

Vorwort

Zu Beginn des Masterstudienganges „Suchthilfe“ bei der katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Köln war ich im Jugendzentrum Daun als leitender Sozialpädagoge für den Trägerverein „AG Jugend“ tätig. Ich beschloss dann, mich beruflich zu verändern. Zunächst gelang mir der Einstieg in einer Kurzzeittherapieeinrichtung für jugendliche und heranwachsende drogenabhängige Männer und Frauen bei der „Hanosiusmühle“ in Blankenrath. Als Bezugstherapeut hatte ich in der systemisch orientierten Therapieeinrichtung die Möglichkeit, erste Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen zu sammeln.

Durch das Studium erhielt ich wichtiges verhaltenstherapeutisches Wissen und konnte mich somit schnell einarbeiten.

Nach einem halben Jahr bekam ich die Möglichkeit zu den AHG Kliniken Daun, Fachklinik - Am Rosenberg, zu wechseln. Ich übernahm die Verantwortung als Bezugstherapeut für durchschnittlich 12 alkoholabhängige Männer, mit einem Durchschnittsalter von 35 Jahren.

Sowohl bei den jugendlichen Drogenabhängigen, als auch bei den erwachsenen suchtkranken Männern fiel mir auf, dass sehr viele offenbar prägende Erfahrungen mit Gewalt und Autoaggressivität hatten und sich in Konfliktsituationen entsprechend verhielten. Ich vermute, dass dies alles im Zusammenhang mit ihren Erfahrungen in der Kindheit bzw. der sich entwickelten Suchterkrankung stand.

Sehr früh begann ich daher, mich für dieses Thema zu interessieren.

Im Rahmen des Studiums bekam ich die Möglichkeit, einen Leistungsnachweis im Fach „Interdisziplinäre Suchtforschung“, in Vorbereitung zu der Master-Thesis anzufertigen und mich intensiv mit dem Thema auseinander zusetzen. Zunächst begann ich, entsprechende Literatur zu sichten. Hierbei fiel mir auf, dass der Fokus überwiegend auf „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ und bei einigen Veröffentlichungen auf „Töchter aus suchtbelasteten Familien“ gelegt wurde. In den USA (Gelles und Strauss, 1972) und später dann auch in Deutschland (Prof. Dr. M. Klein, Dr. M. Zobel, C. Quinten, u.a.) wurden einige Forschungsprojekte veröffentlicht.

Bis zum Ende des Studiums entwickelte ich durch die Vertiefung dieser Thematik einen persönlichen und beruflichen Ehrgeiz und konnte mit Unterstützung von Herrn Prof. Dr. Michael Klein und Herrn Dr. Martin Zobel ein Messinstrument (CTS-D), für Gewalterfahrungen, Autoaggressivität und Konfliktverhalten bei Söhnen aus suchtbelasteten Familien erproben und entsprechend modifizieren.

An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei den Herrn Prof. Dr. Michael Klein und Herrn Dr. Martin Zobel für ihre hilfreiche Unterstützung und für wichtige Rückmeldungen zum Manuskript bedanken. Weiterhin bedanke ich mich ausdrücklich bei dem Leitungsteam der Kliniken Daun, Herrn Walter Roeb-Rienas (Chefarzt Kliniken Daun), Herrn Dipl. Psychologe Peter Missel (leitender Psychologe der Betriebsstätte Am Rosenberg), Herrn Dr. Konstanin Passameras (leitender Oberarzt der Betriebsstätte Am Rosenberg), Frau Dipl. Psychologin Claudia Quinten (leitende Psychologin der Betriebsstätte Thommener Höhe), und bei allen Kollegen/innen der Kliniken Daun - Am Rosenberg und Thommener Höhe, die mich durch ihre beispielhafte Kooperationsbereitschaft sehr unterstützt haben sowie bei Herrn Dr. Martin Wallroth für seine beratende Mitwirkung.

Einen besonderen Dank möchte ich auf diesem Wege an meine Familie richten, insbesondere meiner Ehefrau Ingrid, meine Söhne Oliver und Florian und meine Eltern. Meine Familie hat es mir ermöglicht, die notwendige Zeit und Ruhe während des Studiums und bei der Bearbeitung dieser Master-Thesis zu finden.

Steineberg, im Dezember 2003

Michael Schultze

Einleitung	5
1. Theoretischer Hintergrund	8
1.1 Definitionen der Begriffe Gewalt, Aggression und Konflikt.....	8
1.2 Söhne aus suchtbelasteten Familien.....	11
1.2.1 Gewalt, Vernachlässigung und sexuelle Misshandlungen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien.....	14
1.2.2 Elterliche Komorbidität und die Auswirkungen auf ihre Kinder....	17
1.3 Fragestellungen.....	18
1.4 Hypothesen.....	19
2. Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens im Kontext der Suchtforschung	20
2.1 Auswahl und Festlegung der Untersuchungsart.....	20
2.2 Art der Befragung als Forschungsmethode.....	21
2.2.1 Zum Inhalt des Fragebogens CTS-D.....	22
2.2.2 Fragestellungen und Untersuchungsziele.....	27
2.2.3 Was misst der Fragebogen?.....	29
2.3 Relevanz der Stichprobenergebnisse.....	29
2.4 Empirische Validierung des Fragebogens.....	31
3. Stichprobe der Untersuchung	32
3.1 Zielgruppe.....	32
3.2 Vergleichsgruppe.....	33
3.3 Planung und Durchführung der Untersuchung.....	35
3.4 Auswertungsmethoden.....	36
3.5 Untersuchungsanordnung.....	37
4. Ergebnisse	39
4.1 Gewalterfahrung in der eigenen Kindheit und Jugend.....	39
4.1.1 Überprüfung der ersten Hypothese.....	42
4.2 Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter.....	47
4.3 Überprüfung der zweiten Hypothese.....	50
4.3.1 Autoaggressivität.....	50

4.3.2	Konfliktlösungsstrategien/Autoaggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene.....	52
4.3.3	Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt.....	57
4.3	Überprüfung der dritten Hypothese.....	59
4.4	Weitere Ergebnisse.....	62
4.4.1	Suchtprobleme.....	62
4.4.2	Demographische Daten.....	62
5.	Diskussion.....	64
6.	Schlussbemerkungen.....	68
7.	Literaturverzeichnis.....	70
8.	Zusammenfassung.....	76
9.	Anhang 1, Informationsblatt zum Forschungsprojekt..	78
10.	Anhang 2, Deckblatt zum Fragebogen.....	79
11.	Anhang 3, der Fragebogen CTS-D.....	80
11.	Anhang 4, Tabellen.....	91
	Erklärung des Autors.....	99

Einleitung

Da in Bezug auf die Thematik „*Kinder aus suchbelasteten Familien*“ bereits umfangreich geforscht wurde, und mich dieses Thema auf Grund meiner Tätigkeit interessiert, habe ich mich bereits sehr früh im Studium damit beschäftigt. In den Kliniken Daun – Am Rosenberg bin ich, wie schon erwähnt, als Bezugstherapeut tätig und betreue ausschließlich männliche Patienten, die mit mehr oder weniger Gewalterfahrung in ihrer Herkunftsfamilie belastet sind. Daher entschloss ich mich, im Rahmen dieser Master-Thesis den Fokus auf die *Söhne aus sucht- und nicht suchbelasteten Familien mit oder ohne Gewalterfahrung* zu richten. Bei der vorliegenden Masterarbeit wurde ein Messinstrument eingesetzt, das von Gelles & Strauss (1972) entwickelt und evaluiert wurde. Der Fragebogen wurde von Prof. Dr. Michael Klein ins deutsche übersetzt (vgl. Kapitel 2.3, 29).

Befragt wurden alle Männer, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in den Kliniken Daun - Am Rosenberg und Thommener Höhe zur medizinischen Rehabilitationsbehandlung aufhielten. Es sollte den Fragen nachgegangen werden, ob ein Zusammenhang zwischen Suchtbelastung und Gewalterfahrung besteht, welche Folgen auftreten können, wenn beides zutrifft, welche Folgen Gewalterfahrung allein und welche Folgen Suchtbelastung allein für den Betroffenen hat.

In der Vergangenheit hat man sich bereits mit dem Thema beschäftigt, warum Erwachsene aus suchbelasteten Familien ein deutlich höheres Risiko haben, selbst abhängig zu werden.

Der altgriechische Gelehrte PLUTARCH (45-125 n.Chr.) behauptete, „*Trinker erzeugen Trinker*“ (Zobel, 2000). Vermutlich haben die Menschen im Altertum bereits diesbezüglich einen Zusammenhang erkannt.

Der schädliche Einfluss Alkohol trinkender Eltern auf die Entwicklung ihrer Kinder wurde in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts von verschiedenen Wissenschaftlern, ausgelöst durch die Gin-Epidemie in England, erkannt.

Am Ende des 19. Jahrhunderts fasste Oort (1909), die bis dahin entstandenen Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen Alkohol trinkender Eltern auf die Entwicklung der Kinder (Zobel, 2000).

Das Thema rückte danach bis etwa vor 15-20 Jahren in den Hintergrund des wissenschaftlichen Interesses.

Nach Zobel (2000) hat Cotton (1979) eine wegweisende Studie veröffentlicht. In dieser Abhandlung wurde ein Überblick über insgesamt 39 Studien erstellt, „die sich mit der Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in der Verwandtschaft von Alkoholabhängigen und Kontrollgruppen beschäftigen.“ (Zobel, 2000). Deutlich wurde dabei, dass bei Alkoholabhängigen viel häufiger ein Elternteil selbst abhängig war (ca. 30,8 Prozent), als bei nicht Alkoholabhängigen (ca. 4,7 Prozent).

Wenig später entstanden „insbesondere Arbeiten von Blanck (1982/1988), Wegscheider (1981/1988) und Woititz (1983/1990)“, die nach Zobel (2000) verstärkt (wissenschaftliche, psychologische) Forschung zu diesem Thema betrieben und Konsequenzen in der klinischen Tätigkeit propagierten.

Die in der Vergangenheit durchgeführten Untersuchungen waren eher darauf ausgerichtet, die Auswirkungen bei Kindern in Bezug auf deren psychosoziale Entwicklung herauszufinden, die von trinkenden bzw. suchtkranken Eltern verursacht wurden. In neuerer Zeit gelangten jedoch immer häufiger Gewalterfahrung, Vernachlässigung und Autoaggressivität in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung (Zobel, in Druck).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit (und nach diesen einleitenden Ausführungen) soll zunächst auf die bisher veröffentlichten wissenschaftlich - psychologischen Forschungen Bezug genommen werden, soweit diese Erkenntnisse für diese Abhandlung relevant sind. Daraus ergeben sich bezogen auf diese Untersuchung Fragestellungen und Hypothesen.

Anschließend soll Bezug genommen werden auf die Methoden, der Auswahl und Definition der Untersuchungsart und Art der Befragung als Forschungsmethode. Danach wird zum Inhalt des eingesetzten Fragebogens CTS-D Stellung bezogen und erklärt, was der Fragebogen misst, welche Relevanz die Stichprobenergebnisse haben und wo der Fragebogen bereits eingesetzt wurde.

Im nächsten Kapitel wird die Stichprobe der Untersuchung näher beschrieben und die Ziel- und Vergleichsgruppe definiert. Darüber hinaus soll die Planung und Durchführung erläutert werden sowie die Auswertungsmethoden und die Untersuchungsanordnung.

Daran schließt sich die Auswertung der durchgeführten Befragung an, mit dem Ziel, die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen in Bezug auf Gewalterfahrung in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter, Autoaggressivität, eigene Suchtprobleme, Problemwahrnehmung in Bezug auf die Abhängigkeit von Mutter, Vater, oder beiden Eltern sowie Konfliktlösungsstrategien/Aggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene und Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt. Auswertungsrelevant ist ebenfalls die Selbsteinschätzung der eigenen Befindlichkeit bei der Beantwortung der Fragen (nach der eigenen sowie zu der selbst ausgeübten Gewalterfahrung).

Die Auswertung der Angaben über die *Einschätzung des Fragebogens* und die *demographischen Angaben* sind bei dieser Untersuchung zwar durchgeführt, bei der Auswertung jedoch vernachlässigt worden.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Definition der Begriffe Gewalt, Aggression, Konflikt

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden zunächst einige Begriffe erklärt (Gewalt, Aggression und Konflikt) die für das Verständnis des Themas notwendig sind. Die Begriffe werden z.B. auch in den Bereichen Soziologie und Politologie verwendet und unterschiedlich definiert. Für diese Abhandlung ist die *psychologische* Betrachtungsweise relevant.

Unter **Gewalt** versteht man ein gewöhnlich zielgerichtetes Schädigen und Beeinträchtigen. Die Begriffe Gewalt und Aggression liegen dabei dicht beieinander.

Unter **Gewalt** (violence) wird allgemein die schwere, insbesondere körperliche, Aggression verstanden, jedoch nicht in Bezug auf z. B. Beschimpfung, böse Blicke usw.. Daher ist **Gewalt** eine Unterform von Aggression (Nolting,1993). „In den vergangenen Jahren wurde der Gewaltbegriff zunehmend ausgeweitet, was einerseits den Blick für bislang vernachlässigte Phänomene, wie z.B. sexueller Missbrauch als **Gewalt**, aber auch Gewaltverhalten von Frauen an Kindern schärfte, andererseits aber auch mit mehr Unklarheit und Mehrdeutigkeit einherging“ (Klein,1996).

Gelles (1997) definierte Missbrauch in Bezug auf **Gewalt** wie folgt:“ the physical or mental injury, sexual abuse, negligent treatment, or maltreatment of a child under the age of eighteen by a person who is responsible for the child’s welfare under circumstances which indicate that the child’s health or welfare is harmed or threatened thereby” (Gelles,1997).

Eine andere Definition sieht Rauchfleisch (1992) im Bezug auf „**Gewalt**, die als eine Teilmenge, als eine spezifische Form der Aggression“ verstanden werden kann.

Klein (1996) ergänzt diese Definition in der Form, dass „die grundsätzlich denkbaren positiven Funktionen von Aggression (z.B. angemessene Selbstbehauptung, Revierverteidigung, Notwehr) ausgeschaltet sind“.

Gewalt wird hier als eine spezifische Form der Aggression definiert, „**welche die Schädigung eines Objekts oder einer Person zum Ziel hat**“

(Rauchfleisch 1992).

Engel & Hurrelmann (1993) verstehen unter **Gewalt** „, immer ein interaktives Produkt, das in sozialen Prozessen entsteht und am Ende von Kommunikationsschwierigkeiten und Konflikten stehen kann“.

Klein (1996) ergänzt: „, unter einer sozialwissenschaftlichen Perspektive, die besonders auf die Rolle von Randgruppen und Subkulturen fokussiert, kann zusätzlich zwischen personaler **Gewalt** als beabsichtigter physischer und/ oder psychischer Schädigung einer Person, von Lebewesen und Sachen durch eine andere Person und struktureller **Gewalt** als systematische Benachteiligung, Ausgrenzung und Ungerechtigkeit in Gesellschaften unterschieden werden (Galtung, 1975). Diese verschiedenen Gewaltformen, die auch als **heiße** und **kalte Gewalt** bezeichnet werden können, gilt es bei der Analyse des suchtbedingten Kontextes von **Gewalt** nicht aus dem Auge zu verlieren, wobei der Bedeutung des Alkohols für die Auslösung physischen Gewaltverhaltens im sozialen Nahraum (Familie, soziales Netzwerk, direkte Umgebung) die größte Aufmerksamkeit gewidmet wird.“

„In der vergleichenden Verhaltensforschung ist **Aggression** ein beschreibender Begriff für das Angriffs- und Kampfverhalten von Lebewesen gegenüber Gegnern der eigenen Art. In der Humanpsychologie wird Aggression im Sinne einer generellen Persönlichkeitseigenschaft diskutiert. Der Erklärung dienen verschiedene Hilfsvorstellungen, darunter in der Psychoanalyse entwickelte Beziehungen zwischen Frustration bzw. Todestrieb und **Aggression** (sog. *Frustrations-Aggressions-Hypothese*), der angenommene *Wille zur Macht* u.ä.. Aus der Sozialpsychologie weiß man , dass **Aggression** auf der Einstellungs- und Verhaltensebene mit Führungsstilen von Gruppen zusammenhängt (z.B. führt ein autoritärer Stil zu gesteigerter **Aggression** in Abwesenheit des *großen Bruders*) und das die allgemeine Tendenz, sich Anordnungen zu fügen (etwa im Sinne der autoritären Persönlichkeit) die Folgen aggressiven Verhaltens aus dem Denken des Aggressiven zu tilgen scheint.“ (Fröhlich & Drever, 1979).

„Der **Konflikt** (conflict) wird allgemein als ein Zustand bezeichnet, der dann auftritt, wenn zwei einander entgegengerichtete Handlungstendenzen oder Motivationen zusammen auftreten und sich als Alternativen in bezug auf ein Ziel möglichen Handelns im Erleben des Betroffenen äußern. Dieses Erleben führt zu Spannungen emotionaler Art, die oft als unangenehm empfunden werden. Die psychoanalytische Deutung dieses Erlebens geht von der Annahme aus, dass es durch *Verdrängen* der einen von beiden Handlungstendenzen zu Symptombildungen von der Art der *Neurose* kommen kann, sofern der **Konflikt** eine nur ungenügende Lösung gefunden hat. In der Verhaltensforschung bezeichnet man den **Konflikt** als einen Vorgang, der dann entsteht, wenn zwei Reize dargeboten werden, die einander jeweils ausschließende Reaktionen auslösen. Es muss dabei gewährleistet sein, dass beide Reaktionen dann, wenn die auslösenden Reize einzeln dargeboten werden, einsetzen würden. Dies geschieht meist durch Beeinflussung der Triebstärke“ (vgl. ebenda).

Unbestritten ist, dass das Wissen über die Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit der Eltern auf ihre Kinder so alt sein dürfte wie der Alkohol selbst. In der jüngeren wissenschaftlichen und klinischen Praxis rückte dieses Thema jedoch immer stärker in den Fordergrund.

Besondere Aufmerksamkeit möchte ich zur Eingrenzung der Thematik und auf Grund fehlender Forschungsergebnisse primär *qualitative Vergleiche* bezüglich der Gewalterfahrung in der eigenen Kindheit und Jugend, Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, Autoaggressivität, *Suchtprobleme* und Problemwahrnehmung, Konfliktstrategien/Autoaggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie Konfliktverhalten unter Anwendung von körperlicher Gewalt der genannten Zielgruppen zukommen lassen.

In dem Zusammenhang stellt sich für mich die Frage, ob es nachweisbare Unterschiede bezüglich der Ausübung von Gewalt im Erwachsenenalter bei *Söhnen aus suchtbelasteten und nicht suchtbelasteten Familien* gibt.

1.2 Söhne aus suchtblasteten Familien

Margret Cork (1969) hat in ihrem Buch „The forgotten Children“ auf die bis dahin vernachlässigte Gruppe der Kinder aus suchtblasteten Familien hingewiesen (Klein, 2001). Es ist aus zahlreichen Studien bekannt (z.B. Cotton, 1979; McKenna & Pickens, 1981; Hesselbrock, et al., 1982; Zobel et al., 1994), dass abhängig gewordene Kinder überzufällig oft aus Familien stammen, in denen ein Elternteil oder beide abhängig waren (Klein & Zobel, 1996-1999). Offiziellen Schätzungen zu Folge gibt es in Deutschland etwa 2 Millionen Kinder, die direkt von den Auswirkungen der Abhängigkeit betroffen sind und ein deutlich höheres Risiko haben, selbst abhängig zu werden, und/oder psychische Störungen im Kindesalter zu entwickeln. Dies trifft nach Klein & Zobel (1997) in erster Linie auf die Söhne aus suchtblasteten Familien zu. Verhaltens- und emotionale Störungen (Depression und Angststörungen) sowie eine sich entwickelnde Suchterkrankung können bei Kindern aus suchtblasteten Familien in deren Sozialisation und im Erwachsenenalter zu **einem bis sechsfach** erhöhten Risiko führen, selbst abhängig zu werden, oder Alkohol zu missbrauchen (Klein, 2001).

