen Entwicklung festgestellt, bei über 25% eine Entwicklungsretardierung (Thyen, 2000). Die Beeinträchtigungen der sozialen sowie emotionalen Entwicklung können dauerhaft und schwerwiegend sein. Wer als Kind elterlicher Gewalt ausgesetzt war, könnte schwerer Vertrauen entwickeln und eher dazu neigen, Verhaltensweisen anderer als feindselig sich selbst gegenüber zu interpretieren. Zudem kann die Konfliktlösungskompetenz aus Mangel an positiven Vorbildern beeinträchtigt sein und auch Einstellungen gegenüber Gewaltanwendungen und tatsächlichem Gewalthandeln können durch innerfamiliäre Gewalterfahrungen beeinflusst werden (Pfeiffer, 1999). Traumata, wie das wiederholte Erleben von Gewalt in der Kindheit, können zudem Entwicklungsprobleme verursachen, die in einer mangelnden Fähigkeit, Emotionen zu erkennen und zu modulieren, zum Ausdruck kommen können. Auch schwerwiegende Probleme im Entwickeln und Aufrechterhalten von Beziehungen können Folge sein. Erlebte Traumata beinhalten daher im sozialen Kontext und der alltäglichen Lebensbewältigung dauerhaft destabilisierende Komponenten, aus der soziale Entfremdung und Isolierung resultieren können (Pearlman und Coutois, 2005).

US-amerikanische Studierende in Minnesota mit Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend hatten im Vergleich zu Studierenden ohne Gewalterfahrungen ein 1,7- bis 44-fach höheres Risiko, selbst Gewalt auszuüben (Duke, 2010). Deutsche Studien zeigten, dass Betroffene von Gewalthandlungen neben den körperlichen und seelischen Verletzungen langfristig psychosozial durch Rückzug, Isolation, Kriminalität, strafrechtliche Verfolgung, Gefängnisaufenthalt sowie schlechteren Berufs- und Bildungschancen beeinträchtigt waren (Schlack, 2013). In Deutschland zeigten Jugendliche, die unmittelbar körperliche Gewalt durch ihre Väter erlebt haben, signifikant höhere Gewaltraten als andere Schüler. So lag zum Beispiel die Rate mehrfach gewalttätiger Jugendlicher, die selbst schwere elterliche Gewalt erlebt hatten, bei 14,7% gegenüber 4,3% gewalttätiger Jugendlicher ohne Gewalterfahrungen im Elternhaus (Pfeiffer, 1999).

Sexualisierte Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend scheinen das Risiko zu erhöhen, im Erwachsenenalter erneut Opfer sexualisierter Gewalt zu werden. In einer deutschen Studie zeigte

sich für Frauen, die in der Kindheit von sexualisierter Gewalt betroffen waren, mit 52% im Vergleich zu 9% bei Nichtbetroffenen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit ungewollter Sexualkontakte im Erwachsenenalter (Krahe, 1999). Dies bestätigte sich in einer australischen Untersuchung, in der Vergewaltigungen im Erwachsenenalter bei Frauen, welche bereits als Kind vergewaltigt wurden, deutlich häufiger (*hazard ratio*: 3,6) auftraten als bei Frauen ohne dieses Gewaltwiderfahrnis (Nelson, 2002).

Innerfamiliäre Gewalterfahrungen können zu Beeinträchtigungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit und Leistungsmotivation führen und damit Entwicklungschancen und schulische Laufbahnen von Kindern negativ beeinflussen. Bildungsabschlüsse von Kindern mit innerfamiliären Gewalterfahrungen sind häufig niedriger und beruflicher Erfolg seltener als bei Altersgenossen ohne Gewalterfahrungen (Malinosky-Rummell und Hansen, 1993; Pfeiffer, 1999).

Als Reaktion auf Gewalterfahrungen können Betroffenen vermehrt gesundheitsgefährdende Bewältigungs- und Überlebensstrategien erproben– so wie das Rauchen, der Konsum psychoaktiver Substanzen oder ein insgesamt gesteigertes Risikoverhalten (Arnow, 2004; Hellbernd, 2004). Dies zeigt sich in einer US-amerikanischen Studie, die einen signifikanten Zusammenhang zwischen Misshandlungen in Kindheit und Jugend und späterer Verwicklung in Kriminalität, Substanzmissbrauch und weiteren psychosozialen Problemen im frühen Erwachsenenalter feststellte. So wiesen misshandelte Jugendliche über bis zu vierfach höhere Raten an Drogengebrauch und Drogenproblemen auf, als ihre nicht misshandelten Altersgenossen (Thornberry, 2010).

In einer retrospektiven Kohortenstudie aus den USA wurde eine starke Beziehung zwischen *adverse childhood events* (ACE; zu Dt.: benachteiligende Kindheitserfahrungen), darunter Gewalterfahrungen, und dem Risiko des Beginns eines Substanzkonsums in der frühen Jugend bis hin zum Erwachsenenalter identifiziert. Sie schienen mit der Hälfte bis zu zwei Dritteln aller schweren, mit Drogenkonsum assoziierten Probleme in Verbindung zu stehen (Dube, 2003). Drogenabhängige, die in der Kindheit von Gewalt betroffen waren, waren in longitudinalen Untersuchungen häufiger (*adjusted odds ratio*: 2,5) in Drogenhandel verwickelt und zeigten in der Ereigniszeitanalyse der drogenfreien Lebenszeit einen früheren Beginn von Marihuana-, Kokain- und Heroingebrauch als nicht-drogenabhängige Kontrollpersonen (Nomura, 2012). Einen Zusammenhang zwischen *adverse childhood events* und Drogenkonsum betätigten weitere Autoren (Benjet, 2013; Douglas, 2010). Gerade die Erfahrung von sexualisierter Gewalt in der Kindheit war Ergebnissen eines systematischen Reviews zufolge mit Drogenkonsum in der Adoleszenz (22 der insgesamt 41 gesichteten Studien) und sexuellem Risikoverhalten in der Adoleszenz (25 der insgesamt 41 gesichteten Studien) assoziiert (Draucker und Mazurczyk, 2013). Deswegen stellten zahlreiche der genannten Autoren einen hohen Bedarf fest, diese problematischen Kindheitserfahrungen zum Beispiel durch

ein Screening auf sexualisierte Gewalt gegen Kinder oder pädiatrische Programme auf US-nationaler Ebene aufzudecken sowie Maßnahmen zur Gewaltprävention zu entwickeln (Benjet, 2013; Draucker und Mazurczyk, 2013; Dube, 2003).

Die gesamte Bandbreite der Folgen von Gewalterfahrungen auf ein Individuum wie auf die Gesamtgesellschaft kann letztlich nur schwer aufgedeckt, klassifiziert und quantifiziert werden (Thyen, 2000). Die Gründe dafür liegen in der Komplexität der belastenden Faktoren, denen die Gewaltbetroffenen gemeinhin ausgesetzt sind, die keinem einfachen Ursache-Wirkungs-Prinzip folgen (Pfeiffer, 1999). Eine wichtige Rolle spielt auch, dass Gewalterfahrungen aufgrund von Scham und gesellschaftlicher Tabuisierung oft nicht hinreichend berichtet (sogenanntes *Underreporting*) bzw. erkannt werden (Schlack, 2013). Medizinisches Personal, Ärzte und weitere Mitarbeiter psychosozialer Hilfseinrichtungen sind nicht geschult diese Erfahrungen anzusprechen oder mit gewaltbetroffenen Patienten umzugehen (Beynon, 2012) und gängige Screening- oder Fragebogeninstrumente zu Gewalterfahrungen als Hilfsmittel der Diagnostik fehlen (Brzank und Blattner, 2010; Schlack, 2013). Zudem verhindern ökonomische Zwänge und Zeitmangel eine ausreichende, empathische Gesprächsführung, welche Betroffenen die Möglichkeit geben könnte, sich zu öffnen und Unterstützung zu suchen (Beynon, 2012). Folgen von Gewalt bleiben somit oftmals unerkannt.

1.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung und komplexe posttraumatische Belastungsstörung als Folgen von Gewalterfahrungen

Laut des im deutschen Gesundheitssystem verwendeten Krankheitsklassifizierungsmanuals ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zu Engl.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, German Version*) kann die Diagnose F43.1 einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, zu Engl.: *posttraumatic stress disorder*, PTSD) gestellt werden, wenn die Erkrankung innerhalb von sechs Monaten nach einem belastenden Ereignis oder Ereignissen auftritt, welche mit „*außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden*“ einhergingen (DIMDI, 2015).

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer

Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. (DIMDI, 2015).

Die *American Psychiatric Association* (APA) überarbeitete ihren diagnostischen Katalog, den *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), hinsichtlich der durch Traumata und Stress verursachten psychiatrischen Krankheitsentitäten im Jahr 2013 umfassend (*Fifth edition*, DSM-V). Sie gruppierte die durch Trauma und Stress verursachten psychiatrischen Störungen in einem neuen Kapitel (*Trauma and Stress related disorders*). Das DSM-V definiert die PTBS mittels Kriteriengruppen. Kriteriengruppe A (*stressor*) beschreibt, dass Betroffene der Erfahrung eines besonders schwerwiegenden belastenden Ereignisses ausgesetzt sein mussten, wie es die Bedrohung des Lebens, schwerwiegende Verletzungen, oder, im DSM-V besonders betont, Misshandlungen und sexualisierte Gewalt, sein können. Dabei müssen diese Ereignisse nicht zwangsläufig an der eigenen Person erlebt werden. Auch eine direkte Zeugenschaft der Ereignisse kann eine PTBS auslösen. Ebenso kann das Trauma eines von Gewalt Betroffenen bei den ihm nahestehenden Individuen, etwa Familienangehörigen oder Freunden, zu einer PTBS führen. Auch ist es möglich, dass das betroffene Individuum Teilen der traumatischen Erfahrung wiederholt und extrem ausgesetzt wird, sodass sich eine PTBS entwickelt.

Kriteriengruppe B beschreibt die mit dem Trauma assoziierten Symptome (*intrusion symptoms*¹):

- *wiederholte, sich unwillkürlich aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Ereignis*
- *wiederholte Alpträume, die Inhalte und Gefühle des erlebten Traumas beinhalten*
- *das Wiedererleben der traumatischen Erfahrung (als Dissoziationen in sogenannten Flash-Backs)*
- *anhaltendes seelisches Leiden bei Konfrontation mit inneren oder externen Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern sowie*
- *deutliche physiologische Reaktionen bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern.*

Der Vermeidung von Orten, Personen oder Details der Erfahrung, welche die Erinnerung an das Trauma begünstigen könnten, entspricht Kriterium C (*avoidance symptoms*). Kriterium D (*negative alterations in cognitions and mood*) umfasst negative Kognitionen und Stimmungen vielfältiger Art und Weise, die mit dem Trauma assoziiert sind (wie die Unfähigkeit, sich an Aspekte des Traumas zu erinnern, anhaltende negative Erwartungen in Bezug auf die eigene Person und die Welt, Ge-

¹ Intrusion bezeichnet in der Psychologie das Wiedererleben und Wiedererinnern von traumatischen Erlebnissen.

fühle wie Scham, Schuld, Entfremdung oder anhaltendes Stresserleben, vermindertes Interesse an bisherigen Aktivitäten sowie die eingeschränkte Wahrnehmung positiver Affekte). Die Veränderungen in der Erregbarkeit (*alterations in arousal¹ and reactivity*) bildet Kriterium E ab (Reizbarkeit oder Wutausbrüche, leichtsinniges oder selbstzerstörerisches Verhalten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen) (APA, 2013)².

Die Konzeptualisierung der Diagnose PTBS unterliegt jedoch regen Diskussionen, in denen der Begriff der komplexen PTBS (C-PTBS oder zu Engl.: *C-PTSD*) erstmals durch die amerikanische Psychiaterin Judith Herman geprägt wurde. Sie stellte fest, dass die bisherigen PTBS-Kriterien sich vor allem zur Beschreibung der traumatischen Probleme nach einmaligen bzw. kurz andauernden Ereignissen eignen. Sie unterscheiden jedoch nicht zwischen von (evtl. nahestehenden) Menschen verursachten Traumatisierungen und „schicksalhaften“ Ereignissen wie Naturkatastrophen. Somit werden sie den an Betroffenen von wiederholten oder lang andauernden interpersonellen physischen, psychischen oder sexualisierten Gewalterfahrungen beobachteten Störungsbildern nicht gerecht, da diese sich vor allem durch ihre chronischen Folgeerscheinungen charakterisieren (Herman, 1992). Die Wahrscheinlichkeit psychischer Folgestörungen wächst jedoch abhängig von der Art und Dauer des Traumas. Gerade das jahrelange oder wiederholte Erleben von Traumata (z.B. bei sexualisierter Gewalt in der Kindheit) führt zu der Entstehung komplexer Syndromkonstellationen und Folgeerscheinungen (Sack, 2013). Betroffene Patienten leiden unter über Jahre anhaltenden Beeinträchtigungen der Affektregulation, dissoziativen Zuständen, Störungen des Selbstkonzeptes und der Beziehungsgestaltung, Somatisierungen sowie negativen Veränderungen in der gesamten Lebenseinstellung (Herman, 1992).

Pathophysiologisch erklärend kann ein Stressmodell hinzugezogen werden, dem zufolge die wiederholten oder verlängerten Stressreize, die durch das Trauma ausgelöst werden (*Allostatic Load*), zu erhöhter Sensitivität oder Vulnerabilität gegenüber Stressoren und zur Entwicklung psychischer Störungen führen können. Die langfristigen physiologischen Konsequenzen andauernder Stressbelastung, wie eine erhöhte neuroendokrine Antwortbereitschaft, beeinträchtigen physische und psychische Funktionsabläufe dauerhaft (McEwen, 2003).

Im ICD-10 wird eine entsprechende Diagnose bisher als „*andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung*“ (F62.0) oder *disorders of extreme stress no other wise specified* (DESNOS) beschrieben. Dabei besteht nach einem Trauma über mindestens zwei Jahre eine an-

¹ Arousal bezeichnet in der Psychologie einen erhöhten Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems auf Gefahrenreize hin.

² Kriterien F-G: „*Die Beschwerden dauern für mindestens 1 Monat an, verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und sind nicht besser durch Substanzeinfluss oder eine andere Erkrankung erklärbar*“ (APA, 2013).

dauernde Persönlichkeitsänderung, die durch „eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl“ gekennzeichnet ist (DIMDI, 2015). Angeführt werden Persönlichkeitsänderungen nach Belastungen wie

- *andauerndem Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen, etwa als Opfer von Terrorismus*
- *andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr*
- *Folter*
- *Katastrophen*
- *Konzentrationslagererfahrungen (DIMDI, 2015).*

Interpersonelle, chronische Gewalterfahrungen, die zum Beispiel im sozialen Nahraum geschehen, finden in der Beschreibung dieser Diagnose keine gesonderte Erwähnung. National wie international wird daher die Einführung einer neuen Diagnose der komplexen PTBS gerade für diese Betroffenen interpersoneller, chronischer Gewalterfahrungen weiterhin diskutiert (Sack, 2013).

Spuren der Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen lassen sich folglich in vielfältigen späteren psychiatrischen Krankheitsbildern wiederfinden. Gewalterfahrungen könnten Traumatisierungen und die Entwicklung einer PTBS oder einer komplexen PTBS zur Folge haben, deren Zusammenhänge und Auswirkungen verstanden und beachtet werden müssen, um Gewaltbetroffenen angemessene therapeutische Unterstützung bieten zu können (Briggs und Joyce, 1997).

1.1.5 Gewalterfahrungen bei Männern

Gewalt ist ein häufiges Problem, doch nicht alle Menschen sind ihr gleichermaßen ausgesetzt. Die Untersuchung von erlittener Gewalt und den spezifischen Merkmalen und Lebensumständen von Personengruppen kann Aufschluss über Häufigkeit und Struktur von Gewalt geben. Zahlreiche Studien untersuchen geschlechtsspezifische Gewaltausübung und Gewaltwiderfahrnis. Ebenso kommt in den letzten Jahren der Analyse von Gewalt in Sonderkontexten und Teilpopulationen der Gesellschaft eine große Bedeutung zu, da sie gravierende und spezielle Auswirkungen auf Individuen und ihre Rolle in der Gesellschaft haben kann und zuvor wenig in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen genommen wurde (Jungnitz, 2004). Beispiele dafür liefern Untersuchungen über Jugendgewalt (Breyvogel, 2006), Gewalt gegen pflegeabhängige Menschen und Behinderte (Hughes, 2012), Gewalterfahrungen bei Straftätern (Cusack, 2013), Viktimisierungen von ethnischen Minderheiten (Clark, 2014) und über Gewalt im Zusammenhang mit Suchterkrankungen (s. Abschnitt 1.2.3).

In Deutschland fanden erste geschlechterspezifische Forschungen zur Erfassung des Ausmaßes von Gewalt gegen Männer und Frauen seit den 1990er Jahren im Rahmen kriminologischer Opferuntersuchungen statt (Wetzels und Pfeiffer, 1995). Die weiterführenden Veröffentlichungen zu Gewalterfahrungen bezogen sich auf physische, psychische und sexualisierte Gewalt gegen Kinder (Richter-Appelt und Tiefensee, 1996) oder auf sexualisierte Gewalt gegen Frauen (Krahe, 1999; Müller und Schröttle, 2004; Richter-Appelt und Tiefensee, 1996). Weitere Forschung befasste sich schwerpunktartig mit häuslicher Gewalt gegen Frauen durch männliche Partner, die Studien zufolge die häufigste Erscheinungsform von Gewalt gegen Frauen darstellt (Brzank und Blattner, 2010; Hellbernd, 2013). Dies zeigt, dass sich die meisten Studien bis dato mit Frauen als Opfer männlicher Gewalt befassten, wohingegen Männer als Betroffene psychischer, physischer oder sexualisierter Gewalt in wissenschaftlichen Arbeiten unterrepräsentiert waren (Holmes und Slap, 1998) und Studien zu Männern als Betroffene von Gewalt für Deutschland bis zum Jahr 2004 überhaupt nicht vorlagen (Jungnitz, 2004).

Der bereits aufgezeigten Multidimensionalität von Gewalterfahrungen steht demnach oft eine rigide Geschlechterdichotomie gegenüber, die gesellschaftliche Rollenbilder aufnimmt, widerspiegelt und damit auch verfestigt. Im wissenschaftlichen Diskurs fehlen bisher im Bereich der Theoriebildung wie der Empirie Kenntnisse über männliche Opfererfahrungen (Jungnitz, 2004). Auch fehlen immer noch öffentliche Diskurse über Gewalterfahrungen bei Männern, die oftmals angesichts fehlender historischer und kultureller Bilder als Gewaltopfer (z.B. in Filmen, Werbung) selbst sprachlos bleiben (Bock, 2002). „*Du Opfer*“ hat sich als Schimpfwort in verschiedenen Subszenen gerade gegenüber Jungen verstärkt, und beschreibt eine demütigende Entmännlichung (Walter, 2002). Rollenbilder schreiben Männern in erster Linie patriarchalische Dominanz und ungebrochene Stärke zu (Bock, 2002; Bereswill, 1999; Walter, 2002; Jungnitz, 2004). Gewalt ist demnach Teil einer Auffassung von Männlichkeit, in der Männer keine Schwächlinge sein dürfen, sondern in passenden Momenten sogar Gewalt anwenden sollen (Jungnitz, 2004), um ihre Familie, ihr Eigentum oder ihre Ehre zu schützen und zu verteidigen („*Lieber Märtyrer (oder Held), als Opfer*“, Lenz, 2002; „*Lieber gewalttätig als unmännlich*“, Walter, 2002). Coolness, Härte und ungebrochene Durchsetzungsfähigkeit beschreiben die Erwartungen an diesen Typus Mann. Gewalt ist in dieser Vorstellung ein Teil des männlichen Machtbereichs und Garant für die sichere Position in der männlichen Hierarchie sowie für die eigene Sicherheit (Bereswill, 1999). Assoziationen mit Männern als Soldaten und Kriegshelden, als Waffenliebhaber und körperlich Überlegene sowie Ausdrücke wie „*das starke Geschlecht*“, „*Männer weinen nicht*“, „*Indianer kennen keinen Schmerz*“, „*Männer können sich wehren*“, oder sogar, „*Männer sind nicht verletzbar*“, führen zur Verhinderung einer klaren Identifizierung von Gewalthandlungen, die auch an Männern verübt werden können (Jungnitz, 2004).

Jungnitz et al. beschreiben zwei Mechanismen dieser Verhinderung: Zum ersten den Mechanismus der Normalität, welcher Gewalterfahrungen unter dem Deckmantel der „normalen“ gesellschaftlichen Männerrolle verschwinden lässt. In dieser Normalität wird Gewalt als ein natürlicher Bestandteil männlicher Biographien angesehen. Zum zweiten den Mechanismus der Scham und mangelnden Männlichkeit, der Gewalterfahrungen als Zeichen von Schwäche deutet, die der männlichen Rolle in der Gesellschaft widerspricht, sodass sie lieber verschwiegen werden (Jungnitz, 2004; Holmes und Slap, 1998). So kommt es oftmals zur Stigmatisierung von männlichen Betroffenen als „unmännlich“ (Schlack, 2013). Männer können nach dem Erleben sexualisierter Gewalt auch in ihrer sexuellen Orientierung verunsichert werden oder Angst haben, als homosexuell zu gelten (Jungnitz, 2004).

Wie auch die Autoren einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zu bedenken gaben, könnten vielen Statistiken und wissenschaftliche Untersuchungen zu Gewaltbetroffenen nicht-repräsentative Stichproben zugrunde liegen (z.B. in Frauenhäusern oder gynäkologischen Versorgungseinrichtungen erhobene Daten). So könnten Männer gar nicht erst in den Fokus wissenschaftlicher Befragungen genommen worden sein. Ferner betrachtete auch dieses Forscherteam die Angst vor Stigmatisierung als Hemmnis für Männer, von Gewaltwiderfahrnissen aus Betroffenenperspektive zu berichten (Schlack, 2013).

Ein weiteres Hindernis in der Erforschung geschlechtsspezifisch männlicher Gewalterfahrungen kann die Befürchtung sein, die Bemühungen, gegen männliche Täter (z.B. von häuslicher Gewalt) vorzugehen, zu bagatellisieren (Bock, 2002). Dabei bedeutet die Erforschung von Gewalterfahrungen von Männern nicht, weibliche Gewalterfahrungen zu verharmlosen, sondern allen Betroffenen von Gewalt eine Stimme zu geben und die sozialen Stereotypen, die es schwer machen, Männer als Betroffene von Gewalterfahrungen wahrzunehmen, zu durchbrechen (Bock, 2002; Jungnitz, 2004; Lenz, 2002). Gewalt gegen Männer zu erforschen bedeutet daher auch, gegenwärtige gesellschaftliche Rollenbilder zu hinterfragen und die Verletzlichkeit von Männern – oft erstmalig – vermittelbar oder sichtbar zu machen.

So stellte die WHO im Jahr 2002 fest, dass weltweit zwei Drittel aller Opfer von Tötungsdelikten Männer waren (Krug, 2002). In einer Untersuchung des deutschen Bundesministeriums für Justiz (BMJ) und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurde beschrieben, dass Jungen im Kindes- und Jugendalter insgesamt mehr Erziehungsstrafen erfahren und häufiger gravierenden Formen von Schlägen und schweren Körperstrafen durch ihre Erziehungspersonen ausgesetzt waren als Mädchen (BMFSFJ und BMJ, 2003). Dies bestätigten US-amerikanische Studien, die Männer häufiger als Betroffene von körperlicher Gewalt in der Kindheit identifizierten (Simpson und Miller, 2002; Thompson, 2004).

Körperliche Misshandlung kann für beide Geschlechter negative Konsequenzen haben, Ausprägung und Ausmaß geschlechterspezifischer Unterschiede bleiben jedoch unklar. Physische Gewalterfahrungen in der Kindheit waren in einem amerikanischen Survey mit mentalen Gesundheitsproblemen assoziiert, bei Männern war das Risiko jedoch etwas niedriger als für Frauen: *odds ratio* 0,69; 95%-Konfidenzintervall (KI) 0,51-0,94 (Thompson, 2004). Die Erfahrungen von *adverse childhood events* und sexualisierter Gewalt führten auch in einer prospektiven Längsschnittstudie bei Jungen zu einem höheren Grad an späteren depressiven Symptomen, Drogengebrauch und antisozialen Verhaltensstörungen als bei Mädchen mit gleicher Erfahrung (Schilling, 2007). Die negativen Effekte auf die psychische Gesundheit hielten bei diesen Jungen signifikant länger an. Frauen mit sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen neigten eher zu internalisierenden Verhaltensweisen wie Suizidversuchen oder Essstörungen, wohingegen Männer zu externalisierenden Verhaltensweisen wie Kriminalität, Partnergewalt oder exzessivem Trinken tendierten (Dube, 2005). Mehrere Studien zeigten jedoch, dass sich Substanzkonsum, psychische Erkrankungen und soziale und familiäre Probleme aus sexualisierter Gewalt bei beiden Geschlechtern gleichermaßen ergeben können (Chandy, 1996; Schlack und Petermann, 2013; Watt und Scrandis, 2013; Watts und McNulty, 2013).

In Deutschland wurde sich dem Forschungsdefizit zum Thema Gewalt gegen Männer erstmals gezielt in einer Studie des BMFSFJ angenommen (Jungnitz, 2004), die weitestgehend mit der bevölkerungsbasierten Studie zu Gewalt gegen Frauen (Müller und Schröttle, 2004) parallelisiert wurde. Gewalt kann alle Geschlechter betreffen und stellt eine inakzeptable Verletzung der Würde und der Grundrechte sowie einen Strafbestand dar, sodass sie erkannt werden muss, um sowohl wirksame Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, als auch um Betroffene angemessen versorgen und betreuen zu können (Bock, 2002; Jungnitz, 2004; Lenz, 2002). Forschungsbedarf über Gewalterfahrungen wurde tiefergehend für Sonderkontexte und Teilpopulationen aufgezeigt (Jungnitz, 2004). Schwerstabhängige Männer werden in der vorliegenden Arbeit als Population in einer besonderen Lebenslage und in einem gesundheitlich relevanten Problemkontext angesehen, die in Bezug auf Struktur und Häufigkeit von Gewalterfahrungen zu untersuchen sind.

1.2 Suchterkrankung

1.2.1 Definition von Suchterkrankung

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) klassifiziert in der ICD-10-GM psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach verschiedenen Untergruppen (F10.- bis F19.- nach Substanzen; Untergruppen .0-.9 nach Krankheit bzw. Syndrom). Das Abhängigkeitssyndrom (Untergruppe .2) bezeichnet dabei eine

Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen (DIMDI, 2015).

Läuft die Substanzaufnahme durcheinander und wahllos ab, oder werden Bestandteile mindestens zwei oder mehr psychotroper Substanzen miteinander vermischt sodass sie nicht mehr sicher differenziert werden können, ohne dass eine Substanz den Konsum dominiert, sollte die Diagnose einer „*Störung durch multiplen Substanzgebrauch*“ (F19.-) gestellt werden, die klinisch als Polytoxikomanie bezeichnet wird (DIMDI, 2015).

Laut des amerikanischen Diagnosemanuals DSM-V (APA, 2013) lassen sich „*Sucht und zugehörige Störungen*“ in stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Süchte einteilen. Es wird nicht mehr zwischen Drogenmissbrauch und Abhängigkeit unterschieden, stattdessen wird eine „*Substanzgebrauchsstörung*“ nach Schweregraden klassifiziert. Um eine Substanzgebrauchsstörung diagnostizieren zu können, müssen zwei der im Folgenden aufgeführten Merkmale innerhalb von zwölf Monaten zutreffen:

- 1. Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt*
- 2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann*
- 3. Wiederholter Konsum trotz ständiger und wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme*
- 4. Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung*
- 5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum*
- 6. Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)*
- 7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle*
- 8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung*
- 9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums*
- 10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen*
- 11. Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren*

Liegen zwei bis drei Kriterien vor, gilt die Substanzgebrauchsstörung als moderat. Bei Vorliegen von vier oder mehr Kriterien ist sie als schwer zu bezeichnen (APA, 2013).

1.2.2 Schwerstabhängigkeit

Die suchterkrankten Patienten der Berliner „Ambulanz für integrierte Drogenhilfe (A.I.D.) Neukölln“ sowie der „Ambulanz für integrierte Drogenhilfe Friedrichshain“, die in der vorliegenden Arbeit als Studienpopulation befragt wurden, können mit dem Begriff der Drogenschwerstabhängigkeit bzw. Schwerstabhängigkeit näher beschrieben werden.

Ausgehend von einer Vielfalt von Begriffen, die Patienten mit Substanzgebrauchsstörungen klassifizieren und charakterisieren, ist in den 1990er Jahren unter Mitarbeitern multidisziplinärer Suchthilfeeinrichtungen in Berlin und anderen Großstädten eine rege Diskussion um das Verlaufs- und Krankheitsmodell von Drogenabhängigkeit entstanden, die unterschiedlichen Entstehungsbildern, Erscheinungsformen und Entwicklungsgeschichten von Drogenabhängigkeit Rechnung tragen sollte. Statt bloße statische Kriterien zu erfüllen, sollte die Charakterisierung die Bedeutung der lebensbiographischen Entwicklungen hin zum Drogenkonsumenten und die wechselseitige Dysfunktionalität von Konsum und Lebensalltag betonen sowie zur politischen Durchsetzung bestimmter Behandlungssettings (Substitution statt abstinenzorientierte Ansätze) beitragen. Die Beobachtung einer Patientengruppe unter den Drogenkonsumenten, die somatisch, sozial und psychisch verelendet erschien, häufig polytoxikomanen Konsum betrieb und nicht wartzimmer- und verabredungsfähig war, führte zu der Entwicklung des Begriffes der Schwerstabhängigkeit und mit der „Berliner Linie der Substitution“ und der „Ambulanz für integrierte Drogenhilfe“ zu einer ersten praktischen Umsetzung in eine Behandlungsstruktur für solchermaßen etikettierte Patientinnen und Patienten (Westermann, 1999). Der Begriff der Schwerstabhängigkeit sollte den Zusammenhang der Suchterkrankung mit folgenden medizinischen und psychosozialen Problembereichen betonen, die in den symptomorientierten Kriterienkatalogen wie dem DSM-V oder der ICD-10 noch unberücksichtigt blieben (Behrendt, 1999):

- *länger andauernde Arbeitslosigkeit*
- *Armut*
- *Wohnungslosigkeit*
- *Fehlen von tragfähigen Beziehungen außerhalb der Drogenszene und außerhalb von Hilfeinrichtungen*
- *körperliche und gesundheitliche Verwahrlosung*
- *langjährige, oft jahrzehntelange Abhängigkeit mit polyvalenten Gebrauchsmustern*
- *ausgeprägtes suchttypisches Verhalten*
- *ausgeprägte depressive, aggressive oder paranoide Konfliktverarbeitungsmechanismen, zusätzlich bestehende schwere Persönlichkeitsstörung*

- *gravierende juristische Vorbelastungen*
- *erhebliche sexuelle Missbrauchserfahrungen*
- *schwere, oft chronische somatische Begleiterkrankungen.*

Zur Beschreibung und Analyse der Entwicklungsprozesse, welche zu einer Schwerstabhängigkeit führen, wurden gerade in dieser Patientengruppe biographisch orientierte und qualitative Forschungsdesigns als notwendig erachtet, um zum Beispiel geeignete medizinische sowie psychosoziale Betreuungsangebote entwickeln zu können (Gerlach, 1999).

1.2.3 Gewalterfahrungen, posttraumatische Belastungsstörung und Sucht

Die Diskussion um die Konzeptualisierung der Schwerstabhängigkeit verdeutlicht, dass trotz der zunehmend diskutierten Trends zur „Neurobiologisierung“ der medizinischen Forschung bzw. Priorisierung der Neurobiologie in der Psychiatrie (Helmchen, 2013; Mausfeld, 2010)¹ der wissenschaftliche Blick weiter schweifen sollte, um ein umfassendes Verständnis von Suchterkrankung und ihren Folgen generieren zu können. Gemäß des biopsychosozialen Trias-Modells zur Entstehung von Krankheiten (Engel, 1977) wird davon ausgegangen, dass Drogenabhängigkeit nicht als rein (neuro)biologische, sondern ebenso als soziale Störung verstanden werden muss (Petzold, 2007) und somit soziale Bedingungen der Entstehung, Aufrechterhaltung oder des Therapie-Outcomes bei Suchterkrankten berücksichtigt werden sollten. Es stellt sich dabei die Frage, welche frühen familiären Belastungsfaktoren, schädigende soziale Einflüsse und weitere lebensbiographischen Unterschiede zwischen Süchtigen und Nicht-Süchtigen bestehen, und welche Rolle dabei der Gewalt als ein möglicher Belastungs- und Risikofaktor zukommt.

