

# **Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Klinikdirektor

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

**Häusliche Gewalt,  
Depression und Posttraumatische Belastungsstörung  
bei südafrikanischen Studenten  
- eine Pilotstudie**

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

**Pia Lammel**

geb. in Nürnberg

Hamburg 2015

**(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)**

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 17.07.2015**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. med. Jan Sperhake**



*„There can be no keener revelation of a society's soul than the way in which it treats it's children.“*

Nelson Mandela

# *Inhaltsverzeichnis*

<b>1. Einleitung</b> .....	7
1.1 Problemstellung .....	7
1.2 Begriffe, Theorien, Modelle .....	10
1.2.1 Häusliche Gewalt und ihre Folgen .....	10
1.2.2 Häusliche Gewalt - Begriffsdefinition.....	13
1.2.3 Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen (F32, F33), Anhaltende affektive Störungen (F34) .....	15
1.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1) .....	20
1.3 Stand der empirischen Forschung.....	22
1.4 Diskussion des Forschungsstandes .....	28
1.5 Fragestellung .....	29
1.6 Hypothesen .....	29
<b>2. Methoden</b> .....	30
2.1 Design.....	30
2.2 Variablen .....	30
2.3 Instrumente .....	32
2.4 Stichprobe.....	36
2.5 Durchführung.....	38
2.6 Auswertung.....	38
<b>3. Ergebnisse</b> .....	39
3.1 Stichprobenbeschreibung und Störvariablen.....	39
3.2 Häusliche Gewalt.....	45
3.3 Depression .....	46
3.4 Posttraumatische Belastungsstörung .....	47
3.5 Prüfung der Hypothesen .....	48
3.5.1 Hypothese I: Prävalenz häuslicher Gewalt.....	48
3.5.2 Hypothese II: Bezeugte und selbst erfahrene häusliche Gewalt.....	49
3.5.3 Hypothese III: Häusliche Gewalt und Depression .....	50
3.5.4 Hypothese IV: Häusliche Gewalt und PTSD .....	53

<b>4. Diskussion</b> .....	55
4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	55
4.2 Diskussion der Einzelergebnisse .....	55
4.3 Limitationen.....	61
4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick .....	62
<b>5. Zusammenfassung</b> .....	64
<b>6. Verzeichnisse</b> .....	65
6.1 Abkürzungsverzeichnis .....	65
6.2 Abbildungsverzeichnis .....	66
6.3 Tabellenverzeichnis .....	66
<b>7. Literaturverzeichnis</b> .....	68
<b>8. Danksagung</b> .....	77
<b>9. Lebenslauf</b> .....	78
<b>10. Eidesstattliche Erklärung</b> .....	79
<b>11. Anhang</b> .....	80
11.1 Ergebnisse.....	80

# 1. Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Gewalt gegen Frauen ist ein universelles Phänomen, welches in allen Ländern der Welt besteht. Häufig kommt der Täter aus dem direkten Umfeld des Opfers. Häusliche Gewalt, im speziellen, ist erschreckend häufig und in vielen Gesellschaften akzeptiert. Seit der *World Conference on Human Rights* in Wien 1993 und der *Declaration on the Elimination of Violence against Women* im selben Jahr, haben die Zivilbevölkerung sowie die Regierungen vieler Länder, Gewalt gegen Frauen als eine besorgniserregende Angelegenheit des öffentlichen Rechts und der Menschenrechte anerkannt. Während die Arbeit in diesem Bereich zur Etablierung von internationalen Standards geführt hat, gestaltet sich die Aufgabe der Dokumentation des Ausmaßes von Gewalt gegen Frauen und die Erlangung von verlässlichen, vergleichbaren Daten als äußerst schwierig (*World Health Organisation, 2005*).

Viele internationale und einige südafrikanische Studien zur Untersuchung von häuslicher Gewalt gegen Frauen wurden bisher durchgeführt (WHO, 2005; Koenig et al., 2006). Die vorliegende Studie hat die Untersuchung der Prävalenz von Gewalterfahrungen, insbesondere häuslicher Gewalt unter einer Gruppe von südafrikanischen Studenten zum Inhalt.