Nach Klein & Zobel (1997) zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen (zusammenfassend vgl. Pollock, 1992), dass die Söhne im jungen Erwachsenenalter, deren Eltern alkoholabhängig sind (hauptsächlich die Väter) anders auf den Alkohol reagieren, als Söhne aus nichtsuchtblasteten Familien. Die Söhne trinkender Eltern benötigen offensichtlich mehr Alkohol als die Söhne, deren Eltern nicht abhängig sind, damit eine gewünschte berauschende Wirkung eintritt (Toleranzerhöhung). Die unangenehmen Begleiterscheinungen, wie z.B. „Kater“, Übelkeit und Niedergeschlagenheit, etc. werden in geringerem Maße wahrgenommen. Vielmehr scheint der Alkohol eine stressdämpfende Wirkung aufzuweisen und wird somit funktional positiv erlebt (Klein & Zobel, 1997). Darüber hinaus erhalten gerade Jugendliche und junge Erwachsene mit der erhöhten Alkoholtoleranz in der Peergroup in der Regel ein gesteigertes Maß an positiver sozialer Verstärkung. Diese Söhne von trinkenden Eltern vertragen offensichtlich mehr Alkohol als die Vergleichsgruppe, erleben bei der Ausnüchterung weniger Beschwerden, entsprechen somit eher dem „Männerideal“,

können nach dem Alkoholkonsum besser mit Stresssituationen umgehen und es besteht damit offenbar eine hohe *Vulnerabilität* für den Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (Zobel, 2000).

Wegscheider (1988) beschreibt ein Rollenmodell, bei dem vier typische Verhaltensmuster bei Kindern aus suchtblasteten Familien beschrieben werden.

Der **HELD**, der durch ein aktives Engagement das trinkende Elternteil zu ersetzen sucht und Sorge trägt, dass das Familienleben weiterhin funktionieren kann.

Er überzeugt in der Regel durch Leistungen im schulischen und sportlichen Bereich und erhält dafür Anerkennung und Aufmerksamkeit, die sich durch seine Übernahme von Verantwortung das frühe Selbständigsein und aktives Handeln auf seine Familie überträgt, die letztendlich aufgewertet und anerkannt wird. Er braucht diesen Erfolg, um sich wertvoll und angenommen zu fühlen. Durch aktives Handeln vermeidet er Gefühle der Angst und Hilflosigkeit.

Der **SÜNDENBÖCK** neigt zu auflehndem, rebellierendem und ausagierendem Verhalten. Durch sein betont oppositionelles Verhalten bekommt er in erster Linie negative Aufmerksamkeit und wird damit nicht zu übersehen. Er hat ein, durch niedriges Selbstwertgefühl gekennzeichnetes Auftreten, begleitet von trotzigem, feindseligem und wütendem Verhalten. Der Sündenbock kommt manchmal mit dem Gesetz in Konflikt und nimmt früh Alkohol und Drogen ein. In der Familie lenkt er durch sein Verhalten von dem eigentlichen Problem, dem Alkoholkonsum der Eltern, ab und wird selbst als das Problem wahrgenommen.

Das **VERLORENE KIND** entlastet die Familie durch Rückzug in seine eigene Welt und schützt sich dadurch vor den unkontrollierbaren Reaktionen der Eltern. Das verlorene Kind ist unauffällig, nicht aneckend, leistet keinen Widerstand, geht den Konflikten meist aus dem Weg, wirkt unsicher und hilflos, hat Schwierigkeiten eigene Entscheidungen zu treffen, zeigt kaum eine eigene Identität, hat Kontaktschwierigkeiten und fühlt sich bedeutungslos und einsam.

Das *MASKOTTCHEN* ist vom Verhalten her eher ein lustiger, unterhaltsamer und komischer Mensch, der durch seine extravertierte Art und Aufgeschlossenheit viel Aufmerksamkeit bekommt und seiner Familie, als das zumeist jüngste Kind, viel Freude und Humor als Ablenkung von den eigentlichen Alltagsorgen ermöglicht. Im Gegensatz dazu wirkt es jedoch auch ängstlich, ist wenig belastbar und wird oft als unreif erlebt (Zobel, 2000a).

Nach Klein (2001) machen Kinder aus suchtbelasteten Familien u.a. die Erfahrung, dass sie den trinkenden Elternteil als unberechenbar in seinem Verhalten ihnen gegenüber erleben. Dies gilt aber auch für den nicht-trinkenden (als co-abhängig bezeichneten) Elternteil. Versprechungen, Ankündigungen und Vorsätze werden meist nicht eingehalten, manchmal werden die Kinder übermäßig verwöhnt und bestraft. Sie beginnen, den trinkenden Elternteil extrem zu verachten und zu hassen, ihn andererseits aber auch sehr zu mögen und zu umsorgen, Verantwortung abzunehmen und ihn ggf. noch im Erwachsenenalter kontrollieren zu wollen. Diese besonderen Regeln in einer Suchtfamilie sind verbunden mit entsprechenden Problembewältigungsstrategien wie: Verleugnen, Verschweigen, sich isolieren, eigene Gefühle kontrollieren und Rigidität.

Damit verbunden erleben Kinder aus suchtbelasteten Familien extreme Belastungssituationen dergestalt, dass „sie mehr Disharmonie, Streit und Auseinandersetzungen erleben als Kinder aus nichtsuchtbelasteten Familien, dass sie extremeren Unberechenbarkeiten und Stimmungsschwankungen ausgesetzt sind, sie häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Elternteilen gebracht werden, Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf weniger gegeben sind sowie Versprechungen eher gebrochen werden, sie häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell) werden und Vernachlässigung sowie eine Verwahrlosung der Kinder häufiger vorkommen“ (Klein, 2001).

Dies führt zu Loyalitätskonflikten und Ambivalenzerfahrungen bei den Kindern. Nicht jedes belastete *Risikokind* muss jedoch zwangsläufig eine ungünstige Entwicklung nehmen, da nach Klein & Zobel (1996-1999) die betroffenen Kinder eine „erhebliche Binnenheterogenität aufweisen und nicht als homogene Gruppe betrachtet werden können.“

Bei einer vorliegenden Komorbidität der suchtkranken Eltern kann diese offensichtlich als Quelle für die Heterogenität dienen und somit sind Kinder aus suchtbelasteten Familien deutlich verschiedener als Kinder aus nicht-suchtbelasteten Familien (Klein & Zobel, 1996-1999).

Bisher konnte jedoch noch nicht ausreichend geklärt werden, welche familiären Konstellationen zu welchen Störungen bei den Kindern aus suchtbelasteten Familien führen können (Klein & Zobel, 1996-1999).

Darüber hinaus ist nicht zwangsläufig davon auszugehen, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien in jedem Fall selbst eine eigene Abhängigkeit oder psychische Störung entwickeln müssen. Vielmehr geht man davon aus, dass hierbei zahlreiche Faktoren eine wichtige Rolle spielen (Klein & Zobel, 1997). Nicht zwangsläufig sind die Symptome für Kinder spezifisch, deren Vater, Mutter oder beide Eltern suchtabhängig sind. Vielmehr kann man davon ausgehen, dass bei Kindern aus anderen dysfunktionalen Familien ähnliche Konsequenzen möglich sind. Auf der anderen Seite spielen solche Faktoren, die die erhöhte Belastung einer „direkt alkoholbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. genetisches Risiko) stark mit anderen Variablen (z.B. familiäre Gewalt) kovariieren.“ (Klein, 2001).

Im weiteren Verlauf dieser Abhandlung soll näher auf die elterliche Beeinflussung der Entwicklung bei Söhnen aus suchtbelasteten Familien durch Ausübung von körperlicher und seelischer Gewalt und Vernachlässigung eingegangen werden, welche Fragen sich in dem Zusammenhang für die vorliegende Untersuchung ergeben und welche Hypothesen sich daraus ableiten lassen.

1.2.1 Gewalt, Vernachlässigung und sexuelle Misshandlung bei Kindern aus suchtbelasteten Familien

In zahlreichen Studien konnte belegt werden, dass Partner in suchtbelasteten Familien häufiger Gewalt anwenden als solche, bei denen keine Suchtbelastung vorliegt. Dies hat auf die Entwicklung (Sozialisation) der Kinder und

Jugendlichen einen erheblich negativen Einfluss, selbst wenn diese nicht unmittelbar Gewalt durch die Eltern erfahren haben. Es zeigt sich, dass offenbar die Gewalt an sich einen negativen Effekt auf die Entwicklung der Kinder hat (Zobel, in Druck).

In Bezug auf sexuelle Misshandlung fand Forrest (1983) in einer Inzest-Studie heraus, dass es beim überwiegenden Teil der Täter deutliche Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit gab (20-75 Prozent) und bei der Ausübung der Tat die Täter häufig alkoholisiert waren (Zobel, in Druck).

Kinder mit Gewalterfahrung sind **zwei bis dreimal** stärker gefährdet, psychische und körperliche Gewalt sowie sexuelle Misshandlungen zu erfahren und unter den negativen Einflüssen durch Trennung und Scheidung der Eltern zu stehen. Dadurch verlieren die Eltern den unmittelbaren Kontakt zu ihren Kindern, verbringen weniger Zeit und sind wohl insgesamt unzufriedener mit ihnen.

Darüber hinaus belegen einige Studien, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien deutlich häufiger vernachlässigt werden, dass die Eltern sich weniger für ihre Kinder interessieren, sich nicht ausreichend um sie kümmern, keinen respektvollen Umgang mit ihnen pflegen und die Kompetenzen ihrer Kinder nur unzureichend fördern. Die Kinder können durch die Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen sowie resultierende sozioemotionale Fehlentwicklungen bei mangelnder sozialer Unterstützung das elterliche Fehlverhalten replizieren (Zobel, in Druck), selbst psychosoziale Anpassungsschwierigkeiten zeigen sowie eigenes Suchtverhalten und psychische Störungen ausbilden. Diese Kinder und Jugendlichen sind in der Regel mit ihren Problemen alleine und sich selbst überlassen (Klein & Zobel, 1996-1999). Es ist zu beobachten, dass das Fehlverhalten den eigenen Kindern gegenüber in Bezug auf die Misshandlung und Vernachlässigung offenbar über Generationen hinweg fortgeführt wird (Dunn et al., 2002).

Die Studie von Klein & Zobel (1996-1999) zeigt, dass Erwachsene aus Suchtfamilien im Kleinkindalter eher als Last, nicht leicht zu handhaben, unwillkommen, pflegeintensiv und unangenehm erlebt wurden. Trinkende Mütter beispielsweise, die eigene Kinder aufgrund ihrer eigenen Suchterkrankung nicht adäquat versorgen können, erleben diese eher als lästig, schwierig, erleben sie als unangenehm und fühlen sich insgesamt überfordert.

Nachgewiesen wurde in dem Zusammenhang, dass die Atmosphäre in der suchtbelasteten Familie sich für den Erwachsenen in rückblickend „signifikant disharmonischer darstellte, kälter, verschlossener, unberechenbarer, gewalttätiger, verlogener, trauriger, hemmender, unfreundlicher, instabiler und angespannter“ (Klein & Zobel, 1996-1999).

Verschiedene klinische Untersuchungen (vgl. Black, 1988 und Wegscheider, 1988) haben in mehreren Abhandlungen auf die durchweg *angstbesetzte* und überwiegend *angespannte* Atmosphäre in den alkoholbelasteten Familien hingewiesen (Klein & Zobel 1996-1999).

In der frühen Kindheit entwickeln die Betroffenen COAs (aus der Sicht des mittlerweile Erwachsenen) einen massiven Leidensdruck durch die elterliche Alkoholproblematik und beschreiben das häusliche Umfeld als unsicheren und angstbesetzten Ort. Dadurch erleben COAs ihre Kindheit eher als unglücklich und in der Lebensqualität deutlich eingeschränkt, was sich in Selbstunsicherheit und mangelnder Freude am Leben bis ins Erwachsenenalter ausdrückt.

Die Jugendzeit wird von COAs ähnlich schwierig erlebt wie die Kindheit und sie beschreiben diese als „deutlich unglücklicher, unbehüteter, unsicherer und langweiliger“ als diejenigen, deren Eltern nicht suchtbelastet (nonCOAs) sind (Klein & Zobel, 1996-1999).

Kinder von Alkoholikern zählen offensichtlich zu den gefährdetsten selbst Alkoholmissbrauch zu betreiben, oder später eine Abhängigkeit zu entwickeln (**ein-** bis **sechsfach** erhöhtes Risiko).

Wie schon erwähnt muss jedoch nicht zwangsläufig jedes Kind aus einer suchtbelasteten Familie eine Abhängigkeit oder eine psychische Störung, etwa eine Angststörung, Depression oder eine Persönlichkeitsstörung entwickeln (Velleman, 1992). Dennoch ist es für diese Abhandlung notwendig, nachfolgend näher auf die elterliche Komorbidität einzugehen, da diese offensichtlich für die Entwicklung von psychischen Störungen bei den Kindern, im Besonderen bei den Söhnen, eine Rolle spielt. Jedenfalls ist deutlich zu beobachten, dass immer mehr Patienten, die sich in den Kliniken Daun zur medizinischen Rehabilitationsbehandlung einfinden, in der Aufnahmephase eine komorbide Störung diagnostiziert wird.

1.2.2 Elterliche Komorbidität und die Auswirkungen auf ihre Kinder

Unter *Komorbidität* oder Doppeldiagnosen ist zu verstehen, dass die Eltern neben einer substanzbezogenen Störung mindestens ein weiteres psychiatrisch klassifizierbares Krankheitsbild aufweisen. Dazu zählen Psychosen, Persönlichkeitsstörungen (z.B. antisoziale emotional instabile Persönlichkeitsstörung), Angststörungen und Depressionen (Kruse et al., 2000). Die elterliche Komorbidität nimmt nach Zobel (in Druck) bei der defizitären psychosozialen Entwicklung der Kinder offenbar entscheidenden Einfluss. Darüber hinaus zeigen Eltern, die ihre Kinder misshandeln oder vernachlässigen bis zu 84 Prozent psychische Störungen. Suchtbelastete Väter weisen eine mangelnde Fähigkeit auf, in der Beziehung zu ihren Kindern Wertschätzung und Empathie zu zeigen. Dies kommt einer antisozialen Persönlichkeitsstörung gleich und drückt sich erheblich negativ auf die Verhaltensweisen der Kinder aus. Nach Klein (2000) ist die Kombination von Alkoholabhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung besonders häufig.

In Bezug auf eine Entwicklung von Alkoholmissbrauch und- abhängigkeit des Kindes durch einen komorbiden, antisozial persönlichkeitsgestörten und trinkenden, Vater ist im Vergleich zu der Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern eher geringer.

Vielmehr ist davon auszugehen, dass die komorbide Störung (antisoziale Persönlichkeitsstörung) des abhängigen Elternteils auffälliges Verhalten der Kinder begünstigt. Bezug nehmend auf die Arbeit von Zobel (in Druck) haben trinkende Mütter ebenfalls in ihrer Kindheit Misshandlungen erlebt, üben selbst im Kontakt mit den eigenen Kindern Gewalt aus und leben überzufällig häufig mit einem Partner zusammen, der eine antisoziale Persönlichkeitsstörung hat. Sie zweifeln an ihrer Fähigkeit, eine gute Mutter zu sein, können sich nicht adäquat emotional an das Kind binden, interpretieren die Bedürfnisse des Kindes nicht richtig und erleben es eher als fordernd (Zobel, in Druck).

1.3 Fragestellungen

Für die Psychotherapie mit Suchtpatienten lässt sich aufgrund der dargestellten Untersuchungsergebnisse feststellen, dass die Erfahrungen in der Herkunftsfamilie offenbar prägend für das spätere Leben der Kinder aus suchtbelasteten Familien sein kann. Bei der hier vorliegenden Untersuchung wurden Patienten, die in ihrer Kindheit und Jugendzeit Erfahrungen in einer suchtbelasteten Herkunftsfamilie gemacht haben, mit solchen verglichen, die wohlbehütet bei nicht trinkenden Eltern aufwuchsen. In der Interaktion ergeben sich daher Fragen wie z. B.: „welche Folgen Suchtbelastung und welche Folgen Gewalterfahrung für die Söhne haben kann, mit welchen Folgen zu rechnen ist, wenn beides zutrifft und wie Suchtbelastung und Gewalterfahrung zusammenhängen. Mit Hilfe der vorliegenden Untersuchung wird versucht, Antworten auf diese Fragen zu finden, indem die sich aus den Fragen ergebenden Hypothesen überprüft wurden.

Frage 1):

Ist *Suchtbelastung* ein Prädiktor (statistisch gesehen) für mehr Gewalterfahrung ?

Frage 2):

Ist *Suchtbelastung* allein ein Prädiktor für Gewalttätigkeit?

Frage 3):

Ist *Gewalterfahrung* bei vorliegender Suchtbelastung ein Prädiktor für Gewalttätigkeit?

Bezogen auf die Fragen lassen sich Hypothesen bilden, die es nachfolgend in dieser Abhandlung zu überprüfen gilt (vgl. Kapitel 4, 39 f).

1.4 Hypothesen

H1: Söhne aus suchtbelasteten Familien berichten signifikant *mehr familiäre Gewalterfahrungen* als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien.

H2: Söhne aus suchtbelasteten Familien berichten signifikant *mehr Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene* sowie signifikant *mehr Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt* als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien.

H3: Söhne aus suchtbelasteten Familien mit *wenig familiärer Gewalterfahrung* berichten signifikant *weniger Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene* sowie signifikant *weniger Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt* als Söhne aus suchtbelasteten Familien mit *starker familiärer Gewalterfahrung*.

Im weiteren Verlauf dieser Abhandlung wird näher auf die Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens im Kontext der Suchtforschung eingegangen. Dabei spielt die Auswahl und Festlegung der Untersuchungsart ebenso eine Rolle, wie die Art der Befragung (als Forschungsmethode). Anschließend wird das eingesetzte Messinstrument (CTS-D) beschrieben, die sich daraus ergebenden Fragestellungen und die beabsichtigten Untersuchungsziele erörtert und es wird die empirische Validierung des Fragebogens vorgestellt.

1. Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens im Kontext der Suchtforschung

In diesem Abschnitt soll näher auf die Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens im Kontext der Suchtforschung eingegangen werden. Hierbei erscheint es wichtig zunächst den Fokus auf die Fragestellungen und den Untersuchungsziel zu richten, um dann abzuklären, wie der Fragebogen aufgebaut ist, was das anzuwendende Messinstrument CTS-D misst, was man mit dem Untersuchungsergebnis anfangen kann und wie der Fragebogen bereits erprobt und angewendet wurde.

Im Kontext der interdisziplinären Suchtforschung werden verschiedene Forschungsmethoden angewendet. Eine häufige Anwendung finden Befragungen (in Form von Exploration, Anamnese, Interview, Katamnese).

In Verbindung mit der Masterarbeit wurde ein halbstandardisiertes Messinstrument eingesetzt (CTS-D), das das Problem der Gewalterfahrung von Söhnen aus suchtbelasteten Familien erfasst und nach Hintergründen, die das Problem erklären könnten, sucht (Kromrey 2000).

Anschließend wurden Hypothesen gebildet und die methodische Planung daraufhin ausgerichtet. Es erfolgte die Datenerhebung in IKIS Classic. Diese Daten wurden in die Software SPSS übertragen und konnten entsprechend ausgewertet werden. Danach wurde die eingangs erstellten Hypothesen überprüft und theoretisch interpretiert.

2.1 Auswahl und Festlegung der Untersuchungsart

In Anlehnung an die bereits erwähnte Forschung zu Kindern aus suchtbelasteten Familien war es möglich, eingegrenzte Fragestellungen zu formulieren und daraus Hypothesen abzuleiten.

Die vorliegende Untersuchung konnte nach den Kriterien der hypothesenprüfenden und explanativen Untersuchung erfolgen. Bortz und Döring (2002) bemerken hierzu, dass bei dieser Untersuchungsform generell Annahmen über Zusammenhänge, Unterschiede und Veränderungen ausgewählter Merkmale bei bestimmten Populationen getestet werden können.