Vorangehende Forschung zu lebensbiographischen Unterschieden beschrieb eine doppelt bis dreifach hohe Rate an sogenannter „Broken Home²“- Problematik unter Süchtigen in Deutschland im Vergleich zu ihren nicht-süchtigen Altersgenossen (Verthein und Degwitz, 1999). Dies bestätigten amerikanische Forscher und benannten weitere Faktoren wie psychische Erkrankungen bei Eltern, Drogenkonsum im elterlichen Haushalt, Gewalt zwischen Eltern oder Inhaftierung eines Elternteils als *adverse childhood events*, die das Risiko für Suchterkrankungen erhöhen (Dube, 2003). Die Biographien von Drogensüchtigen sind zudem häufig durch Traumatisierungen in frühen Bindungen wie Gewalt oder Vernachlässigung durch nahe Bezugspersonen gekennzeichnet (Schäfer und Najavits, 2007). Die Beziehungen zwischen frühen Belastungen, Gewalterfahrungen, PTBS und Suchterkrankungen zu analysieren und Erklärungsmodelle für mögliche Zusammenhänge zu generieren, steht daher im Fokus multidisziplinärer wissenschaftlicher Untersuchungen.

¹ Für weiterführende soziokulturelle Diskussionen zur „Biologisierung des Geistes“, vgl. ebenso Kröger (2005).

² Zu Dt. „unvollständige Familie“. Bezeichnet in der Psychologie die Abwesenheit eines Elternteils durch Ehescheidung, Tod, Getrenntleben oder sonstige Umstände.

Forscher fanden bei Patienten mit PTBS erhöhte Raten psychiatrischer Komorbidität. In Studien mit Kriegsveteranen, die an PTBS litten, erfüllten 79% im Laufe ihres Lebens auch die Kriterien für Alkoholabhängigkeit. Die Rate der Veteranen mit Abhängigkeit von Sedativa lag bei 32%, mit Opiatabhängigkeit bei 26% und mit Marijuanabhängigkeit bei 55%. Die Symptome der PTBS traten dabei zeitlich vor jenen der Abhängigkeitserkrankung auf, wobei beide Entitäten sich parallel verstärkten. Patienten berichteten von Drogenkonsum, um ihre PTBS Symptome zu lindern (Bremner, 1996). Wissenschaftliche Untersuchungen versuchten diesen Zusammenhang zu erklären und festzustellen, ob PTBS ein möglicher Mediator zwischen Gewalterfahrungen und Substanzgebrauch sein könnte (Epstein, 1998).

In einem ersten Erklärungsmodell geht die Suchterkrankung dabei einer PTBS voraus. Um ihr Konsummuster zu erhalten, gehen Drogenkonsumenten wiederholt große Risiken und Gefahren ein, und erfahren dabei wiederholte psychische oder physische Traumata, was zu einer Verstärkung von PTBS-Symptomen wie Arousal oder Ängstlichkeit führen könnte (Cottler, 1992).

Untersuchungen auf neurobiologischer Ebene liefern ein zweites Erklärungsmodell, dem zufolge Suchterkrankungen oftmals der PTBS folgen. So ließen sich im Stresssystem von Abhängigen drogeninduzierte und genetisch angelegte Alterationen vorfinden. Zum Beispiel inhibierten Morphine die hypothalamisch-hypophysäre-adrenerge (HHA-) Stressachse, sodass sie als Gegenregulator von Stressantworten der HHA-Achse angesehen wurden (Zhou, 2010). Weitere Arbeitsgruppen zeigten, dass bei Drogenabhängigen eine Dysregulation auf der hormonalen HHA-Achse mit erhöhter Sensitivität für Stress- und Angstreize vorlag. Stressauslösende Reize favorisierten in Untersuchungen ein verstärktes Craving nach Drogen sowie Rückfälle bei drogenabhängigen Patienten – ihre Stressachsen waren somit verstärkt aktiviert, wenn die konsumierte Substanz nicht zur Verfügung stand (Sinha, 2006; 2011).

Im Kontext dieses Modells wird auf psychosozialer Ebene angenommen, dass Abhängige Drogen im Sinne einer Selbstmedikation nutzen, um ihren durch Stress und Traumata ausgelösten Schmerz, negative Affekte, vielfältige Stressreize und psychiatrische Störungen selbstständig zu behandeln, da ihnen keine anderen ausreichenden Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stehen (Verthein und Degwitz, 1999). Die Wahl der gebrauchten Droge ist dabei nicht willkürlich, sondern resultiert aus dem pharmakologischen Effekt, der ihre prädominanten schmerzhaften Gefühle am ehesten zu lindern vermag (Garland, 2013; Khantzian, 1985). Der Begründer der Selbstmedikationshypothese Edward J. Khantzian beschrieb zudem, dass auffallend häufig Drogenabhängige extremer Aggression und Gewalt im frühen Familienleben und außerhäuslichen Umfeld ausgesetzt waren. Opiate halfen ihnen, sich normaler, ruhiger und entspannter zu fühlen (Khantzian, 1985).

Diese linearen Verständnisse konsekutiver Erkrankungen sind jedoch nicht umfassend genug, um komplexe Kreisläufe von Initiierung und Aufrechterhaltung des Drogenkonsums darzustellen. Denn auch der Drogenkonsum bzw. Drogenentzug kann ein psychologisches wie physiologisches Arousal auslösen, welches das Arousal einer PTBS unterhält, verstärkt und an die erlebten Traumata erinnern kann (Garland, 2013; Jacobsen, 2001). Als neurobiologisches Korrelat wurde in Untersuchungen festgestellt, dass bei Patienten mit PTBS das noradrenerge System sowie das *Corticotropin-releasing hormone* (CRH) miteinander interagieren, sodass die neurohormonelle Stressantwort potenziert wird. Die Patienten könnten sedierende Drogen oder Alkohol nutzen, um diese Stressantwort herunter zu regulieren. Aber auch weitere hormonelle wie neurovegetative Mechanismen sind denkbar und Gegenstand der Forschung (Jacobsen, 2001).

Auch bei Patienten mit Suchterkrankungen ließen sich hohe Raten psychiatrischer Komorbidität wie PTBS feststellen (Epstein, 1998; Garland, 2013; Maremmani, 2010; Pirard, 2005). Drogenabhängige berichteten einer amerikanischen Studie zufolge drei Mal so häufig von traumatischen Erlebnissen wie Nichtabhängigen (Cottler, 1992). In einer australischen Studie gaben fast alle befragten Drogenabhängigen (95%) an, selbst von traumatischen Gewalterfahrungen betroffen gewesen zu sein, 46% davon in den letzten zwölf Monaten (Darke, 2010). Eine amerikanische Studie an Gefängnisinsassen zeigte einen starken Zusammenhang zwischen sexualisierten Gewalterfahrungen, dem Auftreten von PTBS-Symptomen (bei 68% vs. 41% ohne Gewalterfahrung) und Substanzkonsum (Cusack, 2013).

Aus diesen Studienergebnissen wird deutlich, dass beide Erklärungsmodelle der Beziehung zwischen PTBS und Substanzkonsum nebeneinander statt in Konkurrenz zueinander diskutiert werden sollten.

Bedeutung haben Gewalterfahrungen bei Drogenabhängigen auch bezüglich der Therapie. Drogenabhängige mit physischen oder sexualisierten Gewalterfahrungen frequentieren in Untersuchungen gegenüber Abhängigen ohne solche Erfahrungen häufiger medizinische und psychiatrische Einrichtungen (z.B. 4,0 vs. 3,0 Besuche; $p < 0,001$) (Pirard, 2005) und zeigten ein schlechteres Therapie-Outcome (Rosen, 2002).

1.3 Prävalenz von Gewalterfahrungen

Gewalthandlungen quantitativ zu erfassen, und damit die Bedeutung von Gewalt für das Gesundheitssystem zu ermitteln, ist nicht ohne Weiteres möglich. Je nach Definition von Gewalt, ermittelter Gewaltform und untersuchten Subjekten schwanken Angaben zur Häufigkeit dieses Phänomens sehr deutlich und sind schwer vergleichbar. Genaue Einschätzungen erweisen sich zudem

aufgrund einer hohen Dunkelziffer und mangelnder systematischer Erfassung der Gewalthandlungen als schwierig.

Laut WHO kamen im Jahr 2000 weltweit schätzungsweise 1,6 Millionen Menschen durch Gewalt einwirkung ums Leben. Ungefähr die Hälfte davon machten Suizide aus, bei ca. einem Drittel handelte es sich um Tötungsdelikte, und ca. ein Fünftel dieser Menschen starb in bewaffneten Auseinandersetzungen (Krug, 2002). Im deutschlandweit repräsentativen DEGS1 lag die 12-Monats-Prävalenz von körperlichen Gewalterfahrungen in der Gesamtstichprobe befragter erwachsener Männer und Frauen zwischen 18 und 64 Jahren bei insgesamt 4,8% und die psychischer Gewalterfahrungen bei 18,7%. Sexualisierte Gewalterfahrungen wurden nicht ermittelt (Schlack, 2013).

In einer weiteren deutschen Untersuchung über Jugendliche wurde festgestellt, dass die Gewaltopferaten (12-Monats-Prävalenz) für Mädchen bei 13% lagen, während sie bei Jungen bei 20,2% betragen. Männer erlebten häufiger schwere Gewalt (9,4%; Frauen 6,4%), Körperverletzung (13,9%; Frauen 8,2%) und schwere Körperverletzung (4,2%; Frauen 2,1%). Frauen erlebten hingegen häufiger sexuelle Belästigung (11,9%; Männer 1,9%) und sexualisierte Gewalt (1,8%; Männer 0,4%) (Baier, 2009).

Eine repräsentative Befragung von Frauen in Deutschland ergab, dass 40% aller Befragten seit ihrem 16. Lebensjahr körperliche, sexualisierte oder beide Gewaltformen erfahren hatten. Von sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen berichteten 13% und von psychischen Gewaltwiderfahrnissen 42% der Frauen (Müller und Schröttle, 2004).

Eine repräsentative Studie zur Gewalt gegen Männer in Deutschland von Jungnitz et al. ließ aufgrund geringer Fallzahlen (n= 266) keine Verallgemeinerung auf die Gesamtheit aller Männer in Deutschland und keine genaue Vergleichbarkeit zu den Daten der Frauenstudie zu (Jungnitz, 2004; Müller und Schröttle, 2004) zu. Die Autoren fanden jedoch heraus, dass Männer ein hohes Risiko für Gewalterfahrungen aufweisen. Die Häufigkeiten von Gewalterfahrungen von Männern im Kindes- und Jugendalter wurden wie folgt angegeben (Jungnitz, 2004):

- *Drei von fünf Männern berichteten, sie seien als Kinder oder Jugendliche geschlagen, gehohrfeigt oder verhauen worden.*
- *Drei von fünf Männern gaben an, in ihrer Kindheit und Jugend schikaniert, schwer beleidigt, eingeschüchtert oder gedemütigt worden zu sein.*
- *Zwei von fünf Männern wurden belästigt oder bedroht oder ihnen war aufgelauert worden.*
- *Jeder Fünfte wurde überfallen, beraubt oder bestohlen.*
- *Jedem sechsten Mann wurden Verletzungen durch andere zugefügt.*
- *Jeder neunte Mann wurde mit einer Waffe bedroht oder verletzt.*
- *Jeder achte Mann ist in dieser Lebensphase erpresst oder zu etwas, das er nicht wollte, gezwungen worden.*

- *Jeder zwölfte Mann bestätigte, Betroffener sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend geworden zu sein.*

Die Gewalt trat in allen Lebensbereichen etwa gleich häufig auf, in der Öffentlichkeit und Freizeit überwogen männliche Täter, wohingegen Gewalt im häuslichen Bereich zumeist von Eltern oder Geschwistern ausging und männliche wie weibliche Täter fast gleichgewichtig genannt wurden.

Im Erwachsenenalter wurde deutlich, dass körperliche Gewalt vornehmlich in der Öffentlichkeit und Freizeit erlebt wurde (zwei Drittel der Erfahrungen). Die Täter waren überwiegend Männer (bei Unbekannten >90%, im Bekanntenkreis >60%). Folgende psychische und physische Gewalthandlungen wurden im Erwachsenenalter berichtet (Jungnitz, 2004):

- *Etwa jeder zehnte Mann bejahte, dass ihm in den letzten fünf Jahren ernsthaft gedroht wurde, körperlich angegriffen oder verletzt zu werden.*
- *Drei bis fünf Prozent berichteten, dass mit Gegenständen nach ihnen geworfen wurde, dass sie mit einer Waffe ernsthaft bedroht wurden, oder dass sie getreten, gestoßen, hart angefasst, heftig weggeschleudert oder geschlagen wurden.*
- *Etwa 1% der Befragten gab an, verprügelt oder zusammen geschlagen worden zu sein*
- *3-5% waren schwer beleidigt, eingeschüchtert, aggressiv angeschrien, lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt worden.*
- *Unter 3% fühlten sich ausgegrenzt oder aus einer Gruppe ausgeschlossen.*

In der Arbeitswelt trat ca. ein Fünftel der körperlichen, und etwa die Hälfte der psychischen Gewaltwiderfahrnisse auf, in 80% der Fälle durch Männer verübt (Jungnitz, 2004):

- *So ist etwa jeder achte Mann schon von Vorgesetzten oder Kollegen schwer beleidigt, eingeschüchtert oder aggressiv angeschrien worden.*
- *Jeder elfte berichtete, im Arbeitskontext verleumdet worden zu sein.*
- *Jeder zwölfte fühlte sich während der Arbeit auf verletzende Art lächerlich gemacht, gehänselt, abgewertet oder gedemütigt.*

Die Häufigkeit von Gewalt gegen Männer in Lebensgemeinschaften wurde wie folgt ermittelt (Jungnitz, 2004):

- *Jeder vierte Mann (23%) gab an, ihm sei mindestens ein Akt körperlicher Gewalt durch die aktuelle oder letzte Partnerin widerfahren.*
- *Jeder sechste Mann teilte mit, durch eine Partnerin wütend weggeschubst worden zu sein.*
- *5-10% der Männer bestätigten, durch Partnerinnen leicht geohrfeigt, gebissen oder gekratzt, schmerzhaft getreten, weggestoßen, angefasst oder mit Gegenständen beworfen worden zu sein, die verletzen könnten.*
- *Psychische Gewalt und soziale Kontrolle in der Partnerschaft wurde wesentlich häufiger genannt: Jeder fünfte Mann schilderte, dass seine Partnerin eifersüchtig sei und seinen Kontakt zu anderen unterbinde.*

- *Jeder sechste Mann wurde von seiner Partnerin kontrolliert, wohin er mit wem ginge, was er mache und wann er zurück käme.*
- *5-8% der Befragten berichteten, dass die Partnerinnen ihre Post, Telefonate oder E-Mails kontrollieren oder sie daran hindern würden, Freunde oder Verwandte zu treffen.*
- *Über sexualisierte Gewalt in Partnerschaften wurde sehr selten berichtet (ein bis fünf Fälle insgesamt).*

In den USA stellten Forscher fest, dass 41,2% der Kinder und Jugendlichen im vorhergehenden Jahr ihrer Untersuchung einem physischen Übergriff ausgesetzt waren, davon litten 10,1% an einer konsekutiven Verletzung. 13,7% erfuhren Misshandlung durch eine Erziehungsperson (Finkelhor, 2013). In einem Review über 55 Studien aus 24 Ländern wurden Prävalenzangaben zu sexualisierter Gewalterfahrungen bei Kindern von 8-31% bei Mädchen und 3-17% bei Jungen ermittelt (Barth, 2013). Laut WHO waren ca. 20% der Frauen und 5-10% der Männer als Kinder von sexualisierter Gewalt betroffen (Krug, 2002). In Deutschland lag die Lebenszeitprävalenz für körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit bei 11,8% für Jungen und 9,9% für Mädchen, die für sexualisierte Misshandlungen mit Körperkontakt bei 2,8% für Jungen und 8,6% für Mädchen (Thyen, 2000). Häufigkeitsangaben von sexualisierter Gewalt gegen Jungen variieren also sehr stark – in einem Review über 166 Studien von 4% bis 76%, abhängig von der untersuchten Gruppe und der Definition des Begriffs (Holmes und Slap, 1998).

Die Häufigkeit innerfamiliärer Gewalterfahrungen wurde in einer Untersuchung zu traumatischen Kindheitserlebnissen und Psychopathologien in Mexiko mit insgesamt 20,1% beziffert. Die Prävalenz physischer Gewalthäufigkeit betrug 19,5%, von sexualisierter Gewalt 2,2% und von Vernachlässigung 7,4% (Benjet, 2010). Einer deutschen Studie zufolge waren insgesamt 15,3% der Studienteilnehmer vor ihrem zwölften Lebensjahr schwerer Gewalt durch Eltern ausgesetzt gewesen, in der Jugend nahm dieser Anteil auf 5,7% ab (Baier, 2009).

1.4 Prävalenz von Drogenkonsum und Suchterkrankungen

International gibt es wenig vergleichbare Angaben über die Prävalenz von Suchterkrankungen, da sie stark abhängig von Alter, Struktur und Größe der befragten Bevölkerungsgruppe, Definition und Zeitraum des Konsums oder Art der konsumierten Droge sind. Tabelle 1 zeigt Prävalenzschätzer des *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2014) sowie des Weltrogenberichts (*World Drug Report*) des *United Nations Office on Drugs and Crime* der WHO (UNODC, 2014), die von der gesundheitspolitischen Bedeutung von Substanzkonsum und stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen weltweit zeugen. Die Wahrscheinlichkeit, Alkohol oder eine illegale Substanz konsumiert zu haben, lag dieser Studien zufolge für Männer zwei- bis dreifach höher als für Frauen (UNODC, 2014; WHO, 2014).

Tabelle 1: Prävalenzschätzungen von Alkohol- und Drogenkonsum in der erwachsenen Weltbevölkerung (15-64 Jahre) nach *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2014) sowie des Weltdrogenberichts (*World Drug Report*) des *United Nations Office on Drugs and Crime* der WHO (UNODC, 2014)

		Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit (in Millionen)
Alkoholkonsum	<i>current drinkers</i> , 12-Monats-Prävalenz	38 %	n.b.
	<i>heavy episodic drinkers</i> , 12-Monats-Präv.	16 %	n.b.
	Abhängigkeit	8,5%	n.b.
	Todesfälle aufgrund von Alkoholkonsum	Männer: 7,2% Frauen: 1,3%	3,3
Konsum illegaler Drogen	Cannabis, Opioide, Kokain, Stimulantien (12-Monats-Prävalenz)	3,5-7,0 %	162 - 324
	Abhängigkeit	n.b.	16 - 39
	Intravenöse Drogen	0,2-0,5 %	9 - 22
	Opiate	0,3-0,4 %	13 - 20

n.b. = nicht berichtet

Die folgenden Angaben weisen auf den „Drogen und Sucht Bericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2014) sowie auf das nationale deutsche epidemiologische Suchtsurvey (Pabst, 2013) (Tab. 2). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland beliefen sich auf 26,7 Milliarden Euro pro Jahr (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014).

Tabelle 2: Prävalenzschätzungen von Drogenkonsum und Suchterkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands (18-64 Jahre) nach „Drogen und Sucht Bericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2014) sowie des nationalen deutschen epidemiologischen Suchtsurveys (Pabst, 2013)

		Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit
Alkohol	Gesundheitlich riskanter Konsum ¹	n.b.	9,5 Millionen
	Abhängigkeit	3,1 %	1,8 Millionen
	Todesfälle aufgrund von Alkohol	n.b.	74.000
Medikamente	Abhängigkeit	3,4 %	1,4-1,5 Millionen
Illegale Drogen (ohne Cannabis)	Risikoreicher Konsum	n.b.	200.000
Cannabis	Lebenszeitprävalenz	23,2 %	n.b.
	Abhängigkeit	0,5 %	n.b.
Kokain, Amphetamine	12-Monats-Prävalenz	0,7-0,8 %	85.000-90.000
	Abhängigkeit	0,1-0,2 %	n.b.
Opiate	Risikoreicher Konsum	n.b.	ca. 200.000
	Substitutionsbehandlung (Stichtag: 1.Juli 2013)		ca. 77.000
	Todesfälle 2013		1002 (+6% zum Vorjahr)

n.b. = nicht berichtet

¹ Ein gesundheitlich unbedenklicher Alkoholkonsum liegt für gesunde erwachsene Männer bei 24g Alkohol pro Tag und für gesunde erwachsene Frauen bei 12g pro Tag. Bei Mengen über diesen Werten spricht man von einem „gesundheitlich riskanten Konsum“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014).

1.5 Prävalenz von Gewalterfahrungen bei suchterkrankten Männern

Für die USA wurde in einem systematischen Review die Prävalenz von körperlichen Misshandlungen in der Kindheit bei drogensüchtigen Männern mit 31% und von sexualisierter Gewalt in der Kindheit mit 16% angegeben. Der prozentuale Anteil an körperlichen Gewalterfahrungen lag bei männlichen Drogenabhängigen fast 70% höher als bei Männern in der Allgemeinbevölkerung (Simpson und Miller, 2002). Unter Patienten einer US-amerikanischen Alkoholentzugsklinik hatten 30% der Männer Erfahrungen mit Gewalt in der Kindheit gemacht. 24% der Männer berichteten über körperliche Misshandlungen, 12% über sexualisierte Gewalt (Windle, 1995).

In einer deutschen Studie mit 313 Patienten einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige lag die Prävalenz leichter und schwerer körperlicher Gewalt für Männer bei 48% bzw. 15%. 5% der männlichen Patienten berichteten von sexualisierten Gewalterfahrungen. Knapp ein Drittel der Betroffenen von Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend erlebte auch im Erwachsenenalter erneut Gewalt (Kemmner, 2004).

In einer Studie aus den 1990er Jahren an 100 polytoxikomanen Patienten, die in vier verschiedenen Langzeittherapieeinrichtungen routinemäßig behandelt wurden und seit mindestens drei Monaten drogenfrei lebten, berichteten insgesamt 56% der männlichen Probanden, vor ihrem 16. Lebensjahr sexualisierter Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Mehr als 40% der Abhängigen beider Geschlechter hatten vor ihrem 16. Lebensjahr körperlicher Gewalt durch ihre Eltern erlitten (Schäfer, 2000).

Mit schwerstdrogenabhängigen Patienten, die an Opiat-Ersatz-Programmen teilnehmen, sind in Deutschland bisher keine Studien zur Prävalenz von Gewaltwiderfahrungen durchgeführt worden.

2 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit wurden von Gewalt betroffene, schwerstabhängige Männer als zu untersuchende Gruppe in einer gesundheitlich und psychosozial besonders belastenden Situation verstanden. Sie sollten näher, insbesondere auch zu ihren Biografien, erforscht werden, um langfristig angemessene medizinische und psychosoziale Betreuungsangebote für sie entwickeln zu können. Ärzte und Ärztinnen in der ambulanten Drogenhilfe der A.I.D. Berlin vermuteten aus ihrem Praxisalltag, dass gerade schwerstabhängige Männer deutlich häufiger Gewalterfahrungen seit ihrer Kindheit ausgesetzt waren, als nicht drogenabhängige Männer. In Folge könnten sie Anzeichen einer Traumatisierung oder die Diagnose einer PTBS aufweisen. Für schwerstabhängige Männer in Deutschland, die sich in ambulanter Substitutionsbehandlung befinden, lagen bisher keine Daten zu interpersonellen Gewalterfahrungen und deren Folgen vor. Dieses Forschungsdefizit sollte mit der vorliegenden Studie erstmalig für Deutschland reduziert werden.

Als **primäre Zielsetzung** dieser Beobachtungsstudie sollte daher die Lebenszeitprävalenz interpersoneller psychischer, physischer und sexualisierter Gewaltwiderfahrnisse schwerstabhängiger Männer, die an Berliner Opiat-Ersatz-Programmen teilnehmen, bestimmt werden.

Die **sekundären Zielsetzungen** der vorliegenden Studie waren:

- Bestimmung der Häufigkeit jeglicher und schwerer wiederholter Gewaltwiderfahrnisse in Kindheit und Jugend, die durch Erziehungspersonen verübt wurde,
- Untersuchung des Kontexts der erlebten psychischen, physischen und sexualisierten Gewalterfahrungen allgemein und durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend im speziellen in Bezug auf das Alter der Studienteilnehmer, das Lebensumfeld (z.B. Familie, Heim, Straße) und Tätercharakteristika,
- Analyse möglicher biografischer und sozioökonomischer Einflussfaktoren für das Erleben schwerer, wiederholter Gewalterfahrungen, und
- Ermittlung medizinischer und psychosozialer Folgen von Gewalterfahrungen (z.B. körperliche Verletzungen, Anzeichen von Traumatisierung sowie weitere psychische Beschwerden) bei schwerstabhängigen Männern.

3 Methoden

3.1 Studiendesign und -setting

Bei dem vorliegenden Projekt „Gewalterfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter – Interviews mit drogenswerstabhängigen Männern in Berlin“ handelt es sich um eine deskriptive querschnittliche Beobachtungsstudie. Die Fragestellungen wurden anhand von persönlichen Interviews mit opiatabhängigen Männern sowie durch Einsicht in deren Krankenakten bearbeitet. Die Konzeptualisierung der vorliegenden Studie begann im Dezember 2009. Die Datenerhebung erfolgte von Mai 2011 bis Januar 2012 in Berlin. Die Zustimmung der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin zu dem vorliegenden Forschungsvorhaben erfolgte am 08.04.2011.

Die Studienteilnehmer wurden konsekutiv aus dem Patientenkollektiv zweier Berliner Allgemeinarztpraxen rekrutiert, die schwerpunktmäßig schwerstabhängige Patienten betreuen: Der „Gemeinschaftspraxis Jellinek & Rogge - A.I.D. Ambulanz für integrierte Drogenhilfe Neukölln“ sowie des „Medizinischen Versorgungszentrums Gesundes Friedrichshain - A.I.D. Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Friedrichshain“. Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des „Medizinischen Versorgungszentrums Gesundes Friedrichshain A.I.D. Berlin“ ist Chaim Jellinek, der ebenfalls behandelnder Arzt und Praxisteilhaber der „Gemeinschaftspraxis Jellinek & Rogge, A.I.D. Neukölln“ ist, sowie stellvertretender Studienleiter der vorliegenden Arbeit war.

Aufgrund der ausführlichen Anamnesen waren Teile von Gewalterfahrungen der Patienten den behandelnden und Ärztinnen bereits im Vorfeld bekannt. Für die Vor- und Nachbereitung der Interviews wurden die Patientenakten eingesehen.

3.2 Studienpopulation

Die Studienpopulation rekrutierte sich aus den männlichen Patienten der A.I.D. Berlin. 68% dieser kommen im Rahmen ihrer Substitutionsbehandlung täglich, 24% mehrmals in der Woche, und 8% mindestens einmal wöchentlich in eine der oben genannten Arztpraxen. Dort nehmen sie ihr Substitut ein oder als Take-Home-Verschreibung entgegen und werden ärztlich, psychologisch und sozial intensiv und zum Teil bereits seit Jahrzehnten (s. Abschnitt 4.2.1) betreut. Im Rahmen der A.I.D. Berlin in Kreuzberg, Neukölln und Friedrichshain kooperieren niedergelassene Ärzte und Ärztinnen mit einem Angebot von psychosozialer Betreuung für Substituierte unter einem Dach. Die suchterkrankten Patienten, die in der vorliegenden Arbeit als Studienpopulation befragt wurden, sind schwerstabhängig (s. Abschnitt 1.2.2). Das Angebot der beiden Studienorte richtet sich an Opiatabhängige, die andernorts nicht in Behandlungsprogramme aufgenommen oder immer wieder ausgeschlossen wurden, da sie zum Beispiel als nicht „wartzimmerfähig“ bzw. „absprachefähig“ angesehen wurden. Die A.I.D. Berlin ist demnach als Spezialeinrichtung für „besonders

schwierige Fälle“ bekannt (A.I.D. Berlin, 2015). Tabelle 3 legt Ein- und Ausschlusskriterien der Studienteilnahme dar.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien der Studienteilnahme

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • männliches Geschlecht • Volljährigkeit • Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode“ nach ICD-10 (F11.2) • Patient im Substitutionsprogramm der „Gemeinschaftspraxis Jellinek & Rogge, Ambulanz für integrierte Drogenhilfe Neukölln“ und des „Medizinischen Versorgungszentrums Friedrichshain, Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Friedrichshain“ • ausreichende Beherrschung der deutschen Sprache • ausreichendes Verständnis der Studie und Einwilligungsfähigkeit der Teilnahme • unterschriebene Einwilligungserklärung
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • akute psychotische Symptome • Drogenintoxikation zum Interviewzeitpunkt, die das Verständnis der Studie oder die Einwilligungsfähigkeit zur Teilnahme in Frage stellt

3.3 Systematisierung der Erhebung von Gewalterfahrungen

In der Literaturrecherche sowie in Expertengesprächen mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen der Schwerstabhängigen wurden zunächst die drei als relevant erachteten Gewaltfelder der interpersonellen Gewalterfahrungen (psychische, physische und sexualisierte Gewalt) festgelegt, die zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Studie geeignet erschienen. Diese Festlegung erhob keinen Anspruch auf Vollständigkeit aller möglichen erlebten Gewaltphänomene, sondern diente einer ersten Systematisierung von Gewalt im vorliegenden Forschungsprozess, die auch in anderen Studien als sinnvoll erachtet oder erprobt wurde (Jungnitz, 2004; Krug, 2002).

Zur Erfassung von Gewalterfahrungen bei Männern gab es keine standardisierten und validierten Messinstrumente, welche Gewalt in der für diese Untersuchung erforderlichen Differenziertheit darstellen könnten (Schlack, 2013), ebenso wenig wie geeignete und aussagekräftige Screening-Instrumente, die verschiedene Gewaltformen in unterschiedlichen Lebensumfeldern umfassend detektieren würden (Brzank und Blattner, 2010). Bisher fehlen Studien, die Evidenz für die Wirksamkeit eines Screenings auf Gewalterfahrungen im medizinischen Versorgungssystem liefern würden, obwohl ein Nutzen für die betroffenen Patienten zum Beispiel von Partnergewalt anzunehmen ist (Brzank und Blattner, 2010).

Die Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ (bzw. „Männerstudie“) des BMFSFJ von Jungnitz et al. war die erste Studie in Deutschland zur gesamten Bandbreite interpersoneller Gewalt gegen Männer,

deren Ergebnisse einen ersten Erkenntnisgewinn zu Männern als Opfer von Gewalt erbrachte und deutlich machte, dass Gewalt gegen Männer trotz angenommener Hindernisse wahrnehmbar, kommunizierbar und damit erforschbar ist (Jungnitz, 2004). Daher wurde für die Interviews der vorliegenden Arbeit ein modifizierter standardisierter quantitativer Fragebogen mit qualitativen Anteilen eingesetzt, der in seiner Originalversion in dieser Männerstudie entwickelt und erfolgreich erstmalig verwendet wurde. Die Autoren haben der Verwendung ihres Fragebogens für das vorliegende Projekt zugestimmt. Entwicklung und Modifikationen des Fragebogens werden im folgenden Abschnitt 3.4 dargelegt.

3.4 Aufbau und Dimensionen des Fragebogens

Der verwendete Fragebogen trug den Titel „Lebenserfahrungen von Männern“. Die Wahl dieses Titels entsprang einem Kompromiss aus forschungspraktischen sowie ethischen Abwägungen: Er sollte der Bandbreite der erfragten biographischen Erlebnisse gerecht werden ohne potentielle Studienteilnehmer durch eine ausschließliche Fokussierung auf Gewaltwiderfahrnisse im Vorfeld der Befragung abzuschrecken.

Der quantitative „Haupt- und Selbstausfüller-Fragebogen Modul 4“ (Jungnitz, 2004) wurde als Vorbild für die Interviews verwendet. Für die Befragung schwerstabhängiger Patienten wurde er gekürzt und modifiziert, mit dem Ziel die Gesamtdauer der Befragung, die von den Autoren der Pilotstudie mit ca. 90 Minuten angegeben wurde, zu verringern. Dies hatte den Grund, dass nach Einschätzung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen der A.I.D. Berlin gerade Patienten mit schweren Suchterkrankungen Konzentrationsschwierigkeiten haben könnten, und sich unter Angabe einer Untersuchungsdauer von mehr als einer Stunde kaum rekrutieren lassen würden.