Anliegen dieser Studie ist in erster Linie die Erhebung der Prävalenz von Häuslicher Gewalt sowie der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen wie Depression und der Posttraumatischen Belastungsstörung. Neben Häuslicher Gewalt werden auch andere Gewalterfahrungen, die die Teilnehmerinnen in ihrem bisherigen Leben gemacht haben, mit erhoben. Vermutet wird ein Zusammenhang zwischen dem Erleben potentiell traumatischer Lebensereignisse und dem Auftreten psychopathologischer Folgen.

Kinder, die sich abgelehnt und vernachlässigt fühlen oder strenge körperliche Bestrafungen durch die Eltern erleiden, sind einem höheren Risiko ausgesetzt, aggressive und antisoziale Verhaltensweisen zu entwickeln, was auch beinhaltet, dass sie möglicherweise selbst als Erwachsene andere misshandeln. Die Wahrscheinlichkeit als Kind misshandelt zu werden, verstärkt sich in Familien, in denen die Erwachsenen gewalttätig miteinander umgehen (WHO, 2002; Abrahams & Jewkes, 2005; Jewkes et al., 2002). Demnach scheinen allgemein

den meisten Erscheinungsformen zwischenmenschlicher Gewalt, Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter zugrunde zu liegen. Die Prävalenz häuslicher Gewalt ist in Südafrika verhältnismäßig gut erforscht. Nicht in diese Studien mit eingeschlossen ist jedoch die Prävalenz häuslicher Gewalt, die im Kindesalter erlebt wurde. Aufgrund strenger Richtlinien der Ethikkommissionen ist die Durchführung wissenschaftlicher Studien mit Kindern in Südafrika besonders schwierig. Unter anderem deshalb, handelt es sich bei dieser Studie zwar um sehr junge, aber volljährige Teilnehmer. Die Retroperspektive soll das Wissen in diesem bis heute in Südafrika und weltweit kaum beforschten Bereich erweitern. Die Ergebnisse eröffnen Präventionsmöglichkeiten und schaffen präzise Indikationen für folgende Studien. Dies soll Ziel und Inhalt der vorliegenden Pilotstudie sein.

*„Wir sind es unseren Kindern, den schwächsten Bürgern einer jeden Gesellschaft, schuldig, dass sie ein Leben ohne Gewalt und Furcht leben können. Deshalb müssen wir unsere Anstrengungen nicht nur unermüdlich auf Frieden, Gerechtigkeit und Wohlstand für Länder richten, sondern diese Werte auch für die einzelne Gemeinschaft und für die Angehörigen derselben Familie anstreben. Wir müssen die Gewalt bei ihren Wurzeln packen. Nur so kann aus der erdrückenden Erblast des letzten Jahrhunderts eine warnende Lehre werden.*

Nelson Mandela (WHO, 2002)

### **Südafrika – das Land und seine Geschichte**

Die Republik Südafrika befindet sich an der Südspitze Afrikas zwischen dem Indischen und Atlantischen Ozean. Auf einer Gesamtfläche von etwa 1.2 Millionen km<sup>2</sup> leben knapp 50 Millionen Einwohner. In der Provinz Western Cape leben 5.223.900 (10,4%) Menschen (Mid-year population estimates 2010, [www.statssa.gov.za/publications](http://www.statssa.gov.za/publications)).

Südafrika ist ethnisch ein sehr gemischtes Land mit elf offiziell anerkannten Landessprachen. 79% der Landesbevölkerung sind *African*, 8,9% *Coloured*, 9,6% *White* und 2,5% *Indian/Asian*. Im Gegensatz hierzu verteilen sich die ethnischen Bevölkerungsanteile in der Region Western Cape anders: Der größte Anteil ist mit 61,1% *Coloured*. Mit 19,4% ist der Anteil der *Weiß*en hier, im Vergleich zu anderen Regionen, landesweit am größten. Nur 3,4% sind *African* und 4% *Asian/Indian* (Statistics South Africa, 2005).