Bei dieser Untersuchung geht es darum, Angaben über die Größe der erwarteten Unterschiede und Zusammenhänge zwischen den Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter, Gewalterfahrung im Erwachsenenalter usw. bei Söhnen aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung im Vergleich zu Söhnen aus nicht- suchtbelasteten Familien ohne Gewalterfahrung machen zu können.

Bei den formulierten Forschungshypothesen handelt es sich daher um *Unterschiedshypothesen*, da unterschiedliche Populationen bezüglich ihrer Unterschiedlichkeit bezüglich der abhängigen Variablen untersucht werden. Die Hypothesen behaupten, dass es zwischen den beiden untersuchten Populationen, d.h. zwischen den Söhnen aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung und den Söhnen aus nicht- suchtbelasteten Familien mit wenig Gewalterfahrung, Unterschiede in Bezug auf Gewalterfahrung im Kindes- und Jugendalter und Gewalterfahrung im Erwachsenenalter gibt. Weiterhin sind Unterschiede anzunehmen in Bezug auf Autoaggressivität, Suchtprobleme und Problemwahrnehmung, Konfliktstrategien/Autoaggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene, Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt usw..

Bei der nachfolgenden Auswertung der Untersuchungsergebnisse (vgl. hierzu Kapitel 4, 39) spielen diese Aspekte eine wichtige Rolle.

2.2 Art der Befragung als Forschungsmethode

Der Fragebogen CTS-D ist ein halbstandardisiertes Messinstrument, das überwiegend standardisierte Fragen verwendet, die in der Auswertung ausschließlich berücksichtigt wurden.

In den empirischen Sozialwissenschaften ist die standardisierte, quantitative Befragung die am häufigsten angewandte Methode. Sie eignet sich aufgrund der guten Vergleichbarkeit unterschiedlicher Zielgruppen auch für die Datenerhebung der beschriebenen Untersuchung.

Allgemein ist anzumerken, dass die vollstandardisierten Fragebögen „geschlossene“ Fragen verwenden. Dies bedeutet, dass die Reihenfolge und Formulierung der Fragen und Antwortmöglichkeiten konkret festgelegt wurden und kaum bis gar keine Spielräume für Interpretationen zulassen.

Die *halbstandardisierten* Fragen des verwendeten Messinstrumentes wurde bei dieser Untersuchung bei der Auswertung und Überprüfung der Hypothesen nicht berücksichtigt.

2.3 Zum Inhalt des Fragebogens CTS-D

Da es bei der geplanten Untersuchung um Gewalterfahrungen von Söhnen aus suchtbelasteten Familien geht, die sowohl mit persönlichen Einstellungen, als auch mit den Zielen der stationären Behandlung im Zusammenhang stehen, ist eine *anonyme* Befragung in einfach aufgebauter, gut verständlicher und schriftlicher Form sinnvoll.

Das Deckblatt des Fragebogens diente den Patienten zur umfassenden Information bezüglich der Datenschutzbestimmungen d.h., dass die erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und nur zu Forschungszwecken verwendet werden.

In einem Interview z.B. würden die in der Entwöhnungsbehandlung in den Kliniken Daun befindlichen Patienten sich nicht so offen äußern, da sie einerseits Ängste haben könnten, ihre Behandlung zu gefährden und sie sich andererseits ihrer Erlebnisse mit ihren suchtbelasteten Angehörigen schämen könnten (Wosnitza 1999).

Der Fragebogen ist so konzipiert, dass er leicht verständlich ist und innerhalb von 20-30 Minuten selbständig ausgefüllt werden kann.

Der überwiegende Teil der Fragen ist geschlossen, um eine Auswertung zu vereinfachen. Insgesamt besteht der Fragebogen aus 97 Items, die folgende Themen beinhalten:

I. Gewalterfahrung in der eigenen Kindheit und Jugend

(0-18 Jahren)

Zunächst wird der Patient aus einer suchtblasteten/nicht suchtblasteten Familie durch 17 Items befragt, wie oft und wodurch er in seiner Kindheit und Jugend Erfahrungen mit Gewalt, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung gemacht hat. Die Beantwortung ist durch eine von sechs Kategorien möglich und wurde mit Hilfe eines Code-Plans wie folgt erfasst: 1=**nie**, 2=**einmal**, 3=**selten** (2-4 Mal), 4=**manchmal** (5-10 Mal), 5=**häufig** (10-20 Mal), 6=**sehr oft** (mehr als 20 Mal), 9=**missing**.

Bei den Fragen, durch wen sexueller Missbrauch verübt wurde und wer den Befragten vernachlässigt hat, konnte jeweils mit 1=**ja**, 2=**nein** beantwortet werden; fehlende Angaben wurden mit 7=**trifft nicht zu** erfasst, oder ggf. 9=**missing**.

II. Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter

(ab 18 Jahren)

In den 15 Items wird differenziert nach den Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter gefragt. Hierbei geht es um die Gewalterfahrung, die der Befragte bei Streit oder Auseinandersetzungen mit Familien- und Haushaltsmitglieder gemacht hat.

Ein Item fragt gezielt nach, ob sich der Befragte sehr stark (d.h. auch äußerlich merkbar) in Bezug auf Körperpflege, Nahrung vernachlässigt hat.

Die Beantwortung ist ebenfalls durch eine der sechs Kategorien möglich:

1=**nie**, 2=**einmal**, 3=**selten** (2-4 Mal), 4=**manchmal** (5-10 Mal), 5=**häufig** (10-20 Mal), 6=**sehr oft** (mehr als 20 Mal), 9=**missing**.

Bei der Frage, durch wen sexueller Missbrauch verübt wurde, konnte jeweils mit 1=**ja**, 2=**nein** beantwortet werden. Fehlende Angaben wurden mit 7=**trifft nicht zu**, oder ggf. 9=**missing** erfasst.

III. Autoaggressivität

In 2 Items wird der Patient zu seinen Erfahrungen mit Autoaggressivität befragt.

Die Beantwortung ist durch eine der sechs Kategorien möglich:

1=**nie**, 2=**einmal**, 3=**selten** (2-4 Mal), 4=**manchmal** (5-10 Mal), 5=**häufig** (10-20 Mal), 6=**sehr oft** (mehr als 20 Mal), 9=**missing**

Anschließend wird nach der Art der Selbstverletzung gefragt. Hierbei sind mehrere Antworten möglich, die wie folgt erfasst wurden:

1=ja

2=nein

7=trifft nicht zu (falls „absichtliche Verletzungen im Ki/Ju“ und/oder „absichtliche Verletzungen im Erw.“= **1=nie** beantwortet wurde).

9=missing (falls „absichtliche Verletzungen im Ki/Ju“ und/oder „absichtliche Verletzungen im Erw.“ >**1=nie**)

Ein Item fragt nach dem Schweregrad der Verletzung. Jeweils eine der drei verschiedenen Antworten sind möglich:

1=schwer, 2=mittel, 3=leicht, 7=trifft nicht zu, 9=missing.

Das Item Anlass bzw. Auslöser der Verletzung wurde in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Nachfolgend wird nach den Gefühlen während der Selbstverletzung gefragt.

Hierbei sind ebenfalls mehrere Antworten möglich:

1=ja

2=nein

7=trifft nicht zu (falls „absichtliche Verletzungen im Ki/Ju“ und/oder „absichtliche Verletzungen im Erw.“= **1=nie** beantwortet wurde).

9=missing (falls „absichtliche Verletzungen im Ki/Ju“ und/oder „absichtliche Verletzungen im Erw.“>**1=nie**).

Weiterhin wird danach gefragt, ob schon ein Versuch unternommen wurde, sich das Leben zu nehmen. Mehrere Antworten sind möglich:

1=ja, 2=nein, 9=missing.

Anschließend wird danach gefragt, auf welche Weise der Suizidversuch durchgeführt wurde und es folgt eine handschriftliche Darstellung der körperlichen, familiären und sozialen Folgen des Suizidversuchs. Diese Items wurden in der Auswertung ebenfalls nicht berücksichtigt.

IV. Suchtprobleme

In vier Items wird der Patient gefragt, welche Art von Abhängigkeit bei ihm vorliegt. Hierbei sind mehrere Antworten möglich:

1=ja, 2=nein, 9=missing.

Bei der Frage nach dem Umgang seiner Eltern mit Alkohol/Medikamenten, wurden die Antwortmöglichkeiten bezüglich Vater und Mutter wie folgt erfasst:

1=**ist alkoholabhängig**

2=**ist medikamentenabhängig**

3=**ist beides**

9=**missing**

V. Problemwahrnehmung

In diesem Abschnitt des Fragebogens wurde die Untermenge des CAST „Children of Alcoholics Screening Test“ (CAST -6) eingefügt. Der gesamte Test (CAST) umfasst 30 Fragen, die auf die Auswirkungen des Alkoholproblems in der Familie abzielen. Der Test wurde 1983 von Jones entwickelt und konnte auf Grund mehrerer Untersuchungen überprüft und insgesamt als befriedigendes und als ein sehr homogenes Messinstrument bewertet werden. Die einzelnen Fragen werden bejaht oder verneint, wobei von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit auszugehen ist, wenn mindestens sechs Fragen bejaht werden.

In dieser Untersuchung wurde auf die abgespeckte Version des CAST, den CAST-6 (Children of Alcoholics Screening Test – 6) zurückgegriffen. Dieser stellt eine Untermenge des CAST dar und umfasst die sechs Fragen, die die höchste Faktorladung haben (Zobel 2000). Nach Hodgins (1995) wird unterschieden zwischen der konservativen Herangehensweise und der liberalen. Bei dieser Untersuchung wurde die liberale Herangehensweise gewählt, da hierbei der cut-off-Wert bei zwei bejahten Fragen (Hodgins et al. 1995) liegt. Im Vergleich dazu liegt beim konservativen Kriterium der cut-off-Wert bei drei Ja-Antworten.

Bei der hier zu Anwendung kommenden CAST-6 Version konnten die Fragen bejaht oder verneint werden und wurden folgendermaßen erfasst:

1=**ja**, 2=**nein**, 9=**missing**.

VI. Konfliktlösestrategien / Aggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene

In 9 Items wird der Patient nach den möglichen Verhaltensweisen in Konfliktsituationen oder Auseinandersetzungen befragt. Es wird gefragt, wie oft und welche Lösung dabei gewählt wurde.

Die Beantwortung ist durch eine der sechs Kategorien möglich:

1=**nie**, 2=**einmal**, 3=**selten**, 4=**manchmal**, 5=**häufig**, 6=**sehr oft**, 9=**missing**.

VII. Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt

13 Items beschäftigen sich mit der Frage, ob der Befragte Streit oder eine Auseinandersetzung mit einem Haushalts- oder Familienmitglied hatte und mit welcher Form von Gewalt dieser Konflikt ausgetragen wurde.

Die Beantwortung ist durch eine der sechs Kategorien möglich:

1=**nie**, 2=**einmal**, 3=**selten**, 4=**manchmal**, 5=**häufig**, 6=**sehr oft**, 9=**missing**,

Bei den Items „Haben Sie schon körperliche Gewalt angewendet gegenüber: Ihrem Partner, Ihrem Kind/Kinder“ ist die Beantwortung durch eine der folgenden Kategorien möglich:

1=**ja**, 2=**nein**, 9=**missing**, 7=**trifft nicht zu** (Konfliktlösung unter Anwendung körperlicher Gewalt, 14=1).

VIII. Einschätzung des Fragebogens

Die nächsten zwei Items beschäftigen sich mit der Frage, wie sehr der Patient sich bei der Beantwortung der Fragen nach den eigenen Gewalterfahrungen und nach seinem eigenen Gewaltverhalten belastet gefühlt hat. Darüber hinaus hat der Patient die Möglichkeit, diesbezüglich eigene Anmerkungen zu machen. Letzteres wurde in der Auswertung nicht berücksichtigt. Die Beantwortung der Fragen ist durch eine der folgenden Kategorien möglich:

1=**nicht belastend**, 2=**kaum belastend**, 3=**etwas belastend**, 4=**ziemlich belastend**, 5=**sehr belastend**, 6=**extrem belastend**, 9=**missing**.

IX. Demographische Angaben

Abschließend wird der Patient mit 6 Items zu seinen demographischen Daten befragt (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit und Familienstand).

Die Beantwortung der Frage nach dem Alter ist handschriftlich einzutragen, 9=**missing**. Die Frage nach dem Geschlecht ist durch folgende Kategorien möglich: 1=**männlich**, 2=**weiblich**, 9=**missing**.

Bei der Frage nach dem Schulabschluss ist eine von sechs Kategorien möglich:
1=**Sonderschule**, 2=**Hauptschule**, 3=**kein Schulabschluss**, 4=**Realschule**,
5=**Fachoberschule/Gymnasium**, 6=**in Ausbildung**, 7=**sonstiges**, 9=**missing**.

Bei der Frage nach der Berufsausbildung ist eine von vier Kategorien möglich:
1=**keine**, 2=**z.Zt. in Ausbildung**, 3=**Lehre als**, 4=**Studium als**, 9=**missing**.

Bei der Frage nach der Erwerbstätigkeit ist eine der vier Kategorien möglich:
1=**ja, als**, 2=**nein, arbeitslos**, 3=**nein, beziehe Rente**, 4=**nein, bin Hausfrau**,
9=**missing**.

Bei der letzten Frage wird nach dem Familienstand gefragt. Die Beantwortung ist durch eine der fünf Kategorien möglich:

1=**ledig**, 2=**verheiratet**, 3=**getrennt lebend**, 4=**geschieden**, 5=**verwitwet**,
9=**missing**.

2.3.1 Fragestellungen und Untersuchungsziele

Es wurden bereits Untersuchungen durchgeführt, die sich hauptsächlich mit Gewalterfahrungen von Kindern aus suchtbelasteten Familien befassen. Es ist mittlerweile unbestritten, dass Erwachsene aus suchtbelasteten Familien ein deutlich erhöhtes Risiko haben, selbst abhängig zu werden. Schon in der Antike war bekannt, und von dem altgriechischen Gelehrten Plutarch niedergeschrieben: „*Trinker zeugen Trinker*“ .

In einer im Jahre 1979 erstellten wegweisenden Studie wurde darüber hinaus festgestellt, „dass bei Alkoholabhängigen in etwa 30 Prozent der Fälle ein Elternteil ebenfalls abhängig war. Bei Nicht-Abhängigen war dagegen nur in knapp 5 Prozent der Fälle ein Elternteil abhängig.“ (Zobel 2000)

Eine internationale Studie mit einer Laufzeit von 30 Jahren belegt, dass etwa 30 Prozent der Söhne abhängig werden und weitere 20 Prozent Alkoholmissbrauch betreiben (Knop et al. 1993). Daraus lässt sich schließen, dass die Betroffenen sich offensichtlich in trügerischer Weise sicher fühlen und die Gefahren des Alkohols nicht erkennen wollen oder können.

Es besteht demnach ein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko für Kinder aus suchtbelasteten Familien, das im Folgenden analysiert werden soll:

- Vor allem für die Söhne von Alkoholikern besteht offensichtlich eine genetische Disposition zum Alkoholismus. (Sher et al. 1997)
- „Wenn ein Elternteil trinkt, dann trinken oft auch andere Verwandte in der Familie, meistens Onkel oder Großvater. Das bedeutet, dass Kinder in suchtbelasteten Familien neben dem trinkenden Vater noch weiteren trinkenden Elternfiguren ausgesetzt sind. Sie lernen, das man realen oder wahrgenommenen Problemen durch Alkohol entfliehen kann.“ (Zobel 1998)
- Der Alkohol ist im „trinkenden“ Elternhaus für Kinder leichter verfügbar und wird von diesen bereits drei Jahre früher als solcher identifiziert, als dies bei Kindern, in deren Elternhaus wenig oder kein Alkohol konsumiert wird, der Fall ist (Zucker et al. 1995).
- Viele Söhne von Alkoholikern zeigen eine deutlich erhöhte Toleranz gegenüber Alkohol. Dies bedeutet, dass sie mehr vertragen können als andere gleichen Alters. Darüber hinaus können sie nach dem Alkoholkonsum besser mit Stress umgehen. (Pollock 1992).
- Im Vergleich zu anderen zeigen Kinder und Jugendliche von Alkoholikern deutlich häufiger Angststörungen. Bei späteren Alkoholproblemen wird vorher oftmals von Angststörungen im Vorfeld berichtet (Holly & Wittchen 1997).

Neben dem Aspekt, dass *Söhne aus suchtbelasteten Familien* gegenüber *Söhnen aus nicht-suchtbelasteten Familien* offensichtlich erhebliche Nachteile in der späteren Entwicklung haben können, möchte ich in der beabsichtigten Studie Fragen näher beleuchten, die auf diesen Aspekt abzielen. Einmal handelt es sich um Söhne aus *suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung*, und als Vergleichsgruppe *Söhne aus nicht- suchtbelasteten Familien mit mehr oder weniger Gewalterfahrung* (vgl. hierzu Kapitel 4, 39)

2.3.2 Was misst der Fragebogen?

Die Idee, die bei der Entwicklung des Messinstrumentes verfolgt wurde, ist die *vergangene* mit der *gegenwärtigen* Situation der Betroffenen zu verbinden.

Er misst u.a., ob es z.B. einen Zusammenhang gibt zwischen den erlebten Gewalterfahrungen und einer späteren dadurch beeinflussten Entwicklung im Sozialisationsprozess der Betroffenen. Den Fokus lege ich auf Patienten (Söhne), die sich während der Befragung in den Kliniken Daun zum Zweck einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung aufhalten. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Suchtpatienten.

Dieser Fragebogen dient als Grundlage der Untersuchung.

Er umfasst Gewalterfahrung in der Kindheit, selbstschädigendes Verhalten (Autoaggressivität, Suchtprobleme etc.), Konfliktlösungsstrategien bzw.

Aggressionsverhalten auf der verbalen und nonverbalen Ebene und

Konfliktlösungsstrategien unter Anwendung von physischer, psychischer und sexueller Gewalt.

2.3.3 Relevanz der Stichprobenergebnisse

In der psychotherapeutischen Arbeit mit den Patienten, die in ihrer Herkunftsfamilie Gewalt erfahren haben, wird immer wieder die soziale Tabuisierung von Gewalt deutlich, die wiederum zu einer schuld –und schambesetzten Sprachlosigkeit der Betroffenen führt. Diese ist oft kombiniert mit der Angst vor Entwertung bzw. Stigmatisierung und daraus resultierend einer Tendenz zur Abspaltung oder Bagatellisierung von Gewalthandlungen innerhalb der eigenen Biographie.

Mit der Forschungsarbeit, die in den Kliniken Daun, Thommener Höhe und Am Rosenberg durchgeführt wurde, sind folgende Ziele verfolgt worden:

- a) Der Einsatz des Fragebogens CTS-D zur Messung von psychischer, physischer und sexueller Gewalterfahrung von Söhnen aus sucht- und nicht suchtbelasteten Familien im Sinne eines gezielten diagnostischen Einsatzes und zur Reduktion von *Sprachbarrieren* in der psychotherapeutischen Arbeit.
- b) Die Absicht suchtmittelabhängige Männer gezielt zu befragen, die mit oder ohne Gewalterfahrung in sucht- oder nicht suchtbelasteten Familien aufwuchsen, und die sich zum Untersuchungszeitraum in einer stationären Entwöhnungsbehandlung befinden, um die bereits dargestellten Hypothesen (siehe Kapitel 1.4, 19) zu überprüfen.
- c) Möglicherweise macht ein entsprechendes Untersuchungsergebnis eine Erweiterung der Klinikkonzeption notwendig, die sich speziell auf die Söhne aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung ausrichten sollte (z.B. Deskalationstrainingsprogramme, verstärkte einzelpsychotherapeutische Gespräche, EMDR-Behandlung etc.). Wie Daniela Berg und Claudia Quinten (2000) in ihrer empirischen Untersuchung zur Gewalterfahrung bei Kindern aus suchtbelasteten Familien feststellten, wird es vermutlich dringend indiziert sein, „für die männlichen Gewaltbetroffenen adäquate, die spezifischen Probleme dieser Klientel fokussierende Konzepte zu entwickeln (Berg & Quinten 2000).
- d) Dadurch, dass auf dem Deckblatt des Fragebogens die Patientenummer eingetragen ist, kann die Klinik eigene wissenschaftliche Begleitforschung betreiben und die bereits erhobenen Daten auf vielfältige Weise für andere Forschungszwecke, nutzen. Dies würde der öffentlichen Darstellung der Kliniken Daun zuträglich sein und ermöglichen, mit einer umfangreicheren Stichprobe noch aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen, als dies bei dieser Untersuchung möglich war.