Der Fragebogen bestand insgesamt aus 51 Hauptfragen. Einzelne Fragenkomplexe wurden in weitere Unterpunkte (A., B., C. etc.) aufgeteilt. Zunächst wurden die Teilnehmer-Nummer, das Datum des Interviews und der Beginn des Interviews notiert, um daraus nach dessen Beendigung die Dauer der einzelnen Interviews abzuleiten. Es folgten sieben Teile mit folgenden Überschriften:

- I. Kindheit und Jugend inklusive Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen*
- II. Psychische Gewalt*
- III. Erwachsenenalter*
- IV. Physische Gewalt*
- V. Sexualisierte Gewalt*
- VI. Psychosoziale und gesellschaftliche Aspekte inklusive Folgen von Gewalt*
- VII. Suchtanamnese*

Diese Konstruktion wurde gewählt, um einen Wechsel zwischen nicht direkt gewaltbezogenen Fragekomplexen zu biographischen Erlebnissen so wie direkten Fragen nach Gewaltwiderfahrnissen herzustellen, der einen vertrauensvollen Gesprächsaufbau ermöglichen und den Interviewab-

lauf für die Studienteilnehmer so wenig belastend wie möglich sein lassen sollte. So sollte die Gefahr einer Retraumatisierung in der Fragesituation verringert werden (s. Abschnitt 5.4).

Die Fragebogenteile „**I. Kindheit und Jugend** inklusive Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen“ und „**III. Erwachsenenalter**“ enthielten Angaben über soziodemographische Daten der Studienteilnehmer (z.B. Alter, Herkunft, Migrationshintergrund, schulischer Bildungsstand, schulischer Bildungsstand der Eltern, Familienstand, Kinder). Es wurde die aktuelle soziale Zufriedenheit der Teilnehmer erfragt und erhoben, ob diese schon einmal selbst begonnen hatten, Gewalt auszuüben. Es folgten im Bereich „Kindheit und Erziehung“ Fragen zu den Erziehungspersonen, zum familiären Umfeld, zu möglichen körperlichen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, zu Kontakten mit dem Jugendamt, zu Jugendstrafen und psychiatrischen Behandlungen in Kindheit und Jugend sowie zum Zeitpunkt des ersten Auszuges aus dem Elternhaus. Dadurch sollte das Patientenkollektiv der schwerstabhängigen Männer zunächst biographisch näher erfasst werden. Gleichzeitig sollten Gesprächszugänge zu den Studienteilnehmern eröffnet werden.

Die Gewaltwiderfahrnisse der schwerstabhängigen Männer wurden in Fragekomplexen zu drei Gewaltarten (psychisch, physisch, sexualisiert) sowie zu den „Gwalterfahrungen durch Erziehungspersonen“ erfragt. Letzteres war im Fragebogen „I. Kindheit und Jugend inklusive **Gwalterfahrungen durch Erziehungspersonen**“ enthalten und bezog sich auf Gwalterlebnisse der Studienteilnehmer bis zum 21. Lebensjahr, die durch Vater, Mutter oder andere (ältere) Erziehungspersonen verursacht worden waren. Die Kindheit und Jugend ist durch eine besondere Abhängigkeit und asymmetrische Beziehungen gekennzeichnet, Kindern ist eine besondere Schutzbedürftigkeit, und damit auch Verletzungsoffenheit und Gewaltgefährdung inne (Jungbauer, 2009). Anhand dieses Fragenkomplexes wurde der besonderen Bedeutung von Gwalterlebnissen in der Kindheit (Kindesmisshandlung, innerfamiliäre Gwalterfahrungen), die in der bisherigen Forschung beschrieben wurde, Rechnung getragen. In dieses Gewaltfeld fielen sowohl psychische als auch physische Gwalterfahrungen. Die weiteren Gewaltwiderfahrnisse sollten mit Rückschau auf das gesamte bisherige Leben berichtet werden können (Kindheit und Jugend ebenfalls eingeschlossen). Sie wurden in den Fragebogen „**II. Psychische Gewalt**“, „**IV. Physische Gewalt**“ und „**V. Sexualisierte Gewalt**“ thematisiert.

Den Fragen zu jeder dieser Gewaltarten wurde ein kurzer Einstiegstext voran gestellt, in dem eine niedrighschwellig formulierte Beschreibung des Gewaltfeldes sowie eine kurze Einweisung zur Beantwortung der Fragen gegeben wurde. Für die Gwalterfahrungen durch Erziehungspersonen lautete die Einweisung wie folgt:

„Haben Sie in Ihrer Kindheit und Jugend die folgenden Situationen erlebt? Ich frage Sie jetzt nach verschiedenen Ereignissen und würde gerne wissen, ob Sie diese in Ihrer Kindheit und Jugend einmal, mehrmals oder gar nicht erlebt haben. Wenn Sie mit „Ja“ antworten, würde ich gerne die Umstände wissen und frage Sie dann genauer danach. Haben Sie erlebt, dass...?“

Für die Erfragung der drei Gewaltarten (psychisch, physisch, sexualisierte Gewalt) wurden die Studienteilnehmer folgendermaßen eingewiesen:

„Haben Sie die folgenden Situationen schon erlebt? Ich frage Sie jetzt nach verschiedenen Ereignissen und würde gerne wissen, ob Sie diese in Ihrem gesamten Leben schon einmal, mehrmals oder gar nicht erlebt haben. Denken Sie bitten an Ihre Kindheit und Jugend genau so wie ans Erwachsenenalter. Wenn Sie mit „Ja“ antworten, würde ich gerne die Umstände wissen und frage Sie dann genauer danach. Haben Sie erlebt, dass...?“

Zu jeder der Gewaltarten wurden dann einzelne, konkrete Gewalthandlungen abgefragt, um die Erinnerung der Studienteilnehmer an einzelne mögliche Gewalterfahrungen anzuregen, die zum Zeitpunkt der Befragung vielleicht nicht mehr aktiv, dafür jedoch passiv erinnert wurden. Zudem sollten sich die Studienteilnehmer nicht durch allzu offene Fragen allein gelassen oder überfordert fühlen. Die Benennung konkreten Gewalthandlungen sollte ferner suggerieren, dass diese bekannt und auch anderen Personen geschehen sein könnten, um so Gefühle von Scham und Tabuisierung seitens der Betroffenen entgegen zu wirken.

Anstelle von sechsstufigen Antwortskalen wie in der Männerstudie (Jungnitz, 2004) wurden für die vorliegende Arbeit vereinfachte Antwortmöglichkeiten vorgegeben („ja, einmal“, „ja, mehrmals“, „nein“), ebenfalls um die Durchführbarkeit des Interviews mit den schwerstabhängigen Patienten zu erleichtern. Anhand der Unterscheidung zwischen „ja, einmal“ und „ja, mehrmals“ wurden erste Erkenntnisse darüber gewonnen, ob die Gewalterfahrungen wiederholt bzw. anhaltend geschehen sein könnten.

Bei Bejahung eines Items zu einer einzelnen Gewalthandlung wurden vier weitere Fragen gestellt: Nach dem Lebensabschnitt bzw. Alter beim Erleben der Gewalthandlung („Wie alt waren sie damals?“), dem Umfeld („Wo ist es passiert?“), der Person des Täters („Wer hat es getan?“) sowie nach weiteren Details („Was ist passiert?“), um einen Erzählraum für diejenigen zu eröffnen, die ihre Erfahrung näher erläutern wollten. Durch diese Spezifizierungen sollte das Erreichen der sekundären Fragestellung dieser Studie, den Kontext der Gewalterlebnisse in Erfahrung zu bringen, ermöglicht werden. Die Antworten konnten frei gegeben werden, um eine relative Offenheit der Antwortinhalte zu ermöglichen. Bei der Auswertung der Fragebögen wurden anschließend für je-

des der Gewaltfelder die Angaben aller Studienteilnehmer insgesamt in sinnvolle Kategorien eingeteilt (so wurden beispielsweise bei der Frage „*Wer hat es getan?*“ die Antworten „*meine Grundschullehrerin*“ und „*der Direktor meiner Schule*“ in einer Kategorie unter dem Oberbegriff „*Lehrer/in, Erzieher/in, Ausbilder/in*“ zusammengefasst).

Der Fragebogenteil „**VI. Psychosoziale und gesellschaftliche Aspekte**“ enthielt Fragen des *Posttraumatic Diagnostic Scale* (Foa, 1995), um traumatische Folgen der Gewalterlebnisse zu ermitteln. Im Vergleich zu diesem bildete er nur die Kriterien B bis E der PTBS aus dem DSM-V ab. Die Fragen waren so verändert worden, dass sie sich nun auf alle erlebten Gewalterfahrungen insgesamt bezogen („*Kennen Sie folgende Gefühle und Beschwerden als Folge von Gewalt, die Ihnen durch andere Menschen angetan wurde?*“). Um die Durchführbarkeit der Befragung zu gewährleisten, wurden zudem im Vergleich zum *Posttraumatic Diagnostic Scale* die vierstufigen Antwortskalen auf dichotome Antwortmöglichkeiten („*ja*“/„*nein*“) reduziert und die Häufigkeit der Zustimmung zu den einzelnen Items deskriptiv ausgewertet. Ziel war es, lediglich Hinweise auf Anzeichen von Traumatisierung zu generieren, ohne dabei den Anspruch zu erheben, eine psychiatrische Diagnose zu stellen, wofür weitere diagnostische Werkzeuge nötig gewesen wären. Des Weiteren wurden in diesem Fragebogenteil Folgen von Gewaltwiderfahrnissen („*weitere psychische Beschwerden*“, s. Abschnitt 4.8.3) nach Vorbild der deutschen Männerstudie erfragt (Jungnitz, 2004). Somit sollten im Rahmen der sekundären Zielsetzungen der Studie die Folgen von Gewalterfahrungen und Anzeichen von Traumatisierung bei schwerstabhängigen Männern ermittelt werden. Im letzten Teil des Fragebogens, „**VII. Suchtanamnese**“, wurden durch Einsicht in die Patientenakten die Art der konsumierten Drogen, das Einstiegsalter in den Konsum, die Dauer der Substitutionsbehandlung sowie die psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 erhoben, ebenfalls zum Zweck der Charakterisierung der untersuchten Studienpopulation.

Der endgültige Fragebogen enthielt auch qualitative Fragekomplexe, die jedoch nicht Teil der vorliegenden Arbeit waren, da sie für die Beantwortung der Fragestellungen dieser Studie nicht unmittelbar zielführend waren (z.B. „*Mit wem hatten Sie in ihrer Kindheit und Jugend die schönsten Erlebnisse?*“, oder „*Was verstehen Sie persönlich unter Gewalt?*“). Diese sollten v.a. dazu beitragen, eine vergleichsweise natürliche Gesprächssituation entstehen zu lassen und so Zugänge zu den Teilnehmern zu eröffnen. Zudem sollte die Erfragung von guten Lebenserfahrungen den Studienteilnehmern Raum für positive Erinnerungen geben, um darüber die Gefahr einer psychischen Belastung durch die Interviewsituation zu reduzieren.

3.5 Durchführung der Interviews

Der Interviewzeitraum begann im Mai 2011 und endete Ende Januar 2012. Die Dauer eines Interviews wurde auf 1 bis 1,5 Stunden geschätzt. Die Interviews wurden durch die nicht zu den teil-

nehmenden Arztpraxen gehörende Interviewerin und Verfasserin der vorliegenden Arbeit durchgeführt, um die Trennung der Studienteilnahme von den behandelnden Ärzten zu gewährleisten und dadurch zu vermeiden, dass Patienten sich zur Teilnahme verpflichtet fühlen oder Nachteile bei der Behandlung befürchten könnten, wenn sie die Teilnahme ablehnten.

Die Patienten wurden bei der Anmeldung in der Praxis am Empfangs- bzw. Substitutionsmittelabgabeterminen konsekutiv von der Interviewerin angesprochen und über Inhalte und Ziele der Studie sowie die Möglichkeit der Studienteilnahme informiert. Bei Einwilligung zur Studienteilnahme wurde ein individueller Termin für die Durchführung des Interviews vereinbart.

Die Befragung erfolgte während der regulären Sprechzeiten in einem Sprechzimmer der beiden genannten Studienzentren unter vier Augen (Studienteilnehmer und Interviewerin). Die Antworten der Befragten wurden durch die Interviewerin in schriftlicher Form auf Papierfragebögen festgehalten. Aus folgenden Gründen wurde gegen das Selbstauffüllen des Fragebogens durch die Patienten entschieden, auch wenn damit der Möglichkeit von durch die Interviewersituation hervorgerufene Scham hätte entgegen gewirkt werden können: Nach Einschätzung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen der A.I.D. haben die Studienteilnehmer aufgrund ihrer speziellen Lebenssituation als Schwerstabhängige wenig Erfahrung, Training und Ausdauer im Lesen und Schreiben oder sind sogar Analphabeten. Die Gesprächssituation konnte das Verständnis der Fragen, sowie die Aufrechterhaltung der Konzentration der befragten Männer eher gewährleisten. Zweitens sollten die Studienteilnehmer nicht bei der Beantwortung sensibler Fragen nach Gewaltwiderfahrnissen und ihren Erinnerungen alleine gelassen werden. Die Befragung sollte begleitet werden, um so eventuelle Anzeichen für die Notwendigkeit eines Interviewabbruchs frühzeitig erkennen zu können. Des Weiteren sollte den Studienteilnehmern die Möglichkeit gegeben werden, sich ganz auf das Gespräch und das Erzählen zu konzentrieren, anstatt sich durch Schwierigkeiten beim Verständnis oder Schreiben gehemmt zu fühlen.

Um eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre entstehen zu lassen, wurde zudem gegen die direkte Eingabe der Antworten am Computer und gegen den Einsatz von Tonbändern zur Aufzeichnung der berichteten Gewaltwiderfahrnisse entschieden. Die Hemmschwelle der Schwerstabhängigen, an der Befragung teilzunehmen und über ihre Biographie zu sprechen sowie sensible persönliche Gewalterfahrungen zu berichten, wäre durch den Einsatz dieser Dokumentationsart erhöht worden.

3.6 Abbruchkriterien der Interviews

Als Abbruchkriterien der Interviews wurde der persönliche Wunsch eines Studienteilnehmers oder der Interviewerin nach Abbruch des Interviews sowie das Auftreten akuter Symptome einer akuten Belastungsreaktion oder einer PTBS bei den Studienteilnehmern verstanden.

Laut ICD-10-GM beginnt die akute Belastungsreaktion (F43.0) meist mit einer emotionalen Betäubung, Bewusstseinsbeschränkung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, es folgen die Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten sowie eine Desorientiertheit. Dieser Zustand kann bis zur Dissoziation führen oder aber starke Unruhezustände und Überaktivität (im Sinne einer Fluchtreaktion) hervorrufen. Vegetative Symptome akuter Angstzustände wie Tachykardie, starkes Schwitzen und Erröten können auftreten (DIMDI, 2015). Typische akute Symptome einer PTBS (F43.1) sind das erneute Erleben eines Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen. Dies tritt auf Grundlage eines Gefühls des Betäubtseins und emotionaler Stumpfheit auf. Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit und fehlende Reaktionsbereitschaft können auf das Vorhandensein einer PTBS hinweisen. Meist kommt ein Zustand von vegetativer Hypererregung mit Vigilanzsteigerung und einer übermäßigen Schreckhaftigkeit hinzu. Ebenfalls kann ein dissoziativer Stupor auftreten, der sich in einer beträchtlichen Verringerung willkürlicher Bewegungen und normaler Reaktionen auf Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung äußern kann. Dabei lassen sich keine Zeichen für eine körperliche Ursache erkennen (DIMDI, 2015). Das Auftreten eines dieser Symptome als Zeichen der Gefährdung des körperlichen und/oder seelischen Wohls eines Studienteilnehmers war damit ein Indikator für den Abbruch des Interviews.

3.7 Datenmanagement

Eine Patienteninformation sowie eine Einwilligungserklärung, in der den Teilnehmern schriftlich ihre Anonymität, der Schutz ihrer Daten und die Möglichkeit eines Interviewabbruchs zugesichert wurden, wurde den Studienteilnehmern vor Beginn der Befragung vorgelegt und musste vor Einschluss in die Studie unterschrieben werden. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und konnte jederzeit und ohne persönliche Nachteile beendet werden. Die auf den Einwilligungserklärungen notierten personenbezogenen Daten verblieben in den Studienräumen. Alle weiteren Daten wurden nur in pseudonomisierter Form erhoben, verarbeitet und gespeichert. Das Berliner Datenschutzgesetz sowie das Bundesdatenschutzgesetz wurden berücksichtigt. Der Durchführung der Studien wurde vom Datenschutzbeauftragten der Charité zugestimmt. Die unterschriebene Einwilligungserklärung wurde nach Unterzeichnung durch den Studienteilnehmer mit einer jeweils nur einmalig zu vergebenden fortlaufenden Studiennummer versehen und wird getrennt von allen anderen Studienunterlagen in einem abschließbaren Schrank in den A.I.D. Praxisräumen für mindestens zehn Jahre nach Projektende aufbewahrt. Unter Angabe der fortlaufenden Studiennummer

wurden die Interviewantworten von der Studienkordinatorin auf einem Computer der Arztpraxis in eine Datenbank für wissenschaftliche Befragungen (*Social Science Survey*, 2006-2015) eingegeben. Die pseudonomisierten Daten wurden zusätzlich auf dem Server des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie passwortgeschützt zur Datensicherung und für Analysen abgespeichert.

3.8 Fallzahlschätzung und statistische Methoden

Um bei einer vermuteten Prävalenz von 85% Gewalterfahrungen im Leben Drogenabhängiger eine Genauigkeit der Prävalenzschätzung von $\pm 10\%$ im 95%- KI zu erzielen, sollten 50 drogenabhängige Männer an der Befragung teilnehmen. Es wurde erwartet, dass ein Drittel der angesprochenen Männer die Studienteilnahme verweigern würde, so dass 75 Männer angesprochen werden müssten, um 50 Probanden rekrutieren zu können. Insgesamt wurden im Studienzeitraum in den beiden an der Befragung teilnehmenden Praxen 322 Männer in Methadonsubstitutionsprogrammen behandelt.

In den Auswertungen wurden zunächst die Teilnahmequote und die Anzahl der Studienabbrecher (so genannte Drop-Outs) des Rekrutierungsprozesses dargelegt. Für das Alter und drogenbiographische stetige Variablen wurden Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum sowie Maximum, und zum Vergleich der Studienteilnehmer mit den Nicht-Teilnehmern wurde, bei Normalverteilung, der t-test für unverbundene Stichproben gewählt (Tabellen 4 und 8).

Primäre Zielsetzung

Zur Ermittlung der Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrungen wurden absolute und relative Häufigkeiten, letztere mit 95%-KI, berechnet und deskriptiv dargestellt (Newcombe, 1998). Dabei wurden die einmalig gemachten Gewalterfahrungen (Antwort: „ja, einmal“) von den mehrmals gemachten Gewalterfahrungen (Antwort: „ja, mehrmals“) unterschieden. Zudem wurden für jedes Gewaltfeld die Gesamtzahl der Nennungen sowie die daraus folgende durchschnittliche Anzahl der Nennungen pro Studienteilnehmer angegeben.

Sekundäre Zielsetzungen

Analog dazu wurde die absolute und relative Häufigkeit jeglicher Gewaltwiderfahrnisse in Kindheit und Jugend, die durch Erziehungspersonen verübt wurde, deskriptiv für jede Gewalthandlung ermittelt und dargestellt. Zur Ermittlung der Häufigkeit der *wiederholten schweren* Gewalterfahrungen wurden folgende Items ausgewählt, die für die Definition schwerer Gewalt speziell in Kindheit und Jugend durch Erziehungspersonen in den vorliegenden Analysen verwendet wurden:

Schwere psychische Gewalt in Kindheit und Jugend durch Erziehungspersonen:

- *Lächerlich gemacht und gedemütigt*
- *Seelisch verletzt*
- *Niedergebrüllt*

Schwere physische Gewalt in Kindheit und Jugend durch Erziehungspersonen:

- *Schallende Ohrfeige*
- *Hintern versohlt*
- *Heftige Prügel*

Es wurden die Antworten der Teilnehmer gewertet, die bei mindestens einem dieser Items „ja, mehrfach“ oder bei mindestens zwei dieser Items „ja, einmal“ geantwortet hatten.

Zur Untersuchung des Kontextes der erlebten psychischen, physischen und sexualisierten Gewalterfahrungen sowie der Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend durch Erziehungspersonen wurden die gemachten Altersangaben in vier Lebensabschnitte eingeteilt:

- *0-6 Jahre (Vorschulalter)*
- *7-13 Jahre (Schulalter)*
- *14-18 Jahre (Jugend)*
- *>18 Jahre (Erwachsenalter)*

Zur Ermittlung des Umfelds der Gewalterfahrungen wurden folgende Kategorien gebildet:

- *im Elternhaus*
- *in der eigenen Wohnstätte*
- *in einer fremden Wohnung*
- *im Kinderheim*
- *in der Schule bzw. Ausbildungsstätte*
- *am Arbeitsplatz*
- *in der Nachbarschaft, bei Freunden oder Bekannten*
- *in der Öffentlichkeit, in der Freizeit, auf der Straße*
- *auf der Drogenszene*
- *im Gefängnis*
- *an einem anderen Ort*

Zur Ermittlung des Täters der Gewalterfahrungen wurden folgende Kategorien gebildet:

- *Vater oder Stiefvater*
- *Mutter oder Stiefmutter*
- *anderes Familienmitglied*
- *Partner/in*
- *Lehrer/in, Erzieher/in, Ausbilder/in*
- *Kollege/in, Vorgesetzte/r*
- *Mithäftling*
- *Staatspersonal*
- *medizinisches Personal*
- *sonstige bekannte Person*
- *sonstige unbekannte Person*

Des Weiteren sollten biographische und sozioökonomische Einflussfaktoren für das Erleben *wiederholter schwerer* Gewalterfahrungen ermittelt werden. Dazu wurden zunächst aus den drei Gewaltfeldern (psychische, physische und sexualisierte Gewalt) die Items ausgewählt, die schwere Gewalt jemals im Leben beschrieben.

Schwere psychische Gewalt:

- *Systematisch unterdrückt/systematisch schikaniert*
- *Schwer bedroht*
- *Erpressung/Zwang*
- *Seelische Grausamkeit*

Schwere physische Gewalt:

- *Überfallen, beraubt*
- *Eingesperrt, gefesselt*
- *Mit Waffe verletzt*
- *Absichtlich verbrüht oder verbrannt worden*
- *Gewürgt, erstickt*
- *Verprügelt, zusammengeschlagen*
- *Mit Gegenstand geschlagen*

Schwere sexualisierte Gewalt:

- *Ungewollt intim berührt, bedrängt, geküsst worden*
- *Erzwungener Geschlechtsverkehr*
- *Erzwungene andere sexuelle Handlungen*
- *Zur Prostitution gezwungen*

Für die Analyse die Antworten der Teilnehmer gewertet, die bei mindestens einem dieser Items „*ja, mehrfach*“ oder bei mindestens zwei dieser Items „*ja, einmal*“ geantwortet hatten, um wiederholt erlebte schwere Gewalt zu erfassen.

Um mögliche Assoziationen zwischen biographischen und sozioökonomischen Faktoren und dem Erleben schwerer Gewalt zu prüfen, wurden die entsprechenden Vierfeldertafeln dargestellt. Mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen wurden durch den Fisher's Exact Test untersucht. Folgende Faktoren wurden in Betracht gezogen:

- *Jugendamt wurde in die Herkunftsfamilie gerufen (ja/nein)*
- *Migrationshintergrund (ja/nein)*
- *Wenig Geld in der Familie (ja/nein)*
- *Bildungsstand der Eltern der Teilnehmer (mind. ein Elternteil Abitur oder Fachabitur)*
- *Erziehungspersonen (bei beiden Elternteilen aufgewachsen vs. bei nur einem Elternteil oder anderen Erziehungspersonen aufgewachsen)*

Zur Analyse von möglichen Determinanten besonders schwerer Gewalterfahrungen wurden die schweren Gewalterlebnisse kumuliert und es ergaben sich Gruppen der Teilnehmer, denen eine,

zwei oder drei Arten der schweren Gewalt zugefügt wurde. Der Fisher's Exact Test wurde auch hier genutzt, um Unterschiede zwischen den Gruppen zu ermitteln.

Mittels univariabler logistischer Regressionsanalysen wurden zunächst rohe Odds Ratios für jede potentielle Determinante berechnet. Anschließend wurden alle Variablen mit schätzbaren Schätzparametern in ein multivariablen logistisches Modell einbezogen, um adjustierte Odds Ratios zu berechnen. Alle Odds Ratios werden mit 95%-KI und p-Wert präsentiert. Es wurde ein Signifikanzniveau von $p=0,05$ gewählt. Diese Analysen wurden als rein explorativ angesehen.

Abschließend wurden die absolute und relative Häufigkeit medizinischer und psychosozialer Folgen von Gewalterfahrungen (z.B. körperliche Verletzungen, Anzeichen von Traumatisierung sowie weitere biopsychosoziale Beschwerden) deskriptiv ausgewertet und dargestellt.

4 Ergebnisse

4.1 Response-Rate und Drop-Outs

Von den 75 im Befragungszeitraum von Mai 2011 bis Januar 2012 angesprochenen Patienten erklärten sich zunächst 60 zur Studienteilnahme bereit. Von diesen erschienen neun nicht zum vereinbarten Interviewtermin, ohne jedoch die Studienteilnahme abzusagen. Die Gründe blieben ungeklärt, da sich die Patienten zu den Zeiten der Rekrutierung nicht mehr in der Praxis einfanden und durch die Interviewerin im gesamten Befragungszeitraum nicht mehr erreicht werden konnten (Abb.2).

Von den verbleibenden 51 Patienten erschienen 25 nicht zum ersten verabredeten Termin bzw. erklärten am verabredeten Termin, diesen verschieben zu müssen. Sie konnten jedoch zu einem späteren Zeitpunkt interviewt werden. Mit Einzelnen musste die Terminverabredung bis zu fünf Mal wiederholt werden, bis das Interview durchgeführt werden konnte. Von den 51 Patienten, mit denen ein Termin gefunden und das Interview begonnen wurde, brach es ein Teilnehmer aus Zeitmangel nach ca. 45 Minuten ab, und konnte von der Interviewerin während des gesamten verbleibenden Befragungszeitraumes nicht mehr erreicht werden (Abb. 2).

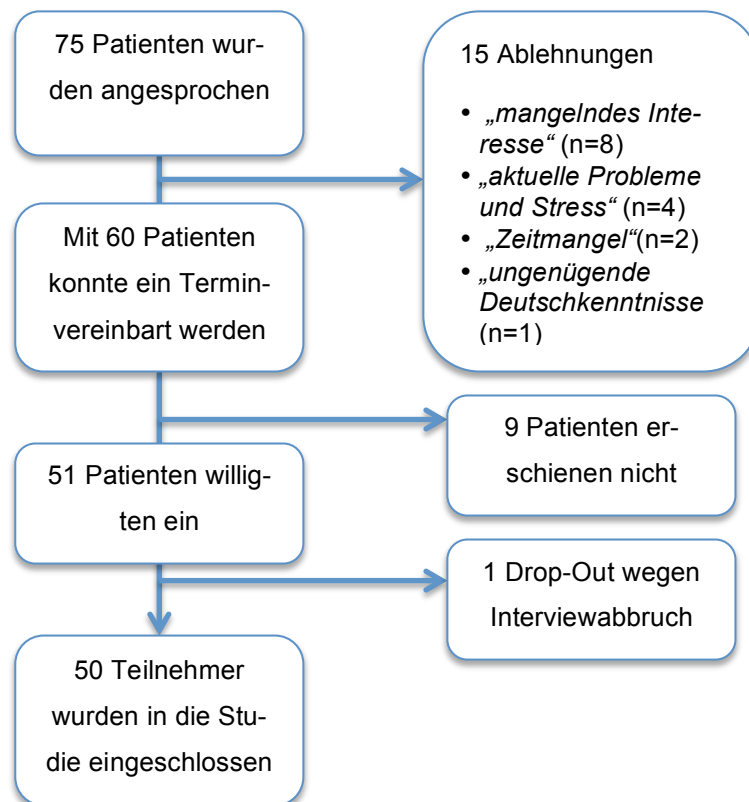


Abbildung 2: Flow-Chart über den Rekrutierungsprozess und Einschluss der Studienteilnehmer

4.2 Soziodemographische Charakteristika

4.2.1 Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der befragten Schwerstabhängigen lag bei (Mittelwert±Standardabweichung) 39,2±12,2 Jahren. Die Teilnahmeverweigerer waren ähnlich alt (Tab. 4).

Tabelle 4: Altersverteilung der 50 Studienteilnehmer und der 25 Teilnahmeverweigerer

		Studienteilnehmer (n=50)	Teilnahmeverweigerer (n=25)	p-Wert des Vergleichs der Studienteilnehmer mit den Teilnahmeverweigerern
Alter (in Jahren)	Mittelwert±SD	39,2±12,2	37,0±11,2	p= 0,450
	Median	38,0	39,0	
	Minimum	19,0	19,0	
	Maximum	74,0	60,0	

SD=Standardabweichung

4.2.2 Herkunft und Migrationshintergrund

Als Herkunft wird in der vorliegenden Arbeit das Land bezeichnet, in dem der Studienteilnehmer überwiegend seine Kindheit und Jugend verbracht hat. In dieser Studie wird von einem Migrationshintergrund ausgegangen, wenn der Vater oder die Mutter des Studienteilnehmers in einem anderen Land als Deutschland geboren wurde. 94% der Studienteilnehmer sind in Deutschland aufgewachsen, die Übrigen verbrachten ihre Kindheit und Jugend überwiegend in einem anderen Land (in Italien, dem Iran und Litauen) verbracht hatten. Zwei Patienten konnten keine Angabe zum Migrationshintergrund der Eltern machen, da sie ihre leiblichen Eltern nicht kannten (Tab. 5).

Tabelle 5: Herkunft und Migrationshintergrund der 50 Studienteilnehmer

		Häufigkeit (n)	Häufigkeit (%)
Herkunft	Deutschland	47	94
	Ausland	3	6
Migrationshintergrund	Nein	35	70
	Ja	13	26
	unbekannt	2	4

Ein Viertel der Studienteilnehmer wies einen Migrationshintergrund auf, der über das Geburtsland der Eltern außerhalb von Deutschland definiert war. Dies traf bei acht Patienten für Vater und Mutter, bei fünf Patienten lediglich für ein Elternteil zu (Tab. 6).

Tabelle 6: Herkunftsländer der Eltern der 13 Studienteilnehmer mit Migrationshintergrund

	Anzahl der Nennungen (n)	
	Vater	Mutter
Finnland	0	1
Italien	1	1
Österreich	1	0
Litauen	2	1
Kirgisien	0	1
Türkei	1	1
Libanon	1	1
Palästina	2	2
Iran	1	1
Indien	1	0
USA	0	1
Sierra Leone	0	1
unbekannt	2	2

4.2.3 Bildungsstand und familiäre Situation

Von den befragten Männern hatten 18% die Schule ohne formalen Abschluss verlassen. Knapp ein Viertel der Teilnehmer konnte keine Angaben zum Bildungsstand der Eltern machen, sei es weil diese im Ausland aufgewachsen waren und den Teilnehmern die Vergleichbarkeit der Schulabschlüsse mit denen in Deutschland nicht geläufig war, oder weil kein Austausch über dieses Thema in der Familie stattgefunden hatte. 80% der Männer waren ledig und knapp zwei Drittel kinderlos (Tab. 7).

Tabelle 7: Bildungsstand, Bildungsstand der Eltern, Familienstand, Kinder der 50 Studienteilnehmer

		Häufigkeit (n)	Häufigkeit (%)
Schulischer Bildungsstand	Abitur	9	18
	Realschulabschluss	17	34
	Hauptschulabschluss	18	30
	Kein Schulabschluss	9	18
Schulischer Bildungsstand der Väter	Abitur	13	26
	Realschulabschluss	10	20
	Hauptschulabschluss	10	20
	Kein Schulabschluss	4	8
	unbekannt	13	26
Schulischer Bildungsstand der Mütter	Abitur	7	14
	Realschulabschluss	20	40
	Hauptschulabschluss	11	22
	Kein Schulabschluss	4	8
	unbekannt	8	16
Familienstand	Ledig	40	80
	In einer Lebenspartnerschaft	6	12
	Verheiratet	1	2
	Geschieden	2	4
	Verwitwet	1	2
Kinder	Keine Kinder	31	62
	Ein Kind	17	34
	Mehr als ein Kind	2	4

4.3 Medizinische Charakteristika

4.3.1 Suchtanamnese

Der Opiatkonsum der befragten Männer hatte zumeist im jungen Erwachsenenalter ($21,3 \pm 7,1$ Jahre) begonnen. Durchschnittlich konsumierten sie seit $14,4 \pm 9,0$ Jahren Opiode und befanden sich seit $4,8 \pm 4,2$ Jahren in Substitutionsbehandlung. In Bezug auf das Einstiegsalter in den Opiatkonsum, die Dauer des Opiatkonsums und die Dauer der Substitution unterschied sich die befragte Stichprobe nicht statistisch signifikant von den Teilnahmeverweigerern (Tab. 8).