Während des 17. und 18. Jahrhunderts war die Region um das Kap der Guten Hoffnung in holländischem Besitz. Die Kapholländer nutzten diesen strategisch günstigen Ort als



Versorgungsstation für Handelsschiffe, die zwischen Europa und Südostasien unterwegs waren. Sie holten zahlreiche Sklaven aus Madagaskar, Indien und Indonesien ins Land, deren Nachfahren sich oftmals mit den europäischen Siedlern vermischten und später in die Bevölkerungsgruppe der "Farbigen" oder "Kap-Maleien" eingestuft wurden. Heute bilden sie mit ca. 50% die Mehrheit der Bevölkerung in der Provinz Western Cape. Es folgte im 19. Jahrhundert die Zeit als britische Kolonie und ein jahrelanger Machtkampf zwischen Buren (Nachfahren der niederländischen Siedler) und Briten.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs konnte die weiße Bevölkerungsminderheit unter der politischen Führung der *National Party* ihre Macht festigen und die Apartheidsstrukturen ausbauen, in dem sie eine zunehmende Zahl von Gesetzen durch das Parlament verabschieden ließ, die das Land und das alltägliche Leben systematisch in ein Zweiklassenrecht zergliederte und viele Bürgerrechte umfassend einschränkte. Die Bevölkerung wurde systematisch nach Hautfarbe und Herkunft getrennt und alle Nicht-Weißen zunehmend in sämtlichen Lebensbereichen diskriminiert, entrechtet und wirtschaftlich ausgebeutet. Neben der nationalen Anti-Apartheid-Bewegung wurde in den 1980er Jahren auch der internationale Druck erhöht und das Apartheidsregime wurde mit politischen und wirtschaftlichen Sanktionen versucht, zum Ende der Rassentrennung zu bewegen. 1990 wurde schließlich das Verbot gegen die bekannteste Anti-Apartheid-Bewegung, den *ANC (African National Congress)* aufgehoben und mit Nelson Mandela einer der bekanntesten Widerstandskämpfer nach 27 Jahren aus dem Gefängnis entlassen. 1994 fanden die ersten freien Wahlen statt und Nelson Mandela wurde zum ersten schwarzen Präsidenten gewählt (Thompson, 2001).

Nach dem Ende der Apartheid 1994 verkündete der südafrikanische Erzbischof und Friedensnobelpreisträger Desmond Tutu zuversichtlich den Aufbau einer *Rainbow Nation*. Diese Metapher sollte das harmonische Miteinander der Ethnien, Stämme und Kulturen symbolisieren, welches er und viele andere sich für das Land am Kap der Guten Hoffnung wünschten. Doch der Glanz des Regenbogens ist mittlerweile stark verblasst. Zwar genießt Südafrika dank seiner wirtschaftlichen Kraft den Status einer Regionalmacht im südlichen Afrika, aber im Inneren ist es geplagt von hoher Kriminalität und wachsender sozialer Ungleichheit, die sich mitunter in Fremdenfeindlichkeit entlädt.

Der "Prevention of Family Violence Act" im Jahr 1993 war der erste gesetzliche Schritt, mit dem häusliche Gewalt als gesellschaftliches Problem in Südafrika öffentlich thematisiert wurde. Das Gesetz verbot Gewaltanwendung innerhalb der Familie und sollte vor allem

Frauen Schutz und Unterstützung bieten. Allerdings hatte das Gesetz einige fundamentale Schwachstellen, wie zum Beispiel zu vage formulierte Definitionen von familiärer und häuslicher Gewalt. Aufgrund dieser Mängel und Druck von mehreren nationalen Frauenorganisationen wurde das Gesetz überarbeitet und somit im November 1998 der “Domestic Violence Act No 116“ formuliert (<http://www.info.gov.za>). Mit diesem Gesetz wurde die Definition häuslicher Gewalt stark erweitert und für die Rechte der Frauen in Südafrika war es ein bedeutsamer Fortschritt (Mathews & Abrahams). Die politische Aufmerksamkeit auf diesem bis dato stark tabuisiertem Thema hat den gesellschaftlichen Blick verändert, dennoch mangelt es bis heute an der praktischen Umsetzung. Gerade Frauen in ländlicheren Gebieten erreichen die Informationen über ihre Rechte entweder gar nicht oder bleiben ohne Konsequenzen. „Viele Frauen sind in ihren Situationen gefangen, weil sie mit ihren Kindern finanziell abhängig vom Mann sind und ohne ausreichende Bildung schlechte Chancen auf einen Job haben“, sagt Eunice Oyugi, Gründerin der Frauenorganisation *Sisters4Sisters* ([www.sisters4sisters.org.za](http://www.sisters4sisters.org.za)), die Flüchtlingen aus anderen afrikanischen Staaten sowie südafrikanischen Frauen als Opfer von häuslicher und politischer Gewalt Unterstützung bietet (Oyugi, 2009).