2.3.4 Empirische Validierung des Fragebogens

Der Fragebogen CTS wurde seit 1972 in zahlreichen Studien und in über zwanzig Ländern erfolgreich eingesetzt. Insgesamt nahmen ca. 70.000 Personen mit den unterschiedlichsten kulturellen Hintergründen an der Befragung teil. Hier sind im besonderen anzuführen Hong Kong (Tang 1994), Indien und Japan (Kumagai & Straus 1983), Israel (Eisikovits, Guttman, Sela-Amit & Edleson 1993), Spanien (Hinshaw & Forbes 1993) und Schweden (Gelles & Edfeldt 1986).

Darüber hinaus wurde der Fragebogen in Afrika und Amerika (Cazenave & Straus 1979, DuRant, Cadenhead, Pendergrast, Slavens & Linder 1994, Hempton, Gelles, & Harrop 1989) sowie Hispanic American (Kaufman Kantor, Janinski & Aldarondo 1994) erfolgreich eingesetzt.

Der CTS Fragebogen wurde zunehmend als unterstützendes Messinstrument in der Familientherapie eingesetzt (Aldarondo & Straus, 1994; O'Leary & Murphy 1992).

Wie in der Biographie von Straus (1995) zu lesen ist, wurden annähernd 400 Fragebögen ausgewertet. Die so erhaltenen Daten bildeten die Basis dafür, dass der CTS Fragebogen zu einem validen, verlässlichen und seriösen Messinstrument werden konnte (Straus 1995).

Das so breit eingesetzte Messinstrument wurde ständig auf seine Validität hin untersucht und dementsprechend überarbeitet und verbessert.

Der oben genannte Artikel beschreibt die Überarbeitung und Erweiterung der CTS-Version, eingeleitet durch verschiedene psychologische Daten, die bei den anderen Versionen gewonnen wurden (Straus, et al. 1996).

Nachfolgend wird die Stichprobe der Untersuchung definiert in Bezug auf die zu untersuchende Zielgruppe und die für die Untersuchung relevante Vergleichsgruppe. Es wird erläutert, wie die Untersuchungsanordnung geplant wurde, die Untersuchung durchgeführt wurde und welche Auswertungsmethoden hierfür in Frage kamen.

3. Stichprobe der Untersuchung

Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis. Es wurden den 163 Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung (ab April 2003) in den Kliniken Daun einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung unterzogen (n = 163 entspricht 100 Prozent) die Fragebögen durch den Bezugstherapeuten/innen ausgehändigt. Untersucht wurden Patienten, die zu den jungen Erwachsenen zählen (< 35 Jahre) und dem mittleren Erwachsenenalter (36-59 Jahre) zugeordnet werden können. Die Behandlungsdauer der Patienten lag zwischen 8 und 24 Wochen. Der Fragebogen sollte an die Patienten ausgehändigt werden, die die dritte Behandlungswoche absolviert haben, da die Patienten am Anfang der Therapie in der Regel noch sehr mit der Eingewöhnung beschäftigt sind und sich einer derartigen Befragung vermutlich nicht ohne eine drohende Krise zuwenden möchten oder können. Weiterhin bestand zu diesem Zeitpunkt die Gefahr, dass die gemachten Angaben aus den angeführten Gründen verfälscht und/oder unvollständig weitergegeben werden.

3.1 Zielgruppe

In der Untersuchung wurden ausschließlich Männer aus suchtbelasteten und nicht suchtbelasteten Familien mit und ohne Gewalterfahrung befragt.

Da bezüglich Kindern und Frauen aus suchtbelasteten Familien bereits viel geforscht wurde, wollte ich mich in dieser Forschungsarbeit den männlichen Patienten zuwenden, die als Söhne aus suchtbelasteten Familien ebenfalls Gewalt erfahren hatten.

Wie schon erwähnt handelt es sich hierbei um Patienten, die sich in den Kliniken Daun, Am Rosenberg und Thommener Höhe, zum Zeitpunkt der Untersuchung zur stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung aufgehalten haben. Die Therapiezeiten liegen zwischen 8 und 24 Wochen.

3.2 Vergleichsgruppe

In der Untersuchung war geplant, zwei Hauptgruppen zu befragen. Jede Hauptgruppe sollte aus 80 Patienten ($n = 80$) bestehen und die gesamte Stichprobe circa 160 Patienten ($n = 160$) groß sein.

Diese Hauptgruppen wurden anfänglich wie folgt definiert:

Einmal sollen *Patienten (Söhne) jungen und mittleren Erwachsenenalters befragt werden, die aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung stammen*. Die Vergleichsgruppe definierte sich aus *Patienten (Söhne) jungen und mittleren Erwachsenenalters aus nicht suchtbelasteten Familien ohne Gewalterfahrung*.

Bei diesem Projekt wurden beide Hauptgruppen getrennt untersucht um die bereits an anderer Stelle aufgeführten Hypothesen zu überprüfen.

Diese Hauptgruppen sollten noch einmal unter anderen Vorzeichen in Untergruppen unterteilt betrachtet werden.

Die Ergebnisse der Berechnungen machte es notwendig die zu untersuchenden Vergleichsgruppen neu zu definieren, da mit der Stichprobengröße von $n=163$ (100 Prozent) bei dem überwiegenden Teil der beschriebenen Hypothesen keine (bzw. maginal) signifikanten Unterschiede festzustellen waren. Daher wurde es zunächst notwendig zweifelsfrei zu klären, ob die Probanden als COA (Söhne aus suchtbelasteten Familien) bezeichnet werden konnten oder als nonCOA (Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien). Wie im Kapitel 4.1, näher beschrieben wurde die Stichprobengröße der **COAs+** mit *42,3 Prozent* ($n=69$) festgelegt und die Stichprobengröße der **nonCOAs-** mit *57,7 Prozent* ($n=94$).

Weiterhin war eine Unterteilung notwendig bezogen auf die *Gewalterfahrungen* der Probanden.

Tabelle 1: Kreuztabelle mit der Trennung von COAs und nonCOAs in Bezug auf Gewalterfahrungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumul.Proz.
Gültig COAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	31	19	19,7	19,7
COAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	35	21,5	22,3	42
nonCOAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	68	41,7	43,3	85,4
nonCOAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	23	14,1	14,6	100
Gesamt	157	96,3	100	
Fehlend System	6	3,7		
Gesamt	163	100		

Wie in der **Tabelle 1** ersichtlich wurden vier Untergruppen gebildet (für die Untersuchung mit der abhängigen Variable *Gewalterfahrungen* notwendig sind):

- COAs mit *bis zu drei* Gewalterfahrungen mit **19,0** Prozent (n=31)
- COAs mit *mehr als drei* Gewalterfahrungen mit **21,5** Prozent (n=35)
- NonCOAs mit *bis zu drei* Gewalterfahrungen mit **41,7** Prozent (n=68)
- NonCOAs mit *mehr als drei* Gewalterfahrungen mit **14,1** Prozent (n= 23).

Die Auswertung der Daten ergab eine Stichprobengröße von insgesamt 96,3 Prozent (n=157). Die Angaben von 3,7 Prozent der Probanden (n=6) konnten nicht ausgewertet werden, da sie unvollständig waren oder/und ganz fehlten (missing Dates).

3.3 Planung und Durchführung der Untersuchung

Die Betriebsstättenleitung der AHG Kliniken Daun genehmigte nach Antragstellung die Durchführung der empirischen Forschungsarbeit. Im Rahmen einer Teamsitzung wurden die Bezugstherapeuten/innen in den jeweiligen Betriebsstätten umfassend über das Forschungsprojekt informiert. Im Rahmen eines Vortragsplenums wurden die betreffenden Patienten der Fachklinik Thommener Höhe über den Inhalt der Untersuchung informiert. In der Fachklinik Am Rosenberg wurden die Patienten in der jeweiligen Bezugsgruppe von ihrem Bezugstherapeuten informiert.

Damit die Aussagekraft der Befragung erhöht werden konnte, wurden so viele Patienten wie möglich befragt. Zur besseren Übersicht, welcher Patient für die Untersuchung in Frage kam, erhielt jede/r Bezugstherapeut/in die Fragebogen mit einem Deckblatt ausgehändigt, auf dem der Name des Patienten stand (siehe Anhang 2). Die Patientenummer wurde in dem entsprechenden Feld auf dem Deckblatt des Fragebogens ausgewiesen. Nach der Ausgabe des Fragebogens wurde der/die Bezugstherapeut/in angehalten diesen Zettel mit dem Namen des Patienten zu vernichten, um somit die Anonymität zu gewährleisten. Auf dem Deckblatt des Fragebogens ist eine kurze Beschreibung über den Inhalt des Fragebogens zu lesen, dann ein kurzer Hinweis, dass die erhobenen Daten der Datenschutzgesetzgebung unterliegen, und ein Hinweis darauf, dass der Patient im Falle einer Krise beim Ausfüllen des Fragebogens den/die zuständigen Therapeuten/in ansprechen sollte. Mit der Erfassung der Patientenummer ist gewährleistet, dass die wissenschaftliche Begleitforschung der Kliniken Daun die bezüglich dieser Untersuchung erhobenen Daten für andere Untersuchungsziele nutzen kann.

Wie schon erwähnt, wurden die Fragebögen von den Patienten nach Vollendung der *dritten Therapiewoche* ausgefüllt, um unverfälschte und eindeutige Angaben zu erhalten. Anfangs sind die Patienten noch sehr mit der Eingewöhnung in das therapeutische Setting beschäftigt, schämen sich, oder trauen sich nicht, sich mit den unter Umständen traumatischen Erlebnissen zu beschäftigen.

Die Befragung konnte nicht in dem ursprünglich geplanten Zeitfenster (Vollendung der 12. Therapiewoche oder im letzten Drittel der geplanten Therapiedauer) durchgeführt werden, da der Rücklauf schleppend verlief.

3.4 Auswertungsmethoden

Die auswertungsrelevanten Fragen wurden so formuliert, dass die Antworten auf einer Nominal- oder Intervallskala ausgewertet werden konnten. Die Nominalskalen stellen einfache Klassifizierungen dar, mit denen Häufigkeiten erfasst werden können. Statistische Verfahren bei nominalskalierten Merkmalen beschränken sich in der Regel darauf auszuzählen, wie viele Objekte jeweils bestimmte Merkmalausprägungen aufweisen (Bortz und Döring, 2002, 680, 685).

Diese Aufzählungen werden durch spezielle Signifikanztests ergänzt. Als Signifikanztests werden statistische Verfahren bezeichnet, die zur Bestimmung der Irrtumswahrscheinlichkeit eingesetzt werden. Bei der hier vorliegenden Untersuchung wurde vorrangig der sogenannte Chi-Quadrat-Test angewendet. Der Chi-Quadrat-Test (ein nichtparametrischer Test) überprüft, ob zwei Variablen voneinander unabhängig sind oder nicht. Dies geschieht auf der Basis des Vergleichs der beobachteten und der erwarteten Werte.

Zum Testen spezifischer Einzelhypothesen wurden verschiedene *a-priori*-Kontraste ausgewählt. Bezogen auf die Gewalterfahrungen (Autoaggression) mussten mehrere Gruppen mittels multipler Post-Hoc-Vergleichstests verwendet werden, um einzelne Differenzen zwischen bestimmten Mittelwerten berechnen zu können. Die Signifikanzgrenze wurden auf $p < 0,05$ herabgesetzt; signifikante Differenzen wurden durch einen Stern (*) in den Tabellen gekennzeichnet. Die auf $< 0,01$ hochsignifikanten Differenzen wurden durch zwei Sterne (**) gekennzeichnet.

Der *Scheffe*'-Test „führt gemeinsame paarweise Vergleiche gleichzeitig für alle möglichen paarweisen Kombinationen der Mittelwerte durch; er verwendet dazu die F-Stichprobenverteilung. Dieser Test kann verwendet werden, um nicht nur paarweise Vergleiche durchzuführen. Entsprechend wird das Signifikanzniveau des *Scheffe*'-Tests festgelegt.

Das führt dazu, dass der *Scheffe'*-Test oftmals konservativer als andere Tests ist, also für eine Signifikanz eine größere Differenz der Mittelwerte erforderlich ist.“ (Pospeschill, 2002).

Die mit Hilfe den Codeplans erfassten Daten der befragten Patienten wurden, um überhaupt eine Auswertung vornehmen zu können, zuvor in das Statistik-Software-Programm SPSS (SPSS 11.0 für Windows) übertragen und im Daten-Editor gespeichert. Der Daten-Editor dient nicht nur zur Eingabe und Erstellung der Datenmatrix sowie zur Anzeige und Modifikation der Dateidaten, sondern enthält auch die Befehle zur Durchführung der statistischen Analysen.

3.5 Untersuchungsanordnung

Mit der durchgeführten Untersuchung sollten die in Kapitel 1.4 beschriebenen Hypothesen überprüft werden. Für die Größe der Stichprobenerhebung wurde, in Anlehnung an die Richtlinien, pro Vergleichsgruppe ein Stichprobenumfang von circa 80 Teilnehmern angestrebt.

Da sich zum Untersuchungszeitraum mehr Patienten aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung in der medizinischen Rehabilitation befanden, als Söhne aus nicht suchtbelasteten Familien ohne Gewalterfahrung, konnte keine gleiche Verteilung der zu untersuchenden Gruppen erreicht werden. Wie schon im Kapitel 2.3 näher beschrieben, wurde die Befragung in den Kliniken Daun, Fachklinik Am Rosenberg (n=103 Patienten) und Fachklinik Thommener Höhe (n=60 Patienten), durchgeführt. Ein Fragebogen *eines* Patienten konnte nicht bei der Auswertung berücksichtigt werden, da er nur zur Hälfte ausgefüllt wurde.

Ein weiterer Fragebogen *eines* Patienten konnte ebenfalls nicht in der Auswertung berücksichtigt werden, da der Patient angab, in seiner Kindheit und Jugendzeit ein Mädchen bzw. eine Frau gewesen zu sein. Er habe sich im erwachsenen Alter einer Geschlechtsumwandlung zum Mann unterzogen und definiere sich heute als solcher. Der Patient gab an, die Fragen nach der Gewalterfahrung in Kindheit- und Jugend als Mädchen bzw. als Frau beantwortet zu haben. Demzufolge konnten seine Angaben bei dieser

Untersuchungsanordnung nicht berücksichtigt werden, da ausschließlich Daten von männlichen Patienten ausgewertet wurden.

Darüber hinaus haben sich *fünfunddreißig* Patienten nicht an dem Untersuchungsprojekt freiwillig beteiligt. Manche Patienten gaben an, nicht mit der Erfassung der Patientendaten einverstanden zu sein. Einige wollten nicht mit ihrer Vergangenheit konfrontiert werden und andere hatten ein Problem mit der Registrierung der Patientennummern in Bezug auf die angezweifelte Wahrung der Anonymität der erhobenen Daten.

Demzufolge beträgt die Größe der Stichprobe $n=163$. Dies entspricht einer Stichprobengröße von 100 Prozent.

4. Ergebnisse

Wie schon erwähnt erfolgte die Auswertung der Untersuchungsdaten mit Hilfe der Statistik-Software SPSS (SPSS 11.0 für Windows). Die Items des Fragebogens wurden in Variablen- und Wertelabels transformiert und konkret definiert. Die Datenanalyse erfolgte überwiegend durch die Erstellung von Kreuztabellen, da die Untersuchung einen Vergleich der Populationen *Patienten aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung* und *Patienten aus nicht suchtbelasteten Familien ohne Gewalterfahrung* beabsichtigt.

Die Fragebögen wurden durch die Patienten, die an der Untersuchung freiwillig teilnahmen überwiegend vollständig ausgefüllt. Fehlende Daten waren in jedem Fall eindeutig interpretierbar.

4.1 Gewalterfahrung in der eigenen Kindheit und Jugend

In der Kreuztabelle mit der Trennung von COAs und nonCOAs (vgl. Tabelle 2, 40) wurde zunächst festgelegt wie die Anzahl der Probanden verteilt ist. Da die Einschätzung der elterlichen Abhängigkeit, also auch die Unterscheidung zwischen einem Alkoholproblem und einer vorliegenden Abhängigkeit, sehr subjektiv von den Befragten wahrgenommen wird, wurden diese Selbstaussagen an einem zweiten Kriterium (CAST –6) validiert.

In der Kreuztabelle mit der Trennung von COAs und nonCOAs (vgl. Tabelle 2, 40) wurde zunächst festgelegt wie die Anzahl der Probanden verteilt ist. Da die Einschätzung der elterlichen Abhängigkeit, also auch die Unterscheidung zwischen einem Alkoholproblem und einer vorliegenden Abhängigkeit, sehr subjektiv von den Befragten wahrgenommen wird, wurden diese Selbstaussagen an einem zweiten Kriterium (CAST –6) validiert.

Etwa ein Viertel der befragten Patienten, die eine elterliche Abhängigkeit oder ein elterliches Alkoholproblem angaben, erfüllen nicht das *liberale* Kriterium des CAST–6 (*liberal*= 2 Ja-Antworten), d.h. auf der konkreten Verhaltensebene in Bezug auf die sechs Fragen des CAST-6 wurde eine

elterliche Suchtproblematik nicht bestätigt. In dieser Untersuchung ist die Abgrenzung von COAs und nonCOAs grundlegend. Diejenigen wurden als COAs+ bezeichnet, die sowohl die konkrete Frage nach dem elterlichen Trinkverhalten (single-item-Frage) als auch im CAST –6 mindestens zwei Fragen mit „Ja“ beantwortet haben.

Tabelle 2: Kreuztabelle mit der Trennung von COAs+ und non COAs-

	Umgang der Eltern mit Alkohol cast6 liberal				Gesamt	
	COA+		COA-'		Anzahl	Zeilen%
	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%		
Suchtprobleme ja Eltern/Single item nein	69	75,0%	23	25,0%	92	100,0%
	4	5,6%	67	94,4%	71	100,0%
Gesamt	73	44,8%	90	55,2%	163	100,0%

Wie bereits beschrieben (vgl. Kapitel 2.3, 29) wurde die *liberale* Version des CAST-6 für die weitere Auswertung berücksichtigt. Wie bei der Tabelle 3 ersichtlich ist, stammen demnach 42,3 Prozent (n=69) der gesamten Stichprobe aus einer suchtbelasteten Familie (COAs+) und 57,7 Prozent (n=94) aus einer Familie ohne Suchtprobleme (COAs-). Dies ergibt addiert eine gesamte Stichprobe von 100 Prozent (n=163).

Tabelle 3: Kreuztabelle mit der Trennung von COAs+ und non COAs- des CAST 6

Single-Frage + Cast liberal

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	COA+	69	42,3	42,3	42,3
	COA-	94	57,7	57,7	100,0
	Gesamt	163	100,0	100,0	

Bezüglich der Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend wurden die Antworten zunächst *dichotomisiert*: Wenn der Patient über *keine* Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend berichtetet, wurde er in die Gruppe „0“ eingestuft. Wenn er mindestens eine Gewalterfahrung anzeigte, wurde er, unabhängig vom Ausmaß der Gewalterfahrung, der Gruppe „1“ zugeordnet.

Anschließend wurden diese *dichotomisierten* Werte für jeden Patienten addiert, sodass sich Werte zwischen **0** und **11** ergaben. Tabelle 4 zeigt die Verteilung dieser Summenwerte.