Tabelle 8: Einstiegsalter in den Opiatkonsum, Dauer des Opiatkonsums und Dauer des Konsums der 50 Studienteilnehmer und der 25 Teilnahmeverweigerer

		Studienteilnehmer (n=50)	Teilnahmeverweigerer (n=25)	p-Wert des Vergleichs der Studienteilnehmer mit den Teilnahmeverweigerern
Alter beim Einstieg in den Opiatkonsum (in Jahren)	Mittelwert±SD	21,3±7,1	22,5±7,5	p=0,500
	Median	19,0	20,0	
	Minimum	15,0	14,0	
	Maximum	43,0	42,0	
Dauer des Opiatkonsums (in Jahren)	Mittelwert±SD	14,4±9,0	12,3±7,1	p=0,301
	Median	11,0	12,0	
	Minimum	1,0	3,0	
	Maximum	33,0	25,0	
Dauer der Substitution (in Jahren)	Mittelwert±SD	4,8±4,2	3,8±3,5	p=0,310
	Median	3,4	3,0	
	Minimum	0,2	0,1	
	Maximum	14,2	10,7	

SD=Standardabweichung

Alle befragten Patienten konsumierten regelmäßig Opioide bzw. wurden mit solchen als Substitut medizinisch behandelt (Einschlusskriterium der Studie). Darunter fielen Heroin, Methadon, Levomethadon, Tilidin und andere Opiate und Opioide. Der Konsum weiterer psychotroper Substanzen aus den in der ICD-10-GM gelisteten Substanzgruppen wurde für jede Substanzgruppe von jeweils mindestens zwei Drittel der Patienten bejaht. Ausnahmen bildeten Halluzinogene und Lösungsmittel (Abb. 3). Ob für die genannten konsumierten Substanzen außer Opiaten und Opoiden eine Abhängigkeitserkrankung (s. Abschnitt 1.2.1) vorlag, konnte aus diesen individuellen Angaben nicht abgeleitet werden.

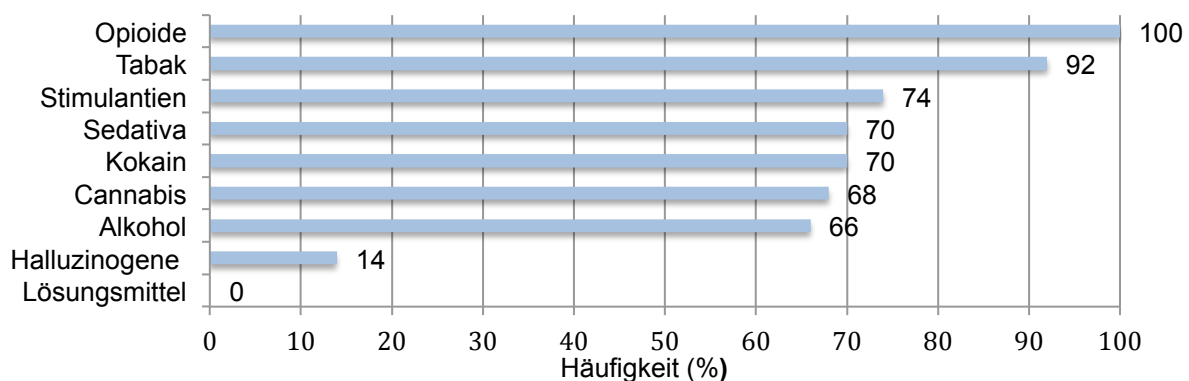


Abbildung 3: Art der aktuell regelmäßig konsumierten Drogen der 50 Studienteilnehmer (Mehrfachnennungen möglich)

4.3.2 Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

Aus dem Kapitel V der ICD-10-GM 2014 (F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen) wurden insgesamt 62 verschiedene psychiatrische Krankheitsklassen bzw. Diagnosen in den Patientenakten der Studienteilnehmer vermerkt (Tab. 9). Bei insgesamt 227 Diagnosen hatten die 50 Studienteilnehmer durchschnittlich $4,5 \pm 1,9$ Diagnosen pro Patient (Median=4, Minimum=2, Maximum=12). Die Diagnose PTBS war an 32% (n=16) der Patienten vergeben worden.

Die Frage, ob die Teilnehmer in ihrer Kindheit und Jugendzeit je in psychiatrischer Behandlung gewesen waren, bejahten 32% (n=16) der Befragten.

Tabelle 9: Psychiatrische Diagnosen der 50 Studienteilnehmer nach ICD-10

ICD-10	Bezeichnung der Diagnose	Häufigkeit (n)	Häufigkeit (%)
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen			
F10.2	Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	7	14
F10.3	Alkohol: Entzugssyndrom	1	2
F11.2	Opioide: Abhängigkeitssyndrom	50	100
F11.3	Opioide: Entzugssyndrom	2	4
F12.1	Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	1	2
F12.2	Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	4	8
F13.2	Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	7	14
F13.3	Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom	1	2
F14.2	Kokain: Abhängigkeitssyndrom	3	6
F15.1	andere Stimulantien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch	2	4
F17.1	Tabak: Schädlicher Gebrauch	1	2
F17.2	Tabak: Abhängigkeitssyndrom	3	6
F19.1	Multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	2	4
F19.2	Multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	13	26
F20- F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen			
F20.0	Paranoide Schizophrenie	2	4
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	1	2
F22.0	Wahnhafte Störung	1	2
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	1	2
F30-F39 Affektive Störungen			
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet	1	2
F32.0	Leichte depressive Episode	1	2
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	4	8
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	3	6
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	11	22
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	1	2
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	6	12
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere	1	2

	Episode ohne psychotische Symptome		
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	5	10
F34.1	Dysthymie	4	8
F40-F48 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen			
F40.0	Agoraphobie	1	2
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	1	2
F40.1	Soziale Phobie	4	8
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	1	2
F41.1	Generalisierte Angststörung	2	4
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	2	4
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet	1	2
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)	1	2
F43.0	Akute Belastungsreaktion	12	24
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	16	32
F43.2	Anpassungsstörungen	6	12
F43.8	Sonstige Störungen auf schwere Belastung	1	2
F45.0	Somatisierungsstörung	1	2
F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	1	2
F45.8	Sonstige somatoforme Störung	1	2
F48.0	Neurasthenie	3	6
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren			
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	1	2
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen			
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung	1	2
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	1	2
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	1	2
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	3	6
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ	9	18
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	1	2
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	3	6
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	1	2
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung	2	4
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet	1	2
F69.	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	1	2
F80-F89 Entwicklungsstörungen			
F81.9	Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten	1	2
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	1	2
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet	1	2
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	1	2
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	5	10

4.3.3 Aktuelle soziale Zufriedenheit

Mindestens die Hälfte der Befragten vermisste eine enge Beziehung und Geborgenheit und fühlte sich häufig im Stich gelassen. Den beiden Aussagen, einen wirklich guten Freund sowie Menschen zum Wohlfühlen zu vermissen, stimmten jeweils die Hälfte der Männer zu (Abb. 4).

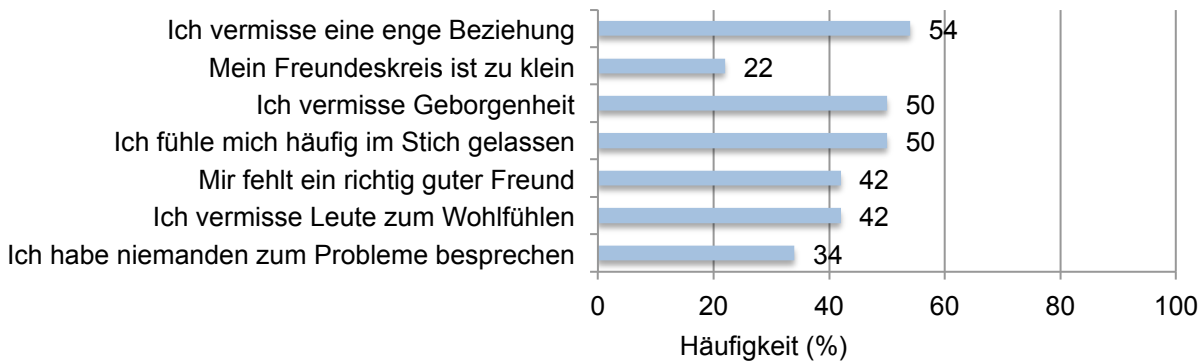


Abbildung 4: Aktuelle soziale Zufriedenheit der 50 Studienteilnehmer

4.4 Familiäre Situation in der Kindheit

4.4.1 Erziehungspersonen

Nur die Hälfte der Studienteilnehmer wuchs bei beiden Elternteilen auf. Ein Viertel der Teilnehmer verbrachte Kindheit und Jugend an vielzähligen, wechselnden Orten, so etwa in Erziehungseinrichtungen, bei Adoptiveltern, bei einem Stiefeltern, bei Pflegeeltern, bei älteren Geschwistern oder bei Großeltern. Zudem gaben ein Fünftel der befragten Männer an, mindestens einmal im Laufe ihrer Kindheit mehr als einen Monat im Kinderheim untergebracht worden zu sein (Tab. 10).

Tabelle 10: Erziehungspersonen der 50 Studienteilnehmer

	Häufigkeit (n)	Häufigkeit (%)
Bei beiden Elternteilen aufgewachsen	26	52
Bei der Mutter aufgewachsen	11	22
Beim Vater aufgewachsen	1	2
Bei anderen, wechselnden Erziehungspersonen aufgewachsen	12	24
Körperliche Auseinandersetzungen zwischen Eltern erlebt	17	34
Vater hatte überwiegend damit begonnen	10	20
Mutter hatte überwiegend damit begonnen	3	6
Beide/abwechselnd Mutter und Vater hatten damit begonnen	4	8
Jugendamt wurde in die Herkunftsfamilie gerufen	21	42
Aufenthalt im Kinderheim (mind. 1 Monat)	10	20

4.4.2 Beschreibung des familiären Umfelds in der Kindheit

Laut 62% der Studienteilnehmer gab es während ihrer Kindheit in ihrem familiären Umfeld viel Streit und mehr als ein Drittel bezeichnete ihr familiäres Umfeld als gewalttätig (Abb. 5).

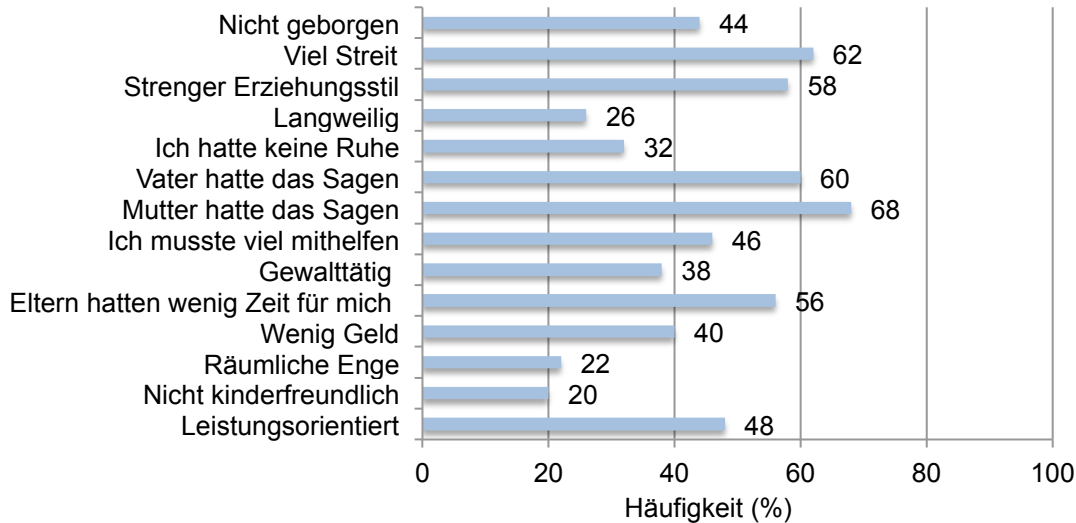


Abbildung 5: Beschreibung des familiären Umfelds der 50 Studienteilnehmer

Durchschnittlich hatten die Studienteilnehmer mit Eintreten der Volljährigkeit zum ersten Mal dauerhaft ohne ihre Erziehungspersonen gelebt: 18,3±3,2 Jahre (Median 18; Spannbereich 11-26 Jahre). Weitere Charakterisierungen der Kindheit und Herkunftsfamilien zeigt Tabelle 11.

Tabelle 11: Eigene Bewertung der Kindheit der 50 Studienteilnehmer

	Häufigkeit (n)	Häufigkeit (%)
Unglückliche Kindheit	17	34
Glückliche Kindheit	20	40
Nicht eindeutig	13	26
Materielle Grundbedürfnisse nicht erfüllt	11	22
Emotionale Grundbedürfnisse nicht erfüllt	34	68

4.4.3 Eigenes Täterverhalten

52% (n=26) der Befragten wurde im Laufe ihrer Kindheit und Jugend wenigstens einmal eine Jugendstrafe auferlegt. Dazu zählten Gefängnisaufenthalte, Arrest oder Bestrafungsmaßnahmen wie „Arbeit statt Strafe“. Schon jemals selbst angefangen zu haben, eine andere Person körperlich anzugreifen, bejahten 52% (n=26), die Mehrzahl davon (n=20) sogar schon mehrmals.

4.5 Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Schwerstabhängigen

4.5.1 Lebenszeitprävalenz psychischer Gewalterfahrungen

Alle 50 Studienteilnehmer bejahten das Erleben psychischer Gewaltwiderfahrnisse (100%, 95%-KI 93-100%). Die Lebenszeitprävalenz wiederholter schwerer psychischer Gewaltwiderfahrnisse betrug 94% (95%-KI 84-98%). Die Studienteilnehmer hatten durchschnittlich 6,3 von neun möglichen Nennungen im Gewaltfeld der psychischen Gewalterfahrungen gemacht. Über 80% aller Befragten waren in ihrem Leben schon mehrmals verbal schwer beleidigt worden, und fast ebenso viele wurden mehrmals Zeuge einer schweren Gewalttat gegen andere. Auch die meisten der anderen erfragten psychischen Gewalthandlungen hatten jeweils mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer schon erlebt (Abb. 6).

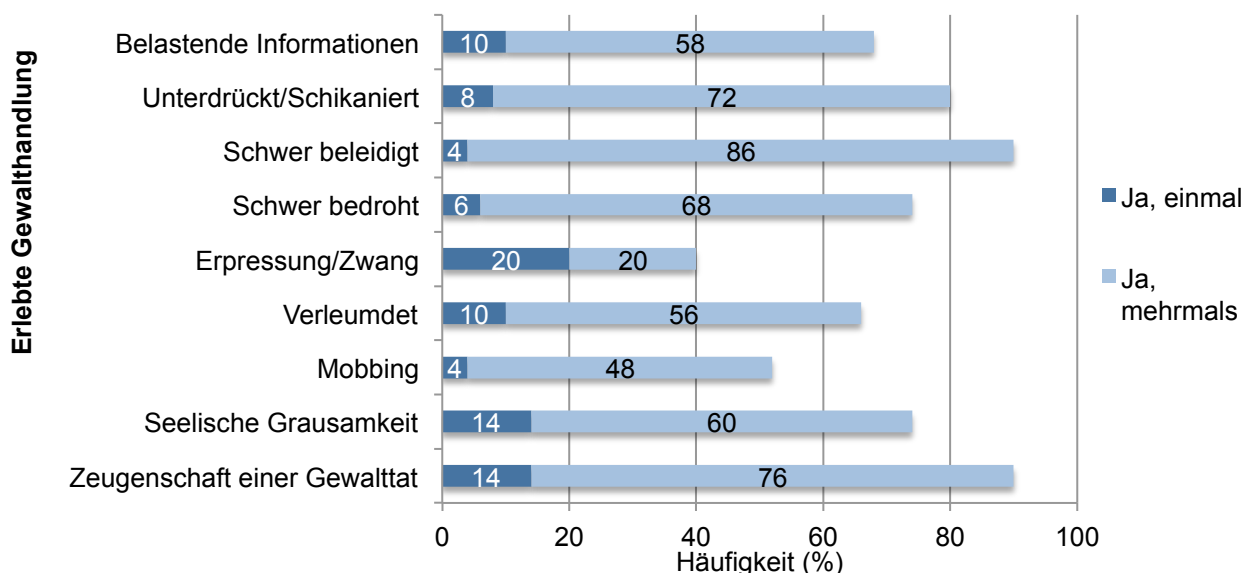


Abbildung 6: Psychische Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer (Mehrfachantworten möglich)

4.5.2 Lebenszeitprävalenz physischer Gewalterfahrungen

Alle 50 Studienteilnehmer bejahten ebenfalls das Erleben körperlicher Gewalterfahrungen (100%, 95%-KI 93-100%). Die Lebenszeitprävalenz wiederholter schwerer physischer Gewaltwiderfahrnisse betrug 94% (95%-KI 84-98%). Die Studienteilnehmer hatten durchschnittlich 12 von 19 möglichen Nennungen in diesem Gewaltfeld abgegeben. Am häufigsten wurde bestätigt, schon einmal wütend weggeschubst worden zu sein. Bei den schweren physischen Gewalterfahrungen wurden zwei Drittel der Studienteilnehmer schon mindestens einmal mit einer Waffe (z.B. Messer,

Schusswaffe) bedroht, mit einer Waffe verletzt fast ein Viertel der Teilnehmer. Ebenfalls gaben mehr als zwei Drittel der Befragten an, schon einmal schwer verprügelt oder zusammen geschlagen worden zu sein. Für 15 der 19 Gewalthandlungen lag die Angabe, diese Situation am eigenen Leib erlebt zu haben, bei über der Hälfte der befragten Schwerstabhängigen (Abb. 7).

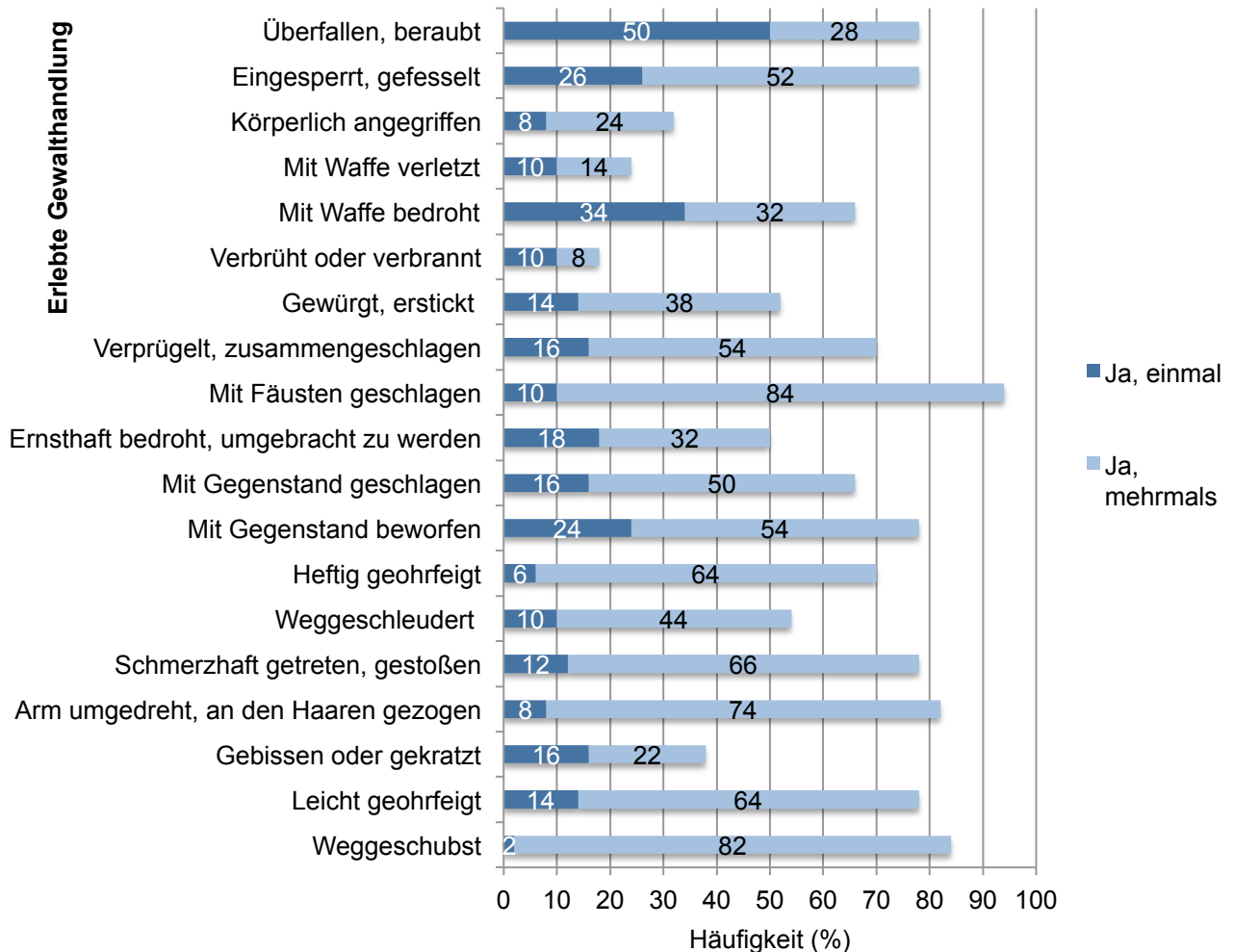


Abbildung 7: Physische Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer (Mehrfachantworten möglich)

4.5.3 Lebenszeitprävalenz sexualisierter Gewalterfahrungen

Mehr als ein Drittel der Studienteilnehmer hatte sexualisierte Gewalt erlebt, die Lebenszeitprävalenz betrug 36% (95%-KI 23-51%), für wiederholte schwere sexualisierte Gewalt 20% (95%-KI 10-34%). Ein Fünftel der Männer war in der Kindheit von Erwachsenen sexuell berührt, belästigt oder bedrängt worden, 6% davon mehrmals. 18% Prozent der befragten Männer wurden zum Geschlechtsverkehr gezwungen, 8% zur Prostitution (Abb. 8).

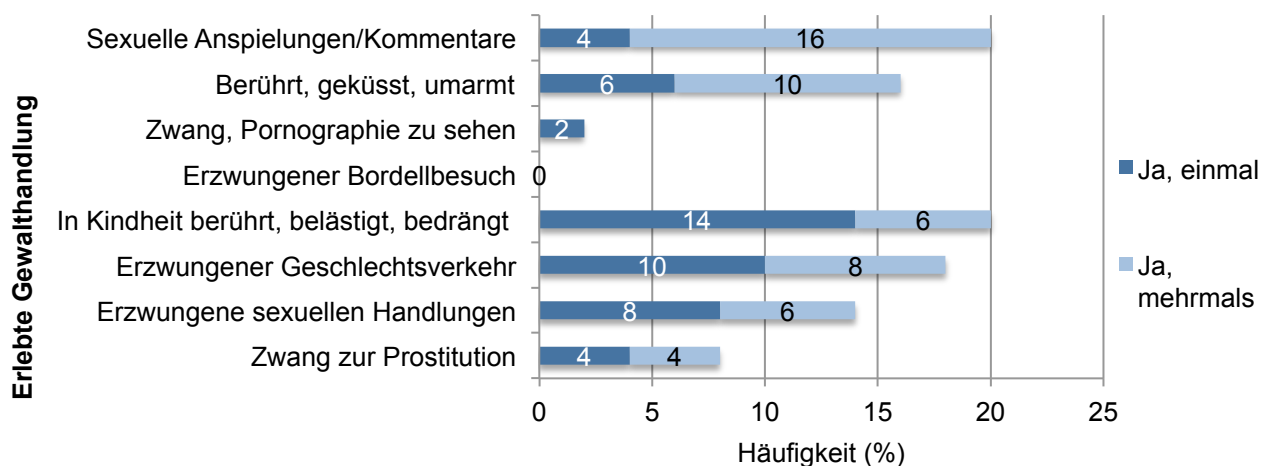


Abbildung 8: Sexualisierte Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer (Mehrfachantworten möglich)

4.5.4 Prävalenz von Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend

Fast alle Studienteilnehmer hatten Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend erlebt (98%; 95%-KI 90-100%). Insgesamt lag die Häufigkeit für das Erleben von schwerer psychischer Gewalt durch Erziehungspersonen bei 62% aller Studienteilnehmer und für das Erleben von schwerer körperlicher Gewalt durch Erziehungspersonen bei 48%. Die Studienteilnehmer machten in diesem Gewaltfeld durchschnittlich fünf von zehn möglichen Nennungen. Unter den drei erfragten psychischen Gewaltwiderfahrnissen, die durch Erziehungspersonen verübt wurden, litt jeweils mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer. Insbesondere „*niedergebrüllt zu werden*“ hatten fast zwei Drittel mehr als nur einmal im Kindes- und Jugendalter erlebt. Schallende Ohrfeigen (bei der Hälfte) und heftige Prügel (bei einem Drittel) gehörten zu den häufigen schweren körperlichen Gewaltwiderfahrnissen in Kindheit und Jugend (Abb. 9).

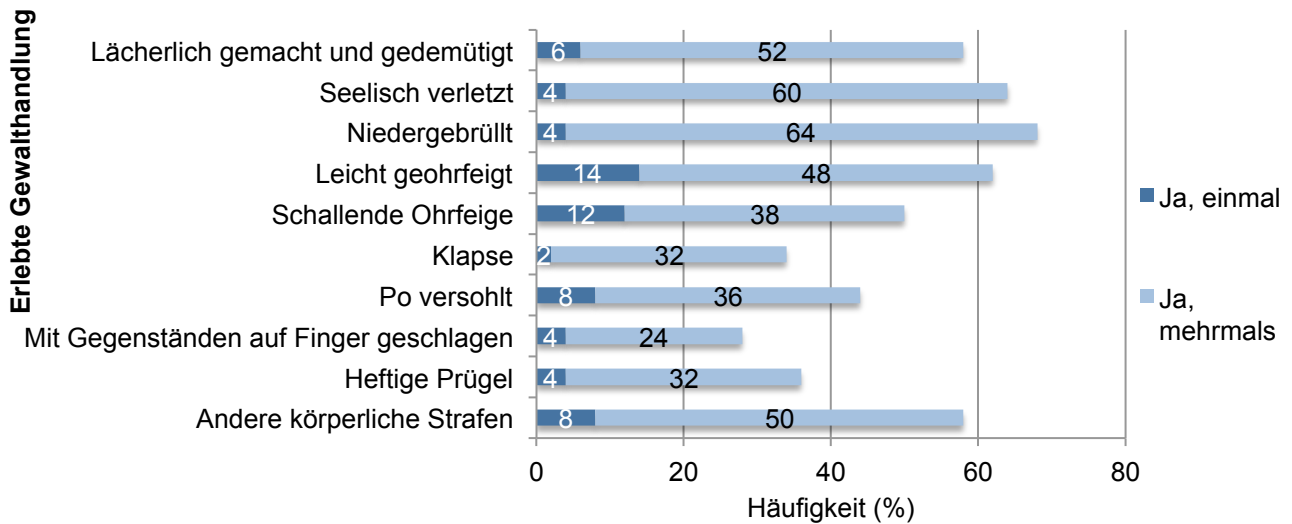


Abbildung 9: Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen der 50 Studienteilnehmer

4.6 Kontext der Gewalterfahrungen

4.6.1 Alter bei psychischen Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika

Die psychischen Gewalthandlungen wurden in jeder der vier stratifizierten Altersklassen erlebt. So berichteten zwischen ca. zwei Dritteln der Studienteilnehmer für das Vorschulalter bis zu 92% für das Erwachsenenalter das Erleben psychischer Gewalterfahrungen.

Am häufigsten geschahen die psychischen Gewalterfahrungen in der Öffentlichkeit, d.h. zum Beispiel auf der Straße, in der U-Bahn, in öffentlichen Kneipen oder Freizeiteinrichtungen, erfahren von 82% der befragten Männer. An zweiter Stelle folgte das Elternhaus (genannt von mehr als der Hälfte der Befragten), an dritter Stelle die Schule oder Ausbildungsstätte (berichtet von weniger als der Hälfte). Da das Gefängnis von etwa einem Viertel der Studienteilnehmer explizit als Umgebung der Gewalterfahrung genannt wurde, wurde diesen Ort in einer separaten Kategorie aufgeführt.

Als Täter der psychischen Gewalterfahrung wurde am häufigsten berichtet, dass diese/r aus dem Bekanntenkreis stamme, welcher Freunde, Mitschüler oder auch bekannte Personen aus der Drogenszene beinhaltete. Psychische Aggressionen, die von Unbekannten ausging, gaben mehr als die Hälfte der befragten Männer an. Des Weiteren benannten mehr als ein Drittel der Befragten ihren Vater oder Stiefvater als Täter der psychischen Gewalt ihnen gegenüber. Dies war die dritthäufigste Antwort im Bereich der Täter psychischer Gewalterfahrungen (Tab. 12).

Tabelle 12: Alter bei psychischen Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer, Umfeld und Tätercharakteristika

Kontext der psych. Gewalterfahrungen	Antwortkategorie	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (n)	Anzahl der Nennungen
Alter	0-6 Jahre	70	35	111
	7-13 Jahre	78	39	132
	14-18 Jahre	84	42	140
	> 18 Jahre	92	46	160
Umfeld	In der Öffentlichkeit, in der Freizeit, auf der Straße	82	41	111
	Im Elternhaus	52	26	80
	In der Schule, in der Ausbildungsstätte	42	21	47
	Am Arbeitsplatz	36	18	22
	In der Nachbarschaft, bei Freunden oder Bekannten	28	14	21
	Im Gefängnis	26	13	23
	Auf der Drogenszene	22	11	14
	An einem anderen Ort	16	8	15
	In der eigenen Wohnstätte	16	8	11
	Im Kinderheim	2	1	2
Täter	Sonstige bekannte Person	86	43	122
	Sonstige unbekannte Person	60	30	50
	Vater oder Stiefvater	36	18	46
	Mutter oder Stiefmutter	36	18	34
	Kollege/in, Vorgesetzte/r	28	14	19
	Staatspersonal	26	13	22
	Partner/in	18	9	22
	Mithäftling	14	7	14
	Lehrer/in, Erzieher/in; Ausbilder/in	14	7	12
	Anderes Familienmitglied	10	5	7

4.6.2 Alter bei physischen Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika

Im Erwachsenenalter machten 86% der Teilnehmer körperliche Gewalterfahrungen. Am zweithäufigsten kamen sie in der Jugend vor, was mehr als die Hälfte der Befragten angab. Im Schulalter und Vorschulalter führte ebenfalls jeweils etwa die Hälfte der Männer das Erleben körperlicher Gewalt an (Tab. 13).

Am häufigsten geschah die körperliche Gewalt in öffentlichen Räumen (von 94% berichtet). Doch fast die Hälfte der Befragten erwähnte ebenso das eigene Elternhaus als Umfeld der körperlichen Gewaltwiderfahrungen. Fast ebenso häufig wurde das Gefängnis genannt, sodass diese Antwortkategorie an dritter Stelle folgte.

Unbekannte als ausführende Personen der körperlichen Gewalt wurden am häufigsten genannt (80%), den Studienteilnehmern bekannte Personen folgten mit mehr als zwei Dritteln. Ebenfalls

mehr als zwei Drittel führten Staatspersonal¹ an. Etwa ein Drittel der Patienten hatte körperliche Gewalt durch ihren Vater oder Stiefvater erfahren. Als weitere mögliche Täter wurden z.B. der Partner bzw. die Partnerin sowie medizinisches Personal² angegeben (Tab. 13).