Gewalt in Familie und Partnerschaft wird trotz gesetzlichem Verbot gesellschaftlich noch weitgehend toleriert – Scheidung hingegen weiterhin geächtet. Ein von der Politik geschaffenes soziales System, in das Kinder, Jugendliche und erwachsene Opfer häuslicher Gewalt flüchten können, fehlt bisher in Südafrika.

## **1.2 Begriffe, Theorien, Modelle**

### **1.2.1 Häusliche Gewalt und ihre Folgen**

Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt sind zahlreich und vielfältig. Sie lassen sich in mittelbare und unmittelbare Folgen unterscheiden sowie verschiedenen gesundheitlichen Bereichen zuordnen. Zunächst unterscheidet man zwischen den tödlichen bzw. nicht-tödlichen Folgen. Zu den tödlichen zählen tödliche Verletzungen, Mord und Suizid. Zu den nicht-tödlichen Folgen gehören körperliche, wie Verletzungen, dauerhafte Behinderungen, funktionelle Beeinträchtigungen und (psycho-) somatische wie z.B. Magen-Darm-Störungen, chronische Schmerzsyndrome, Atemwegsbeschwerden. Zudem bestehen mögliche Folgen für

die reproduktive Gesundheit, u.a. ungewollte Schwangerschaften, Eileiter- u. Eierstockentzündungen, sexuell übertragbare Krankheiten und sogenannte gesundheitsgefährdende (Überlebens-) Strategien als Folge, z.B. Rauchen, Alkohol- und Drogengebrauch, risikoreiches Sexualverhalten, selbstverletzendes Verhalten. Hinzu kommen die psychischen Folgen, wobei zu den häufigsten folgende zählen: Posttraumatische Belastungsstörungen, Depression, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken, Essstörungen, Suizidalität und der Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl (Hellbernd et al. 2004; Hornberg et al. 2008).

Der Begründungszusammenhang zwischen Häuslicher Gewalt und daraus resultierenden psychopathologischen Folgen lässt sich größtenteils aus den Modellen der Entstehung von Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung herleiten. So implizieren die meisten Modelle zur Entstehung von Depressionen und PTSD (s.u.) einen oder mehrere belastende Lebensereignisse als auslösenden Faktor, auf dessen Grundlage entsprechende psychische Folgestörungen entstehen können. Das Erleben von Häuslicher Gewalt zählt unbestritten zu diesen potentiell traumatisierenden Lebensereignissen (Kaminer et al. 2008; Suliman et al. 2009; Catani et al. 2009, Ward et al. 2001; Ensink 1997).

Die Theorie der transgenerationellen Weitergabe von Gewalt ist schon mehrfach diskutiert und in Studien untersucht worden (Abrahams & Jewkes, 2005; Margolin & Gordis, 2004; Spatz Widom, 1989; Langeland & Dijkstra, 1995). Ein kausaler Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit und gewalttätigem Verhalten im Erwachsenenalter konnte bisher jedoch nicht bestätigt werden. Zwar waren viele gewalttätigen Menschen früher häufig selbst Opfer von Missbrauch, die meisten missbrauchte Menschen werden jedoch später selbst nicht zum Täter (Langeland & Dijkstra, 1995; Spatz Widom, 1989). Auch die, besonders für Frauen verwendete These der wiederholten Opferrolle in späteren Partnerschaften nach dem Erleben häuslicher Gewalt in der Kindheit, wurde bisher nur unzureichend erforscht und lässt keine fundierte Aussage zu. Die vorhandenen Studien zum Thema der "kreisenden Gewalt" deuten zwar Zusammenhänge an, können aber oftmals aufgrund methodischer Unterschiede nicht miteinander verglichen werden und kommen zu keiner übereinstimmenden Aussage (Spatz Widom, 1989). Die Antworten auf die Fragen nach den Ursachen und den Gründen für das Wiederkehren von Gewalt scheinen sehr viel komplexer zu sein.