Tabelle 4: Kreuztabelle mit der Verteilung der Summenwerte in Bezug auf die *Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend*

	Single-Frage + Cast liberal				Gesamt	
	COA+		COA-		Anzahl	Spalten%
	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Anzahl der Gewalterfahrungen Kindheit und Jugend	,00		14	15,4%	14	8,9%
1,00	3	4,5%	16	17,6%	19	12,1%
2,00	11	16,7%	22	24,2%	33	21,0%
3,00	17	25,8%	16	17,6%	33	21,0%
4,00	7	10,6%	9	9,9%	16	10,2%
5,00	10	15,2%	7	7,7%	17	10,8%
6,00	7	10,6%	5	5,5%	12	7,6%
7,00	8	12,1%			8	5,1%
8,00	1	1,5%			1	,6%
9,00	2	3,0%			2	1,3%
10,00			1	1,1%	1	,6%
11,00			1	1,1%	1	,6%
Gesamt	66	100,0%	91	100,0%	157	100,0%

12 Prozent der COAs+ gaben an sieben Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend gemacht zu haben im Vergleich zu keinen Gewalterfahrungen bei der Vergleichsgruppe.

Wie in der Tabelle 5 zu ersehen ist, ergab die einfaktorielle ANOVA hinsichtlich der Summerwerte einen **hochsignifikanten** Effekt ($p < .01$). Dies bedeutet, dass die Patienten aus suchtblasteten Familien (COA+) **signifikant mehr Gewalterfahrungen** zeigten als Patienten aus Familien ohne Suchtproblem (COA-).

Tabelle 5: Kreuztabelle mit der ONEWAY ANOVA

ONEWAY ANOVA

SUM_GEKJ

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	108,569	1	108,569	25,981	,000
Innerhalb der Gruppen	647,712	155	4,179		
Gesamt	756,280	156			

4.1.1 Überprüfung der ersten Hypothese

In dem Kapitel 1.4, 19 wurde die *erste Hypothese* entwickelt, die anhand der vorliegenden Ergebnisse der durchgeführten Befragung überprüft werden soll.

1. Hypothese:

Söhne aus suchtbelasteten Familien berichten **signifikant mehr familiäre Gewalterfahrung** als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien.

Der Fragebogen unterteilt die Variablen *eine runtergehauen, hart angepackt, mit Gegenstand geworfen, mit Gegenstand geschlagen, geprügelt, gewürgt, mit der Waffe bedroht, Verbrennungen/Verbrühungen, Waffe eingesetzt, sexuell missbraucht und Vernachlässigung* in sechs verschiedene Kategorien (1=nie, 2=einmal, 3=selten, 4=manchmal, 5=häufig, 6=sehr oft, vgl. Kapitel 2.3, 23). Die Antwortmöglichkeiten manchmal, häufig und sehr oft wurden von den Befragten bei den Variablen *gewürgt, mit der Waffe bedroht, Verbrennungen/Verbrühungen, Waffe eingesetzt nicht verwendet*. Bis auf *sexuell missbraucht* gab ein Proband an, dies manchmal erlebt zu haben (vgl. Tabelle 20, Anhang).

Die Variablen *Missbraucher männlich, Missbraucher weiblich, Missbrauch durch beide* sowie *Missbrauchserfahrungen durch Mutter, durch Vater* unterteilen sich in zwei Antwortmöglichkeiten (1=ja, 2=nein, vgl. Kapitel 2.3, 29).

Tabelle 6: Kreuztabelle mit den Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend

		Single-Frage + Cast liberal				Gesamt	
		COA+		COA-		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
eine runtergehauen	nein	6	8,7%	18	19,4%	24	14,8%
	ja	63	91,3%	75	80,6%	138	85,2%
hart angepackt**	nein	12	17,6%	40	42,6%	52	32,1%
	ja	56	82,4%	54	57,4%	110	67,9%
mit Gegenstand geworfen *	nein	43	62,3%	72	77,4%	115	71,0%
	ja	26	37,7%	21	22,6%	47	29,0%
mit Gegenstand geschlagen **	nein	17	25,0%	53	56,4%	70	43,2%
	ja	51	75,0%	41	43,6%	92	56,8%
mit Faust geschlagen **	nein	37	53,6%	79	84,0%	116	71,2%
	ja	32	46,4%	15	16,0%	47	28,8%
geprügelt **	nein	43	62,3%	79	84,0%	122	74,8%
	ja	26	37,7%	15	16,0%	41	25,2%
gewürgt	nein	60	88,2%	90	95,7%	150	92,6%
	ja	8	11,8%	4	4,3%	12	7,4%
mit Waffe bedroht	nein	68	98,6%	88	93,6%	156	95,7%
	ja	1	1,4%	6	6,4%	7	4,3%
Verbrennungen/Verl ühungen	nein	67	97,1%	93	98,9%	160	98,2%
	ja	2	2,9%	1	1,1%	3	1,8%
Waffe eingesetzt	nein	69	100,0%	89	94,7%	158	96,9%
	ja			5	5,3%	5	3,1%
sexuell missbraucht	nein	67	97,1%	93	98,9%	160	98,2%
	ja	2	2,9%	1	1,1%	3	1,8%
Vernachlässigung	nein	49	71,0%	86	92,5%	135	83,3%
**	ja	20	29,0%	7	7,5%	27	16,7%

* *signifikanter* Unterschied, ** *hoch signifikanter* Unterschied

Bei der Frage *hart angepackt* ist ein **hochsignifikanter Unterschied** festzustellen. Der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test beträgt 0,001.

Wie bei der Tabelle 6 ersichtlich wird, liegt bei der ersten Frage *eine runtergehauen* **kein signifikanter Unterschied** vor, da der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test 0,059 beträgt und somit über dem definierten Signifikanzniveau von 5 Prozent liegt, bzw. dem maßgebenden Wert von 0,05. Dies bedeutet, dass keine bedeutenden Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen bestehen.

33 Probanden (47,8 Prozent) aus einer suchtblasteten Familie (COAs+) gaben bei der Variable *eine runtergehauen* „selten“ an. Im Vergleich hierzu wählten 29 Probanden (30,9 Prozent) aus nicht suchtblasteten Familien (nonCOAs-) die Antwortmöglichkeit „selten“ aus.

Er liegt demnach deutlich unter dem definierten Signifikanzniveau von einem Prozent bzw. dem maßgebenden Wert von 0,01.

Dies bedeutet, dass die Probanden aus suchtbelasteten Familien hochsignifikant häufiger *hart angepackt* wurden als die Probanden der Vergleichsgruppe.

Knapp 82 Prozent der COAs+ gaben an, von Familien- und Haushaltsmitgliedern bei Streit und Auseinandersetzungen *hart angepackt* worden zu sein im Vergleich zu ca. 57 Prozent der nonCOAs- (vgl. Tabelle 6, 43).

12 COAs+ (17,4 Prozent) gaben an „nie“ hart angepackt worden zu sein dagegen 40 (42,6 Prozent) der Vergleichsgruppe.

Demnach wurden deutlich weniger nonCOAs- hart angepackt als COAs+ (vgl. Tabelle 20, Anhang).

Ein **signifikanter Unterschied** ist bei der Frage *mit Gegenstand geworfen* festzustellen. Der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test liegt bei 0,036. 37,7 Prozent der COAs+ gaben an mit Gegenständen beworfen worden zu sein im Vergleich zu 22,6 Prozent der nonCOAs- (vgl. Tabelle 6, 43).

43 COAs+ (62,3 Prozent) gaben an „nie“ erlebt zu haben, dass nach ihnen mit einem Gegenstand geworfen wurde. Im Vergleich dazu wählten 72 nonCOAs- (76,6 Prozent) die Antwortmöglichkeit „nie“ (vgl. Tabelle 20, Anhang).

Demnach haben Probanden aus suchtbelasteten Familien signifikant häufiger bei Auseinandersetzungen oder Streit erleben müssen, dass mit Gegenständen nach ihnen geworfen wurde.

Bei der Frage *mit Gegenstand geschlagen* konnte ein **hochsignifikanter Unterschied** festgestellt werden. Der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test liegt bei 0,000 und damit deutlich unter dem maßgebenden Wert von 0,01. 75 Prozent COAs+ gaben an mit einem Gegenstand geschlagen worden zu sein im Vergleich zu 43,6 Prozent nonCOAs- (vgl. Tabelle 6, 43).

Wie in der Tabelle 20 (Anhang) zu ersehen ist, wählten 17 COAs+ (24,6 Prozent) die Antwortmöglichkeit „nie“ im Vergleich zu den 53 nonCOAs- (56,4 Prozent). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass die COA hochsignifikant häufiger mit Gegenständen geschlagen wurden, als die Probanden der Vergleichsgruppe.

Ebenfalls konnte ein **hochsignifikanter Unterschied** bei der Frage *mit der Faust geschlagen* errechnet werden. Der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test liegt bei 0,000 und demnach erneut deutlich unter dem maßgebenden Wert von 0,01. 46,4 Prozent COAs+ gaben an mit der Faust geschlagen worden zu sein im Vergleich zu 16 Prozent nonCOAs- (vgl. Tabelle 6, 43).

37 COAs+ (53,6 Prozent) gaben an „nie“ mit der Faust geschlagen worden zu sein im Vergleich zu den 79 nonCOAs- (84,0 Prozent). Daher kann davon ausgegangen werden, dass die COAs+ hochsignifikant häufiger mit der Faust geschlagen wurden (oder dies zumindest versucht wurde), als bei den Probanden der Vergleichsgruppe.

Bei der Frage: „*geprügelt, zusammengeschlagen*“ war ein Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test von 0,002 und damit ebenfalls ein **hochsignifikanter Unterschied** feststellbar. 37,7 Prozent COAs+ gaben an, *geprügelt und/oder zusammengeschlagen* worden zu sein, im Vergleich zu 16 Prozent nonCOAs- (vgl. Tabelle 6). 43 COAs+ (62,3 Prozent) gaben an, „nie“ *geprügelt und/oder zusammengeschlagen* worden zu sein im Vergleich zu 79 nonCOAs- (84,0 Prozent, vgl. Tabelle 20, Anhang).

Demnach wurden die Probanden aus suchtblasteten Familien offensichtlich hochsignifikant häufiger *geprügelt und/oder zusammengeschlagen* als die Probanden der Vergleichsgruppe.

Darüber hinaus konnte ein **hochsignifikanter Unterschied** festgestellt werden bei der Frage: „*wurden Sie sehr stark* (d.h. auch äußerlich merkbar) *vernachlässigt, in Bezug auf Körperpflege, Nahrung, emotionale Zuwendung und bei der Frage ob Hilfe von Außen notwendig war*“. Der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test konnte mit 0,000 ermittelt werden. Probanden aus suchtblasteten Familien wurden offensichtlich hochsignifikant häufiger vernachlässigt als Probanden aus nichtsuchtblasteten Familien. 29 Prozent COAs+ gaben an, vernachlässigt worden zu sein im Vergleich zu 7,5 Prozent nonCOAs- (vgl. Tabelle 6, 43).

Wie bei der Kreuztabelle *Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend* zu ersehen ist, gaben 14 COAs+ (20,3 Prozent) an, von ihren Müttern vernachlässigt worden zu sein, und 14 COAs+ (20,3 Prozent) von ihren Vätern. Darüber

hinaus wählten 49 COAs+ (71,0 Prozent) die Antwortmöglichkeit „nie“ im Vergleich zu den 86 nonCOAs- 91,5 Prozent, (vgl. Tabelle 21, Anhang).

Keine signifikanten Unterschiede konnten bei den Fragen: „*gewürgt*“ (Signifikanzwert von 0,72), *mit der Waffe bedroht* (Signifikanzwert von 0,125), *Verbrennungen/Verbrühungen* (Signifikanzwert von 0,389), *Waffe eingesetzt* (Signifikanzwert von 0,52) und *sexuell missbraucht*“ (Signifikanzwert von 0,389) festgestellt werden.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Söhne aus suchtbelasteten Familien über signifikant mehr familiäre Gewalterfahrung berichten als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien. Suchtbelastung ist demnach ein Prädiktor für mehr Gewalterfahrung. Mit dieser Feststellung kann die erste Hypothese (vgl. Kapitel 1.4, 19) als bestätigt gelten.

4.2 Gewalterfahrung im Erwachsenenalter

Tabelle 7: Kreuztabelle mit den Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter

		Single-Frage + Cast liberal				Gesamt	
		COA+		COA-		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
eine runtergehauen	nein	40	58,0%	70	74,5%	110	67,5%
*	ja	29	42,0%	24	25,5%	53	32,5%
hart angepackt**	nein	41	60,3%	77	81,9%	118	72,8%
	ja	27	39,7%	17	18,1%	44	27,2%
mit Gegenstand	nein	53	76,8%	82	88,2%	135	83,3%
geworfen	ja	16	23,2%	11	11,8%	27	16,7%
mit Gegenstand	nein	52	75,4%	85	90,4%	137	84,0%
geschlagen **	ja	17	24,6%	9	9,6%	26	16,0%
mit Faust geschlage	nein	46	67,6%	83	88,3%	129	79,6%
**	ja	22	32,4%	11	11,7%	33	20,4%
geprügelt	nein	56	81,2%	90	95,7%	146	89,6%
	ja	13	18,8%	4	4,3%	17	10,4%
gewürgt **	nein	64	94,1%	94	100,0%	158	97,5%
	ja	4	5,9%			4	2,5%
mit Waffe bedroht	nein	64	92,8%	90	95,7%	154	94,5%
	ja	5	7,2%	4	4,3%	9	5,5%
Verbrennungen/Vert	nein	67	97,1%	94	100,0%	161	98,8%
ühungen	ja	2	2,9%			2	1,2%
Waffe eingesetzt	nein	66	95,7%	94	100,0%	160	98,2%
	ja	3	4,3%			3	1,8%
sexuell missbraucht	nein	69	100,0%	93	98,9%	162	99,4%
	ja			1	1,1%	1	,6%

* **signifikanter** Unterschied, ** **hoch signifikanter** Unterschied

Wie bei der Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend ist der Fragebogen in Bezug auf die Gewalterfahrung im Erwachsenenalter durch Familien- und Haushaltsmitglieder bei Streit oder Auseinandersetzungen in sechs Kategorien unterteilt (1=nie, 2=einmal, 3=selten, 4=manchmal, 5=häufig, 6=sehr oft, vgl. Kapitel 2.3, 29). Die Variablen *Missbraucher männlich*, *Missbraucher weiblich*, *Missbrauch durch beide* in Bezug auf die Frage nach der sexuellen Missbrauchserfahrung unterteilen sich in zwei Antwortmöglichkeiten (1=ja, 2=nein).

Nach dem Chi-Quadrat-Test 0,026 (unter dem maßgebenden Wert von 0,05) ist bei der Variable *eine runtergehauen* ein **signifikanter Unterschied** festzustellen. 42 Prozent der COAs+ gaben an, eine runtergehauen bekommen zu haben im Vergleich zu 25,5 Prozent der nonCOAs- (vgl. Tabelle 7, 47). 40 COA (58,0 Prozent) wählten die Antwortmöglichkeit „nie“ aus im Vergleich zu den 70 nonCOAs- (74,5 Prozent). Ebenfalls deutlich unterschiedlich ist, dass 14 COAs+ (20,3 Prozent) angaben „selten“ von Familien und Haushaltsmitgliedern eine runtergehauen bekommen haben im Vergleich zu 6 nonCOAs- (6,4 Prozent, vgl. Tabelle 22, Anhang). Dies spricht dafür, dass die COAs+ öfter im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren) bei Streit oder Auseinandersetzungen von ihren Familien- und Haushaltsmitgliedern eine runtergehauen bekamen als die Kontrollpersonen.

Bei der Frage: „*hart angepackt*“ ist wie bei der Auswertung Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend ein **hochsignifikanter Unterschied** festzustellen. Der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test beträgt 0,002. Demnach liegt er deutlich unter dem maßgebenden Wert von 0,01. Dies bedeutet, dass die COAs+ im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren) hochsignifikant häufiger hart angepackt wurden als die Befragten der Vergleichsgruppe. 39,7 Prozent der COAs+ gaben an, hart angepackt worden zu sein im Vergleich zu 18,1 Prozent der nonCOAs- (vgl. Tabelle 7, 47). 59,4 Prozent (41 COA) gaben an, „nie“ hart angepackt worden zu sein im Vergleich zu 81,9 Prozent (77 nonCOAs-). Anzumerken ist darüber hinaus, dass die COAs+ deutlich häufiger angaben (13 Prozent), „manchmal“ hart angepackt worden zu sein, im Vergleich zu einem Prozent der nonCOAs- (vgl. Tabelle 22, Anhang).

Ebenfalls **hochsignifikante Unterschiede** zeigten sich bei den Fragen: „*mit Gegenstand geschlagen und mit der Faust geschlagen*“ worden zu sein. Der Chi-Quadrat-Signifikanzwert beträgt bei der Frage **mit Gegenstand geschlagen** 0,009 und liegt damit unter dem maßgebenden Wert von 0,01. Wie in der Tabelle 7 (Seite 47) zu ersehen ist gaben 24,6 Prozent der COAs+ an, mit einem Gegenstand geschlagen worden zu sein, im Vergleich zu 9,6 Prozent der nonCOAs-. 75 Prozent der COAs+ gaben an, dies „nie“ erlebt zu haben, im Vergleich zu ca. 90 Prozent der Vergleichsgruppe.

Demnach erlebten die COAs+ hochsignifikant häufiger mit einem Gegenstand geschlagen worden zu sein als die Vergleichsgruppe. Die Variable „sehr oft“ wurde nicht gewählt.

Der Chi-Quadrat-Signifikanzwert beträgt bei der Frage: „**mit Faust geschlagen**“ 0,001 und liegt damit unter dem maßgebenden Wert von 0,01. 32,4 Prozent der COAs+ gaben an, mit der Faust geschlagen worden zu sein. Im Vergleich dazu bejahte dies die Vergleichsgruppe mit 11,7 Prozent (vgl. Tabelle 7, 47).

Knapp 67 Prozent der COAs+ gaben an, „nie“ mit der Faust geschlagen worden zu sein, im Vergleich zu den ca. 88 Prozent der nonCOAs-. Fast 12 Prozent der COAs+ gaben an, „manchmal“ mit der Faust geschlagen worden zu sein, im Vergleich zu den nonCOAs- mit ca. 2 Prozent. Ein COA+ gab an, „sehr oft“ diese Form der Gewaltausübung erlitten zu haben. Die Variable „häufig“ wurde nicht gewählt.

Der Chi-Quadrat-Wert von 0,003 bei der Frage: „**geprügelt**“ liegt deutlich unter dem maßgebenden Wert von 0,01. 18,8 Prozent der COAs+ gaben an geprügelt worden zu sein im Vergleich zu den nonCOAs-, die dies mit 4,3 Prozent bejahten (vgl. Tabelle 7, 47). Über 82 Prozent der COAs+ gaben an „nie“ geprügelt worden zu sein, im Vergleich zu den fast 96 Prozent der nonCOAs-.

Demnach sind die COAs+ hochsignifikant häufiger geschlagen worden als die Vergleichsgruppe. Deutlich häufiger gaben die COAs+ an, „manchmal“ geprügelt worden zu sein als die nonCOAs- (7,2 Prozent im Vergleich zu 1,1 Prozent). Die Variable „sehr oft“ wurde von den Probanden nicht gewählt.

Keine Effekte zeigten sich bei den Fragen: „*mit Gegenstand geworfen, mit Waffe bedroht, Verbrennungen/Verbrühungen, sexueller Missbrauch und Waffe eingesetzt*“.

Im Gegensatz zu den Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter waren in der Kindheit und Jugend signifikante Unterschiede bei der Frage: „*mit Gegenstand geworfen*“ messbar. Dagegen konnten im Unterschied zu der Gewalterfahrung im Erwachsenenalter bei der Frage: „*ob der Proband gewürgt wurde*“, in der Kindheit und Jugend keine Effekte festgestellt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die COAs+ im Erwachsenenalter ebenso viele Gewalterfahrungen bei Streit oder Auseinandersetzungen durch Familien- und Haushaltmitglieder erfahren mussten wie die Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren. Auffallend ist, dass sich bei den Kindern und Jugendlichen differenzielle Effekte bezogen auf die *Vernachlässigung* zeigten. Keine Effekte fanden sich bei den Erwachsenen (ab 18 Jahren) bezogen auf die Frage: „*ob sie sich sehr stark* (d.h. auch äußerlich merkbar) *vernachlässigt haben*, in Bezug auf die Körperpflege und Nahrung“.