Tabelle 13: Alter bei physischen Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer, Umfeld und Tätercharakteristika

Kontext der phys. Gewalterfahrungen	Antwortkategorie	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (n)	Anzahl der Nennungen
Alter	0-6 Jahre	50	25	64
	7-13 Jahre	52	26	84
	14-18 Jahre	62	31	136
	> 18 Jahre	86	43	220
Umfeld	In der Öffentlichkeit, in der Freizeit, auf der Straße	94	47	226
	Im Elternhaus	48	24	79
	Im Gefängnis	46	23	76
	In der Schule, in der Ausbildungsstätte	28	14	28
	In der Nachbarschaft, bei Freunden oder Bekannten	14	7	20
	An einem anderen Ort	14	7	10
	In der eigenen Wohnstätte	10	5	10
	Im Kinderheim	6	3	6
	Am Arbeitsplatz	6	3	5
Auf der Drogenszene	4	2	3	
Täter	Sonstige unbekannte Person	80	40	134
	Sonstige bekannte Person	76	38	164
	Staatspersonal	68	34	87
	Vater oder Stiefvater	30	15	67
	Partner/in	20	10	33
	Mithäftling	18	9	48
	Mutter oder Stiefmutter	16	8	19
	Anderes Familienmitglied	12	6	7
	Lehrer/in, Erzieher/in, Ausbilder/in	8	4	5
	Medizinisches Personal	8	4	5
	Kollege/in, Vorgesetzte/r	4	2	3

4.6.3 Alter bei sexualisierten Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika

Die Häufigkeiten der Angaben über widerfahrene sexualisierte Gewalthandlungen verteilten sich relativ homogen auf die drei erfragte Lebensabschnitte jenseits des Vorschulalters (<6 Jahre), für das keine der sexualisierten Gewaltwiderfahrnisse berichtet wurden.

Knapp ein Fünftel der Männer berichtete, die Gewalterfahrung habe im öffentlichen Raum stattgefunden. Jeweils unter zehn Prozent nannten eine fremde Wohnung oder die Drogenszene als Umgebung der sexualisierten Gewaltwiderfahrnisse.

¹ Hierunter fielen die Angaben Polizisten, Gefängnispersonal sowie Mitarbeiter von Gerichten.

² Hierunter fielen die Angaben Pfleger, Ärzte sowie Personal in der Psychiatrie.

Am häufigsten ging die sexualisierte Gewalt von unbekanntem Personen aus. Am zweithäufigsten wurden bekannte Personen angegeben, an dritter Stelle folgte der Partner oder die Partnerin als ausübende Person dieser Gewaltform (Tab. 14).

Tabelle 14: Alter bei sexualisierten Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer, Umfeld und Tätercharakteristika

Kontext der sex. Gewalterfahrungen	Antwortkategorie	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (n)	Anzahl der Nennungen
Alter	0-6 Jahre	0	0	0
	7-13 Jahre	16	8	14
	14-18 Jahre	10	5	13
	> 18 Jahre	18	9	16
Umfeld	In der Öffentlichkeit, in der Freizeit, auf der Straße	18	9	19
	In einer fremden Wohnung	6	3	8
	In der eigenen Wohnstätte	6	3	4
	In der Nachbarschaft, bei Freunden oder Bekannten	6	3	3
	Auf der Drogenszene	4	2	5
	In der Schule, in der Ausbildungsstätte	2	1	1
	Am Arbeitsplatz	2	1	1
	Im Gefängnis	2	1	1
	Im Elternhaus	2	1	1
Im Kinderheim	0	0	0	
Täter	Sonstige unbekannte Person	24	12	19
	Sonstige bekannte Person	10	5	10
	Partner/in	8	4	5
	Staatspersonal	2	1	5
	Mithäftling	2	1	1
	Anderes Familienmitglied	2	1	1
	Lehrer/in, Erzieher/in, Ausbilder/in	2	1	1

4.6.4 Alter bei Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend, Umfeld und Tätercharakteristika

Die meisten der Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen wurden von den Befragten im Alter zwischen sieben und 13 Jahren gemacht (von 86% der Studienteilnehmer angegeben). Der Anteil der in der Jugend geschehenen Gewalthandlungen lag an zweiter Stelle, genannt von zwei Drittel der Studienteilnehmer. Doch auch in der Vorschulzeit vor dem 6. Lebensjahr berichteten zwei Drittel von Gewalthandlungen.

Am häufigsten geschahen die Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend im Elternhaus, gefolgt von Schule oder Ausbildungsstätte (Tab. 15).

Bei der Frage, von welcher Erziehungsperson die Gewalt ausging, wurde von mehr als zwei Dritteln der Studienteilnehmer der Vater oder Stiefvater angegeben. Mehr als die Hälfte der Befragten nannte zudem die Mutter als Ausübende der Gewalthandlungen. Lehrer/innen, Erzieher/innen oder Ausbilder/innen folgten an dritter Stelle der Nennungen (Tab. 15).

Tabelle 15: Alter, Umfeld und Täter der Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen der 50 Studienteilnehmer

Kontext der Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen	Antwortkategorie	Häufigkeit (%)	Häufigkeit (n)	Anzahl der Nennungen
Alter	0-6 Jahre	62	31	115
	7-13 Jahre	86	43	176
	14-18 Jahre	68	34	121
	> 18 Jahre	8	4	5
Umfeld	Im Elternhaus	88	44	164
	In der Schule, in der Ausbildungsstätte	52	26	51
	In der Öffentlichkeit, in der Freizeit, auf der Straße	6	3	17
	In der eigenen Wohnstätte ¹	6	3	5
	Im Kinderheim	4	2	8
	Am Arbeitsplatz	2	1	3
	In der Nachbarschaft, bei Freunden oder Bekannten	2	1	3
An einem anderen Ort	2	1	3	
Täter	Vater oder Stiefvater	70	35	118
	Mutter oder Stiefmutter	60	30	79
	Lehrer/in, Erzieher/in, Ausbilder/in	56	28	58
	Sonstige bekannte Person	6	3	3
	Anderes Familienmitglied	2	1	3

4.7 Biographische und sozioökonomische Einflussfaktoren für das Erleben wiederholter, schwerer Gewalterfahrungen

Die untersuchten soziodemografischen Faktoren zeigten in Bezug auf körperliche und psychische wiederholte schwere Gewalterfahrungen andere Assoziationen als in Bezug auf schwere sexualisierte Gewalterfahrungen (Tab. 16).

Besuche des Jugendamtes kamen bei Studienteilnehmern mit wiederholten, schweren Gewalterfahrungen jeder Art häufiger vor, waren jedoch nur für schwere sexualisierte Gewalt auch statistisch signifikant ($p=0,011$). Patienten ohne Migrationshintergrund schienen schwerer sexualisierter

¹ Die eigene Wohnstätte bezeichnet einen Wohnraum ohne Mitnutzung durch die Eltern oder andere Erziehungspersonen, also ein eigenes Zimmer in einer elternunabhängigen Wohnung, Wohngemeinschaft, Wohnheim o.ä.

Gewalt häufiger ausgesetzt zu sein als Patienten mit einem Migrationshintergrund, diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant. Ein armes Elternhaus schien nicht eindeutig mit der Häufigkeit einer der drei schweren Gewalterfahrungen zusammen zu hängen. Bei Patienten mit schweren körperlichen, psychischen und sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen war ein niedriger bzw. mittlerer Bildungsstand der Eltern häufiger zu finden als bei Patienten mit weniger schweren Gewalterfahrungen, die häufiger mindestens ein Elternteil mit Abitur/Fachabitur hatten. Für schwere körperliche Gewalt war dieser Unterschied statistisch signifikant ($p=0,049$). Patienten mit schweren körperlichen und schweren psychischen Gewalterlebnissen wuchsen auch häufiger bei nur einem Elternteil bzw. wechselnden Erziehungspersonen auf als Patienten mit weniger schweren Gewalterfahrungen (Tab. 16).

Tabelle 16: Mögliche biographische und sozioökonomische Einflussfaktoren für das Erleben schwerer, wiederholter Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer

	Schwere psych. Gewalt n=47	Keine schwere psych. Gewalt n=3	p-Wert	Schwere phys. Gewalt n=47	Keine schwere phys. Gewalt n=3	p-Wert	Schwere sex. Gewalt n=10	Keine schwere sex. Gewalt n=40	p-Wert
Jugendamt i. d. Fam.	45% (n=21)	0% (n=0)	0,254	45% (n=21)	0% (n=0)	0,254	80% (n=8)	33% (n=13)	0,011
Migrationshintergrund	26% (n=12)	33% (n=1)	0,473	26% (n=12)	33% (n=1)	0,473	10% (n=1)	32% (n=12)	0,284
Elternhaus arm	62% (n=29)	33% (n=1)	0,556	62% (n=29)	33% (n=29)	0,556	50% (n=5)	62% (n=25)	0,494
Niedriges Bildungsniveau der Eltern (missing n=8*)	55% (n=26)	0% (n=0)	0,381	55% (n=26)	0% (n=0)	0,049	86% (n=6)	57% (n=20)	0,222
Nur bei einem Elternteil oder wechselnden Erziehungspersonen aufgewachsen	45% (n=21)	100% (n=3)	0,103	49% (n=23)	33% (n=1)	1,000	50% (n=5)	47% (n=19)	1,000

* die 8 fehlenden Werte sind bei psychischer und physischer Gewaltart unterschiedlich verteilt

Je mehr unterschiedliche Gewaltarten erlebt wurden, desto wahrscheinlicher war es, dass das Jugendamt Kontakt mit der Familie hatte. Der Unterschied zwischen den Gruppen war statistisch signifikant ($p=0,001$). Bei den Studienteilnehmern, die von schweren Gewalterfahrungen aller drei Gewaltarten betroffen waren, war ein Migrationshintergrund eher selten. Je mehr Gewaltarten erlebt wurden, desto wahrscheinlicher war es, dass der Bildungsstand der Eltern niedrig bis mittel war. Dieser Trend war statistisch grenzwertig signifikant ($p=0,009$). Der ökonomische Status der Eltern, oder dass jemand nicht bei beiden Elternteilen aufwuchs, war nicht mit der Häufigkeit schwerer unterschiedlicher Gewaltarten assoziiert (Tab. 17).

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Häufigkeit schwerer unterschiedlicher Gewaltarten und biographischen und sozioökonomischen Faktoren

	Eine schwere Gewaltart n=6	Zwei schwere Gewaltarten n=34	Alle drei schwere Gewaltarten n=10	p-Wert für Trend
Jugendamt i. d. Fam.	0% (n=0)	38% (n=13)	80% (n=8)	0,001
Migrationshintergrund	33% (n=2)	29% (n=10)	10% (n=1)	0,164
Armes Elternhaus	67% (n=4)	32% (n=11)	50% (n=5)	0,757
Niedriger/mittlerer Bildungsstand der Eltern der Studienteilnehmer	0% (n=0)	59% (n=20)	60% (n=6)	0,009
Nur bei einem Elternteil oder bei wechselnden Erziehungspersonen aufgewachsen	67% (n=4)	44% (n=15)	50% (n=5)	0,641

Um zu erfahren, ob sich Patienten mit wiederholten schweren Widerfahrnissen aus zwei oder drei Gewaltarten von den Patienten mit Gewalterfahrungen nur einer Art in Bezug auf biografische und sozioökonomische Faktoren unterschieden, wurden uni- und multivariable logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Für die Faktoren Jugendamt in der Familie und niedriger Bildungsstand der Eltern waren die rohen sowie adjustierten Odds Ratios nicht schätzbar.

Die Chance, dass Teilnehmer mit wiederholten schweren Gewalterfahrungen aus einem armen Elternhaus stammen war in der univariablen Analyse um das 3,5-fache erhöht, erreichte allerdings nicht statistische Signifikanz ($p=0,174$). Nach Adjustierung für andere in Tabelle 18 aufgeführte soziobiographische Faktoren verschwand dieser Effekt (Tab. 18).

Tabelle 18: Assoziationen zwischen biographisch-sozioökonomischen Faktoren und dem Outcome mindestens 2 unterschiedliche Gewaltarten versus „nur“ 1 erlebt zu haben (Effektschätzer für einige Variablen nicht kalkulierbar)

Faktor	Rohes Odds Ratio	95% - Konfidenzintervall		p-Wert	Adjustiertes Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall		p-Wert
Jugendamt i. d. Fam. (n=11)	#	#	#	#	-	-	-	-
Migrationshintergrund (n=13)	0,52	0,076	3,50	0,498	1,19	0,11	13,06	0,887
Elternhaus arm (n=20)	3,50	0,576	21,28	0,174	0,63	0,08	5,04	0,661
Niedriger/mittlerer Bildungsstand der Eltern (n=26) vs. höherer Bei einem Elternteil oder anderen Erziehungspersonen aufgewachsen (n=24) vs. bei beiden Eltern	#	#	#	#	-	-	-	-
	0,42	0,069	2,516	0,340	0,81	0,10	6,57	0,845

= nicht schätzbar

4.8 Folgen von Gewalterfahrungen

4.8.1 Körperliche Verletzungen

Insgesamt 92% der Studienteilnehmer hatten schon einmal körperliche Verletzungen aufgrund von physischen oder sexualisierten Gewalterfahrungen erlitten. Dabei waren auch schwere Verletzungen nicht selten, wie Knochenbrüche (jeder Dritte) und offene Wunden (jeder Zweite) (Abb. 10).

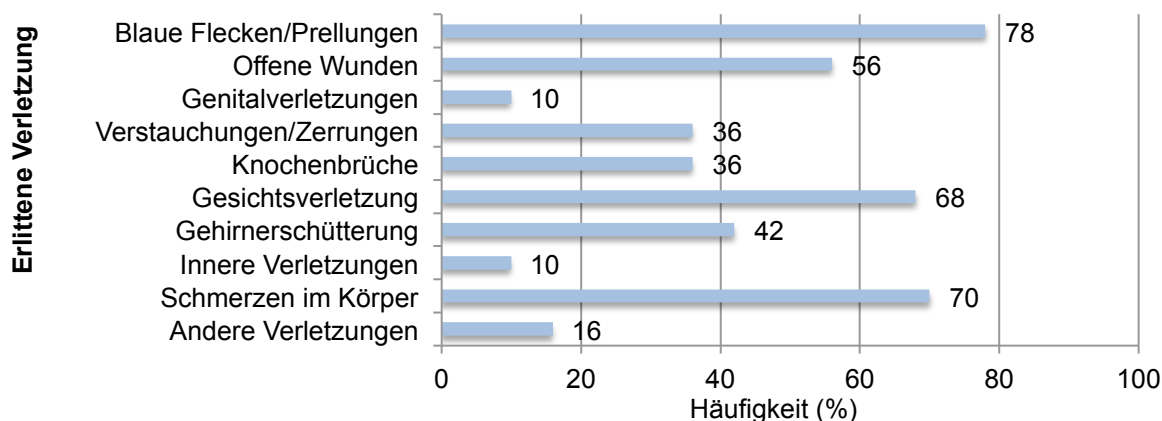


Abbildung 10: Körperliche Verletzungen aufgrund von Gewalterfahrungen der 50 Studienteilnehmer (Mehrfachantworten möglich)

4.8.2 Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (nach DSM-V)

Als häufigste Kriterien für eine PTBS nach DSM-V (APA, 2013), erfragt anhand der Items des *Posttraumatic Diagnostic Scale* (Foa, 1995), wurden wiederkehrende belastende Gefühle und Gedanken, Entfremdungsgefühle und belastende Erinnerungen genannt (Abb.11).

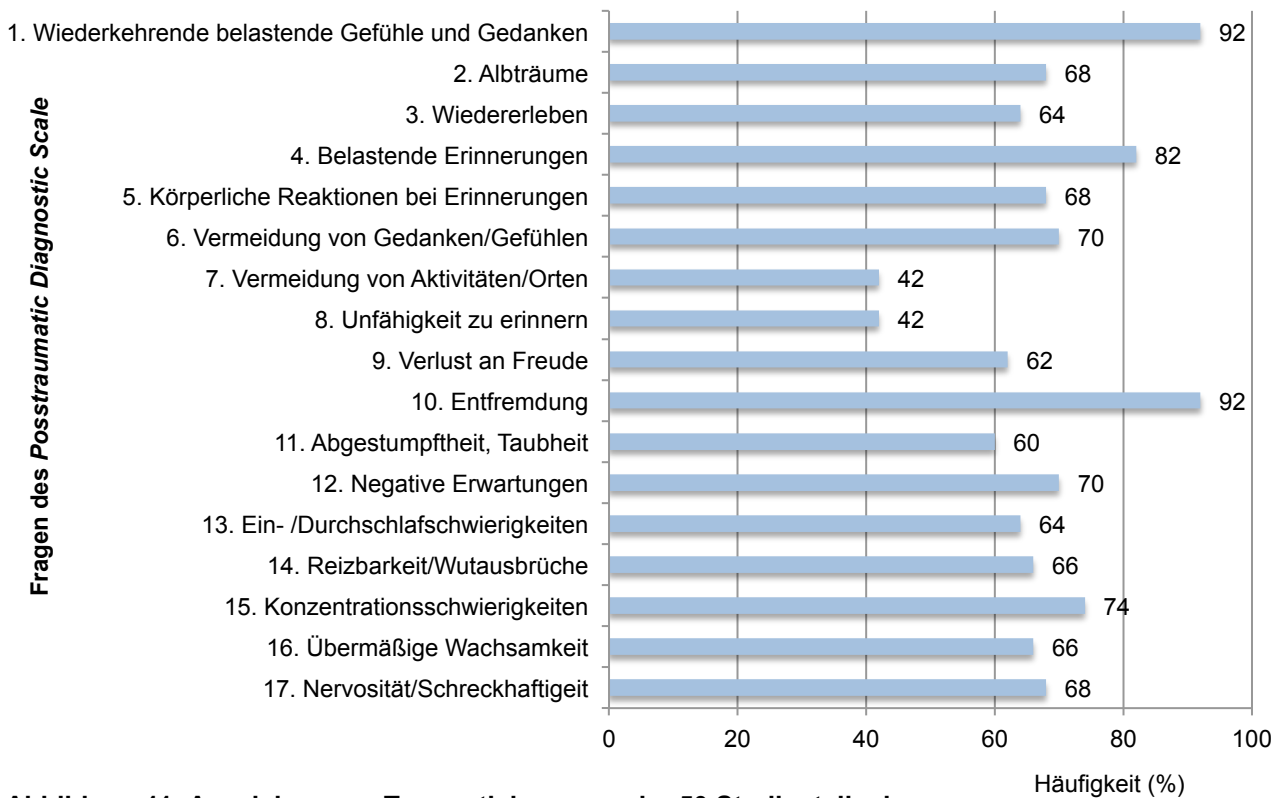


Abbildung 11: Anzeichen von Traumatisierungen der 50 Studienteilnehmer

4.8.3 Weitere psychische Beschwerden

Negative Affekte wie Erschöpfung, Anspannung, Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Angstzustände oder Konzentrationsstörungen aufgrund von Gewalterfahrungen zu kennen, berichteten zwischen der Hälfte bis 86% der Schwerstabhängigen. Die Belastung war für mehr als die Hälfte der Befragten schon einmal so stark, dass sie Suizidgedanken entwickelt hatte.

Auch hatten Gewalterfahrungen Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Befragten: Das Gefühl, nichts wert zu sein sowie Scham- oder Schuldgefühle kannten mehr als die Hälfte der Männer. Das Gefühl, sich aufgrund von erlebten Gewalthandlungen betrinken zu wollen, bejahte etwas mehr als ein Drittel. Dass diese Erfahrungen außerdem zu dem Wunsch geführt hatten, Drogen konsumieren zu wollen, gab etwas mehr als die Hälfte von ihnen an. Geschlechtsspezifische Probleme nach Gewalterfahrungen (Probleme im Umgang mit Männern bzw. Frauen) konnten jeweils

etwa ein Drittel der Studienteilnehmer bei sich feststellen. Jeder fünfte Mann bestätigte, nach erlebter Gewalt unter Sexualitätsproblemen zu leiden. Schwierigkeiten in Beziehungen, vor allem Vertrauen aufzubauen, bejahten zwei Drittel der drogenabhängigen Männer.

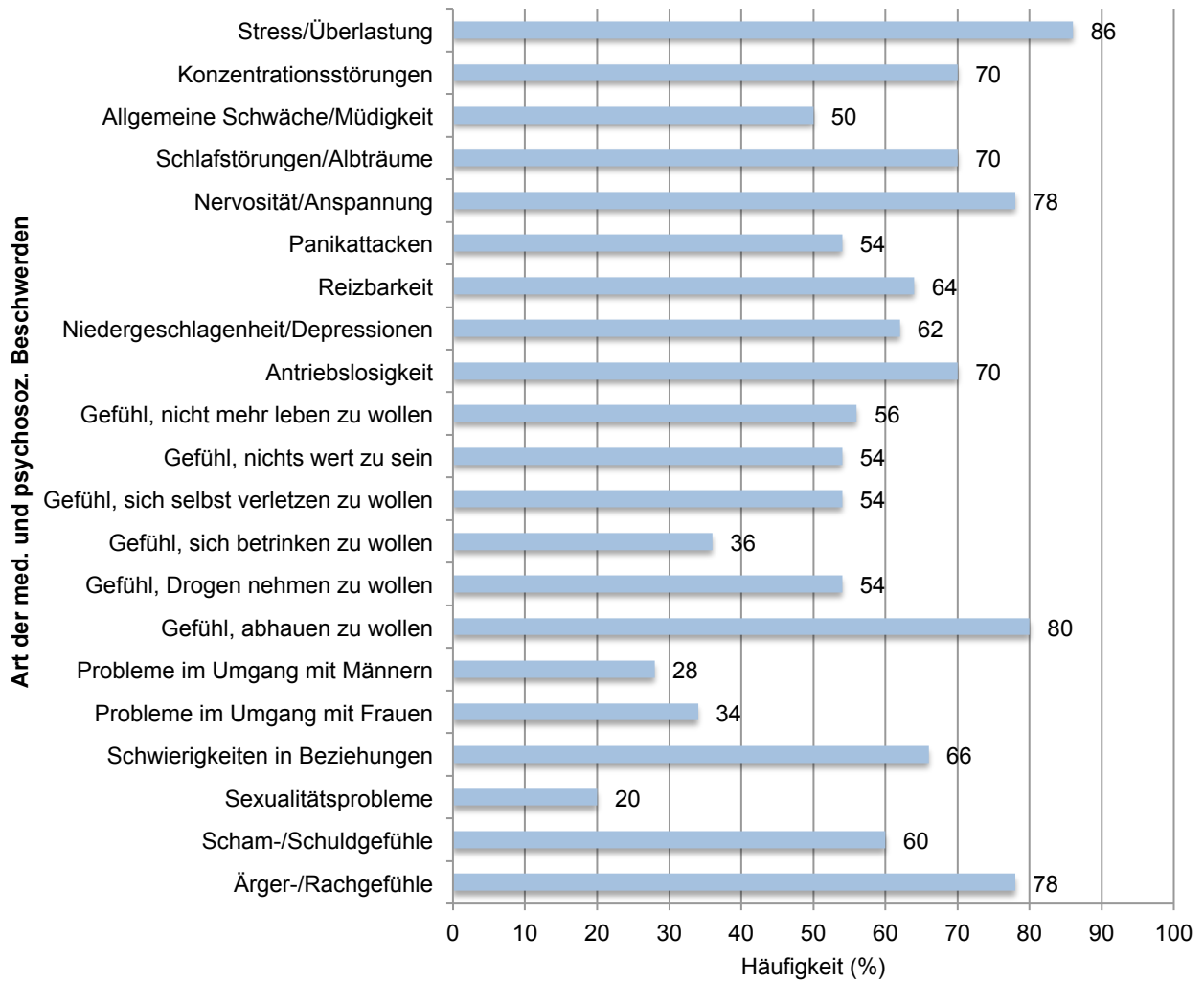


Abbildung 12: Weitere psychische Beschwerden der 50 Studienteilnehmer aufgrund von Gewalterfahrungen

5 Diskussion

5.1 Hauptergebnisse

Die erste systematische Untersuchung zu Gewaltwiderfahrnissen bei drogensuchstabhängigen Männern in Deutschland zeigte eine große Bereitschaft zur Interviewteilnahme bei den Betroffenen. Drei Viertel aller angesprochenen Patienten nahmen an den umfassenden Interviews teil.

Alle 50 Studienteilnehmer hatten im Laufe ihres Lebens sowohl psychische als auch physische Gewalt erlebt. Die Lebenszeitprävalenzen für *wiederholte schwere* psychische und physische Gewalterfahrungen betragen jeweils 94%. Darüber hinaus berichtete jeder Dritte von sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen und 20% von *wiederholter schwerer* sexualisierter Gewalt.

Die Gewalterfahrungen fast aller suchstabhängigen Männer (98%) begannen bereits in der Kindheit und wurden häufig durch Erziehungspersonen (v.a. durch den Vater/Stiefvater) verübt. Diese Gewalterlebnisse durch Erziehungspersonen waren bei 62% psychischer und bei 48% physischer Art.

Psychische und physische Gewalt geschahen am häufigsten in der Öffentlichkeit, gefolgt vom Elternhaus und Gefängnis; sexualisierte Gewalt auch in der Öffentlichkeit, gefolgt von fremden Wohnungen und dem Drogenumfeld. Im Gewaltfeld der psychischen Gewalt kamen die Täter am häufigsten aus dem Bekanntenkreis, während sie im Bereich der physischen und der sexualisierten Gewalt am häufigsten unbekannte Personen waren.

Im Bereich der psychischen Gewalt berichteten drei Viertel der Studienteilnehmer von dem Erleben seelischer Grausamkeit. In Kindheit und Jugend fühlte sich die Mehrzahl der Studienteilnehmer durch Erziehungspersonen wiederholt lächerlich gemacht und gedemütigt. Im Bereich der körperlichen Gewalt im gesamten bisherigen Leben gaben die Patienten am häufigsten an, verprügelt, zusammen geschlagen oder mit einer Waffe bedroht worden zu sein. Mehr als ein Drittel berichtete durch Erziehungspersonen mehr als einmal heftig verprügelt worden zu sein. Ein Fünftel der Männer wurde in der Kindheit mindestens einmal sexuell berührt, 18% in Kindheit, Jugend oder im Erwachsenenalter vergewaltigt.

Der Einfluss biographischer und sozioökonomischer Faktoren auf schwere Gewalterlebnisse konnte aufgrund fehlender statistischer Power nicht abschließend beurteilt werden. Es deutete sich jedoch an, dass wiederholte schwere Gewaltwiderfahrnisse eher auftraten wenn die Eltern keinen hohen Schulabschluss hatten. Ein Migrationshintergrund war bei Berücksichtigung anderer sozioökonomischer Faktoren kein Risikofaktor für schwere Gewaltwiderfahrnisse.

Als Folgen von Gewalterfahrungen wurden von fast allen Teilnehmern körperliche Verletzungen berichtet, bei mehr als der Hälfte der Betroffenen waren diese von schwerer Art wie Knochenbrüche und Gehirnerschütterungen. Bei allen Studienteilnehmern konnten Anzeichen von Traumatisierungen festgestellt werden, ein Drittel hatte laut der Patientenakte die ärztliche Diagnose einer PTBS. Der kausale Zusammenhang dieser Diagnosen mit den Gewaltwiderfahrnissen bleibt jedoch aufgrund des Querschnittsdesigns des Interviewsurveys unklar.

5.2 Vergleich mit anderen Studien

5.2.1 Response-Rate und Drop-Outs

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich, dass die Mehrzahl der angesprochenen Männer der Studienteilnahme aufgeschlossen gegenüber stand und nur 20% der initial angesprochenen Patienten die Teilnahme an der Studie ablehnten. Dies machte deutlich, dass auch Schwerstabhängige trotz ihrer oftmals instabilen Lebenssituation und ihres ausgeprägten suchttypischen Verhaltens durchaus für wissenschaftliche Forschungsfragen als Studienkollektiv zugänglich sind. Die in einer anderen Arbeit beschriebene mangelnde „Wartezimmer“- und Verabredungsfähigkeit, die eine angemessene Behandlung der Schwerstabhängigen beeinträchtigt, wurde auch in der vorliegenden Arbeit beobachtet (Westermann, 1999). Neun Patienten erschienen nicht zum Termin, ohne die Studienteilnahme abzusagen. 25 der Männer waren trotz Zusage der Studienteilnahme letztlich nicht zuverlässig absprachefähig und viele Versuche der Terminvereinbarung waren notwendig bis die Interviews durchgeführt werden konnten, sodass sich der Erhebungszeitraum der Interviews über das geplante Maß hinaus deutlich in die Länge zog. Es gab nur einen Drop-Out und kein Interview musste aufgrund des Auftretens akuter psychischer Belastungssymptomen im Sinne einer akuten Belastungsreaktion oder PTBS abgebrochen werden. Dies könnte bedeuten, dass Gewaltwiderfahrnisse von Männern trotz des heiklen Charakters des Themas und trotz einer Vielzahl von Hindernissen wie Gefühlen von Scham, Verdrängung oder der Gefahr einer Retraumatisierung, durchaus tiefergehend erforscht werden können, was den Beobachtungen der deutschen Männerstudie Rechnung trägt (Jungnitz, 2004). Auch in der Nachbeobachtung der teilnehmenden Patienten durch die behandelnden Studienärzte wurden keine Anzeichen von Retraumatisierungen beobachtet. Um verlässliche Daten über die Effekte von Befragungen zu möglicherweise traumatischen Erlebnissen zu generieren, sind jedoch weitere longitudinale Studien nötig.

5.2.2 Soziodemographische Charakteristika

Die Patienten der Substitutionsambulanz „Gemeinschaftspraxis Jellinek & Rogge - A.I.D. Ambulanz für integrierte Drogenhilfe Neukölln“ sowie des „Medizinischen Versorgungszentrums Gesundes Friedrichshain - A.I.D. Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe Friedrichshain“, die an der vorlie-

genden Studie teilnahmen, hatten ein Durchschnittsalter von knapp 40 Jahren. In der deutschen PREMOS-Studie, eine deutsche Längsschnittstudie zum Krankheitsverlauf substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer, war das durchschnittliche Alter der Untersuchten mit 35 Jahren etwas geringer als in der vorliegenden Studie (Wittchen, 2011).

Etwa ein Viertel der Teilnehmer wies einen Migrationshintergrund auf, was in etwa dem Anteil von Migranten an der Berliner Bevölkerung entspricht (Amt für Statistik Berlin Brandenburg, 2014). 18% der Befragten besaßen keinen Schulabschluss. In der PREMOS-Studie wiesen 19% der Patienten keinen Schulabschluss auf, was sich etwa mit dem Ergebnis für die substituierten Opiatabhängigen der A.I.D. Berlin deckt (Wittchen, 2011). Deutschlandweit war im Jahr 2013 nur 4% der erwachsenen Bevölkerung ohne allgemeinen Schulabschluss registriert (DESTATIS, 2015). Da zum Bildungsabschluss der Eltern häufig keine Angaben gemacht werden konnten – 26% der Männer kannten den Bildungsstand ihres Vaters und 16% den ihrer Mutter nicht – war eine Auswertung des Bildungshintergrundes der Herkunftsfamilien der befragten Männer im Rahmen dieser Studie nur eingeschränkt möglich.

Der Anteil der Ledigen unter den schwerstabhängigen Männern (80%) war relativ hoch, nur 14% waren verheiratet oder lebten in einer Lebensgemeinschaft. Die PREMOS-Studie mit substituierten Opiatabhängigen berichtete von 55% alleinstehenden, 20% geschiedenen und 13% getrennt lebenden substituierten Patienten (Wittchen, 2011). Zudem hatten insgesamt 41% der Patienten der PREMOS-Studie eigene Kinder, ähnlich viele wie in der vorliegenden Studie mit 38%. Im Jahre 2012 waren deutschlandweit für beide Geschlechter nur 20% der Bevölkerung als alleinlebend registriert worden (ohne Berücksichtigung des Familienstandes), wohingegen insgesamt 78% als Familie oder in einer Paargemeinschaft zusammen lebten – in Berlin lag der Anteil Alleinlebender mit 31% noch etwas darüber (DESTATIS, 2012). Ob der hohe Anteil Lediger unter den Schwerstabhängigen Hinweise auf Bindungsprobleme der Süchtigen liefern könnte, lässt sich nur mutmaßen. Mehr als einem Drittel der Studienteilnehmer fehlte zudem aktuell eine Vertrauensperson oder ein soziales Umfeld zum Wohlfühlen und die Hälfte vermisste emotionale Werte wie Geborgenheit oder Zuverlässigkeit. Dies weist auf die mangelnde soziale Unterstützung bzw. die soziale Isolation hin, in der Drogensüchtige oftmals leben.