Zur Entstehung der Depression gibt es neben zahlreichen sozialwissenschaftlichen und evolutionsbiologischen Theorien auch verschiedene psychologische Erklärungsmodelle: Nach

Seligmans Modell der *Gelernten Hilflosigkeit* werden Depressionen durch Gefühle der Hilflosigkeit bedingt, die auf unkontrollierbare, aversive Ereignisse folgen. Im Zentrum des Depressionsmodells von Beck stehen negative kognitive Schemata oder Überzeugungen, die durch negative Lebenserfahrungen ausgelöst werden. Nach dem Depressionsmodell von Lewinsohn, das auf der operanten Konditionierung der behavioristischen Lerntheorie beruht, entstehen Depressionen aufgrund einer zu geringen Rate an unmittelbar mit dem Verhalten verbundener Verstärkung. Schließlich gibt es auch noch die psychoanalytische Theorie, die die Depression unter anderem als eine gegen sich selbst gerichtete Aggression interpretiert.

Zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsstörung gibt es ebenso verschiedenste Modelle und Theorien. Diese können vereinfacht in unterschiedliche Kategorien zusammengefasst werden: dissoziative Ansätze (van der Kolk & van der Hart 1989), biologische Modelle (Ehlert, Gaab, Heinrichs 2001; Kolb 1987), lerntheoretische Modelle (Foa & Kozak 1986), Netzwerkmodelle (Chemtob, Roitblat, Hamada, Charlson & Twentyman 1988), Modelle kognitiver Schemata (Horowitz 1986), kognitive Modelle (Ehlers & Clark 2000) oder integrative Modelle (Foa, Hearst-Ikeda, Perry 1996). Auf die Inhalte der einzelnen Modelle soll hier nicht näher eingegangen werden.

Zum ersten Mal publiziert wurden die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung 1980 im Diagnostischen und Statistischen Manual für Psychische Störungen (DSM III). Die diagnostischen Kriterien orientierten sich damals überwiegend an den vielfältigen Symptomen von Vietnamveteranen. Die Veränderungen im DSM IV (1990) wurden weiterverfolgt, da sich die bestehenden diagnostischen Kriterien beispielsweise nur schwer auf die chronische Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen übertragen lassen. Auf Grund der Untersuchungen von Mehrfachtraumatisierungen werden in der nächsten Überarbeitung des DSM und auch der ICD-10 vermutlich neue Kategorien eingeführt werden, zum Beispiel die der "Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung". Dies impliziert, dass auch neue Modelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt werden müssen.

## 1.2.2 Häusliche Gewalt - Begriffsdefinition

Der Begriff häusliche Gewalt (engl.: domestic violence) ist nicht unproblematisch, da er von vielen WissenschaftlerInnen und Institutionen unterschiedlich verwendet und unterschiedlich weit gefasst wird (BISS, 2005). Die WHO (World Health Organisation) definiert häusliche Gewalt als sexuelle, psychologische, emotionale, physische oder auch ökonomische Gewalt gegen Frauen durch deren aktuellen oder ehemaligen Lebenspartner. Unbestritten gibt es häusliche Gewalt auch in gleichgeschlechtlichen Beziehungen, ebenso werden auch Männer Opfer häuslicher Gewalt. Dennoch, in den allermeisten Fällen ist das Opfer weiblich und der Täter männlich. Häusliche Gewalt tritt in allen Ländern, Kulturen, Religionen und allen Teilen der Gesellschaft auf (WHO 2005).

Im juristischen Sinn liegt häusliche Gewalt dann vor, wenn eine Person in einer bestehenden oder einer aufgelösten familiären oder partnerschaftlichen Beziehung in ihrer körperlichen, sexuellen oder psychischen Integrität verletzt oder gefährdet wird und zwar entweder durch Ausübung oder Androhung von Gewalt oder durch mehrmaliges Belästigen, Auflauern oder Nachstellen (Schwander 2003). Diese Definition bringt, wie schon die der WHO, zum Ausdruck, dass häusliche Gewalt auch bei nicht zusammenlebenden oder getrennten Paaren vorkommt. Zusätzlich bezieht sie Stalking und Mobbing als Formen psychischer Gewalt explizit mit ein.

### Formen von häuslicher Gewalt

Hinsichtlich der Ausprägungsformen von Gewalt kann zwischen körperlicher, sexualisierter, psychischer, ökonomischer und sozialer Gewalt differenziert werden.

#### *1. Körperliche Gewalt*

Tätliche Angriffe, im Extremfall mit tödlichen Folgen (Ohrfeigen, Faustschläge, Tritte, Umstoßen, Misshandlungen mit Gegenständen, Würgen, Fesseln u. a.)