4.3 Überprüfung der zweiten Hypothese

4.3.1 Autoaggressivität

Bezogen auf die Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene und in Bezug auf die Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt wurde folgende *Hypothese* entwickelt, die es anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse zu überprüfen gilt.

2. Hypothese:

Söhne aus suchtbelasteten Familien berichten **signifikant mehr** *Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie* **signifikant mehr** *Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt* als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien.

In Bezug auf die abhängige Variable *Autoaggressivität* wurden die Antworten hier ebenfalls dichotomisiert: Wenn der Patient von keiner *Autoaggressivität* berichtetet, wurde er in die Gruppe „0“ eingestuft, wenn er mindestens eine Form von *Autoaggressivität* angab wurde, der Patient der Gruppe „1“ zugeordnet. Anschließend wurden diese dichotomisierten Werte für jeden Patienten addiert, sodass sich Werte zwischen 0 und 2 ergaben. Die Tabelle 8 macht die Verteilung dieser Summenwerte deutlich.

Tabelle 8: Kreuztabelle mit der Verteilung der Summenwerte in Bezug auf Autoaggression

	Single-Frage + Cast liberal				Gesamt	
	COA+		COA-		Anzahl	Spalten%
	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Autoaggressivität ,00	48	73,8%	76	81,7%	124	78,5%
1,00	6	9,2%	12	12,9%	18	11,4%
2,00	11	16,9%	5	5,4%	16	10,1%
Gesamt	65	100,0%	93	100,0%	158	100,0%

Die einfaktorielle ANOVA ergab in Bezug auf die *Autoaggressivität*, dass sich beide Gruppen hierbei **nicht signifikant** unterschieden. Der Signifikanzwert von 0,064 lag geringfügig über dem maßgebenden Wert von 0,05 und ist demnach *marginal signifikant*. Auf grund dessen zeigte sich ein *Trend*, wonach die Patienten aus suchtbelasteten Familien numerisch häufiger von Autoaggressivität berichteten.

Tabelle 9: Kreuztabelle mit der ONEWAY NOVA

ONEWAY ANOVA

Autoaggressivität					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1,443	1	1,443	3,478	,064
Innerhalb der Gruppen	64,734	156	,415		
Gesamt	66,177	157			

Wie in der Tabelle 10 (Seite 51) zu ersehen ist, gaben jedoch 10 Prozent der COAs+ in Kindheit und Jugendalter an, sich *selten* Verletzungen zugefügt zu haben, als die Vergleichsgruppe mit 3 Prozent. 5,8 Prozent der COAs+ gaben an, sich *manchmal* selbst verletzt zu haben im Vergleich zu den nonCOAs-, die dies verneinten. Auffallend war, dass die nonCOAs- mit 85,1 Prozent angaben, sich „nie“ Verletzungen zugefügt zu haben, im Vergleich zu den COAs+ mit 73,9 Prozent.

Demnach ist ein *Trend* zu erkennen, dass die COAs+ (Probanden in Kindheit und Jugend) sich *absichtlich* Verletzungen zugefügt haben als die Vergleichsgruppe.

Bei den Probanden im Erwachsenenalter ist ein ähnlicher Trend erkennbar.

75,4 Prozent der COAs+ gaben an, sich „nie“ absichtlich Verletzungen zugefügt zu haben, im Vergleich zu den nonCOAs- mit 89,4 Prozent.

Tabelle 10: Kreuztabelle mit der *Autoaggressivität* in Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenalter

	Single-Frage + Cast liberal				Gesamt	
	COA+		COA-		Anzahl	Spalten%
	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
absichtlich nie	51	73,9%	80	85,1%	131	80,4%
e						
Verletzung einmal	3	4,3%	8	8,5%	11	6,7%
en Ki/Ju selten	7	10,1%	3	3,2%	10	6,1%
manchma	4	5,8%			4	2,5%
häufig	1	1,4%	2	2,1%	3	1,8%
sehr oft	1	1,4%	1	1,1%	2	1,2%
missing	2	2,9%			2	1,2%
Gesamt	69	100,0%	94	100,0%	163	100,0%
absichtlich nie	52	75,4%	84	89,4%	136	83,4%
er						
Verletzung einmal	2	2,9%	3	3,2%	5	3,1%
en Erw. selten	6	8,7%	2	2,1%	8	4,9%
manchma	4	5,8%	3	3,2%	7	4,3%
häufig	1	1,4%			1	,6%
sehr oft	1	1,4%	1	1,1%	2	1,2%
missing	3	4,3%	1	1,1%	4	2,5%
Gesamt	69	100,0%	94	100,0%	163	100,0%

Demnach kann man davon ausgehen, dass die Söhne aus suchtbelasteten Familien häufiger Autoaggressivität in Kindheit und Jugend erlebt haben als die Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien. Bei einer größeren Stichprobe ist anzunehmen, dass die Unterschiede deutlich signifikant sind.

4.3.2 Konfliktlösungsstrategien/Autoaggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene

Die Überprüfung der *zweiten Hypothese* macht eine ebenso gründliche Überprüfung der Auswertungsergebnisse, bezogen auf die *negativen* und

positiven Konfliktlösestrategien/Autoaggressionsverhalten auf der verbalen und nonverbalen Ebene, notwendig.

Die Antworten wurden hier ebenfalls dichotomisiert: Wenn der Patient von *keiner* negativen Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene berichtete, wurde er in die Gruppe „0“ eingestuft, wenn er mindestens *eine* Form von negativen Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene zeigte, wurde der Patient der Gruppe „1“ zugeordnet. Anschließend wurden diese dichotomisierten Werte für jeden Patienten addiert, sodass sich Werte zwischen 0 und 7 ergaben. Tabelle 11 zeigt die Verteilung dieser Summenwerte.

Tabelle 11: Kreuztabelle mit den *negativen* Konfliktlösestrategien auf Verbaler und nonverbaler Ebene (bis zu 3)

		COAs mit bis zu 3		non COAs mit bis zu 3	
		Gewalterfahrungen		Gewalterfahrungen	
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Negative	.00	1	12.5%	6	75.0%
Konfliktlösungs-	1.00	1	9.1%	9	81.8%
strategien auf	2.00	4	36.4%	4	36.4%
verbaler und	3.00	4	22.2%	8	44.4%
nonverbaler	4.00	1	7.7%	8	61.5%
Ebene	5.00	9	26.5%	11	32.4%
	6.00	9	20.9%	16	37.2%
	7.00	2	10.5%	6	31.6%
Gesamt		31	19.7%	68	43.3%

12,5 Prozent der COAs+ gaben an *keine* negativen, mit *bis zu drei* Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene, erlebt zu haben. Dagegen gaben 75 Prozent der nonCOAs- dies an. Deutlich häufiger haben demnach Söhne aus suchtbelasteten Familien *bis zu drei* negative Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene erfahren als die Vergleichsgruppe.

Tabelle 12: Kreuztabelle mit den *negativen* Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene (mit mehr als 3)

		COAs mit mehr als 3		nonCOAs mit mehr als 3	
		Gewalterfahrungen		Gewalterfahrungen	
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Negative	.00	1	12.5%	6	
Konfliktlösungs-	1.00	1	9.1%	9	
strategien auf	2.00	3	27.3%	4	
verbaler und	3.00	3	16.7%	8	16.7%
nonverbaler	4.00	3	23.1%	8	7.7%
Ebene	5.00	6	17.6%	11	23.5%
	6.00	11	25.6%	16	16.3%
	7.00	7	36.8%	6	21.1%
Gesamt		35	22.3%	68	14.6%

Wie in der Tabelle 12 zu sehen ist, gaben die COAs+ deutlich häufiger an mit mehr als drei Gewalterfahrungen negative Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene erfahren zu haben.

Die einfaktorielle ANOVA ergab, dass sich beide Gruppen **nicht signifikant** hinsichtlich der *Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene* unterschieden. Es zeigte sich allerdings ein *Trend*, wonach Patienten aus suchtbelasteten Familien häufiger negative Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene anwandten.

Tabelle 13: Kreuztabelle mit der ONEWAY ANOVA

		ONEWAY ANOVA				
		Quadrats umme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Negative Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene	Zwischen den Gruppen	8,944	1	8,944	2,244	,136
	Innerhalb der Gruppen	641,792	161	3,986		
	Gesamt	650,736	162			
Positive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene	Zwischen den Gruppen	,160	1	,160	,698	,405
	Innerhalb der Gruppen	36,704	160	,229		
	Gesamt	36,864	161			

Wenn der Patient von keinen *positiven* Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene berichtete, wurde er in die Gruppe „0“ eingestuft, wenn er mindestens eine Form von positiven Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene zeigte, wurde der Patient der Gruppe „1“ zugeordnet. Anschließend wurden diese dichotomisierten Werte für jeden Patienten addiert, sodass sich Werte zwischen 0 und 2 ergaben. Tabelle 14 zeigt die Verteilung dieser Summenwerte.

Tabelle 14: Kreuztabelle mit den *positiven* Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene (mit mehr als 3)

		COAs mit mehr als 3		non COAs mit mehr als 3	
		Gewalterfahrungen		Gewalterfahrungen	
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Positive	.00	2	40.0%	1	20.0%
Konfliktlösungs-	1.00	7	29.2%	6	25.0%
strategien auf	2.00	26	20.5%	16	12.6%
verbaler und					
Nonverbaler					
Ebene					
Gesamt		35	22.3%	23	14.6%

40 Prozent der COAs+ gaben an, mit mehr als drei Gewalterfahrungen *keine* positiven Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene entwickelt zu haben, im Vergleich zu den nonCOAs-, die dies mit 20 Prozent angaben. Dies ist ebenfalls ein Hinweis darauf, dass die COAs+ über deutlich weniger positive Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene berichten als die Vergleichsgruppe.

Tabelle 15: Kreuztabelle mit den positiven Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene (mit bis zu 3)

		COAs mit bis zu 3		non COAs mit bis zu 3	
		Gewalterfahrungen		Gewalterfahrungen	
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Positive	.00	1	20.0%	1	20.0%
Konfliktlösungs-	1.00	4	16.7%	7	29.2%
strategien auf	2.00	26	20.5%	59	46.5%
verbaler und					
Nonverbaler					
Ebene					
Gesamt		31	19.7%	68	43.3%

Ein deutlicher Unterschied ist ebenfalls zu erkennen in Bezug auf die positiven Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene mit bis zu drei Gewalterfahrungen, wobei die Patienten aus nicht-suchtbelasteten Familien berichten Konflikte auf verbaler und nonverbaler Ebene zu lösen, als die Vergleichsgruppe. 46,5 Prozent der nonCOAs- gaben dies an, im Vergleich zu den COAs+ mit 20,5 Prozent der Gruppe zwei.

Tabelle 16: Kreuztabelle mit den Konfliktlösestrategien/Aggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene

Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene

		Single-Frage + Cast liberal				Gesamt	
		COA+		COA-		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
ruhig besprecher	nein	4	5,8%	2	2,1%	6	3,7%
	ja	65	94,2%	92	97,9%	157	96,3%
Unterstützung	nein	13	18,8%	15	16,1%	28	17,3%
holen	ja	56	81,2%	78	83,9%	134	82,7%
lautstark brüllen	nein	18	26,1%	24	25,5%	42	25,8%
	ja	51	73,9%	70	74,5%	121	74,2%
provozieren,	nein	15	21,7%	34	36,2%	49	30,1%
beleidigen *	ja	54	78,3%	60	63,8%	114	69,9%
drohen, unter	nein	29	42,0%	45	47,9%	74	45,4%
Druck setzen	ja	40	58,0%	49	52,1%	89	54,6%
Gegenstände	nein	55	79,7%	78	83,0%	133	81,6%
schmeißen	ja	14	20,3%	16	17,0%	30	18,4%
Raum verlassen	nein	12	17,4%	19	20,2%	31	19,0%
	ja	57	82,6%	75	79,8%	132	81,0%
schweigen	nein	14	20,3%	32	34,0%	46	28,2%
	ja	55	79,7%	62	66,0%	117	71,8%
den anderen	nein	10	14,5%	21	22,3%	31	19,0%
ignorieren	ja	59	85,5%	73	77,7%	132	81,0%

* signifikanter Unterschied

Bei der Liste möglicher Verhaltensweisen in Konflikt- und Auseinandersetzungssituationen auf verbaler und nonverbaler Ebene unterteilt der Fragebogen die Variablen *ein Problem ruhig besprechen, sich von jemand Unterstützung holen, lautstark und brüllen, beleidigen, drohen und unter Druck setzen, mit Gegenständen schmeißen, wütend den Raum verlassen, schweigen und den anderen ignorieren* in sechs Kategorien (1=nie, 2=einmal, 3=selten, 4=manchmal, 5=häufig, 6=sehr oft, vgl. Kapitel 2.3, 29).

Ein **signifikanter Unterschied** ist bei der Frage: *„provizieren und beleidigen“* festzustellen. Der Signifikanzwert nach dem Chi-Quadrat-Test liegt bei 0,047 liegt demnach unter dem maßgebenden Wert von 0,05. 78,3 Prozent der COAs+ gaben an bei Konflikten oder Auseinandersetzungen zu provoizieren und zu beleidigen. Im Vergleich dazu bejahten die nonCOAs- diese Frage zu 63,8 Prozent (vgl. Tabelle 16, 56).

21,7 Prozent der COAs+ gaben an, „nie“ *proviziert und beleidigt* zu haben, im Vergleich zu den nonCOAs- mit 36,2 Prozent (vgl. Tabelle 27, Anhang).

Demnach haben die COAs+ signifikant häufiger in Konflikt- und Auseinandersetzungssituationen auf verbaler und nonverbaler Ebene provoiziert und beleidigt als die Vergleichsgruppe. Bezüglich der anderen Variablen sind bei dieser Untersuchung keine Effekte festgestellt worden.

4.3.3 Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt

In Bezug auf die Überprüfung der zweiten Hypothese wurden die Antworten hinsichtlich der Fragen nach den Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt dichotomisiert: Wenn der Patient von keinen *Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt* berichtete, wurde er in die Gruppe „0“ eingestuft, wenn er mindestens eine Form von negativen Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene zeigte, wurde der Patient der Gruppe „1“ zugeordnet. Anschließend wurden diese dichotomisierten Werte für jeden Patienten addiert, sodass sich potentiell

Werte zwischen 0 und 7 ergaben. Die Tabelle 17 zeigt die Verteilung dieser Summenwerte.

Tabelle 17: Kreuztabelle mit der Verteilung der Summenwerte

	Single-Frage + Cast liberal				Gesamt	
	COA+		COA-		Anzahl	Spalten%
	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt	19	29,2%	48	52,7%	67	42,9%
0,00	18	27,7%	10	11,0%	28	17,9%
1,00	8	12,3%	16	17,6%	24	15,4%
2,00	6	9,2%	7	7,7%	13	8,3%
3,00	5	7,7%	6	6,6%	11	7,1%
4,00	6	9,2%	3	3,3%	9	5,8%
5,00	2	3,1%	1	1,1%	3	1,9%
6,00	1	1,5%			1	,6%
7,00						
Gesamt	65	100,0%	91	100,0%	156	100,0%

29,2 Prozent der COAs+ gaben an in Konfliktsituationen keine Gewalt angewendet zu haben. Im Vergleich dazu gaben dies 52,7 Prozent der nonCOAs- an. Hieraus lässt sich schließen, dass die COAs+ mehr Gewalt in Konfliktsituationen angewendet haben als die Vergleichsgruppe.

Tabelle 18: Kreuztabelle mit der ONEWAY ANOVA

ONEWAY ANOVA

Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	17,262	1	17,262	5,966	,016
Innerhalb der Gruppen	445,578	154	2,893		
Gesamt	462,840	155			

Die einfaktorielle ANOVA ergab einen **signifikanten Effekt**. Patienten aus suchtbelasteten Familien (COAs+) zeigten demnach **signifikant mehr Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt** ($p = .016$) als Patienten aus nicht-suchtbelasteten Eltern (COAs-).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Söhne aus suchtblasteten Familien über *marginal signifikant* mehr Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene berichten sowie *marginal signifikant* mehr Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt, als Söhne aus nicht-suchtblasteten Familien.

Eine Suchtblastung ist tendenziell allein ein Prädiktor für Gewalttätigkeit. Demnach kann die zweite Hypothese ebenfalls bestätigt werden, mit dem *Trend* zu signifikanten Unterschieden. Die Auswertung einer erheblich größeren Stichprobe kann die, bei dieser Untersuchung tendenziell festgestellten signifikanten Unterschiede, eindeutiger belegen.

4.4 Überprüfung der dritten Hypothese

Die im Kapitel 1.4, 19 erstellte dritte Hypothese in Bezug auf Söhne mit mehr oder weniger Gewalterfahrung in suchtblasteten und nicht-suchtblasteten Familien soll nachfolgend überprüft werden.

3. Hypothese:

Söhne aus suchtblasteten Familien mit **wenig familiärer Gewalterfahrung** berichten **signifikant weniger** *Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene* sowie **signifikant weniger** *Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt* als Söhne aus suchtblasteten Familien mit **starker familiärer Gewalterfahrung**.

Die Patienten wurden danach unterteilt, inwieweit sie bis zu drei Gewalttaten in Kindheit und Jugend erfahren hatten, oder ob dies mehr als drei Gewalttaten waren, wie die Tabelle 19 (Seite 60) zeigt:

Tabelle 19: Kreuztabelle mit den Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend

		Gewalterfahrungen			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Coas mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	31	19,0	19,7	19,7
	Coas mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	35	21,5	22,3	42,0
	nonCoas mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	68	41,7	43,3	85,4
	nonCoas mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	23	14,1	14,6	100,0
	Gesamt	157	96,3	100,0	
Fehlend	System	6	3,7		
Gesamt		163	100,0		

Die einfaktorielle ANOVA zeigte, dass die dritte Hypothese **nicht** bestätigt werden konnte. Der Post-Hoc-Test zeigte aber einen signifikanten Unterschied zwischen COAs+ mit mehr als drei Gewalterfahrungen und nonCOAs- mit weniger als drei Gewalterfahrungen ($p=.24$). Die COAs+ mit mehr als drei Gewalterfahrungen zeigten numerisch höhere Werte auf den Skalen Autoaggressivität und negative Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene als die Vergleichsgruppen.

Tabelle 20: Kreuztabelle mit den Mehrfachvergleiche der Scheffe Prozedur der abhängigen Variable *Autoaggressivität*

Post-Hoc-Tests

(I) Gewalterfahrung	(J) Gewalterfahrung	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz
COAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	COAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	-0,2938	0,16309	0,359
	nonCOAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	0,1358	0,14098	0,819
	Non COAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	-0,1783	0,17786	0,8
COAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	COAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	0,2938	0,16309	0,359
	nonCOAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen*	,4296*	0,1379	0,024
	nonCOAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	0,1155	0,17543	0,933
nonCOAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	COAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	-0,1358	0,14098	0,819
	COAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen*	-,4296*	0,1379	0,024
	nonCOAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	-0,3141	0,15509	0,255
nonCOAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	COAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	0,1783	0,17786	0,8
	COAs mit mehr als 3 Gewalterfahrungen	-0,1155	0,17543	0,933
	nonCOAs mit bis zu 3 Gewalterfahrungen	0,3141	0,15509	0,255

In Bezug auf die Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt berichten die COAs+ mit mehr als drei Gewalterfahrungen am häufigsten von Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt (75,0 Prozent), nonCOAs- mit bis zu drei Gewalterfahrungen berichteten am wenigsten Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt (38,5 Prozent).

Die einfaktorielle ANOVA ergab einen signifikanten Effekt ($p < .01$). Wie in der Tabelle 20 zu ersehen ist, ergaben sich signifikante Unterschiede im **Scheffé Test** zwischen den Gruppen der COAs+ **mit mehr als drei** Gewalterfahrungen versus der nonCOAs- **mit bis zu drei** Gewalterfahrungen ($p < .01$), sowie nonCOAs- mit bis zu drei Gewalterfahrungen versus nonCOAs- mit mehr als drei Gewalterfahrungen ($p < .01$).

4.4 Weitere Ergebnisse

Die weiteren Ergebnisse der Untersuchung sollen der Vollständigkeit halber nur kurz dargestellt werden, da sie für die Überprüfung der Hypothesen keine Berücksichtigung fanden.