5.2.3 Medizinische Charakteristika

Die untersuchten Männer wiesen eine durchschnittliche Dauer des Opioidgebrauchs von etwas über 14 Jahren auf. Die mittlere Dauer des Opioidgebrauchs war unter den Teilnehmern der PREMOS-Studie mit 15 Jahren ähnlich (Wittchen, 2011). Die Befragten der A.I.D. Berlin befanden sich seit durchschnittlich fast 5 Jahren in Substitutionsbehandlung, und auch die PREMOS-

Studienteilnehmer wurden durchschnittlich bereits seit mehr als vier Jahren substituiert. Da die vorliegende Untersuchung keine Frauen beinhaltete und eine geringere Fallzahl als die PREMOS-Studie (n=1624) aufwies, sind Vergleiche zwischen den beiden Studien mit Vorsicht zu ziehen. Der Vergleich der Studienteilnehmer zu den Nicht-Teilnehmern ergab zudem, dass keine wesentlichen Unterschiede im Alter, Einstiegsalter, Dauer des Opiatkonsums und Dauer der Substitutionsbehandlung festzustellen waren, sodass sie in diesen Aspekten als annähernd repräsentativ für das Patientenkollektiv der A.I.D. Berlin gelten können.

Die Studienteilnehmer gaben in der Mehrheit an, mehrere Drogenarten aus mindestens zwei unterschiedlichen Substanzgruppen zu konsumieren, was ein Kriterium der Schwerstabhängigkeit darstellt (Behrendt, 1999). Die PREMOS-Studie ermittelte den „*konkomitanten Drogengebrauch*“ nicht anhand von Anamnesen, sondern von Urintestbefunden. Hier lag der Anteil des klinisch bedeutsamen Beikonsums während der Substitution bei 38%, unter Einbeziehung von Cannabis bei 60% (Wittchen, 2011), was als vergleichbar zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit angesehen werden kann. Laut Einschätzung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen der A.I.D. Ambulanzen könnten im ICD-10 Bereich F10-F19 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) noch deutlich mehr Diagnosen an die schwerstabhängigen Patienten vergeben werden, als bis zum Interview in den Patientenakten dokumentiert waren. Diese dokumentarische Lücke könnte die Diskrepanz zwischen der Häufigkeit der Art der konsumierten Drogen (Abb. 3) und der Häufigkeit der Diagnosevergabe im Bereich F10-F19 (Tab. 9) erklären.

Die Studienteilnehmer trugen laut ihrer Patientenakten pro Person durchschnittlich 4,5 psychiatrische Diagnosen, die aus 62 verschiedenen ICD-10 Krankheitsklassen stammten. In der PREMOS-Studie hatte nur ca. ein Drittel der Teilnehmer keine schwerwiegende psychische Erkrankung aufzuweisen, 17% wurden als psychisch multimorbide (mehr als zwei Störungen nach ICD-10 F) und zudem 32% als körperlich multimorbide eingestuft, sodass Opiatabhängigkeit als eine „*schwere multimorbide Störung mit hoher psychopathologischer Belastung*“ bezeichnet wurde (Wittchen, 2011). Dies könnte demnach auch für die Studienteilnehmer der vorliegenden Arbeit gelten, mit der Einschränkung, dass somatischen Diagnosen nicht gezielt ausgewertet wurden. Zu den häufigsten psychischen Störungen zählten im PREMOS-Patientenkollektiv laut Arzturteil Depressionen (38%), Persönlichkeitsstörungen (20%), Angst- (17%) und Schlafstörungen (14%), ohne die genauen Krankheitsklassen nach ICD-10 weiter aufzuschlüsseln. In der vorliegenden Studie der schwerstabhängigen Männer waren die häufigsten psychiatrischen Diagnosen depressive Episoden (22%), posttraumatische Belastungsstörungen (32%) und die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs (18%), was dem Befund der PREMOS-Studie weitestgehend entspricht. 70% der schwerstabhängigen Patienten gaben zudem an, unter Schlafstörungen und

Alpträumen zu leiden (Abb. 12). Es ist anzunehmen, dass bei Patienten der A.I.D. im Rahmen ausführlicherer psychiatrischer Diagnostik noch weitaus mehr Diagnosen gestellt werden könnten und das Patientenkollektiv in etwa substituierten Opiatabhängigen deutschlandweit ähnelt oder sogar als noch schwerer psychiatrisch belastet gelten könnte.

5.2.4 Familiäre Situation in der Kindheit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichten die instabilen psychosozialen Lebensverhältnisse und vielfältigen frühen Belastungen, denen die schwerstabhängigen Patienten bereits in der Kindheit und damit vor Beginn der Opiatabhängigkeit ausgesetzt waren.

Ihre Kindheit und Jugend hatte nur die Hälfte der untersuchten Männer bei beiden Elternteilen verbracht, 24% gaben wechselnde, instabile Bezugs- bzw. Erziehungspersonen an, und ein Fünftel war mindestens einmal in einem Kinderheim untergebracht worden. Dies spricht für das häufige Vorhandensein einer „Broken-Home“-Problematik bei vielen Drogensüchtigen, wie sie auch Verthein und Degwitz (1999) beschrieben. Deutschlandweit werden laut statistischem Bundesamt 20% der Minderjährigen von Alleinerziehenden betreut (DESTATIS, 2015b) – unter den Männern der vorliegenden Arbeit war der Anteil mehr als doppelt so hoch.

Mehr als ein Drittel (38%) der Befragten bestätigte, aus einem gewalttätigen familiären Umfeld zu stammen, ähnlich viele gaben an, auch körperlich gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern erlebt zu haben. Innerfamiliäre Gewalt ist eine Gewaltform zwischen Personen mit meist starker emotionaler Bindung zueinander und oftmals sind Machtgefälle bzw. Abhängigkeitsverhältnisse besonders stark ausgeprägt (Jungbauer, 2009). Zudem findet sie oftmals in geteilten Räumen statt, sodass das Sicherheitsgefühl der Opfer bedeutend beeinträchtigt wird (Jungbauer, 2009). Aus familiärer Gewalt resultieren psychosoziale Konsequenzen für die Entwicklung von Kindern (Pfeiffer, 1999). Familiäre bzw. häusliche Gewalt hat viele Facetten (Beziehungs- und/oder Erziehungsgewalt, verschiedene Formen der Gewalt, s. Abschnitt 1.1.2) und bewegt sich in einem großen Dunkelfeld (Jungbauer, 2009). Vergleichbare Daten für das Vorkommen aller Formen innerfamiliärer Gewalt in Deutschland insgesamt, und vor allem für davon betroffene Kinder zu ermitteln, ist daher schwierig. Die Prävalenz von partnerschaftlichen Gewalterfahrungen beträgt laut deutscher Studien ca. 20% bei Männern und ca. 21-25% bei Frauen (Döge, 2013; Müller und Schröttle, 2004) – demnach eine etwas geringere Häufigkeit als bei den Teilnehmern der vorliegenden Studie. Mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen gab an, dass ihre Kinder die Auseinandersetzungen mitbekommen hätten, und ein Viertel sogar, dass sie in den Konflikt hineingeraten seien (Döge, 2013; Müller und Schröttle, 2004). Auch wenn sich daraus nicht direkt ableiten lässt, wie viele Kinder insgesamt unter partnerschaftlicher Gewalt ihrer Eltern leiden, scheinen die Er-

gebnisse der vorliegenden Studie die deutschlandweite Häufigkeit von Gewalt zwischen Eltern bzw. In Familien zu übersteigen. Wetzels erhob, dass 23% seiner Studienteilnehmer mit Partnergewalt der Eltern untereinander konfrontiert gewesen seien, auch das deutlich weniger als bei den Studienteilnehmern der vorliegenden Arbeit (Wetzels, 1997). Viele der befragten Schwerstabhängigen waren also bereits in ihrer vulnerablen Kindheitsphase im Rahmen ihres frühen Familienlebens Belastungsfaktoren, Aggressionen und Gewalt ausgesetzt gewesen, so wie es Khantzian schon für andere Drogenabhängige beschrieben hatte, um seine „Selbstmedikationshypothese“ zu entwickeln (Khantzian, 1985).

Über zwei Drittel (68%) der Teilnehmer erklärten, dass ihre emotionalen Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend nicht erfüllt worden seien und ein Drittel bezeichnete ihre Kindheit als insgesamt unglücklich. Diese Häufigkeiten treffen in etwa auch auf die deutschlandweite Stichprobe der Männerstudie von Jungnitz et al. zu, in der ein Viertel der Männer unter 36 Jahren und ca. 40% der Männer über 35 Jahren angaben, unzufrieden damit zu sein, in welchem Maß in ihrer Kindheit und Jugend ihre Bedürfnisse nach Liebe, Anerkennung und körperlicher Zuwendung erfüllt worden seien (Jungnitz, 2004). Auffallend ist, dass 26% der Studienteilnehmer der vorliegenden Studie angaben, nicht einschätzen zu können, ob ihre Kindheit glücklich oder unglücklich war. Nach Einschätzung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen der A.I.D. Berlin weisen viele der Studienteilnehmer, die diese Antwort gaben, Erinnerungslücken bezüglich ihrer Kindheit auf oder hatten anamnestisch eine Gewalterfahrung in der Kindheit aufzuweisen. Dies könnte Hinweise auf Verdrängung oder sogar auf eine dissoziative Amnesie gewertet werden – Symptome, die häufig bei Patienten mit komplexer PTBS auftreten (Huber, 2009; Sack, 2013). Auch wenn im Rahmen dieser Studie keine umfassende psychiatrische Diagnostik durchgeführt werden konnte, wird dieser Aspekt auch in folgenden Abschnitten diskutiert (s. Abschnitt 5.2.6 und Abschnitt 5.5).

In kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung hatte sich ca. ein Drittel der Teilnehmer befunden. In Deutschland ergab der nationale Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts, dass durchschnittlich 15% aller Kinder in Deutschland psychische Auffälligkeiten zeigten (Hölling, 2007). Laut eines Berichts des deutschen Psychologenverbandes litten im Jahr 2007 ca. 5% aller Kinder in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung (Ihle und Esser, 2007). Die Patienten der vorliegenden Arbeit waren demnach deutlich häufiger bereits in Kindheit und Jugend von psychischen Problemen betroffen. Forscher aus Mexiko beschrieben, dass vor allem dysfunktionale Familienverhältnisse sowie Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Kindheit prädiktive Faktoren für die Entwicklung von Psychopathologien darstellten, ohne zu präzisieren, wann sich diese erstmalig bemerkbar machen (Benjet, 2010, 2013). Auf die Zusammenhänge von frühen psychiatrischen Auffälligkeiten und späterer Drogensucht oder weiteren psychi-

schen Erkrankungen können aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung keine direkten Rückschlüsse gezogen werden. Dies müsste idealerweise in zukünftigen prospektiven Langzeitstudien untersucht werden.

Weiterhin ergab die Analyse von Döge, dass Männer mit einer unglücklichen Kindheit oder negativer Vatererfahrung im späteren Leben deutlich mehr Gewalt ausübten (Döge, 2013). Dieser Zusammenhang wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersucht. Es wurde jedoch für die Studienteilnehmer insgesamt ermittelt, dass die Hälfte in Kindheit und Jugend straffällig geworden war, und ebenso viele erklärten, im Laufe ihres Lebens selbst schon einmal gewalttätig gegen andere gewesen zu sein. Ein knappes Drittel (n=15) der in der vorliegenden Studie befragten Männer bestätigten sowohl die eigene Gewaltausübung als auch, Jugendstrafen auferlegt bekommen zu haben. Vergleichswerte über die allgemeine Jugendkriminalitätsraten in Deutschland zu ermitteln, ist aufgrund methodischer Unterschiede in den Datenerhebungen schwierig. Für Berlin wurde in den Jahren 2009/2010 jedoch festgestellt, dass durchschnittlich 12% der Jugendlichen polizeilich registriert wurden, bundesweit betrug der Anteil nur 7% (Baier und Pfeiffer, 2011). Die drogenabhängigen Studienteilnehmer dieser Untersuchung waren demnach mehr als viermal so häufig im Jugendalter straffällig geworden wie Berliner Jugendliche, bzw. siebenmal so häufig wie Jugendliche deutschlandweit. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Erhebung der Angaben dieser Studie auf subjektiven Erfahrungsberichten basierte und nicht von öffentlich registrierten Fällen ausging, und dass die Studie von Baier und Pfeiffer nicht nach Geschlecht differenzierte, wohingegen in der vorliegenden Untersuchung nur Männer befragt wurden. Interessant wäre es in zukünftigen Studien zu untersuchen, ob Schwerstabhängige, die schon in Kindheit und Jugend straffällig geworden waren, häufiger *adverse childhood events* wie innerfamiliären Gewalterfahrungen ausgesetzt waren. Somit könnte man tiefergehend prüfen, ob Drogenabhängige, die schweren Kindheitserfahrungen und früher Gewalt ausgesetzt waren, dazu neigen, frühzeitig in ihrem Leben selbst Gewalt auszuüben (Buckingham und Daniolos, 2013; Duke, 2010; Pfeiffer, 1999). Weitergehend könnte analog zu einer US-Studie untersucht werden, wie sich die Beziehung zwischen *adverse childhood events* und dem Risiko für späteren Gebrauch illegaler Substanzen für Studienteilnehmer in Deutschland verhält (Dube, 2003).

Ein Drittel der Patienten gab an, schon vor dem Beginn der Volljährigkeit ohne ihre Erziehungspersonen gelebt zu haben, davon neun vor dem 16. Lebensjahr. Dies könnte auf Probleme in den Herkunftsfamilien und auf eine frühe Erosion sozialer Bindungen bei den befragten Männern hinweisen.

5.2.5 Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Schwerstabhängigen

Prävalenz psychischer Gewalterfahrungen

Psychische Gewalt ist eine oftmals eher verborgene Gewaltform, die im gängigen Gebrauch des Gewaltbegriffs häufig nicht enthalten ist (Nunner-Winkler, 2007). Obgleich schwerer zu definieren, und möglicherweise stark innerhalb der „normalen“ Alltagskommunikation verborgen, trifft die Gewaltdefinition (s. Abschnitt 1.1.1) des Gebrauchs von Zwang und Macht mit einer zugrunde liegenden Schädigungsabsicht auch auf diese Gewaltform zu, auch wenn die resultierenden Verletzungen nicht auf den ersten Blick sichtbar werden. Psychische Gewalt wird als genauso folgenschwer erachtet wie andere Gewaltformen und jede körperliche oder sexualisierte Gewalthandlung bzw. Vernachlässigung beinhaltet immer auch eine psychische Komponente (Jungnitz, 2004). Jede Gewalterfahrung beinhaltet meist mehrere Ebenen (Thyen, 2000). Psychische Gewalt drückt sich meist sprachlich vermittelt sowie durch symbolische Handlungen aus (Nunner-Winkler, 2007).

Da psychische Gewalt oftmals subtil in Erscheinung tritt, ist sie schwer systematisch messbar. Dennoch gaben die Studienteilnehmer in hohem Maße Auskunft über die erfragten psychischen Gewalthandlungen. Alle Studienteilnehmer bestätigten Gewalthandlungen psychischer Art erfahren zu haben. Auffallend ist in diesem Gewaltfeld, dass es sich meist nicht um einmalige Ereignisse gehandelt hat, sondern um wiederholte, in unterschiedlichen Kontexten erlittene Gewalthandlungen. Fast alle Studienteilnehmer (94%) waren von wiederholter, schwerer psychischer Gewalt betroffen.

In der deutschlandweiten Männerstudie wurden diese Angaben für Kindheit und Jugend sowie für das Erwachsenenalter getrennt erhoben. Die Angaben zum Erwachsenenalter bezogen sich auf die letzten fünf Jahre vor dem Befragungszeitpunkt. „*Schikaniert, schwer beleidigt oder eingeschüchtert*“ worden zu sein, traf im Jugendalter auf 62% der Männer zu (im Erwachsenenalter auf 23%), „*seelische Grausamkeit erfahren*“ hatten etwas mehr als ein Drittel erlebt. Die in der vorliegenden Arbeit ermittelten Häufigkeiten überstiegen diese Angaben deutlich, auch wenn ein direkter Vergleich aufgrund der Alterssegregation nicht möglich ist (Jungnitz, 2004).

Psychische Belastungen können auch entstehen, wenn Personen Informationen über Themen erhalten, die sie in ihrem jeweiligen Entwicklungsstand überfordern, umso mehr, wenn dies zum Beispiel eine Drohung beinhaltet, nicht mit Dritten darüber sprechen zu dürfen. Durch Ältere in eine solche „*belastende Mitwisserschaft*“ verwickelt worden zu sein, bestätigten zwei Drittel der in der vorliegenden Studie befragten Männer, während es in der deutschen Männerstudie hingegen nur 42% waren (Jungnitz, 2004).

Erpressung und Zwang erlebt zu haben gaben 40% der Schwerstabhängigen an, deutlich mehr als in der allgemeinen Männerstudie in Deutschland, in der 13% dies für das Kindes- und Jugendalter und 5% für das Erwachsenenalter bejahten (Jungnitz, 2004). Ob Schwerstabhängige durch die Illegalität der meisten von ihnen konsumierten Drogen, und der daraus beispielsweise resultierenden Beschaffungskriminalität ein höheres Risiko aufweisen, Opfer von Erpressungsversuchen zu werden, lässt sich nur mutmaßen.

90% der befragten Männer hatten schon mindestens ein Mal schwere Gewalttaten beobachten müssen, die anderen geschehen waren. Dass Gewalttaten nicht zwangsläufig der eigenen Person geschehen sein müssen, sondern auch die direkte Zeugenschaft schwerwiegende Effekte haben kann, geht aus der Definition der PTBS hervor (s. Abschnitt 1.1.4).

Ehrverletzende Behauptungen (Verleumdungen) ausgesetzt gewesen zu sein oder die systematische Verbreitung schlechter Aussagen über ihre eigene Person erlebt zu haben, bestätigten insgesamt zwei Drittel der befragten Männer. Systematische Ausgrenzung und Abwertung durch eine Gruppe (Mobbing) zu kennen, bejahte ebenfalls etwa die Hälfte von ihnen. Das waren deutlich mehr als in der allgemeinen Männerstudie bei Jungnitz et al. mit 17% für Verleumdung und 11% für Mobbing (Jungnitz, 2004). Ob Verleumdung und Mobbing unter Drogenabhängigen schon in der Kindheit auftraten (z.B. in der Schule) und damit ein möglicher Risikofaktor für Abhängigkeit sein könnte oder ob diese Formen psychischer Gewalt zum Beispiel im Drogenumfeld geläufig waren, sollte in zukünftigen Analysen ausgewertet werden. Auch die Drogenszene kann innerhalb einer Stadt einen relativ geschlossenen sozialen Raum ausmachen, da Schwerstabhängigen oftmals soziale Beziehungen außerhalb dieser Szene fehlen (Behrendt, 1999).

Prävalenz physischer Gewalterfahrungen

Unter dem Begriff „Gewalt“ wird im allgemeinläufigen Verständnis meist körperliche Gewalt verstanden (Nunner-Winkler, 2007). Diese subsumiert viele verschiedene Handlungen, die einem Individuum schaden und es verletzen können (Krug, 2002). Ausprägungsgrad und Intensität dieser Handlungen sind sehr unterschiedlich, lassen jedoch kein lineares Verständnis der Folgen für ein betroffenes Individuum zu. Direkte Folgen sind an körperlichen Verletzungen zu erkennen. Physische Gewalt erlebt zu haben, kann jedoch auch psychische Effekte nach sich ziehen (Jungnitz, 2004; s. ebenso Abschnitt 1.1.3 und 1.1.4).

Auch in diesem Gewaltfeld bestätigte jeder der Befragten, schon einmal körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, fast alle (94%) waren auch von wiederholter schwerer körperlicher Gewalt betroffen. Die Studienteilnehmer bestätigten durchschnittlich 12 von 19 möglichen Nennungen, sodass zusammenfassend geschlossen werden kann, dass körperliche Gewalt in der Biogra-

phie von Schwerstabhängigen häufig erlebt wurde. Für 15 der 19 erhobenen unterschiedlichen Handlungen körperlicher Gewalt gaben jeweils mehr als 50% an, diese bereits mindestens einmal im Leben erfahren zu haben. Auch für „schwerere“ Gewalttaten waren die Häufigkeitsangaben hoch: Überfallen, beraubt, eingesperrt und gefesselt worden zu sein bestätigten 78% und verprügelt und zusammengeschlagen worden zu sein 70% der Befragten. Zwei Drittel der Männer wurden schon mindestens ein Mal mit einer Waffe bedroht, und mit einer Waffe verletzt fast ein Viertel. Wie die psychischen Gewalterfahrungen wurde physische Gewalt überwiegend wiederholt bzw. andauernd erlebt.

In der deutschen Männerstudie lagen die Angaben für schwere Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter (mit Gegenständen beworfen, mit einer Waffe ernsthaft bedroht, getreten, gestoßen, hart angefasst, heftig weggeschleudert oder geschlagen worden) hingegen jeweils nur bei 3 bis 5%. Zusammengeschlagen oder verprügelt worden zu sein bestätigte nur ca. 1% der Studienteilnehmer. Für das Kindes- und Jugendalter lagen in der Männerstudie die Häufigkeiten etwas höher, für Überfälle zum Beispiel bei 19%, für die Gewalthandlung „*eingesperrt und gefesselt worden*“ oder für das Item „*mit einer Waffe bedroht oder verletzt worden*“ bei 11% (Jungnitz, 2004). Dennoch nähern sich auch diese Häufigkeiten bei weitem nicht den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit an.

Trotz des möglichen Verschwindens von Gewalt unter dem Deckmantel der Normalität und trotz der Vorbehalte aufgrund einer möglichen Stigmatisierung von Männern durch Berichte von Gewalterfahrungen (Schlack, 2013) konnten also auch die befragten schwerstabhängigen Männer über vielfältige physische Gewaltwiderfahrungen Auskunft geben. Obgleich ein direkter Vergleich aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns und Methoden nicht möglich ist, wurden auch in der vorliegenden Untersuchung Hinweise darauf gefunden, dass Schwerstabhängige deutlich mehr Gewalt erlebt haben als Vergleichspersonen der Normalbevölkerung. Dies stimmt mit Vermutungen von Ärzten und Ärztinnen der ambulanten Drogenhilfe der A.I.D. Berlin überein.

Prävalenz sexualisierter Gewalterfahrungen

Sexualisierte Gewalt gegen Männer berührt Probleme der Scham, der männlichen Identität (z.B. die Angst, als homosexuell zu gelten, s. Abschnitt 1.1.5) und Fragen gesellschaftlicher Rollenbilder (Stigmatisierung von Vergewaltigungsopfern als „*unmännlich*“) auf besonders delikate Art und Weise (Jungnitz, 2004). Aufgrund dessen sowie der vielfältigen Definitionen in der Wissenschaft wird die Erforschbarkeit dieses Themas als schwierig eingestuft, und ein hohes Dunkelfeld ist zu vermuten (Bange, 2004). In einem amerikanischen Review schwankten die Prävalenzangaben von sexualisierter Gewalt gegen Jungen passend dazu zwischen 4% und 76% – eine beachtliche Spanne (Holmes und Slap, 1998). Trotz dieser möglichen Hindernisse der wissenschaftlichen Er-

forschung sexualisierter Gewalt gegen Männer erschien es wichtig, auch dieses Gewaltfeld in den Fragebogen zu integrieren, denn ein Nicht-Fragen und folgliches Nicht-Wissen bedeutet letztendlich ein Nicht-Erkennen möglicher Betroffener, denen konsekutiv angemessene Hilfe und Unterstützung untersagt bleibt.

Sexualisierte Gewalterfahrungen stellten das letzte erfragte Gewaltfeld zum Ende des Interviews dar, sodass die Befragten bereits Zeit gehabt hatten, sich an die Interview-Situation zu gewöhnen und ein Vertrauensaufbau zwischen der Interviewerin und den Studienteilnehmern möglich gewesen war. Trotz der starken Tabuisierung dieses Gewaltfeldes beantwortete jeder der befragten schwerstabhängigen Männer alle acht Fragen zu sexualisierten Gewalthandlungen, keine Antwort wurde verweigert. Dies wurde als mögliches Zeichen dafür gewertet, dass selbst ein solch sensibles Thema geschlechterübergreifend und in schwierigen Kontexten wie der Schwerstabhängigkeit erforschbar sein kann.

Die Lebenszeitprävalenz sexualisierte Gewalt erfahren zu haben, lag im befragten Studienkollektiv bei insgesamt 36% (95%-KI 23-51%). Ein Fünftel der befragten drogenabhängigen Männer bestätigte, im Laufe ihres Lebens bereits Kommentaren über ihren Körper oder sexuellen Anspielungen ausgesetzt gewesen zu sein. In der deutschlandweiten Männerstudie bejahten diese Gewalterfahrung für die Kinder- und Jugendzeit mit 29% ähnlich viele (Jungnitz, 2004). Bereits diese Frage macht deutlich, dass das Phänomen sexueller Belästigungen auch bei Männern eine Relevanz zeigt, egal ob im Drogenmilieu oder in der „Normalbevölkerung“ vorkommend.

Ungewollt in der Kindheit sexuell berührt, belästigt oder bedrängt worden zu sein, gaben insgesamt 20% der Schwerstabhängigen an. Deutschlandweit waren es im Kinder- und Jugendalter bei Männern 17% – ein ähnlich häufiger Befund (Jungnitz, 2004).

Sexuelle Nötigung wurde durch die Frage ermittelt, ob die Schwerstabhängigen zu sexuellen Handlungen (ohne Geschlechtsverkehr) gezwungen worden seien. Dies gaben 14% an. Die Nötigung zum Geschlechtsverkehr, auch Vergewaltigung genannt, war insgesamt 18% der Befragten widerfahren und war damit deutlich häufiger als in einer repräsentativen Stichprobe deutscher Männer, in der 2% davon betroffen waren (Jungnitz, 2004). In vergleichbaren Studien an Drogenabhängigen in den USA lag die Häufigkeit für sexualisierte Gewalt in der Kindheit und Jugend bei Drogenabhängigen bei 12% bzw. 16% (Simpson und Miller, 2002; Windle, 1995). In einer deutschen Studie mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen berichteten jedoch nur 5% der männlichen Patienten über sexualisierte Gewalt (Kemmner, 2004). Die Autoren selbst erwogen, ob die befragten Männer in ihrer Studie aufgrund von Scham oder aus Angst vor einer Beeinträchtigung ihres „Mannseins“ eher im Sinne der rollenspezifischen Erwartung geantwortet hatten.

Unter nicht-drogenabhängigen Männern wurde in der deutschen Männerstudie für Kindheit und Jugend festgestellt, dass ca. 8% Opfer jeglicher Art sexualisierter Gewalt geworden war (Jungnitz, 2004). Weitere Studien berichteten über eine Prävalenz von 3-17% (Barth, 2013; Thyen, 2000).

Zur Prostitution gezwungen worden waren 8% der schwerstabhängigen Studienteilnehmer. Dieses Item wurde in der deutschlandweiten Männerstudie von keinem der Männer bestätigt (Jungnitz, 2004). Es lässt sich vermuten, dass hier das Drogenmilieu eine Rolle spielen könnte, in welchem viele Individuen ihre monetären Schulden für Drogen auf solche Art und Weise „zu bezahlen“ versuchen bzw. bezahlen müssen.

Auch wenn die ermittelten Häufigkeiten keine direkten Vergleiche mit anderen Studienergebnissen zulassen, deuten sie darauf hin, dass schwerstabhängige Männer auch sexualisierte Gewalt erlebt haben, die oft schon in der Kindheit begann.

Prävalenz von Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend

Um der besonderen Bedeutung von Gewalterlebnissen in der Kindheit Rechnung zu tragen, die im Rahmen asymmetrischer Machtverhältnisse und v.a. im familiären Rahmen erlebt wird („ältere“ Täter, zu denen die kindlichen Opfer oftmals in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen), wurden zehn verschiedene, bis zum 21. Lebensjahr erlebte Gewalttaten durch Erziehungspersonen erfragt. Da diese Fragen aus dem Fragebogen der nationalen allgemeinen Männerstudie stammten, eignen sich die dort erhobenen Daten am ehesten als Vergleich mit den vorliegenden Studienergebnissen (Jungnitz, 2004).

Fast alle Studienteilnehmer (98%) bejahten Gewalthandlungen durch Erziehungspersonen. Innerhalb der Gewalthandlungen, welche die Befragten in Kindheit und Jugend durch Erziehungspersonen erfahren hatten, waren psychische Gewalthandlungen am häufigsten. So waren zum Beispiel in der vorliegenden Arbeit 64% der untersuchten Männer durch ihre Erziehungspersonen seelisch verletzt worden, während es in der nationalen allgemeinen Männerstudie mit 37% deutlich weniger waren. Patienten der vorliegenden Studie hatten psychische Erziehungsgewalt insgesamt häufiger erlebt, als Männer in Deutschland allgemein. Unter den körperlichen Erziehungsstrafen wurden in der vorliegenden Studie mit 36% heftige Prügel deutlich häufiger angegeben als in der allgemeinen Männerstudie mit 19% (Jungnitz, 2004). Durchschnittlich gab jeder Schwerstabhängige fünf Nennungen für die Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen an, in der Männerstudie waren es vier Nennungen (Jungnitz, 2004). Da die Definition von „Erziehungspersonen“ der vorliegenden Arbeit auch Lehrer/innen oder Ausbilder/innen beinhaltete (insgesamt Bezugspersonen mit einem Machtgefälle den Kindern gegenüber) und damit familiäre Grenzen überstieg, ist eine Vergleich-

barkeit mit der in anderen Studien ermittelten Häufigkeit erlebter Gewalthandlungen nur eingeschränkt möglich.

Eine weitere deutsche Studie erhob für körperliche Gewalt durch Eltern eine durchschnittliche Häufigkeit von 75% der Befragten, wobei Männer signifikant häufiger von dieser Erfahrung berichteten als Frauen. Gewalt durch die Eltern im Sinne von „Misshandlung“ hatten 11% im Laufe des Lebens erfahren (Wetzels, 1997). Für von Eltern an ihren Kindern begangene Gewalthandlungen wurde in den USA hingegen eine durchschnittliche Lebenszeitprävalenz für Männer von 26% ermittelt, davon 13% für psychische Gewalterfahrungen, 11% für physische Gewalterfahrungen sowie 0,4% für sexualisierte Gewalterfahrungen (Finkelhor, 2013). In einer deutschen Studie gaben 7% der befragten Mütter und 9% der befragten Väter an, Erziehungsgewalt auszuüben (Döge, 2013) – wobei diese eher niedrigen Angaben aufgrund der Selbstauskunft der Eltern mit Vorsicht interpretiert werden sollten.

5.2.6 Kontext der Gewalterfahrungen

Alter bei psychischen Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika

Psychische Gewalthandlungen traten unabhängig vom Alter in jeder Lebensphase auf. Am häufigsten wurden die Aggressionen im Laufe eines Lebens in der Öffentlichkeit erlebt (berichtet von 82%), gefolgt vom Elternhaus (bei 52%). Die Täter psychischer Gewalt stammten meist aus dem Bekanntenkreis bzw. aus der eigenen Familie (82%), aber auch Unbekannte wurden häufig als Täter genannt (60%). Die Bedeutung des innerfamiliären Umfelds für psychische Gewaltwiderfahrungen wird auch dadurch verdeutlicht, dass 36% der drogenabhängigen Männer den Vater bzw. Stiefvater als Täter nannte.

Des Weiteren gaben 26% der Studienteilnehmer das Gefängnis als Ort an, in dem sie psychische Gewalt erlebten. Es lässt sich mutmaßen, ob der beengte, abgeriegelte Raum im Strafvollzug Machtstrukturen umso deutlicher zutage treten lässt und seelische Spannungen erzeugt, die vielleicht auf eine erhöhte psychische Vulnerabilität der Insassen (Stigmatisierung als Verbrecher, Verlust der Privatsphäre, Trennung vom sozialen Umfeld usw.) treffen, sodass die Wahrscheinlichkeit für psychische Gewalt potenziert wird (Bereswill, 1999). Quantitative Vergleichswerte konnten jedoch nicht ermittelt werden und sollten Gegenstand zukünftiger Studien sein.

Bekannt sind Phänomene psychischer Belastungen oder Gewalt auch im Bereich der Arbeitswelt (Jungnitz, 2004; Nunner-Winkler, 2007). Der Arbeitsplatz ist ein relativ geschlossener sozialer Raum, in dem gerade Männer einen großen Teil ihrer Zeit verbringen und von dem sie ökonomisch abhängig sind (Jungnitz, 2004). Zumeist ist er oft hierarchisch organisiert und spielt für die eigene (männliche) Identität und das Selbstwertgefühl eine bedeutende Rolle. Da zusätzlich Leistungs-

denken, Druck und Konkurrenz in diesem Kontext bedeutend sein können, wohnt der Arbeitswelt ein hohes Konfliktpotential inne, das psychische Gewalt möglich machen kann (Jungnitz, 2004). In der deutschlandweiten Männerstudie waren die häufigsten Täter aller psychischen Gewalthandlungen Vorgesetzte (34%) und männliche Arbeitskollegen (19%). In der vorliegenden Studie wurden psychische Gewaltvorfälle am Arbeitsplatz jedoch nur von 36% der Studienteilnehmer genannt und Personen aus der Arbeitswelt (Kollegen/Kolleginnen, Vorgesetzte) nur von 26% als Täter angegeben. Es lässt sich vermuten, dass Drogenabhängige eher aus der Arbeitswelt ausgeschlossen sind bzw. diese früh verlassen, sodass sie an diesem Lebensbereich viel seltener teilnehmen, als die durchschnittliche männliche deutsche Allgemeinbevölkerung.