#### *2. Sexualisierte Gewalt*

Sexuelle Nötigung, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, sadistische sexuelle Handlungen oder Zwang zur Prostitution

#### *3. Psychische Gewalt*

Drohungen, der Frau oder ggf. ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug, Einschüchterungen

#### *4. Ökonomische Gewalt*

Arbeitsverbot oder Zwang zur Arbeit, alleinige finanzielle Verfügungsmacht durch den Mann

#### *5. Soziale Gewalt*

zumeist als Bestreben eines Mannes beschrieben, die Frau sozial zu isolieren (Kontaktverbot oder Kontrolle), Einsperren.

Das Wort "häuslich" beschreibt den Kontext der Gewaltanwendung und ist nicht weniger problematisch, denn auch dieser Begriff kann unterschiedlich weit gefasst werden. Im engeren Sinn ist die Gewalt auf Familienmitglieder und den Intimpartner beschränkt und wird normalerweise, wenn auch nicht ausschließlich, im Zuhause der Betroffenen verübt. Darunter fallen so unterschiedliche Gewaltformen wie Gewalt zwischen Ehe- und Lebenspartnern, körperlicher und sexueller Missbrauch von Kindern, von Kindern gegen ihre Eltern gerichtete Gewalthandlungen, Gewalt zwischen Geschwistern sowie Gewalt gegen alte Menschen im Haushalt. Im weitesten Sinne fällt auch Stalking darunter, sofern es von einem ehemaligen Partner ausgeht. Unter den Begriff „Stalking“ fallen Handlungen wie Verfolgen, Überwachen, Beobachten einer Person, unerwünschte Versuche körperlich oder verbal mit der Person Kontakt aufzunehmen, wiederholtes Anrufen oder Senden von Briefen, Faxen oder Emails und ebenso eine häufige demonstrative Anwesenheit (Löbmann 2002).

Die südafrikanische Regierung hat 1998 "**The Domestic Violence Act No 116**" erlassen. Darin wurde häusliche Gewalt als physischer, sexueller, emotionaler, verbaler psychologischer sowie ökonomischer Missbrauch bezeichnet. Ebenso Bedrohung, Belästigung, Stalking, Beschädigung von Eigentum oder unerlaubter Zugang zum Wohnraum des Opfers, sofern beide Parteien nicht zusammen leben. Darüber hinaus zählt jegliche Form von kontrollierendem oder missbräuchlichem Verhalten, welches zu Schaden oder drohendem Schaden in Bezug auf die Sicherheit, Gesundheit oder das allgemeine Wohlbefinden der Opfers führen kann, definitionsgemäß ebenfalls zu häuslicher Gewalt (Mathews & Abrahams).

Südafrika hat sich damit, zumindest was die verfassungsrechtliche Grundlage angeht, auf eine sehr umfassende Definition von häuslicher Gewalt festgelegt.

Klar abzugrenzen ist davon die so genannte "Community Violence", die in Südafrika ebenfalls sehr verbreitet ist (Seedat et al., 2009; Gie, 2009). Diese, von Mitgliedern der Gemeinschaft ausgehende Gewalt, das heißt Gewalt unter nicht miteinander verwandten und nicht notwendigerweise miteinander bekannten Personen, wird normalerweise außerhalb des Zuhauses der Betroffenen verübt (WHO, 2002).

### **1.2.3 Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen (F32, F33), Anhaltende affektive Störungen (F34)**

#### Definition

##### *Depressive Episode (F32.0-32.3)*

Es handelt sich um eine mindestens 2 Wochen andauernde Störung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhter Ermüdbarkeit. Die Symptomatik ist vielfältig, zum Teil altersabhängig und wenig situationsgebunden. Somatische und/oder psychotische Symptome können zusätzlich vorhanden sein.

##### *Rezidivierende depressive Störungen (F33.0-F33.3)*

Es handelt sich um wiederholte depressive Episoden. Die einzelnen Episoden dauern zwischen 3 und 12 Monate, sie werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst. Für Kinder und Jugendliche gibt es noch keine einheitlichen Kriterien bzgl. der Definition, der Symptome und des Verlaufs depressiver Störungen.

##### *Anhaltende affektive Störungen (F34)*

Es handelt sich um anhaltende, meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer ist, um auch nur als leichte depressive oder hypomanische Episoden gelten zu können. Sie ziehen jedoch beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Intervalle mit normaler Stimmung fehlen oder dauern allenfalls wenige Wochen.