4.4.1 Suchtprobleme

Ergänzend zu dem Kapitel 4.1 gaben 7,2 Prozent der COAs+ an medikamentenabhängig zu sein, im Vergleich zu den nonCOA-, die die Frage: „*Welche Abhängigkeit liegt bei ihnen vor*“ mit 5,3 Prozent bejahten. Bezüglich einer vorliegenden Drogenabhängigkeit gaben 13 Prozent der COAs+ an, drogenabhängig zu sein, im Vergleich zu den nonCOAs- mit 5,3 Prozent (vgl. Tabelle 28, Anhang). Daraus lässt sich schließen, dass die Söhne aus suchtbelasteten Familien offenbar eher abhängig von anderen psychotropen Substanzen werden, als die Vergleichsgruppe.

4.4.2 Demographische Daten

Nachfolgen möchte ich die Auswertung der *demographischen* Daten der befragten Patienten kurz darstellen. Diese Auswertung hat zwar bezogen auf die Überprüfung der Hypothesen keine Aussagekraft gibt jedoch interessante

Zusammenhänge von familiärer Suchtbelastung und Gewalterfahrung wieder, im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklung der Probanden, der schulischen Entwicklung, der beruflichen Perspektiven und dem Familienstand. An der Befragung nahmen insgesamt 163 Patienten (n=163) teil. Rund 46 Prozent der COAs+ gaben an die Hauptschule besucht zu haben, wobei circa 12 Prozent keinen Abschluss gemacht haben. Im Vergleich dazu gaben etwa 63 Prozent der nonCOAs- an, die Hauptschule besucht zu haben, wovon circa 4 Prozent keinen Abschluss erzielten. Dies ist ein deutlicher Hinweis dafür, dass die COAs+ offenbar durch die früher aufgetretene Suchterkrankung weniger in der Lage waren diese Schulform erfolgreich abzuschließen als die Vergleichsgruppe. Wie an anderer Stelle beschrieben ist durch einige Studien belegt worden, dass Söhne aus suchtblasteten Familien mit Gewalterfahrung früher anfangen problematisch zu trinken und deren Suchtentwicklung sich extremer darstellt als bei der Vergleichsgruppe (vgl. Kapitel 1.2, 11).

Darüber hinaus hat die Untersuchung gezeigt, dass die COAs+ häufiger keine Berufsausbildung absolviert haben als die Probanden der Vergleichsgruppe und häufiger in Bezug auf die Erwerbstätigkeitangaben arbeitslos zu sein, als die nonCOAs-. Nach den vorliegenden Ergebnissen zum Familienstand gaben die COAs+ an, häufiger getrennt zu leben und vergleichsweise weniger geheiratet zu haben als die nonCOAs- (vgl. Tabelle 30, Anhang).

5. Diskussion

Bei der Diskussion, bezogen auf die durchgeführte Untersuchung sei erwähnt, dass die untersuchte Stichprobe heterogen war. Befragt wurden ausschließlich alle Patienten (n=163), die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung stationär in den Betriebsstätten der Kliniken Daun – Am Rosenberg und Thommener Höhe zur medizinischen Rehabilitationsbehandlung aufhielten, und nach der Absolvierung der dritten Behandlungswoche an der Befragung teilnahmen. Um sicherzustellen, dass die Patienten das Messinstrument mit seinen, zum Teil belastenden Fragen beantworten konnten, ohne in eine Krise zu gelangen, wurde zunächst die Ausgabe des Fragebogens nach der Absolvierung der 2/3 Therapiezeit festgelegt. Demzufolge verzögerte sich der Rücklauf entsprechend. Im Hinblick auf die zeitnahe Auswertung der Untersuchungsergebnisse, wurde die Ausgabe des Fragebogens (bezogen auf die Therapiezeit) vorverlegt. Die zu erwarteten Komplikationen bei den Untersuchungsteilnehmern traten jedoch nicht auf. Eine größere Stichprobe konnte in diesem Untersuchungszeitraum nicht erzielt werden, da die Befragung auf freiwilliger Basis durchgeführt wurde und weniger Patienten aus suchtbelasteten Familien (n=69) sich an der Untersuchung beteiligten, als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien (n=94).

Der Fokus dieser Untersuchung richtete sich zunächst auf die Suchtbelastung in den Herkunftsfamilien der Probanden und der Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend sowie Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter aus.

In zahlreichen Studien (Cotton, 1979; Mc Kenna & Pickens, 1981; Hesselbrock, et al., 1994) ist beschrieben, dass abhängig gewordene Kinder überzufällig oft aus Familien stammen, in denen ein Elternteil oder beide abhängig sind.

Weiterhin konnte in zahlreichen Studien belegt werden, dass in suchtbelasteten Familien häufiger Gewalt angewendet wird, als bei solchen, bei denen keine Suchtbelastung vorliegt (Zobel, in Druck).

Nachgewiesen wurde ebenfalls, dass sich eine familiäre Suchtbelastung auf die spätere psychosoziale Entwicklung der Kinder erheblich nachteilig auswirkt (Klein & Zobel 1996-1999). Darüber hinaus belegen Studien von Klein (2001),

Klein & Zobel (1996-1999) das Kinder aus suchtbelasteten Familien häufiger Opfer von Gewalt sowie Misshandlungen und Vernachlässigungen werden, als Kinder aus nicht-suchtbelasteten Familien.

Bei dieser Forschungsarbeit konnten diesbezüglich vergleichbare differentielle Effekte nachgewiesen werden. **Hierbei wurde festgestellt, dass Söhne aus suchtbelasteten Familien über signifikant mehr familiäre Gewalterfahrung berichten, als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien.**

Bei den Fragen: „Hart angepackt, mit Gegenstand geschlagen, mit Faust geschlagen, geprügelt und Vernachlässigung“ konnten *hochsignifikante Unterschiede* (mit ** gekennzeichnet) festgestellt werden. Ein *signifikanter Unterschied* (mit * gekennzeichnet) ließ sich bei der Frage: „mit Gegenstand geworfen“ messen.

Im Vergleich zu den vorliegenden Untersuchungsergebnissen wurden Frauen aus suchtbelasteten Familien diesbezüglich von Berg & Quinten (1999) in einer Studie befragt.

Hierbei konnte nachgewiesen werden, dass die Töchter aus suchtbelasteten Familien eher weniger zu der Risikogruppe, selbst abhängig zu werden gehörten, als die Söhne. Bezogen auf die Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen in Suchtfamilien wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Bezüglich sexueller Misshandlungen ließen sich im Vergleich zu den Söhnen sehr wohl differentielle Effekte bei den Töchtern feststellen.

Bei dieser Untersuchung konnten tendenziell signifikante Unterschiede bezogen auf Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene festgestellt werden. Ebenfalls wurden tendenziell markante Ausprägungen in Bezug auf **Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt** nachgewiesen. Die Vorbildfunktion der suchtbelasteten Eltern hat, wie einige Studien belegen (Berg & Quinten, 1999; Klein, 2001; Klein & Zobel 1996-1999), auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder erheblich prägenden Einfluss.

Darüber hinaus konnte bei diesem Forschungsprojekt die Untersuchungshypothese grundsätzlich bestätigt und marginal signifikante Unterschiede nachgewiesen werden. Demnach berichten **Söhne aus suchtbelasteten Familien mit weniger familiärer Gewalterfahrung signifikant weniger Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie signifikant weniger Konfliktlösungen unter**

Anwendung körperlicher Gewalt als Söhne aus suchtbelasteten Familien mit starker familiärer Gewalterfahrung. Bei anderen Untersuchungen wurden ähnliche Effekte nachgewiesen bei denen Kinder aus suchtbelasteten Familien mit starker familiärer Gewalterfahrung signifikant mehr Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie signifikant mehr Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt anwenden als die Vergleichsgruppe und dies über Generationen hinweg fortgeführt wird (Dunn et al., 2002; Klein & Zobel 1996-1999; Zobel, in Druck).

Da ein halbstandardisiertes Messinstrument für die vorliegende Untersuchung eingesetzt wurde, konnte, bezogen auf den Umfang dieser Abhandlung, lediglich auf die standardisierten Fragen Bezug genommen und ausgewertet werden. Darüber hinaus wurde bewusst auf die Söhne aus suchtbelasteten und nicht-suchtbelasteten Familien mit mehr oder weniger Gewalterfahrung fokussiert. Ein weiterer Schwerpunkt legte der Autor auf die körperlichen und seelischen Misshandlungen sowie auf Vernachlässigungen, und weniger auf die sexuellen Misshandlungen. Darüber hinaus fanden die Angaben der Patienten bezogen auf die Einschätzung des Fragebogens und ihre demographischen Angaben bei der Auswertung der Daten und Überprüfung der Forschungshypothesen keine Beachtung.

Bedingt durch die, im klinischen Setting erreichten Untersuchungsstichprobengröße, mussten die anfänglich erstellten Hypothesen dergestalt abgeändert und (zum Teil) vernachlässigt werden, da keine messbaren oder bestenfalls marginale signifikante Unterschiede nachgewiesen werden konnten. Demnach deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung zumindest bei den Hypothesen zwei und drei, auf tendenziell signifikante Unterschiede hin. In dem Zusammenhang wäre die Auswertung der Daten bei einer deutlich nach oben erhöhten Stichprobengröße (z.B. n=400) sinnvoll bei der sich vermutlich eindeutigere Effekte nachweisen lassen.

Interessant wäre zu überprüfen, wenn die Söhne aus suchtbelasteten, **mit** familiärer Gewalterfahrung, signifikant mehr Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösungen auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie signifikant mehr Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt erfahren als Söhne aus suchtbelasteten Familien **ohne** familiäre Gewalterfahrung.

Weiterhin könnte eindeutigere Effekte erzielt werden bei der Hypothese: Söhne aus *suchtbelasteten Familien* mit *familiärer Gewalterfahrung* berichten signifikant mehr Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösestrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie signifikant mehr Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt als *Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien*. Bezogen auf die familiäre Gewalterfahrung könnte untersucht werden, ob die Söhne *mit familiärer Gewalterfahrung* über signifikant mehr Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie über signifikant mehr Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt berichten, als Söhne *ohne familiäre Gewalterfahrung*.

Die vermutlich belegbaren signifikanten Unterschiede weiterführender Untersuchungen könnten eine Veränderung der klinischen Konzepte notwendig machen. Diese sollten sich verstärkt an den spezifischen Problemen der Söhne aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung ausrichten und eine spezifische und erfolgreiche Behandlung derer im klinischen Setting und in der Suchtberatung anstreben. Nicht allein aus diesem Grunde sollte diesem Forschungsthema zukünftig größere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden, sondern auch in Bezug auf die *Suchtprävention*.

Klein & Zobel (1996-1999) haben in ihrer Studie darauf hingewiesen, dass Hilfeleistende im Kinder- und Jugendbereich durch gezielte Fortbildungsmaßnahmen und Schulungen adäquat auf die Bedürfnisse der Klientel eingestimmt werden müssen und damit verbunden die präventiven Maßnahmen erfolgreicher greifen können.

6. Schlussbemerkungen

An dieser Stelle möchte ich einige persönliche Anmerkungen zu der vorliegenden Untersuchung machen.

Es war sehr zeitaufwendig, den Fragebogen für diese Untersuchung zu modifizieren und in den Betriebsstätten der Kliniken Daun - Am Rosenberg und Thommener Höhe zu verteilen, die Kollegen/innen für eine Unterstützung zu gewinnen und nicht zuletzt die Patienten zur Mitarbeit zu motivieren. Oftmals musste ich an die Ausgabe der Fragebögen erinnern, oder mich konkret um den anfänglich sehr schleppend verlaufenden Rücklauf bemühen. Zunächst war geplant, Patienten, die zwei Drittel der Therapiezeit vollendet hatten, den Fragebogen auszuhändigen. Bedingt durch den schleppenden Rücklauf bekamen die Patienten den Fragebogen schließlich bereits nach der Vollendung ihrer dritten Therapiewoche ausgehändigt. Damit konnte immer noch sichergestellt werden, dass die Probanden die oftmals als problematisch erlebte Eingewöhnungszeit in das therapeutische Setting gut überstanden hatten und sich „störungsfrei“ den zum Teil belastenden Fragen dieses Messinstrumentes widmen konnten.

Beeindruckend war, trotz die für mich nervenaufreibenden Kleinarbeit, eine durchweg wohlwollende Unterstützung aller Beteiligten entgegengebracht wurde. Darüber hinaus konnte ich mir durch die Auseinandersetzung mit den theoretischen Hintergründen in Bezug auf *Gewalterfahrungen, Autoaggressivität und Konfliktverhalten bei Söhnen aus suchtbelasteten Familien* und diese wissenschaftliche Untersuchung darüber klar werden, welche Bedeutung die Forschungsarbeit als Argumentationsgrundlage für weiterführende Fragen haben kann.

Unter anderen Bedingungen könnte ich mir eine Wiederholung der hier dargestellten Untersuchung vorstellen, um die Ergebnisse zu überprüfen und ggf. auf der Basis einer Erweiterung der Stichprobengröße anderen Fragestellungen nachzugehen. Die ursprünglich geplante Untersuchung konnte mit der verfügbaren Stichprobengröße nicht vollständig umgesetzt werden und machte eine Neubestimmung der zu untersuchenden Gruppen notwendig. Die Schwierigkeiten, die während des Untersuchungsverlaufes auftraten, und die

Tragweite bezogen auf die Ergebnisse wurden mir erst bei der Datenauswertung bewusst.

Die Unsicherheit im Umgang mit statistischen Fragen hemmte mich sehr stark. Dennoch habe ich eine Menge dazugelernt. Selbst schwierige Situationen ließen sich letztlich bewältigen wenn ich auch oft an die Grenze meiner Belastbarkeit gelangte. Nicht zuletzt dadurch, dass ich sehr oft eine zusätzliche Basisgruppe als Bezugstherapeut in Vertretung begleiten musste. Durch die Bearbeitung der Masterarbeit wurde ich jedoch zunehmend für die in ihr bearbeiteten Themen sensibilisiert, was sich bei der Gestaltung der Basisgruppensitzungen und in den Einzelgesprächen mit den Patienten positiv auswirkte. Darüber hinaus kann ich die angeeigneten Erkenntnisse in Familienseminaren thematisieren und vertiefen.

7. Literaturverzeichnis

Aldorondo, E., & Straus, M., A. (1994).

Screening for physical violence in couple therapy: Methodological, practical, and ethical considerations. *Family Process*, 33, 425-439.

Berg, D., & Quinten, C. (1999).

Fachverband Sucht e.V., Sucht-Behandlung: Entscheidung und Notwendigkeiten. *Geesthacht*, 7.

Bortz, J., & Döring, N. (2002).

Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg, 491.

Cazenave, N., A., & Straus, M., A. (1979).

Race, class, network embeddedness and family violence. A search for potent support systems: *Journal of Compaative Family Studies*, 10, 281-299.

Dunn, M.G., Mezzich, A.C., Vanyukov, M., Kirisci, L. & Kirillova, G. (2002).

Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22, 1063-1090.

DuRant, R., H., Cadenhead, C., Pendergrast, R., A., Slavens, G., & Linder, C., W. (1994).

Factors associated with the use of violence among urban Black Adolescents. *American Journal of Public Health*, 84, 612-617.

Eisikovits, Z., C., Guttman, E., Sela-Amit, M., & Edleson, J.,L. (1993).

Woman battering in Israel: The relative contributions of interpersonal factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 313-317.

Engel, U. & Hurrelmann, K. (1993).

Was Jugendliche wagen: Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. Weinheim, 31.

Forrest, G. G. (1983).

Alcoholism and Human Sexuality. Springfield. C. C. Thomas, Publ.

Fröhlich, W., D. & Drever, J. (1979).

dtv Wörterbuch zur Psychologie. Mainz, 43, 191-192.

Galtung, J. (1975).

Strukturelle Gewalt: Reinbeck.

Gelles, R., J., & Edfeldt, A., W. (1986).

Violence towards children in the United States and Sweden.

Child Abuse and Neglect, 10, 501-510.

Gelles, R., J., & Loseke, D., R. (1993).

Current Controversics on Family Violence. London, New Dehli.

Gelles, R., J. (1997).

Intimate Violence in Families, Third Edition, SAGE Publications. California, 13.

Hampton, R., L., Gelles, R., J., & Harrop, J., W. (1989).

Is violence in black families increasing ? A comparison of 1975 and 1985 national survey rates: Journal of Marriage and the Family, 51, 969-980.

Hinshaw, L., M., & Forbes, G., B. (1993).

Attitudes toward women and approaches to conflict resolution in college students in Spain and the United States: Journal of Social Psychology, 133, 865-867.

Hodkins, D.C., Maticka-Tyndale, E., El-Guedaly, N. & West, M. (1995).

Alternative cut-point scores for the CAST-6. Addictive Behaviors, 20, 267-270.

Holly, A., & Wittchen, H., U. (1997).

Angst und Alkohol bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Poster auf dem 15. Symposium für klinisch-psychologische Forschung in Hofheim, 8.5.-10.5.

Kaufman Kantor, G., Jasinski, J. L., & Aldarondo, E. (1994).

Sociocultural status and incidence of marital violence in Hispanic families, *Violence and Victims*, 9, 207-222.

Klein, M. (1996).

Alkohol, Konsum und Missbrauch, Alkoholismus, Therapie und Hilfe: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Band 38. Freiburg, 90-91.

Klein, M. & Zobel, M. (1997).

Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung. *Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* 6, 133-134,

Klein, M. & Zobel, M. (1996-1999).

Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multiproblemfamilien. Abschlussbericht. In Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Rheinland Pfalz (Hrsg.). Mainz: Müller & Stieber, 9-10, 15, 36-37, 39-40, 74.

Klein, M. (2000)

Alkoholismus und antisoziale Persönlichkeitsstörung: Ein Überblick. *Suchttherapie*, 1.

Klein, M. (2001).

Das personale Umfeld von Suchtkranken. In Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 215, 218-219.

Kruse G., Körkel J., Schmalz U. (2000)

Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 333

Kumagai, F., & Straus, M., A. (1983).

Conflict resolution tactics in Japan, India, and the USA. *Journal of Comparative Family Studies*, 14, 377-387.

Knop, J. Goodwin, D., W., Jensen, P., Penick, E., Pollock, V., Gabrielli, W., Teadal, T., W. & Mednick, S., A. (1993).

A 30-year follow-up study of the sons of alcoholic men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 370 (Suppl.), 48 f.

Kromrey, H. (2000).

Empirische Sozialforschung. Opladen., 364.

Nolting, H., P. (1978).

Lernfall AGGRESSION, Wie entsteht- wie sie zu vermindern ist.
Ein Überblick mit Praxisschwerpunkt Alltag und Erziehung.
Hamburg.

Nolting, H., P. (1993).

Aggression und Gewalt. Stuttgart, Berlin, Köln, 11.

O'Leary, K., D., & Murphy, C. (1982).

Clinical issues in the assessment of spouse abuse. In R.T. Ammerman & M. Hersen (Eds.). *Assessment of family violence* (pp. 26-46). New York, NY: John Wiley & Sons.

Pollock, V., E. (1992).

Meta-analysis of subjective sensitivity of alcoholic in sons of alcoholics:
American Journal of Psychiatry, 149, 1534 f.

Pospeschill, M. (2002). SPSS für Fortgeschrittene. 3. vollständig überarbeitete Auflage (SPSS, Version 11.0). Saarbrücken, 7-102.

Rauchfleisch, U. (1992).

Allgegenwart von Gewalt. Göttingen, 11, 36.

Schneider, R. (1991)

Die Suchtfibel, Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. München.

Sher, K., J., Gershuny, B., S., Peterson, L., & Raskin, G. (1997).

The role of childhood stressors in the intergenerational transmission of alcohol use disorders: Journal of Studies on Alcohol, 414 f.

Straus, M., A. (1990 a).

The Conflict Tactics Scale and its critics. An evaluation and new data on validity and reliability. In M. A. Straus & R. J. Gelles, Physical violence in American families. Risk factors and adaptations to violence in 8.145 families (pp. 49-73). New Brunswick, NJ: Transaction Publishing.