Alter bei physischen Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika

Die meisten der körperlichen Gewalterfahrungen machten die Befragten zwar im Erwachsenenalter und in der Jugend, doch auch im Kindesalter hatte die Hälfte der Studienteilnehmer körperliche Gewalt erlebt. Wenn man betrachtet, dass an zweiter Stelle der Nennungen des Umfeldes der Erfahrungen das Elternhaus stand (bei 48% der Männer) und der Vater von 30% bzw. die Mutter von 16% der Befragten als Täter genannt wurde, betont dies die Bedeutung innerfamiliärer körperlicher Gewalt im Familienleben und bestätigt frühere Studien (Benjet, 2010; Baier, 2009). Die für Deutschland ermittelte Lebenszeitprävalenz für körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit von 11,8% bei Jungen (Thyen, 2000) deutet darauf hin, dass Schwerstabhängige mehr Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt haben als andere Kinder, und dass die Herkunftsfamilie einen zentralen Gewaltort für körperliche Gewalterfahrungen darstellt.

Inklusive des Erwachsenenalters wurde in fast der Hälfte der Fälle körperliche Gewalt im öffentlichen Raum erlebt. Dies stimmt mit den Erkenntnissen der allgemeinen deutschen Männerstudie überein, in der dies sogar für zwei Drittel der physischen Gewalterfahrungen der Fall war (Jungnitz, 2004). Auch das Gefängnis wurde wiederum von 46% gesondert erinnert und das Staatspersonal von 68% als Täter der Gewalt angegeben. Dies könnte Hinweise darauf liefern, dass Schwerstabhängige häufig mit Polizei, Justiz und Strafvollzug in Berührung kommen, was auf ein hohes Konfliktpotenzial hindeutet, das Gewalt wahrscheinlich werden lassen könnte. Es lässt sich aber nicht differenzieren, ob die Befragten im Strafvollzug das „Eingesperrtsein“ und die strengen Regeln als solche bereits als Akt der physischen bzw. psychischen Gewalt gegen sich verstanden.

20% der Gewalthandlungen wurden in der partnerschaftlichen Beziehung durch den Partner/die Partnerin verübt, ähnlich wie in der allgemeinen Männerstudie mit 23% (Jungnitz, 2004).

Bei den physischen Gewalterfahrungen wurde außerdem von vier Männern medizinisches Personal als Täter der Gewalthandlungen angegeben. In den meisten Fällen bezog sich diese

Angabe auf Aufenthalte der Befragten in der Psychiatrie. Wenngleich diese Zahlen sehr niedrig sind, deuten sie doch auf ein sehr sensibles, oftmals tabuisiertes Thema hin, dessen Existenz sich jedoch gerade im Gesundheitswesen Beschäftigte bewusst sein sollten (Helmchen, 2013; Krug, 2002). Arzt-Patienten bzw. Pflegende-Patienten-Beziehungen sind besondere Machtgefälle inhärent, die einer Bewusstwerdung bedürfen, um Zwang und Gewalt keinen Raum zu geben (Hughes, 2012).

Alter bei sexualisierten Gewalterfahrungen, Umfeld und Tätercharakteristika

Keine der erfragten sexualisierten Gewalthandlungen war im Vorschulalter erlebt worden, auf die höheren Altersklassen (Schulalter, Jugend, Erwachsenenalter) verteilten sich die Erlebnisse relativ homogen. Die meisten dieser Gewalterfahrungen hatten im öffentlichen Raum stattgefunden, die Täter waren am häufigsten Unbekannte. Auch in „*fremden Wohnungen*“ war sexualisierte Gewalt vorgefallen (bei 6% der befragten Männer) – hier wurden Wohnungen von Bekannten oder anderen Drogensüchtigen genannt, die zum gemeinsamen Konsumieren aufgesucht worden waren, aber ein Teilnehmer berichtete ebenso, im Kindesalter von einem fremden Mann mitgenommen und in dessen Wohnung vergewaltigt worden zu sein.

Aufgrund der Bandbreite dieser Angaben und der individuellen biographischen Berichte der Betroffenen im Interview lässt sich vermuten, dass gerade im Bereich sexualisierter Gewalt bei Männern in zukünftigen Studien sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden eingesetzt werden sollten.

Nur einer der befragten Männer gab an, im Elternhaus sexualisierte Gewalt erlebt zu haben und ebenfalls nur einer nannte „*andere Familienmitglieder*“ als Täter. Benjet et al. bezifferten die Prävalenz von sexualisierter Gewalt gegen Kinder in der Familie mit 2%, ähnlich häufig wie in der vorliegenden Arbeit (Benjet, 2010). Unerwartet war, dass in der vorliegenden Studie keines der sexualisierten Gewaltwiderfahrnisse im Vorschulalter oder durch den Vater/Stiefvater verursacht worden war. Dies widerspricht Studien, die berichten, dass sexualisierte Gewalt häufig durch bekannte Täter aus dem familiären Umfeld oder dem sozialen Nahraum verübt wird (Wetzels, 1997). Hier erscheint es nach Einschätzung der behandelnden Ärzte und Ärztinnen der A.I.D. wahrscheinlich, dass die Mechanismen der Scham, der Verdrängung oder der dissoziativen Amnesie eine Rolle spielen könnten (Huber, 2009; Sack, 2013). Amnesien gehören zu den posttraumatischen Symptomen, die im Rahmen einer Querschnittsbefragung und mangelnden Vertrauensbasis vermutlich nicht überwunden werden können. Um diesen vermutlich systematischen Effekt zu umgehen, der die Erhebung von Prävalenzen von Gewalterfahrungen beeinträchtigen könnte, wäre es nötig, in qualitativen Forschungsdesigns Studien zu entwickeln, in denen Bezugstherapeuten bzw.

Traumatherapeuten der vermutlich von sexualisierter Gewalt in der Kindheit Betroffenen die Traumata sowie dissoziative Symptome erkennen und genauer explorieren könnten.

Frühere Studien zeigten, dass Frauen häufiger sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren als Männer (Baier, 2009; Barth, 2013; Krug, 2002; Thyen, 2000). In einer folgenden Untersuchung sollten auch schwerstdrogenabhängige Frauen befragt werden, um die Angaben zu Gewalterfahrungen in unterschiedlichen Gewaltfeldern und Kontexten mit denen von Männern zu vergleichen.

Alter bei Gewalterfahrungen durch Erziehungspersonen in Kindheit und Jugend, Umfeld und Tätercharakteristika

In der vorliegenden Studie berichteten 86% der Teilnehmer, die Gewalthandlungen durch Erziehungspersonen seien im Alter zwischen sieben und 13 Jahren geschehen und hätten sich im Elternhaus vollzogen. Bei 70% der Patienten handelte es sich bei dem Täter um den Vater oder Stiefvater (somit deutlich mehr als die von Döge ermittelten 9% gewaltausübender Väter (Döge, 2013). Dies bestätigt frühere deutsche Studien, die zeigten, dass die Familie der zentrale Gewaltort in Kindheit und Jugend darstellt (Jungnitz, 2004; Döge, 2013). Zukünftige größere Studien sollten untersuchen, ob sich die Häufigkeitsangaben für Erziehungsgewalt in Familien zum Beispiel nach Migrationshintergrund, Bildungsstand und weiteren soziodemografischen Faktoren unterscheiden.

Die Hälfte der Befragten gab an, im Rahmen der Schule bzw. Ausbildung Erziehungsgewalt erlebt zu haben. Die älteren Teilnehmer könnten durchaus noch legal in der Schule potenziell Gewalt durch den Lehrkörper ausgesetzt gewesen sein, denn in Westdeutschland ist die Ausübung von Körperstrafen durch Lehrer erst 1973 offiziell verboten worden (Müller-Münch, 2012). Der Anteil der jüngeren Teilnehmer, die also nach der Gesetzesänderung noch Gewalt in der Schule erfuhren (n=16), war jedoch nicht geringer als der Anteil der älteren Studienteilnehmer (n=10), die Gewaltwiderfahrnisse in der Schule berichteten und theoretisch noch Züchtigungen durch Lehrer ausgesetzt gewesen sein könnten. Gerade das Empfinden von Druck, Schikane, systematischer Abwertung, Demütigung und seelischer Verletzung durch Lehrer als psychisches Gewaltwiderfahrnis entzieht sich möglicherweise Generationsgrenzen und Gesetzestexten. Es stellt sich die Frage, ob Gewalt in Ausbildungskontexten nicht weiterhin in den wissenschaftlichen Diskurs einbezogen werden muss, um ein angstfreies Lernen und faire Ausbildungschancen für alle zu gewährleisten.

Die befragten Schwerstabhängigen berichteten über psychische und physische Erziehungsgewalt, die sie meist im innerfamiliären Kontext erlebt hatten. In Deutschland gilt jedoch (erst) seit dem Jahr 2000 ein Gesetz zur Ächtung von Gewalt in der Erziehung (§ 1631 Abs. 2 BGB):

„Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“

In dieser retrospektiven Erhebung konnten keine validen Aussagen über eine lineare Beziehung zwischen „schwerer Kindheit“ und Sucht getroffen werden. Vielleicht könnte Sucht eine mögliche Folge solcher Kindheitserfahrungen sein, was zukünftige Studien untersuchen müssten. Es bleibt also zu evaluieren, ob die Prävention von Gewalt gegen Kinder auch eine Prävention von Drogengebrauch sein kann. Aus prospektiven Langzeitstudien braucht es weitere fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse, um Handlungsstrategien zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung entwickeln und implementieren zu können.

5.2.7 Folgen von Gewalterfahrungen

Körperliche Verletzungen

Die wohl am einfachsten zu erkennenden Folgen von Gewalterfahrungen stellen sichtbare Verletzungen des Körpers eines Opfers dar. Körperverletzung erfüllt einen juristischen Strafbestand (223§ StGB). Sie ist schädigend für die Gesundheit der Betroffenen und erfordert oftmals medizinische Versorgung (s. Abschnitt 1.1.3).

92% der befragten schwerstabhängigen Patienten berichteten über eine Vielzahl von Verletzungen, die sie aufgrund körperlicher Gewalt erlebt hatten, nicht selten waren schwere Verletzungen wie Gehirnerschütterungen oder Knochenbrüche. Es erschien erstaunlich, dass jeweils mehr als ein Drittel der Befragten diese beiden Verletzungsarten als Folge von Gewalt erlebt hatte. Nicht abgeleitet werden konnten aus der vorliegenden Befragung länger währende körperliche Folgen von Gewalt. Dazu wären longitudinale Studien vonnöten, bei denen die Opfer von Gewalt im zeitlichen Verlauf medizinisch untersucht werden müssten. In der deutschlandweiten allgemeinen Männerstudie gab für die Kindheit und Jugend etwa jeder sechste Mann an, Verletzungen wie Schnittwunden, Knochenbrüche, Quetschwunden oder Verbrennungen durch andere erlitten zu haben (Jungnitz, 2004). Die in der vorliegenden Studie ermittelten Häufigkeiten sind wiederum schwer vergleichbar, dennoch weisen sie möglicherweise darauf hin, dass schwerstabhängige Männer häufiger Verletzungen erlebt haben könnten als die männliche Allgemeinbevölkerung in Deutschland.

In der Öffentlichkeit widerfahren Körperverletzungen vor allem Männern (Jungnitz, 2004). Die Gefährdung gerade junger Männer, Provokationen ausgesetzt oder in „Raufereien“ oder Schlägereien verwickelt zu werden, gilt gewissermaßen als ein fester Bestandteil männlicher Biographien, damit also als „typisch männlich“ oder „normal“ (Mechanismus der Normalität, Jungnitz, 2004, s. Abschnitt 1.1.5). Es ist nicht leicht zu unterscheiden, wer in solchen Handlungen Täter, wer Opfer

oder wer Beteiligter ist (Jungnitz, 2004). Aufgrund dieser geschlechtsspezifischen Wahrnehmung könnten Männer eher dazu neigen, Verletzungen nicht als Folgen einer Opfererfahrung zu bewerten, sondern rückwirkend sogar mit Stolz als Zeichen von Stärke oder Widerstandsfähigkeit zu betrachten (Bereswill, 1999; Lenz, 2002). Dass Gewalt als Mittel benutzt wird, um sich Respekt zu verschaffen und sich einen Platz in einer Hierarchie zu sichern, selbst wenn daraus Verletzungen resultieren, ist gerade in Peergroups verbreitet (Hanke, 2003; Koch-Priewe, 2009). Dass solche Auseinandersetzungen und Körperverletzungen mitunter tödliche Folgen haben können, steht immer wieder im Fokus der Medien. Jungnitz et al. beschreiben zudem, dass Männer generell dazu tendieren, körperliche Signale, Krankheiten und auch Verletzungen zu ignorieren, was die Erforschbarkeit dieses Themas erschweren könnte (Jungnitz, 2004).

Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (nach DSM-V)

Da Gewalterfahrungen Erlebnisse sind, welche körperliche wie seelische Integrität von Individuen direkt bedrohen und vielfältige Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit nach sich ziehen können, wurde von der Diskussion um den Zusammenhang von Gewalt und PTBS (s. Abschnitt 1.1.4) oder sogar von möglichen Zusammenhängen zwischen Gewalt, PTBS und Suchterkrankungen berichtet (s. Abschnitt 1.2.3). Die psychiatrische Diagnostik von PTBS erfordert professionelle Fachkompetenz und eine intensive Arzt-Patient-Auseinandersetzung (Sack, 2013). Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Arbeit kein Anspruch erhoben, eine psychiatrische Diagnostik durchführen zu können. Ziel war es im Interview, Anhaltspunkte für Anzeichen von Traumatisierungen zu erfragen, und eine Annäherung an längerfristige Folgen der erlebten Gewalterfahrungen zu ermöglichen (s. Abschnitt 2).

Alle Studienteilnehmer bestätigten mindestens ein erfragtes Symptom in diesem Bereich. Die Häufigkeitsangaben der Studienteilnehmer für die Items des *Posttraumatic Diagnostic Scale* (Foa, 1995), sortiert nach Diagnosekriterien für eine PTBS, lagen für die *intrusion symptoms* bei 64-92%, für die *avoidance symptoms* bei bis zu 70%, für die *negative alterations in cognitions and mood* bei 42-92% und für die *alterations in arousal and reactivity* bei 64-74%. Sie könnten als Anzeichen für das Vorliegen von PTBS gewertet werden, was die Ergebnisse vieler früherer Studien bestätigt (Epstein, 1998; Garland, 2013; Maremmani, 2010; Pirard, 2005; Cottler, 1992; Darke, 2010).

Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass die Studienteilnehmer eventuell nicht eindeutig trennen konnten, welche der Beschwerden mit der erlebten Gewalt, welche mit anderweitigen biopsychosozialen Problemen und welche mit der Suchterkrankung in Verbindung stehen. Auch wenn die Formulierung der Fragen anders lautete, entstand der Eindruck, dass sich die Antworten wohlmöglich eher auf die Anwesenheit der Beschwerden im Leben der Befragten generell bezo-

gen, als explizit Folgen von Gewalterfahrungen zu sein. Dies erlaubt zwar keine Hinführung zu einem Zusammenhang von Gewaltwiderfahrnissen und PTBS bei Süchtigen. Die Häufigkeit der geschilderten Probleme spricht jedoch für eine Kumulation extrem ausgeprägter Beeinträchtigungen und Belastungen, unter denen Schwerstabhängige leiden, auch wenn sich die Ursprünge dieser vielleicht nicht kausal zuordnen lassen.

Die beschriebenen Belastungen entsprechen keinen gesicherten psychiatrischen Diagnosen, entstammen jedoch psychiatrischen Diagnosekategorien und könnten damit für ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen bei den Schwerstabhängigen sprechen. Aus der Einsicht in die Patientenakten erfolgte, dass die psychiatrische Diagnose einer PTBS an ein Drittel der Männer des Studienkollektivs vergeben worden war (s. Abschnitt 4.3.2). Die Ärzte und Ärztinnen der A.I.D. Berlin berichteten jedoch, dass diagnostische und dokumentarische Lücken bestehen könnten. Im Folgenden könnte es nötig sein, genaue psychiatrische Diagnostik mit allen drogensüchtigen Patienten der A.I.D. Einrichtungen durchzuführen, um das Vorliegen einer PTBS erkennen zu können. Dies könnte bedeutende Implikationen für die Therapie der Suchtpatienten beinhalten, um die komplexen Wechselbeziehungen zwischen Gewalt, Trauma, Selbstmedikation und Sucht zu durchbrechen und bessere Therapieerfolge zu gewährleisten. Die Komorbidität von Trauma und Sucht ist bereits Thema neuerer Psychotherapie-Forschung (Lüdecke, 2010) und das Therapieprogramm „Sicherheit finden“ (Najavits, 2008) sowie weitere Aspekte der Thematik werden mittlerweile in Deutschland über das CANSAS-Netzwerk (CANSAS, 2012) weitergehend untersucht. Sollte die Diagnose einer komplexen PTBS zukünftig Einzug in die Diagnosemanuale ICD und DSM erhalten, wäre es ebenfalls interessant zu untersuchen, ob die Kriterien dieser Diagnose auf Drogenabhängige bzw. auf Schwerstabhängige zutreffen, und ob Zusammenhänge zwischen der Schwere der Drogenabhängigkeit und den Diagnosen PTBS und komplexer PTBS bestehen.

Weitere psychische Beschwerden

Analog zur deutschlandweiten allgemeinen Männerstudie wurden in der vorliegenden Studie weitere psychosoziale und medizinische Probleme erfragt, die auf erlittene Gewalt zurückgeführt werden können. Die Ergebnisse unterstrichen Auswirkungen auf Affekte, Selbstwert und Suchtdruck sowie geschlechtsspezifische Probleme, unter denen die befragten Schwerstabhängigen litten. Gerade negative Affekte und suizidale Gedanken bejahte jeweils mehr als die Hälfte der Befragten. Die persönliche wie rollenspezifische Problematik, Betroffener von Gewalt geworden zu sein, könnte sich in Selbstwertproblemen sowie Scham- oder Schuldgefühlen äußern, die jeweils mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer bestätigten.

Den direkten Zusammenhang nach oder aufgrund einer Gewaltwiderfahrnis Alkohol trinken oder Drogen nehmen zu wollen, bestätigte ca. ein Drittel bis die Hälfte der Befragten. Aufgrund der vor-

bestehenden Kenntnis des Suchtverhaltens der Patienten (z.B. Rückfälle nach Konfliktsituationen) hatten die behandelnden Ärzte und Ärztinnen der A.I.D. Berlin noch höhere Angaben erwartet. Es ist zu vermuten, dass die Männer den – meist langjährigen – Drogenkonsum vielleicht nicht mehr mit direkten Einzelhandlungen assoziieren können, sondern vielmehr als eine Folge und festen Bestandteil ihrer gesamten Biographie ansehen. So könnte sich die Sucht, welche Ursachen ihr auch zugrunde liegt, nach langjährigem Bestehen „verselbstständigt“ haben.

Geschlechtsspezifische Probleme nach Gewalterfahrungen in Form von Problemen im Umgang mit Männern (28%) bzw. mit Frauen (34%) waren ebenfalls bekannt, wenn auch meist angemerkt wurde, dass eher die Erlebnisse an sich belastend waren, unabhängig davon, welches Geschlecht der Täter hatte. Auffallend war, dass in diesem Teil des Interviews zwei Drittel der Männer angaben, durch erlebte Gewalt Schwierigkeiten zu haben, Beziehungen oder Vertrauen aufzubauen. Dies unterstreicht nochmals die in Abschnitt 4.3.3 (soziale Zufriedenheit) erhobenen Befunde, die auf die bedeutenden sozialen Probleme der Schwerstabhängigen und häufige psychosoziale Isolation hinweisen.

5.3 Biographische und sozioökonomische Einflussfaktoren für das Erleben wiederholter, schwerer Gewalterfahrungen

Während sich zwischen „Kontakt mit dem Jugendamt“ sowie niedrigerem Bildungsniveau der Eltern und dem Auftreten schwerer Gewalterfahrungen ein Zusammenhang andeutete, schien ein Migrationshintergrund der Studienteilnehmer keinen Einfluss auf den Schweregrad unterschiedlicher Gewaltwiderfahrnisse zu haben. Tendenziell schien es sogar eher so, dass Patienten ohne Migrationshintergrund etwas häufiger von Gewaltwiderfahrnissen betroffen waren. Eine umfassende Auswertung der erhobenen soziobiografischen Risiko- und protektiven Faktoren für unterschiedliche Arten und den Schweregrad von Gewaltwiderfahrnissen mit Berücksichtigung möglicher Confounder (sogenannter Störvariablen) war jedoch aufgrund der für diese komplexen Zusammenhänge eher geringen statistischen Power, zum Teil auch wegen fast 20% fehlender Werte gerade bei den sozioökonomischen elterlichen Faktoren, in der vorliegenden Studie nicht möglich. Zukünftige größere Studien zu soziobiografischen Einflussfaktoren auf Gewaltwiderfahrnisse von drogenabhängigen Männern könnten für ihre Fallzahlschätzungen die hier erworbenen Erkenntnisse jedoch berücksichtigen.

5.4 Ethische Aspekte

Die Untersuchung von Gewalterfahrungen machte eine besondere Berücksichtigung ethischer Aspekte notwendig, da das Wohlergehen und die emotionale Sicherheit der Teilnehmer während der Befragung zu möglicherweise traumatischen Erlebnissen zu jedem Zeitpunkt sichergestellt werden mussten (vgl. Schlack, 2013).

Es stellte sich zunächst die Frage, ob Gewalt gegen Männer als tief belastendes Erlebnis über Grenzen von Scham und Verdrängung hinweg überhaupt realistisch erforscht werden kann. Zu den wichtigsten Erkenntnissen der Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ des BMFSFJ gehörte, dass Männer durchaus über Gewalt, die sie persönlich erfahren haben, sprechen konnten (Jungnitz, 2004). Entgegen den Erwartungen der Autoren – sie waren, ausgehend von den in Abschnitt 1.1.5 dargelegten Geschlechterbildern, von großen Hemmungen seitens der Männer im Umgang mit selbst erlittener Gewalt ausgegangen – war die Mehrzahl der angesprochenen Befragten bereit, über die von ihnen gemachten Gewalterfahrungen und deren Ausmaß zu berichten. Die Einschätzung, dass Gewalterfahrungen männliche drogensuchterabhängiger Patienten erforschbar sei, teilten die Ärzte und Ärztinnen der beiden an der vorliegenden Arbeit teilnehmenden Berliner Praxen mit Substitutionsschwerpunkt für Suchterabhängige, die über eine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit suchterkrankten Männern verfügen. Eine Vielzahl der Patienten habe traumatische Gewaltwiderfahrnisse in den routinemäßigen Anamnesegesprächen erwähnt.

Des Weiteren wird in der Gewaltforschung das Risiko einer Retraumatisierung der Opfer durch das Berichten über die Gewalterfahrungen diskutiert. In Studien zu Gewalterfahrungen von Frauen bewertete die Mehrheit der Teilnehmerinnen die Befragung eher als interessant und hilfreich. Schädigende Effekte wurden selbst bei PTBS-Patienten nicht festgestellt. Auch diejenigen, welche die Untersuchung als belastend wahrgenommen hatten, waren überwiegend bereit, erneut an einer gleichartigen Studie teilzunehmen. Dabei gab es keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung und es wurden keine Krisen durch die Befragung ausgelöst (Griffin, 2003). Amerikanische Forscher beschrieben zudem, dass Betroffene von sexualisierter Gewalt in der Kindheit in Befragungen zwar mehr negative, aber nur minimale emotionale Reaktionen zeigten und dass Betroffene sowie Nicht-Betroffene aller untersuchten Gewalterfahrungen sich insgesamt nur sehr geringfügig in ihren Reaktionen auf die Befragung unterschieden (Shorey, 2013).

In der Planungsphase der deutschlandweiten Studie „Gewalt gegen Männer“ wurden ebenfalls forschungsethische Überlegungen berücksichtigt. Hier wurden ebenfalls die Freiwilligkeit und hinreichende Informationsvermittlung, Schutz der untersuchten Personen vor physischen und psychischen Schäden, Vertraulichkeit und Schutz persönlicher Daten sowie die Respektierung der Privat- und Intimsphäre als notwendige Maxime zur Durchführung der Befragung festgestellt (Jungnitz 2004). Dies wurde gleichfalls in allen Aspekten für das vorliegende Projekt berücksichtigt. Weiter wurde von Jungnitz et al. darauf hingewiesen, dass es trotz der Länge der Befragung in der deutschlandweiten Studie keinen Abbruch der Interviews gegeben habe. Ebenso seien keine Ret-

raumatisierungen ausgelöst worden. Bei der Durchführung der Interviews war die Auskunftsfreudigkeit laut der Autoren sogar sehr hoch gewesen (Jungnitz, 2004).

Da die Erfahrung von Gewalt für betroffene Menschen jedoch belastend sein kann und Bewältigungsstrategien individuell verschieden ausfallen, konnte in der vorliegenden Studie das Erleben von Krisen oder eine Retraumatisierung von Teilnehmern im Vorfeld nicht absolut ausgeschlossen werden. Daher wurde vor der Befragung einerseits ausdrücklich auf die Gewalterfahrungen beinhaltende Thematik sowie auf die Freiwilligkeit der Teilnahme, andererseits auf die jederzeit bestehende Abbruchmöglichkeit der Befragung durch die Teilnehmer hingewiesen. Ein Interviewabbruch sollte erfolgen, wenn das körperliche und/oder seelische Wohl der Teilnehmer in Gefahr zu stehen drohte (s. Abschnitt 3.6).

Die Interviewerin und Verfasserin der vorliegenden Arbeit hatte sich ausführlich mit möglichen Anzeichen und Symptomen einer akuten Belastungsreaktion sowie der PTBS befasst und war ausreichend sensibilisiert, das Auslösen einer Krise zu erkennen und das Interview ggf. abubrechen und die behandelnden Ärzte und Ärztinnen hinzuzuziehen. Des Weiteren wurde für die Teilnehmer besonderer Wert auf die sofortige Erreichbarkeit des Praxisteam und der psychosozialen Betreuer während sowie nach der Durchführung eines Interviews gelegt. Ebenfalls wurde vorbereitet, den Patienten schnellstmöglich Hilfe von Selbsthilfevereinen und Opferverbänden (z.B. Dissens, 2005-2015) vermitteln zu können und Informationsmaterial entsprechender Einrichtungen wurde bereitgehalten.

Um psychosoziale Belastungen für die Interviewerin durch die Konfrontation mit den Berichten über möglicherweise gravierende Gewalterfahrungen zu vermeiden, wurden ebenfalls Supervisionsmöglichkeiten mit dem Team der Studienzentren vorgesehen. Eine Supervision konnte direkt nach der Durchführung eines Interviews durch Rücksprache mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen erfolgen. Ebenfalls nahm die Verfasserin der vorliegenden Arbeit an den wöchentlichen Teamsitzungen der Mitarbeiter der A.I.D. teil, in denen Probleme im Umgang mit den Patienten thematisiert werden konnten.

Überdies wurden gruppenspezifisch positive Effekte der Befragung erhofft, da die schwerstabhängigen Männer eventuell zum ersten Mal in ihrem Leben die Möglichkeit erhielten, ausführlich über ihre Lebenserfahrungen zu berichten und in ihrer individuellen Biographie „gehört“ und anerkannt zu werden. Sie sollten dadurch als Person mit individuellem Lebensweg identifiziert werden und Wertschätzung erfahren. Ferner sollte die vorliegende Studie dazu beitragen, ein größeres Verständnis für die Entwicklung, den Verlauf und das Erscheinungsbild von Suchterkrankungen zu generieren und so dazu anregen, gängige Wertvorstellungen zu reflektieren und zu hinterfragen.

Vor dem Hintergrund der angeführten kontinuierlichen Reflexion über das körperliche und seelische Wohl der Studienteilnehmer wurde es als möglich angesehen, das Forschungsprojekt in der geplanten Art durchzuführen. Ebenso stimmte die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin dem vorliegenden Forschungsvorhaben zu (s. Abschnitt 3.1).

Zusätzlich wurden durch den Erkenntnisgewinn der vorliegenden Untersuchung positive wissenschaftliche und gesellschaftliche Effekte erhofft. Eventuell kann auf gesellschaftlicher Ebene biographische Forschung einen Beitrag dazu leisten, Suchterkrankte zu entstigmatisieren, und die Bedeutung der lebensbiographischen Entwicklung der Drogenkonsumenten darzulegen (Gölz, 2003). Weitere Forschungsanstrengungen sind nötig, um die Faktoren zu ergründen, die zu einer Aufrechterhaltung und Verstärkung der Sucht beitragen, diese jedoch möglicherweise auch „durchbrechen“ könnten. Zudem sollten Männer als Opfer von Gewalt entstigmatisiert werden. Auch wenn keine kausalen Aussagen zum Verhältnis von frühen psychosozialen Belastungen, Gewalterfahrungen bei Männern, Trauma und Sucht anhand der vorliegenden Ergebnisse getroffen werden können, liefern sie Hinweise darauf, dass Suchttherapie möglicherweise auch Traumatherapie bedeuten könnte und spezifische, geschlechtersensible, institutionelle Hilfseinrichtungen und Versorgungsstrukturen nötig sind, um Betroffene angemessen unterstützen und behandeln zu können.

Die vorliegende Studie behandelt Gewalt gegen Männer, die als schwerstabhängig bezeichnet werden. Natürlich wäre es ebenso von großer Bedeutung, vergleichbare Studien mit schwerstabhängigen Frauen durchzuführen, deren Opfererfahrungen durch die vorliegende Studie weder abgewertet noch aus dem Blick verloren werden sollen.

Da Gewalterfahrungen bedeutende Folgen für die Gesundheit von Individuen wie für die Gesamtgesellschaft haben können, sollte zudem die Bedeutung unterstrichen werden, dieses Thema gerade in der medizinischen Praxis und in der Forschung zu berücksichtigen. Dazu bräuchte es geeignete Screening- und Diagnoseinstrumente bzw. eine Berücksichtigung von Gewalterfahrungen in ärztlichen Anamnesegesprächen sowie eine Sensibilisierung von Ärzten, Ärztinnen und weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die Hilfsangebote für die Betroffenen bereitstellen könnten. Betrachtet man die Häufigkeit von Gewalterfahrungen bereits zu frühen Zeitpunkten in Biographien der Studienteilnehmer, verdeutlicht dies die Zielsetzung multidisziplinärer Gewaltforschung, nicht alleine Folgen von Gewalterfahrungen zu erkennen und zu verhindern, sondern möglichst früh ansetzende präventive Strategien zu entwickeln, um gerade Kinder, Jugendliche und andere vulnerable Individuen effektiv vor Gewalt zu schützen.

Gewaltforschung stellt dennoch ein sensibles Thema dar. Als Zeugnis über Ergebnisse schrecklichen menschlichen Handelns kann es zur Konfrontation mit der Fähigkeit des Menschen zum Bösen und mit der Verwundbarkeit menschlichen Seins führen, was individuelle Grenzen des Erträglichen berühren kann. Ebenso sind Sucht bzw. Drogenkonsum Themen, die aus kulturgeschichtlicher wie philosophischer Sicht behandelt Diskussionen um Ur-Bedürfnisse menschlichen Seins, Verantwortung, Freiheit, Moral, Sünde, Sehnsucht, Glückssuche oder sogar den Sinn des Lebens aufwerfen können und damit möglicherweise viele Fragen menschlicher Existenz beinhalten. Dies kann Auseinandersetzungen komplex werden lassen und im privaten wie professionellen Rahmen Konfliktpotential beinhalten. Die WHO schreibt dazu:

Gewalt ist ein äußerst heikles Problem. Viele Menschen haben in ihrem Beruf Schwierigkeiten, sich dem Gewaltproblem zu stellen, weil es unangenehme, ihr eigenes Privatleben berührende Fragen aufwirft. Wenn man über Gewalt spricht, kann man sich den komplizierten Zusammenhängen zwischen Moral, Ideologie und Kultur nicht entziehen. Deshalb stößt eine offene Debatte über das Thema häufig auf offiziell wie persönliche Widerstände (Krug, 2002).