Die Dauer beträgt bei Erwachsenen mindestens zwei Jahre, bei Kindern und Jugendlichen mindestens ein Jahr.

## Leitsymptome

Nach der ICD-10 wird für die Symptomatik einer depressiven Episode eine Dauer von mindestens zwei Wochen gefordert. Kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell auftreten.

Die Leitsymptome drücken sich in emotionalen und vegetativ-körperlichen Störungen aus, wobei die ersten drei für die Diagnosestellung immer vorhanden sein müssen:

Gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen

- Verlust von Interesse oder Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- Unbegründete Selbstvorwürfe
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
- Änderung der psychomotorischen Aktivität (Agitiertheit oder Hemmung), verminderter Antrieb
- Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden
- Schlafstörungen (typisch sind Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen)
- Störungen des Appetits
- Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen.

Zu beachten sind entwicklungs- und altersabhängige Symptome bzw. die Veränderungen, die sich im Vergleich zur an Erwachsenen erhobenen Leitsymptomatik ergeben.

Bei den anhaltenden affektiven Störungen ist die Spezifität der Symptomatik gering.

## *Zyklothymia*

Instabilität der Stimmung mit mehreren Episoden depressiver oder auch hypomanischer Gemüthsstimmung (ohne dass die Kriterien einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode oder einer manischen Episode erfüllt sind).

Mindestens drei der folgenden Merkmale depressiver Symptomatik müssen für einige Perioden vorhanden sein:

- Verminderte Energie oder Aktivität
- Schlafstörung
- Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühls
- Konzentrationsschwierigkeiten



- Sozialer Rückzug
- Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten
- Verminderte Gesprächigkeit
- Pessimismus bezüglich der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit.

Mindestens drei der folgenden Merkmale hypomanischer Symptomatik müssen für einige Perioden vorhanden sein:

- Vermehrte Energie oder Aktivität
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Übersteigertes Selbstwertgefühl
- Geschärftes oder ungewöhnlich kreatives Denken
- Geselliger als sonst
- Gesprächiger oder witziger als sonst
- Gesteigertes Interesse und Sicheinlassen in sexuelle und andere angenehme Aktivitäten
- Überoptimistisch oder Übertreibung früherer Erfolge.

### *Dysthymia*

Konstante oder immer wiederkehrende depressive Verstimmung, wobei keine oder nur sehr wenige Depressionsperioden die Ausprägung einer leichten depressiven Episode erreichen.

Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen in einigen depressiven Perioden bestanden haben:

- Verminderte Energie oder Aktivität
- Schlafstörung
- Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Häufiges Weinen
- Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten
- Gefühl von Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung
- Erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden
- Pessimismus bezüglich der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit
- Sozialer Rückzug
- Verminderte Gesprächigkeit

Nach DSM-IV auch:

- Gereizte Stimmung
- Appetitlosigkeit oder gesteigertes Essbedürfnis

Insgesamt Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung hinsichtlich

- Beziehung zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie
- Bewältigung von sozialen Situationen
- Schule bzw. Beruf
- Interesse an Freizeitaktivitäten