Straus, M., A., Hambry, S., L., Boney-McCoy, S., Sugarman, D., B (1996).

Journal of Family issues, The Revised Conflict Tactics Scales, Vol. 17 No, 284.

Stoff, D., M., Breiling, J., Maser, J., D. (1994).

Handbook of Antisocial Behavior. New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto.

Tang, C. (1994).

Prevalance of spouse aggression in Hong Kong. Journal of Family Violence, 9, 347-355.

Velleman, R. (1992). International effects – a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II. The intergenerational effects of family disharmony. The international Journal of the Addictions 27, 367-389.

Wosnitza, M & Jüger, R., S. (Hsg.) (1999).

Daten erfassen, auswerten und präsentieren- aber wie?. Landau, 19.

Weidner, J. (1997).

Anti-Aggressivitäts-Training für Gewalttäter. Bad Godesberg.

Zobel, M. (1998).

The impact of familial alcoholism on the development, treatment and outcome of chronic alcoholism: Vortrag auf der Eight International Conference on Treatment of Addictive Behaviors (CICTAB-8), 11.1.-15.1.1998. Santa Fe, New Mexico, USA.

Zobel, M. (2000a).

Männer, Frauen, Kinder..., Thommener Therapie Texte, Band 12, Heft 1. Darscheid, 6-7,

Zobel, M. (2000).

Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und –chancen. Klinische Kinderpsychologie: Hogrefe, 14-15, 48, 156,

Zobel, M. (in Druck).

Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Göttingen: Hogrefe,

Zucker, R., A., Kincaid, S., B., Fitzgerald, H., E., & Bingham, C. (1995).

Alcohol schema acquisition in preschoolers: Differences between children of alcoholics and children of normalcoholics. Journal of Counseling Psychology, 40, 324 f.

8. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie befasst sich mit dem Thema: *Gewalterfahrungen, Autoaggressivität und Konfliktverhalten bei Söhnen aus suchtbelasteten Familien*. Zunächst wurden Fragestellungen formuliert und die sich daraus ergebenden Unterschiedshypothesen entwickelt. Diese Forschungshypothesen wurden in Anlehnung an Erfahrungen des Autors aus der beruflichen Praxis des Bezugstherapeuten im klinischen Setting sowie anhand existierender Forschungsberichte, zum Vergleich der Suchtbelastung männlicher Patienten und Gewalterfahrung bzw. Gewalttätigkeit entwickelt.

Die zugrunde liegenden Fragestellungen wurden in einer explanativen, quasiexperimentellen Untersuchung erforscht. Hierzu wurde ein halbstandardisiertes Messinstrument (CTS-D) eingesetzt, das von Gelles & Strauss (1972) entwickelt und evaluiert wurde. Der Fragebogen wurde von Prof. Dr. Michael Klein ins Deutsche übersetzt und von dem Autor auf die vorliegende Untersuchungsanordnung modifiziert. Ausgewertet wurden die standardisierten Fragen mit Hilfe der Statistik-Software SPSS. Die Untersuchung wurde in den Betriebsstätten der Kliniken Daun – *Am Rosenberg* und *Thommener Höhe* durchgeführt. Insgesamt nahmen 165 männliche Patienten an der Befragung teil, wobei letztendlich 163 Fragebögen für die Auswertung genutzt werden konnten.

Bei der Befragung wurden neben *Einschätzung des Fragebogens* und *demographischen Daten*, die *Gewalterfahrung in der Kindheit und Jugend*, *Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter*, *Autoaggressivität*, *Konfliktlösestrategien / Aggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene*, *Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt*, *eigene Suchtprobleme* und *Umgang der Eltern mit Alkohol bzw. Medikamente* sowie *Problemwahrnehmung* in Bezug auf die möglicherweise vorliegende elterliche Abhängigkeit erfragt.

Verglichen wurden Söhne aus suchtbelasteten Familien mit Gewalterfahrung mit den Söhnen aus nicht-suchtbelasteten Familien mit wenig Gewalterfahrung.

Dabei wurden signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen bei der Gewalterfahrung festgestellt. Söhne aus suchtbelasteten Familien haben demnach signifikant mehr familiäre Gewalt erfahren als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien.

Weiterführend konnte festgestellt werden, dass Söhne aus suchtbelasteten Familien signifikant mehr Autoaggressivität und aggressive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene erfahren haben als Söhne aus nicht-suchtbelasteten Familien. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass Söhne aus suchtbelasteten Familien signifikant mehr Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt berichten als die Vergleichsgruppe.

Bei diesem Ergebnis konnte jedoch nur ein Trend zur Signifikanz (marginal signifikante Unterschiede) festgestellt werden, dass sich mit der vergleichsweise geringen Stichprobengröße erklären lässt.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kam der Autor in Bezug auf die Dritte Forschungshypothese. Söhne aus suchtbelasteten Familien mit wenig familiärer Gewalterfahrung berichten mit der Tendenz zur Signifikanz weniger Aggressivität und aggressive Konfliktlösungsstrategien auf verbaler und nonverbaler Ebene sowie marginal signifikant weniger Konfliktlösungen unter Anwendung körperlicher Gewalt als Söhne aus suchtbelasteten Familien mit starker familiärer Gewalterfahrung. Dennoch kann die Hypothese bestätigt werden.

Es empfiehlt sich die Untersuchung zu wiederholen, um mit einer größeren Stichprobe eindeutige Ergebnisse zu erzielen sowie aufrecht erhalten zu können und die diskutierten Forschungsergebnisse eindeutiger bestätigen zu können.

Michael Schultze

31.07.2003

Therapeuten/innen der Kliniken Daun
Fachklinik Thommener Höhe

Informationen zum Forschungsprojekt für den Masterstudiengang „Suchthilfe“ der KFH NW Köln

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

wie bereits im Großteam vorab informiert worden ist, möchte ich als Abschlussarbeit meiner VT-Ausbildung (Masterstudiengang) bei der katholischen Fachhochschule Nord-Rhein-Westfalen in Köln eine wissenschaftliche Untersuchung zum Thema Gewalterfahrung bei Söhnen durchführen, die in unseren Kliniken zur medizinische Rehabilitationsbehandlung aufhalten.

Ich möchte hierbei ausschließlich alle männlichen Suchtpatienten befragen (Totalerhebung).

Dieses Forschungsprojekt wird begleitet von Herrn Dr. Martin Zobel, der auch in seiner Funktion als Dozent bei diesem Studiengang und als Erstprüfer diese Abschlussarbeit betreuen wird. Die gesamte Leitung des Studienganges und die Funktion des Zweitprüfers hat Herr Prof. Dr. Michael Klein inne.

Ich habe mich sehr bemüht den Aufwand für die Bezugstherapeuten/innen so gering wie möglich zu halten, erlaube mir jedoch einige wichtige Dinge in Form einer Checkliste in Erinnerung zu rufen und zusammenzufassen:

Dem Fragebogen ist ein **Beiblatt** angeheftet mit einem CODE, Name des Patienten, Gruppenzugehörigkeit und Fachklinik. Dieses Blatt dient mir als Kontrolle für den Rücklauf und wird nach Erhalt vernichtet (bitte Deckblatt nicht dem Pat. aushändigen).

0 Austeilung der Fragebögen:

Ab **Montag bis Mitte der Woche den Fragebogen bitte ausgeben.** (Auf eine Ausgabe z.B. Freitag bitte verzichten, da möglicherweise die Beantwortung belastend für den Patienten sein kann und eine Krise am Wochenende auftreten könnte)

0 Den Fragebogen bitte dem Patienten aushändigen, der bereits die 3. Behandlungswoche vollendet hat.

0 Bitte auf eine möglichst zeitnahe Rückgabe durch die Patienten achten und darauf, dass die Fragebögen **vollständig ausgefüllten** sind (wichtig!!!)

0 Den Fragebogen bitte in den bereits mitgelieferte DIN A 4 Umschlag stecken, zukleben und zu meinen Händen auf dem internen Postweg versenden (Datenschutz).

Herzlichen Dank für Deine Hilfe und Unterstützung. Bei Rückfragen bitte unter Tel. 213 melden.

Michael Schultze

10. Anhang 2,

Deckblatt zum Fragebogen

Code:**Fachklinik:** Am Rosenberg Thommener Höhe**Name:****Gruppe****Zur Information:** Dieses Deckblatt wird nach Abgabe des ausgefüllten Fragebogens vernichtet.

©: M. Klein, FSS, Köln, 2002

CTS-D**Code:**

Sehr geehrter Untersuchungsteilnehmer!

Der vorliegende Fragebogen beschäftigt sich mit Gewalterfahrungen, die Menschen im Laufe ihres Lebens machen können. Wir fragen Sie dabei nach den unterschiedlichsten Erfahrungen, um das gesamte Spektrum abzudecken. Manche Erfahrungen haben Sie möglicherweise nie gemacht, andere sind Ihnen vielleicht gut bekannt. Wir bitten Sie, sich genau zu konzentrieren und so genau wie möglich zu antworten. Bitte füllen Sie den Fragebogen **vollständig** aus.

Der Fragebogen dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken, und die erhobenen Daten sowie Ihre Angaben werden streng **vertraulich** behandelt und unterliegen den **Datenschutzbestimmungen**.

Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig.

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass bei der Beantwortung der Fragen, für den Fall eines Gesprächsbedarfes, Sie bitte mit Ihrem/r zuständigen Bezugstherapeuten/in in Verbindung treten möchten.

I. Gewalterfahrung in der eigenen Kindheit und Jugend

(0-18 Jahren)

Wie oft haben Sie in Ihrer Kindheit und Jugend die folgenden Erfahrungen gemacht?

(selten = 2-4 Mal, manchmal = 5-10 Mal, häufig = 10-20 Mal, sehr oft = mehr als 20 Mal)

Haben **Familien- und Haushaltsmitglieder** bei Streit oder Auseinandersetzungen...:

1. Ihnen eine runtergehauen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

2. Sie hart angepackt oder gestoßen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

3. mit einem Gegenstand nach Ihnen geworfen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

4. Sie mit einem Gegenstand geschlagen oder zu schlagen versucht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

5. Sie mit der Faust geschlagen oder zu schlagen versucht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

6. Sie geprügelt, zusammengeschlagen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

7. Sie gewürgt

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

8. Sie mit einer Waffe, z.B. einem Messer oder einer Schusswaffe bedroht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

9. Ihnen absichtlich Verbrennungen oder Verbrühungen zugefügt

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

10. eine Waffe, z.B. ein Messer oder eine Schusswaffe gegen Sie eingesetzt

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

11. Sie sexuell missbraucht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

11.1 Missbraucher männlich

ja nein

11.2 Missbraucher weiblich

ja nein

11.3 Missbrauch durch beide Geschlechter

ja nein

II. Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren)

Wie oft haben Sie im Erwachsenenalter die folgenden Erfahrungen gemacht ?
(selten = 2-4 Mal, manchmal = 5-10 Mal, häufig = 10-20 Mal, sehr oft = mehr als 20 Mal)

Haben **Familien- und Haushaltsmitglieder** bei Streit oder Auseinandersetzungen...:

13. Ihnen eine runtergehauen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

14. Sie hart angepackt oder gestoßen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

15. mit einem Gegenstand nach Ihnen geworfen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

16. Sie mit einem Gegenstand geschlagen oder zu schlagen versucht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

17. Sie mit der Faust geschlagen oder zu schlagen versucht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

18. Sie geprügelt, zusammengeschlagen

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

19. Sie gewürgt

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

20. Sie mit einer Waffe, z.B. einem Messer oder einer Schusswaffe bedroht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

21. Ihnen absichtlich Verbrennungen oder Verbrühungen zugefügt

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

22. eine Waffe, z.B. ein Messer oder eine Schusswaffe gegen Sie eingesetzt

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

23. Sie sexuell missbraucht

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

23.1 Missbraucher männlich

ja nein

23.2 Missbraucher weiblich

ja nein

23.3 Missbrauch durch beide Geschlechter

ja nein

24. Haben Sie sich sehr stark (d.h. auch äußerlich merkbar) vernachlässigt, in Bezug auf Körperpflege, Nahrung?

nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

III Autoaggressivität

1. Haben Sie sich selbst schon absichtlich Verletzungen zugefügt?
- a. als Kind / Jugendliche(r)
 - nie
 - einmal
 - selten
 - manchmal
 - häufig
 - sehr oft
 - b. als Erwachsene(r)
 - nie
 - einmal
 - selten
 - manchmal
 - häufig
 - sehr oft

2. Art der Selbstverletzung:
- Fingernägel oder Fußnägel abreißen oder abbeißen,
 - Haut aufkratzen,
 - Stich- und Schnittverletzungen,
 - Bissverletzungen,
 - mit dem Kopf gegen die Wand schlagen,
 - Verbrennungen oder Verbrühungen.

Andere:

3. Schweregrad der Verletzung (schwer, mittel, leicht)

.....

4. Anlass / Auslöser der Verletzung

.....

5. Welche Gefühle hatten Sie während der Selbstverletzung?

sich selbst fühlen zu können (weil der oder die anderen Sie und Ihre Gefühle nicht wahrnehmen), Hilflosigkeit, Trauer, Scham, Selbsthass

Andere Gefühle:.....

7. Haben Sie schon versucht sich das Leben zu nehmen? ja nein

- 7.1 Wie, auf welche Weise?

.....

8. Folgen des Suizidversuchs (bitte kurz beschreiben)

- 8.1 körperlich

- 8.2 familiär

- 8.3 sozial

IV Suchtprobleme

Welche Abhängigkeit liegt bei Ihnen vor ?
(Mehrfachantworten möglich)

1. Alkoholabhängigkeit
2. Medikamentenabhängigkeit
3. Drogenabhängigkeit
4. weitere Abhängigkeit(en):

5. Wie war der Umgang Ihrer Eltern mit Alkohol / Medikamente ?

Vater ist alkoholabhängig ist medikamentenabhängig
 hat / hatte Alkoholprobleme hat / hatte Medikamentenprobleme

Mutter ist alkoholabhängig ist medikamentenabhängig
 hat / hatte Alkoholprobleme hat / hatte Medikamentenprobleme

V Problemwahrnehmung

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dachten Sie je daran, dass einer Ihrer Eltern ein Alkoholproblem haben könnte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie je einen Ihrer Eltern aufgefordert, mit dem Trinken aufzuhören ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie sich jemals mit einem Ihrer Eltern gestritten oder geschlagen, wenn er/sie getrunken hatte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie jemals gehört, dass sich Ihre Eltern prügeln, wenn einer Ihrer Eltern betrunken war ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten Sie mal die Idee, dass es besser wäre, den Alkohol zu Hause zu verstecken oder auszuschütten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wünschten Sie sich jemals, dass einer Ihrer Eltern mit dem Trinken aufhören sollte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI Konfliktlösungsstrategien / Aggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene

Dies ist eine Liste möglicher Verhaltensweisen, wenn Sie mit einer anderen Person einen Konflikt oder eine Auseinandersetzung haben. Geben Sie an, wie oft Sie im letzten Jahr welche Lösung gewählt haben.

(selten= 2-4 mal, manchmal= 5-10 mal, häufig= 10-20 mal, sehr oft= mehr als 20 mal pro Jahr)

1. Versuchen Sie ein Problem ruhig zu besprechen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
2. Versuchen Sie sich von Jemand Unterstützung zu holen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
3. Diskutieren Sie lautstark und brüllen herum
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
4. Provozieren und beleidigen Sie den anderen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
5. Drohen Sie dem anderen, setzen Sie ihn unter Druck
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
6. Schmeißen Sie mit Gegenständen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
7. Verlassen Sie wütend den Raum
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
8. Weigern Sie sich zu reden
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
9. Ignorieren Sie den anderen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

VII Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt

(selten= 2-4 mal, manchmal= 5-10 mal, häufig= 10-20 mal, sehr oft= mehr als 20 mal pro Jahr)

Haben Sie bei Streit oder Auseinandersetzungen **mit einem Haushalts- oder Familienmitglied**:

1. ihr/ihm eine runtergehauen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
2. sie/ihn hart angepackt oder gestoßen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
3. nach ihr/ihm mit einem Gegenstand geworfen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
4. sie/ihn mit einem Gegenstand geschlagen oder zu schlagen versucht
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
5. sie/ihn mit der Faust geschlagen oder zu schlagen versucht
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
6. sie/ihn geprügelt, zusammengeschlagen
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
7. sie/ihn gewürgt
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
8. sie/ihn mit einer Waffe, z.B. mit einer Schusswaffe bedroht
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
9. ihr/ihm absichtlich Verbrennungen oder Verbrühungen zugefügt
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
10. gegen sie/ihn eine Waffe, z.B. ein Messer oder eine Schusswaffe eingesetzt
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
11. Ihr Kind äußerlich merkbar sehr stark vernachlässigt, in Bezug auf Körperpflege, Ernährung, emotionale Zuwendung
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
12. Ihr Kind missbraucht
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft
13. Missbrauch an Ihrem Kind geduldet
 nie einmal selten manchmal häufig sehr oft

14. Haben Sie schon körperliche Gewalt angewendet gegenüber:

14.1 Ihrem Partner ja nein

14.2 Ihrem Kind / Kindern ja nein

14.2.1 Alter

0-3 Jahre 3-6 Jahre 6-10 Jahre 10-15 Jahre 15 Jahre und älter

13.3 einem von mir Abhängigen (Schüler, Auszubildenden,
zu pflegendem Angehörigen, usw.) ja nein

14.4 einem Nichtfamilien- oder Nichthaushaltsmitglied ja nein

14.4.1 mir näher bekannt ja nein

14.4.2 mit nicht näher bekannt ja nein

Wenn Sie körperliche Gewalt angewendet haben, wie war Ihr Gefühl danach?

17.1 Ich verspürte überwiegend (mehrere Angaben möglich)
 Genugtuung, Gleichgültigkeit, Scham, Hilflosigkeit,
Schuldgefühle, Selbsthass
Andere Gefühle (bitte beschreiben):

.....

17.2 Wurde oder wird in Ihrer Familie darüber gesprochen? ja nein

17.3 Welche Gefühle oder Ereignisse waren die Auslöser für Ihr aggressives
Verhalten, bzw. Ihre Gewalthandlung?

.....

VIII Demographische Angaben

4. Ihr Alter: Jahre

4.1 Ihr Geschlecht: männlich weiblich

4.2 Welchen Schulabschluss haben Sie?

Sonderschule Hauptschule Kein Schulabschluß

Realschule Fachoberschule/Gymnasium

zur Zeit in der Schulausbildung, und zwar:

Sonstiges:

4.3 Welche Berufsausbildung haben Sie?

Keine

Zur Zeit noch in Berufsausbildung/Umschulung und zwar als:.....

.....

Lehre als Studium als:

4.4 Sind Sie zur Zeit erwerbstätig?

ja, als..... nein, ich bin arbeitslos

nein, ich beziehe Rente nein, ich bin Hausfrau/Hausmann

4.5 Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig verheiratet getrennt lebend

geschieden verwitwet

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, sich mit diesen Fragen auseinander zusetzen und die Fragen zu beantworten! Bei Bedarf sprechen Sie bitte mit Ihrem/r Bezugstherapeuten/in.

12. Anhang 4, Tabellen Nr. 20 bis Nr. 30

Tabelle 20: Kreuztabelle mit den Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend

Tabelle 21: Kreuztabelle mit den Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend

Tabelle 22: Kreuztabelle mit den Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter

Tabelle 23: Kreuztabelle mit Autoaggressivität

Tabelle 24: Kreuztabelle mit den Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt Ib.

Tabelle 25: Kreuztabelle mit den Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt II.

Tabelle 26: Kreuztabelle mit den Konfliktlösungen unter Anwendung von körperlicher Gewalt Ia.

Tabelle 27: Kreuztabelle mit der Konfliktlösestrategie/Aggressionsverhalten auf verbaler und nonverbaler Ebene

Tabelle 28: Kreuztabelle mit den Suchtproblemen

Tabelle 29: Kreuztabelle mit der Einschätzung des Fragebogens

Tabelle 30: Kreuztabelle mit den demographischen Angaben

Erklärung:

Hiermit versichere ich , dass ich die Master-Thesis selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Steineberg, den 15.03.2004

Michael Schultze