Um Betroffene und Opfer nicht allein zu lassen, wird durch die vorliegende Studie die Notwendigkeit deutlich, die Auseinandersetzung mit möglichen menschlichen (wie eigenen?) Abgründen nicht zu scheuen und Ängsten wie Vorbehalten wissenschaftliche Grundlagen entgegen zu stellen – auch wenn es auf viele Fragen dieses komplexen Bereiches keine einfachen Antworten gibt.

5.5 Limitationen

Interviewfragebogen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sollten auch aufgrund eines fehlenden validierten Fragebogens zu diesem Thema vorsichtig interpretiert werden. Für ein so ubiquitär vorkommendes und medizinisch relevantes Thema wie Gewalterfahrungen waren in der medizinischen und Public Health Forschung keine etablierten Messinstrumente, die Gewalthandlungen aus verschiedenen Gewaltfeldern in unterschiedlichen Lebensumfeldern dezidiert erfragen würden, zu finden (vgl. Schlack, 2013). Die Entwicklung und Validierung eines solchen Messinstrumentes erscheint dringend notwendig, um das Phänomen der Gewalt im medizinischen Kontext grundlegend erforschen zu können. Doch nicht nur im Bereich der Wissenschaft könnte ein Messinstrument von Vorteil sein: Auch im praktischen klinischen Alltag scheint bisher kein Fragebogen zu existieren, den Psychologen, Ärzte oder weitere Mitarbeiter des Gesundheitssystems bei Patienten mit Verdacht auf gesundheitsrelevante Gewalterfahrungen anwenden könnten, um sie als Gewaltbetroffene zu identifizieren. Zukünftige Studien sollten untersuchen, ob und in welchem Rahmen (z.B. bei welchen Anzeichen) der Einsatz eines Screenings auf Gewalterfahrungen im medizinischen Versor-

gungssystem sinnvoll wäre. Andererseits erscheint es auch für die weiterführende Diagnostik sinnvoll über Fragebögen zu verfügen, auf deren Basis fundierte Interventionsgrundlagen für eine angemessene medizinische wie psychosoziale Unterstützung der Betroffenen abgeleitet werden können.

Das Antwortverhalten der Männer war möglicherweise davon beeinflusst, dass die Interviewerin weibliches Geschlecht hatte. Eine frühere Studie zeigte, dass das Geschlecht der Interviewer vor allem von Bedeutung ist, wenn das Thema der Befragung geschlechtsspezifische Rollen beinhaltet oder sehr sensible Bereiche wie sexualisierte Gewalt umfasst (Reinecke, 1991). Für weiterführende Forschung zum Themenkomplex der Gewalterfahrungen bei schwerstabhängigen Männern wäre es ein hilfreicher Ansatz zur Überprüfung dieser Hypothese, unterschiedliche Interviewer in der Datenerhebung einzusetzen, um die Interrater-Reliabilität zu ermitteln.

Fallzahl

Die Fallzahl von 50 befragten schwerstabhängigen Männern war nicht hoch genug, um auch für Subgruppen aussagekräftige Ergebnisse, die Verallgemeinerungen zulassen würden, zu erhalten. Es war während des aufwendigen Rekrutierungsprozesses leider nicht möglich, für die vorliegende Arbeit weitere Männer in die Studie einzuschließen.

Mögliches Underreporting oder mögliche Dramatisierung

Subjektiven Berichten liegen keine „objektiv“ oder „biologisch“ messbaren Größen zugrunde, sodass Tendenzen der Dramatisierung wie auch Tendenzen des *Underreporting* (Verschweigens z.B. aufgrund von Scham) auch innerhalb dieser Studie nicht ausgeschlossen werden können. Auch Verdrängung früherer Traumata bzw. dissoziative Amnesien als Symptom komplexer Traumatisierungen (Huber, 2009; Sack, 2013) könnten einen systematischen Effekt des *Underreporting* im Rahmen dieser Studie bedeuten, sodass einige der erhobenen Häufigkeiten vielleicht als zu niedrig anzusehen sind, was vor allem für sexualisierte Gewalterfahrungen diskutiert wurde

Suchterkrankungen und Gewalterfahrungen der Eltern

Kinder suchtkranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, später selbst süchtig zu werden (Dube, 2003; Nelson, 2002). Ebenso zeigten mehrere Studien, dass Kinder häufiger innerfamiliärer Gewalt ausgesetzt waren, wenn auch ihre Eltern schon als Kinder davon betroffen waren, (Buckingham und Daniolos, 2013; Duke, 2010; Pfeiffer, 1999). Da die behandelnden Ärzte der potenziellen Studienteilnehmer in der Planungsphase der Studie darauf hinwiesen, dass viele Schwerstabhängige Probleme haben würden, valide Angaben über mögliche Sucht- oder anderen Erkrankungen ihrer Eltern zu machen, geschweige denn über deren Kindheitserfahrungen zu Gewalt, wurde darauf verzichtet, diesen Themenkomplex im Interview zu vertiefen. Transgenerationseffekte, ge-

rade zu sensiblen Themen wie Sucht und Gewalt, sollten am besten in prospektiven Kohortenstudien mit mehreren Generationen untersucht werden.

Deprivation

Die Formen von Gewalt umfassen einige Aspekte, die in der vorliegenden Arbeit nicht dargestellt werden konnten. Unter anderem gehört auch Deprivation zu einer Erscheinungsform von Gewalt (s. Abschnitt 1.1.1 und Abb. 1). Diese kann vor allem versorgungsbedürftige Individuen wie Kinder betreffen, da Machtgefälle und Abhängigkeitsstrukturen von entscheidender Bedeutung sind. Die Folgen können für die Betroffenen neben schwerer Entwicklungsschädigung bis hin zum Tod reichen, wie Fälle darlegten, die in den Medien große Beachtung fanden und bundesweit Empörung auslösten (Zauner, 2013). Deprivation ist nicht einfach zu diagnostizieren (Hermann, 2005), da sie zum einen eine „passive“ Form der Misshandlung darstellt und zum anderen sehr früh (im Säuglings- und Kleinkindalter) beginnen kann, sodass retrospektive Erinnerungen einst betroffener Individuen möglicherweise defizitär sind. Des Weiteren müsste für eine Identifizierung Betroffener neben dem Zustand des Opfers, die Familiensituation sowie die sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Möglichkeiten der Versorgung der Betroffenen multidisziplinär einbezogen und bewertet werden. Dies konnte im Rahmen der vorliegenden Studie nicht geleistet werden. Trotz dessen sollte die Deprivation in der Forschung nicht vernachlässigt werden, und auch für diese Form der Gewalt wäre es möglicherweise sinnvoll, über standardisierte Screeninginstrumente bzw. ein für retrospektive Studien normiertes Frageinventar zu verfügen. Dies könnte vielleicht auch die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen (Hebammen, Erzieher/innen, Kinderärzten und -ärztinnen) erleichtern, um neben einer zügigen Diagnosestellung rasch geeignete Hilfsmaßnahmen einleiten zu können, bevor schwere Folgeschäden unvermeidbar werden.

Folgen von Gewalt

Die Folgen von Gewalt betreffend, konnte mit dem Querschnittsdesign der vorliegenden Studie nicht differenziert werden, welche erlebte Gewaltform (bzw. Gewalthandlung) zu welchen Effekten oder Schäden bei den Opfern geführt hatte. In den dafür notwendigen longitudinalen Erhebungen könnte zudem genauer erfasst werden, ob Individuen mit Gewalterfahrungen (und welcher Gewalterfahrungen) ein schlechteres Outcome bezüglich Suchterkrankung und Therapie, sowie höhere (somatische und psychiatrische) Komorbidität oder verstärkte weitere biopsychosozialen Folgen aufweisen. Um biologische Erklärungen des Zusammenhangs zwischen Gewalterfahrungen, Trauma und Suchterkrankungen zu gewinnen, stellt die Untersuchung psychologischer sowie neuroendokriner Faktoren, die zum Beispiel für die Emotionsregulation oder Stressantwort bei Betroffenen verantwortlich sind, einen weiteren wichtigen Forschungsbereich dar, dem sich aktuell bereits Projektbereiche des CANSAS-Netzwerkes (CANSAS, 2012) annehmen.

5.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung behandelte erstmalig das Thema der interpersonellen Gewalterfahrungen in den Biographien schwerstabhängiger Männer, die an ambulanten Berliner Substitutionsprogrammen teilnehmen. Dabei wurde zunächst ersichtlich, dass dieses Phänomen trotz vielfältig angenommener Widerstände und Schwierigkeiten durchaus auch in persönlichen Interviews erforschbar ist und Informationen anhand der Interviews mit den schwerstabhängigen Studienteilnehmern gewonnen werden konnten, ohne dass schwerwiegende nachteilige Effekte zu beobachten waren.

Es zeigte sich, dass alle 50 befragten schwerstabhängigen Männer sowohl psychische als auch physische Gewalt erlebt hatten, fast alle (94%) auch in wiederholter schwerer Ausprägung. Jeder dritte berichtete zusätzlich von sexualisierten Gewaltwiderfahrnissen, 20% in wiederholter schwerer Ausprägung. Schwerstabhängige Männer hatten damit deutlich häufiger Gewalt erlebt als Männer aus der Allgemeinbevölkerung.

Gewalt wurde in diversen Lebensumfeldern, am häufigsten im Elternhaus, in der Öffentlichkeit, in der Schule bzw. Ausbildungsstätte und im Gefängnis erlebt. Täter psychischer Gewalt waren am häufigsten den Studienteilnehmern bereits bekannte Personen, bei den physischen und sexualisierten Gewalterfahrungen am häufigsten unbekannte Personen. Die Gewalterfahrungen begannen bei fast allen befragten Männern bereits in der Kindheit und wurden auch zu Hause durch den Vater/Stiefvater erlitten, was auf die Bedeutung früher innerfamiliärer Gewalt in der Biographie Schwerstabhängiger hinweist.

Während ein eher niedriges Bildungsniveau der Eltern mit dem Auftreten schwerer Gewalterfahrungen assoziiert zu sein schien, hatten Studienteilnehmer mit Migrationshintergrund kein höheres Risiko für schwere Gewaltwiderfahrnisse als Teilnehmer ohne Migrationshintergrund. Diese Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. Eine abschließende Beurteilung möglicher Risiko- und protektiven Faktoren für unterschiedliche Arten und Schweregrad von Gewaltwiderfahrnissen war jedoch in der vorliegenden Berliner Studie aufgrund der zu geringen statistischen Power nicht möglich.

Zukünftige qualitative ebenso wie quantitative prospektive Studien sollten die Auswirkungen von Gewalterfahrungen in der Kindheit gezielt untersuchen und bestimmen, ob und wie *adverse childhood events* und frühe Gewalterfahrungen einen Risikofaktor für den Beginn, die Aufrechterhaltung und den Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen darstellen. Aus solchen Erkenntnissen ließe sich ableiten, ob eine Prävention von Gewalt oder eine frühzeitige Therapie traumatisierter Kinder und Jugendliche möglicherweise zu einer Prävention von Suchterkrankungen führen könnte. Weiterge-

hend sollte untersucht werden, welche Rolle Traumatisierungen als mögliche Mediatoren zwischen Gewalterfahrungen und Sucht zukommen, und ob eine angemessene Suchttherapie auch Traumatherapie beinhalten sollte. Dafür ist eine detailliertere psychiatrische Diagnostik von Betroffenen in longitudinalen Studien unter Einbeziehung größerer Patientenkollektive notwendig.

6 Literaturverzeichnis

- Ambulanz für integrierte Drogenhilfe Berlin, A.I.D. Berlin, ed. 2015. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.aid-berlin.org/deutsch/zielgruppen/hilfesuchende.htm>, and at <http://www.aid-berlin.org/deutsch/geschichte/geschichte.htm>).
- American Psychiatric Association, APA, ed. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth ed. Arlington. VA: American Psychiatric Publishing 2013. (Accessed November 14, 2015, at http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5_criteria_ptsd.asp).
- Amt für Statistik Berlin Brandenburg, ed. Statistischer Bericht AI5-hj 2/13, Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31.Dezember 2013. Potsdam 2014. (Accessed November 14, 2015, at https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/Stat_Berichte/2014/SB_A01-05-00_2013h02_BE.pdf).
- Arnow BA, Hart S, Scott C, Dea R, O'Connell L, Taylor CB. Childhood sexual abuse, psychological distress, and medical use among women. *Psychosom Med* 1999;61:762-70.
- Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry* 2004;65:10-5.
- Baier D, Pfeiffer C, Simonson S, Rabold S. Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN. KFN Forschungsbericht Nr. 107. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 2009.
- Baier D, Pfeiffer C. Jugendliche als Opfer und Täter von Gewalt in Berlin. KFN Forschungsbericht Nr. 114. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 2011.
- Bange D, Körner W, eds. Handwörterbuch sexueller Missbrauch. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie 2002:47-52.
- Bange D. Definition und Häufigkeit von sexuellem Mißbrauch. In: Körner W, Lenz A, eds. Sexueller Mißbrauch Band I. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie, 2004:29-37.
- Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013;58(3):469-83.
- Behrendt K. Zur Praxis der Behandlung Schwerstabhängiger zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In: Bellmann GU, Jellinek C, Westermann B, eds. Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim: BELTZ Deutscher Studien Verlag 1999:56-61.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora MA. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research* 2010;44:732-40.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora MA, Méndez E. Chronic childhood adversity and stages of substance use involvement in adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2013;131:85-91.
- Bereswill M. Gefängnis und Jugendbiographie. Qualitative Zugänge zu Jugend, Männlichkeitsentwürfen und Delinquenz. KFN Forschungsbericht Nr. 78. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 1999.
- Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health* 2012;12:473.

- Bock M. Gewalt gegen Männer - ein vernachlässigtes Problem! In: Stichler-Gil B, ed. Gewalt gegen Männer im häuslichen Bereich - ein vernachlässigtes Problem? Dokumentation der Tagung vom 18.11.2002. Berlin: Fachhochschule für Verwaltung und Rechtspflege (FHVR), Fachbereich 3 - Polizeivollzugsdienst und Landespolizeischule Berlin (LPS) 2002:26-41.
- Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry* 1996;153:369-75.
- Breyvogel W. Faszination und Schrecken der (Jugend-) Gewalt. Soziale und intrapersonale Bedingungen der Aggression und Gewalt. Studienmaterial der Friedenswissenschaftlichen Weiterbildungsstudiengänge IF/Master of Peace Studies, Fakultät für Kultur- und Sozialwissenschaften. Fernuniversität Hagen 2006.
- Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse Negl* 1997;21:575-82.
- Brzank P, Blattner B. Screening for intimate partner violence against women. International discussion, considerations for Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010;53:221-32.
- Buckingham ET, Daniolos P. Longitudinal outcomes for victims of child abuse, *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:342.
- Bürgerliches Gesetzbuch, BGB. § 1631 Abs. 2. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S.738), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. April 2015 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist. (Accessed November 14, 2015, at http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/___1631.html).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ, Bundesministerium für Justiz, BMJ, eds. Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung. Berlin 2003. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewaltfreie-erziehung-bussmann-deutsch,property=pdf.pdf>).
- CANSAS, ed. Substanzmissbrauch als Ursache und Folge früher Gewalt. 2012 (Accessed November 14, 2015 at <http://www.cansas-studie.de/>).
- Chandy JM, Blum RW, Resnick MD. Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl* 1996;20:1219-31.
- Clark HM, Galano MM, Grogan-Kaylor AC, Montalvo-Liendo N, Graham-Bermann SA. Ethnoracial Variation in Women's Exposure to Intimate Partner Violence. *J Interper violence* 2014;l-22.
- Cottler LB, Compton WM, Mager D, Spitznagel EL, Janca A. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *Am J Psychiatry* 1992;149:664-70.
- Cusack KJ, Herring AH, Steadman HJ. PTSD as a Mediator Between Lifetime Sexual Abuse and Substance Use Among Jail Diversion Participants. *Psychiatr Serv* 2013;64:776-81.
- Darke S, Torok M, Kaye S, Ross J, McKetin R. Comparative rates of violent crime among regular methamphetamine and opioid users: offending and victimization. *Addiction* 2010;105:916-9.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, ed. ICD-10-GM : Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Version. 2015. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/>).

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, ed. Drogen und Sucht Bericht Juli 2014. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit 2014. (Accessed November 14, 2015, at http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf).
- Dissens, Dissens Institut für Bildung und Forschung e.V., ed. 2005-2015. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.dissens.de/>).
- Döge P. Männer - die ewigen Gewalttäter? Gewalt von und gegen Männer in Deutschland, Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2013.
- Douglas KR, Chan G, Gelernter J, Arias AJ, Anton RF, Weiss RD, Brady K, Poling J, Farrer L, Kranzler HR. Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors* 2010;35:7–13.
- Draucke CB, Mazurczyk J. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: An integrative review. *Nursing Outlook* 2013;61:291-310.
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;111:564-72.
- Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med* 2005;28:430-8.
- Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010;125:e778-86.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
- Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse Negl* 1998;22:223-34.
- Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl* 2012;36:156-65.
- Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr* 2013;167:614-21.
- Foa ED. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual, Minneapolis, MN: National Computer Systems Inc. 1995.
- Garland EL, Pettus-Davis C, Howard MO. Self-medication among traumatized youth: structural equation modeling of pathways between trauma history, substance misuse, and psychological distress. *J Behav Med* 2013;36:175-85.
- Gerlach R. Gibt es „schwerstabhängige“ Methadonpatienten oder werden sie „gemacht“? In: Bellmann GU, Jellinek C, Westermann B, eds. Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim: BELTZ Deutscher Studien Verlag 1999:204-210.
- Gölz J. Gegen eine Stigmatisierung Drogenabhängiger. *Suchttherapie* 2003;4:5.

- Golding JM. Sexual assault history and headache: 5 general population studies. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:624–29.
- Griffin MG, Resick PA, Waldrop AE, Mechanic MB. Participation in trauma research: is there evidence of harm? *J Trauma Stress* 2003;16:221-7.
- Hanke O. Gewalt in der Peer-Group von Jungen. Konzeptioneller Zugang - pädagogische Folgerungen. Freiburg: Centaurus Verlag & Media KG 2003.
- Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci* 2012;6:52.
- Hellbernd H, Brzank P, Maschewsky-Schneider U. Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. - Interventionsprogramm. Fact Sheet zu den Ergebnissen der Begleitforschung, Wissenschaftlicher Bericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004.
- Hellbernd H, Brzank P, Maschewsky-Schneider U. Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. - Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013.
- Helmchen H, ed. Ethik psychiatrischer Forschung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2013.
- Herman J. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992;5(3):377–91.
- Hermann B. Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. *Kinder- und Jugendarzt* 2005;36:1-7.
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2007;50:5-6.
- Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Jama* 1998;280:1855-62.
- Huber M, Reddemann L, van der Hart O. Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil I. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung 2009.
- Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates SG, Eckley L, McCoy E, Mikton C, Shakespeare T, Officer A. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* 2012;379:1621-29.
- Ihle W, Esser G. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Gesundheitliche Lage, gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, eds. Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. 2007. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.bdp-verband.org/bdp/politik/2007/Kinder-Jugendgesundheit-BDP-Bericht-2007.pdf>).
- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 2001;158:1184-90.
- Jungbauer J. Familienpsychologie kompakt. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union 2009.

- Jungnitz L, Lenz H, Purchert R, Puhe H, Walter W. Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewaltwiderfahrungen von Männern in Deutschland. Ergebnisse einer Pilotstudie. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/studie-gewalt-maenner-langfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>).
- Kavemann B. Entwicklungen der Diskussion über sexuellen Missbrauch – Widersprüche und Positionen. In: Petze Schulische Prävention, ed. Nur keine Panik! Schulische Prävention von sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Beiträge zur LehrerInnenfortbildung, Kiel: Notruf und Beratung für vergewaltigte Mädchen und Frauen 1996:9–25.
- Kemmner C, Klein M, Zemlin U. Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. Suchttherapie 2004;5:124-31.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry 1985;142:1259-64.
- Koch-Priewe B, Niederbacher A, Textor A, Zimmermann P. Jungen - Sorgenkinder oder Sieger? Ergebnisse einer quantitativen Studie und ihre pädagogischen Implikationen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2009.
- Krahe B, Scheinberger-Olwig R, Waizenhofer E, Kolpin S. Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence. Child Abuse Negl 1999;23:383-94.
- Kröger F. Die Biologisierung des Geistes. Published on 02.09.2005. Berlin: taz.de, 2005. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.taz.de/1/archiv/?dig=2005/09/02/a0182>).
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet 2002;360:1083-8.
- Lenz HJ. Mann oder Opfer? Kritische Männerforschung zwischen Verstrickung in herrschende Verhältnisse und einer neuen Erkenntnisperspektive. Eine Einführung ins Thema. In: Heinrich-Böll-Stiftung, ed. Mann oder Opfer? Dokumentation einer Fachtagung des Forums Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich Böll Stiftung am 12./13. Oktober 2001 in Berlin. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung 2002.
- Lüdecke C, Sachsse U, Faure H. Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer 2010.
- Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychol Bull 1993;114:68-79.
- Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Bizzarri JV, Trogu E, Maremmani AG, Gerra G, Perugi G, Dell'Osso L. Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factor derived from the Self-Report Symptom Inventory (SCL-90). Ann Gen Psychiatry 2010;9:15.
- Mausfeld R. Psychologie, Biologie, kognitive Neurowissenschaften. Zur gegenwärtigen Dominanz neuroreduktionistischer Positionen und zu ihren stillschweigenden Grundannahmen. Psychologische Rundschau 2010;61(4):180-90.
- McEwen BS. Mood disorders and allostatic load. Biol Psychiatry 2003;54:200-7.

- Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend 2004. (Accessed November 14, 2015, at <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-Sicherheit-und-Gesundheit-von-Frauen-in-Deutschland,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>).
- Müller-Münch I. Die geprügelte Generation - Kochlöffel, Rohrstock und die Folgen. Stuttgart; Verlag Klett-Cotta 2012.
- Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK, Glowinski A, McLaughlin T, Dunne MP, Statham DJ, Martin NG. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:139-45.
- Newcombe RG. Two sided confidence intervals for the single proportion: Comparison of seven methods. *Statistics in Medicine* 1998;17:857-72.
- Najavits LM, Schäfer I, Stubenvoll M, Dilling A. Posttraumatische Belastungsstörungen und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie 2008.
- Nomura Y, Hurd YL, Pilowsky DJ. Life-Time Risk for Substance Use Among Offspring of Abusive Family Environment From the Community. *Substance Use & Misuse* 2012;47:1281–92.
- Nunner-Winkler G. Psychische Gewalt. In: Landeskommision Berlin gegen Gewalt, ed. Berliner Forum Gewaltprävention. Dokumentation des 7. Berliner Präventionstages Psychische Gewalt 2007;29(8):15-26.
- Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht* 2013;59(6):321-31.
- Pearlman LA, Courtois CA. Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *J Trauma Stress* 2005;18:449-59.
- Petzold H. Drogenabhängigkeit als Krankheit. In: Petzold H, Schay P, Ebert W, eds. *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag 2007:465-81.
- Pfeiffer C, Wetzels P, Enzmann D. Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. *KFN Forschungsberichte Nr. 80*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 1999.
- Pirard S, Sharon E, Kang SK, Angarita GA, Gastfriend DR. Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2005;78:57-64.
- Reinecke J. Interviewer - und Befragtenverhalten. Theoretische Ansätze und methodische Konzepte. Opladen: Westdeutscher Verlag 1991.
- Richter-Appelt H, Tiefensee J. Social and familial aspects in physical abuse and sexual abuse experiences in childhood from the viewpoint of young adults. Selected results of the Hamburg Study (1). *Psychother Psychosom Med Psychol* 1996;46:367-78.
- Rosen CS, Ouimette PC, Sheik JI, Gregg JA, Moos RH. Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. *J Stud Alcohol* 2002;63:683–87

- Sack M, Sachsse U, Schellong J, eds. Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer 2013.
- Schäfer M, Schnack B, Soyka M. Sexueller und körperlicher Mißbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. PPM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 2000;50:38-50.
- Schäfer I, Najavits LM. Clinical Challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. Curr Opin Psychiatry 2007;20(6):614-8.
- Schilling EA, Aseltine Jr RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. BMC Public Health 2007;7:30.
- Schlack R, Petermann F. Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study. BMC Public Health 2013;13:628.
- Schlack R, Rudel J, Karger A, Holling H. 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). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2013;56:755-64.
- Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, Haro JM, Lepine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Tachimori H, Kessler RC. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. Arch Gen Psychiatry 2011;68:838-44.
- Selg H. Gewalt. In: Selg H, Mees U, Berg D, eds. Psychologie der Aggressivität. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie 1997:7-8.
- Shorey RC, Zucosky H, Febres J, Brasfield H, Stuart GL. Males' Reactions to Participating in Research on Dating Violence Victimization and Childhood Abuse. J Aggress Maltreat Trauma 2013;22:348-64.
- Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems, A review. Clin Psychol Rev 2002;22:27-77.
- Sinha R, Garcia M, Paliwal P, Kreek MJ, Rounsaville BJ. Stress-Induced Cocaine Craving and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses Are Predictive of Cocaine Relapse Outcomes. Arch Gen Psychiatry 2006;63:324-31.
- Sinha R, Fox HC, Hong KA, Hansen J, Tuit K, Kreek MJ. Effects of Adrenal Sensitivity, Stress- and Cue-Induced Craving, and Anxiety on Subsequent Alcohol Relapse and Treatment Outcomes. Arch Gen Psychiatry 2011;68(9):942-52.
- Social Science Survey, SoSciSurvey GmbH (oFb - der Online Fragebogen), ed. 2006-2015. (Accessed November 14, 2015, at <https://www.soscisurvey.de/>).
- Springer KW, Sheridan J, Khoo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. Child Abuse Negl 2007;31(5):517-30.
- Springer KW. Childhood physical abuse and midlife physical health: Testing a multi-pathway life course model. Soc Sci Med 2009;69(1):138-46.

- Statistisches Bundesamt, DESTATIS, ed. Alleinlebende in Deutschland, Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 11. Juli 2012 in Berlin. Wiesbaden 2012. (Accessed November 14, 2015, at https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2012/Alleinlebende/begleitmaterial_PDF.pdf?__blob=publicationFile).
- Statistisches Bundesamt, DESTATIS, ed. Bildungsstand, Bevölkerung nach Bildungsabschluss in Deutschland, 2008-2013, Ergebnis des Mikrozensus. Wiesbaden 2015. (Accessed November 14, 2015, at <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Bildungsstand/Tabellen/Bildungsabschluss.html>).
- Statistisches Bundesamt, DESTATIS, ed. Haushalte & Familien, Familien mit minderjährigen Kindern 2013. Wiesbaden 2015b. (Accessed November 14, 2015, at <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Tabellen/FamilienKindern.html>).
- Strafgesetzbuch, StGB. 223§. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Januar 2015 (BGBl. I S. 10) geändert worden ist. (Accessed November 14, 2015, at http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_223.html).
- Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology* 1994;107:1040–49.
- Thornberry TP, Henry KL, Ireland TO, Smith CA. The Causal Impact of Childhood-Limited Maltreatment and Adolescent Maltreatment on Early Adult Adjustment. *Journal of Adolescent Health* 2010;46:359–65.
- Thompson MP, Kingree JB, Desai S. Gender differences in long-term health consequences of physical abuse of children: data from a nationally representative survey. *Am J Public Health* 2004;94:599-604.
- Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C. Gewalterfahrung in der Kindheit - Risiken und gesundheitliche Folgen. *Das Gesundheitswesen* 2000;62:311-19.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, ed. World Drug Report 2014. Vienna 2014. (Accessed November 14, 2015, at http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf).
- UN World Health Organization, WHO, ed. Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva 2014. (Accessed November 14, 2015, at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1).
- Verthein V, Degwitz P. Lebensbiographischer Hintergrund und Belastungen im Kindes- und Jugendalter bei Opiatabhängigen. In: Bellmann GU, Jellinek C, Westermann B, eds. Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim: BELTZ Deutscher Studien Verlag 1999:62-70.
- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychological factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997;59:572-77.

- Walter W. Einführung. In: Heinrich-Böll-Stiftung, ed. Mann oder Opfer? Dokumentation einer Fachtagung des Forums Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich Böll Stiftung am 12./13. Oktober 2001 in Berlin. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung 2002.
- Watt ME, Scrandis DA. Traumatic Childhood Exposures in the Lives of Male Perpetrators of Female Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence* 2013;1-16.
- Watts SJ, McNulty TL. Childhood Abuse and Criminal Behavior: Testing a General Strain Theory Model. *J Interpers Violence* 2013;1-18.
- Westermann B. Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Einführung. In: Bellmann GU, Jellinek C, Westermann B, eds. Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim: BELTZ Deutscher Studien Verlag 1999:13-23.
- Wetzels P, Pfeiffer C. Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und Privatem Raum. Ergebnisse der KFN- Opferbefragung 1992. KFN Forschungsberichte Nr. 37. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 1995.
- Wetzels P. Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD, KFN Forschungsberichte Nr. 59. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 1997.
- Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB. Physical and sexual abuse and associated menral disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:1322-28.
- Wittchen HU, Bühringer G, Rehm JT. PREMOS - Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments - Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin 2011. (Accessed November 14, 2015, at http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PREMOS.pdf).
- Zauner C. Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten des Jugendamtes in Fällen von Kindesvernachlässigung. München: GRIN Verlag GmbH 2013.
- Zhou Y, Proudnikov D, Yuferov V, Kreek MJ. Drug-induced and genetic alterations in stress-responsive systems: Implications for specific addictive diseases. *Brain Res* 2010;1314: 235-52.

7 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Stella Julie Hertwig, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Gewalterfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter - Interviews mit drogenschwerverstabilen Männern in Berlin“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

8 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

9 Danksagung

Ausdrücklich bedanken möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Prof. Dr. med. Thomas Keil, für seine Betreuung und hilfreiche Supervision, für die vielen lehrreichen und wertvollen Anregungen, seine Geduld und seine einzigartige und immer freundliche Begleitung beim Erstellen dieser Arbeit. Ich danke ihm für all seine Mühen und für sein Vertrauen, mich als Doktorandin in seiner Arbeitsgruppe betreut zu haben sowie für seine wissenschaftlich wie persönlich bereichernde Unterstützung.

Ich danke meinem Betreuer Chaim Jellinek, Facharzt für Allgemeinmedizin, ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des „Medizinischen Versorgungszentrums Gesundes Friedrichshain A.I.D. Berlin“ sowie Praxisteilhaber der „Gemeinschaftspraxis Jellinek & Rogge, A.I.D. Neukölln“, für die Idee zu dem interessantesten Thema, über das ich mir in der Humanmedizin zu promovieren hätte vorstellen können, für den anregende Diskussionen und seine herzliche Betreuung während der gesamten Arbeit an der vorliegenden Dissertation. Dank dieses Themas und unserer Zusammenarbeit habe ich mehr gelernt, als bloße Worte auf diesen Seiten wieder geben könnten. Über den Rahmen dieser Seiten hinaus wird es in meinem Leben weiter wirken.

Ich danke Diplom-Psychologin Cynthia Hohmann für bereichernde wissenschaftliche Anmerkungen zu der vorliegenden Dissertationsschrift sowie Theresa Keller, M. sc., für ihre wertvolle Hilfe und aufbauende Unterstützung bei der Datenanalyse.

Des Weiteren danke ich dem gesamten Praxisteam der A.I.D. Neukölln sowie der A.I.D. Friedrichshain für ihre Offenheit, Hilfe und die freundliche Unterstützung, die sie mir während der Mitarbeit in der A.I.D. und während der Datenerhebung in den Praxisräumen haben zukommen lassen. Ich habe mich im Team immer willkommen und gefühlt.

Nicht zuletzt gilt mein Dank allen Studienteilnehmern, die den Mut und die Kraft gezeigt haben, für die vorliegende Dissertation aus ihrem Leben zu erzählen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Meiner Familie und meinen Freunden möchte ich aus tiefsten Herzen für die Motivation, Kritik und für ihre liebevolle, ermutigende Begleitung während des gesamten Zeitraums der Verfassung der Dissertation und darüber hinaus danken. Ohne euch wäre alles nichts.

Besonders denke ich in diesen Momenten an meine Mutter, Dr.med. Irene Mayen-Hertwig, an ihren kritischen, wachen Geist und ihr großes offenes Herz. Beides hat sie mir und meinen Geschwistern auf den Lebensweg mitgegeben. Ich bin ihr unendlich dankbar für ihre Stärke und Liebe, die mich immer begleiten werden. Du bist immer bei uns und wir bei dir.