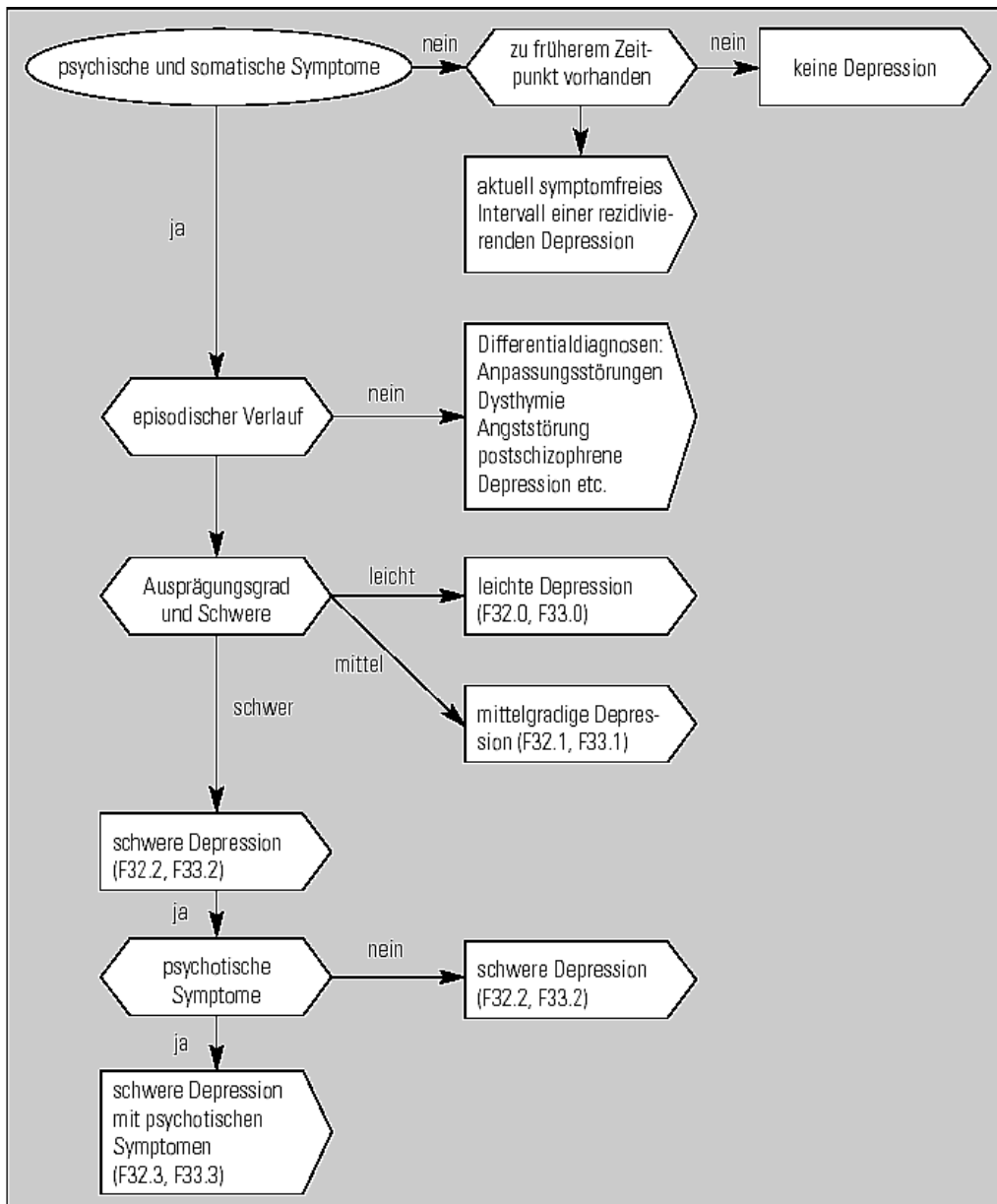
### Schweregradeinteilung

Die aus dem Erwachsenenalter bekannte Schweregradeinteilung ist vor allem nach der Pubertät auch im Jugendalter weitgehend gültig. Für das Kindesalter gibt es noch keine einheitliche Schweregradeinteilung; sie erfolgt vor allem nach dem klinischen Bild der Beeinträchtigung. Aufgrund des heterogenen Erscheinungsbildes sind im Einzelfall die Ausprägungen der Symptomatik abzuwägen.

Im Jugendalter gelingt meist eine Annäherung an die ICD-10-Einteilung der Erwachsenen:

Die depressiven Episoden (F32.0-F32.3) und ebenso die rezidivierenden depressiven Störungen (F33.0-F33.3) werden jeweils in leicht (F32.0 bzw. F33.0), mittelgradig (F32.1 bzw. F33.1) und schwer (F32.2 oder F32.3 bzw. F33.2 oder F33.3) unterteilt.

Bei der leichtgradigen Störung kann der Betroffene unter Schwierigkeiten seine normalen schulischen und sozialen Aktivitäten fortsetzen, eine mittelgradige Störung führt zu erheblichen Schwierigkeiten bei sozialen, häuslichen und schulischen Aufgaben. Eine schwere episodische oder rezidivierende depressive Störung führt zu einer sehr begrenzten Fortführung oder zu dem völligen Erliegen der allgemeinen Aktivitäten.



**Abb. 1** Entscheidungsbaum bei affektiven Störungen<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Leitlinien, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007

## 1.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1)

### Definition

Es handelt sich um eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen oder Monate (selten mehr als sechs) dauern kann.

### Leitsymptome

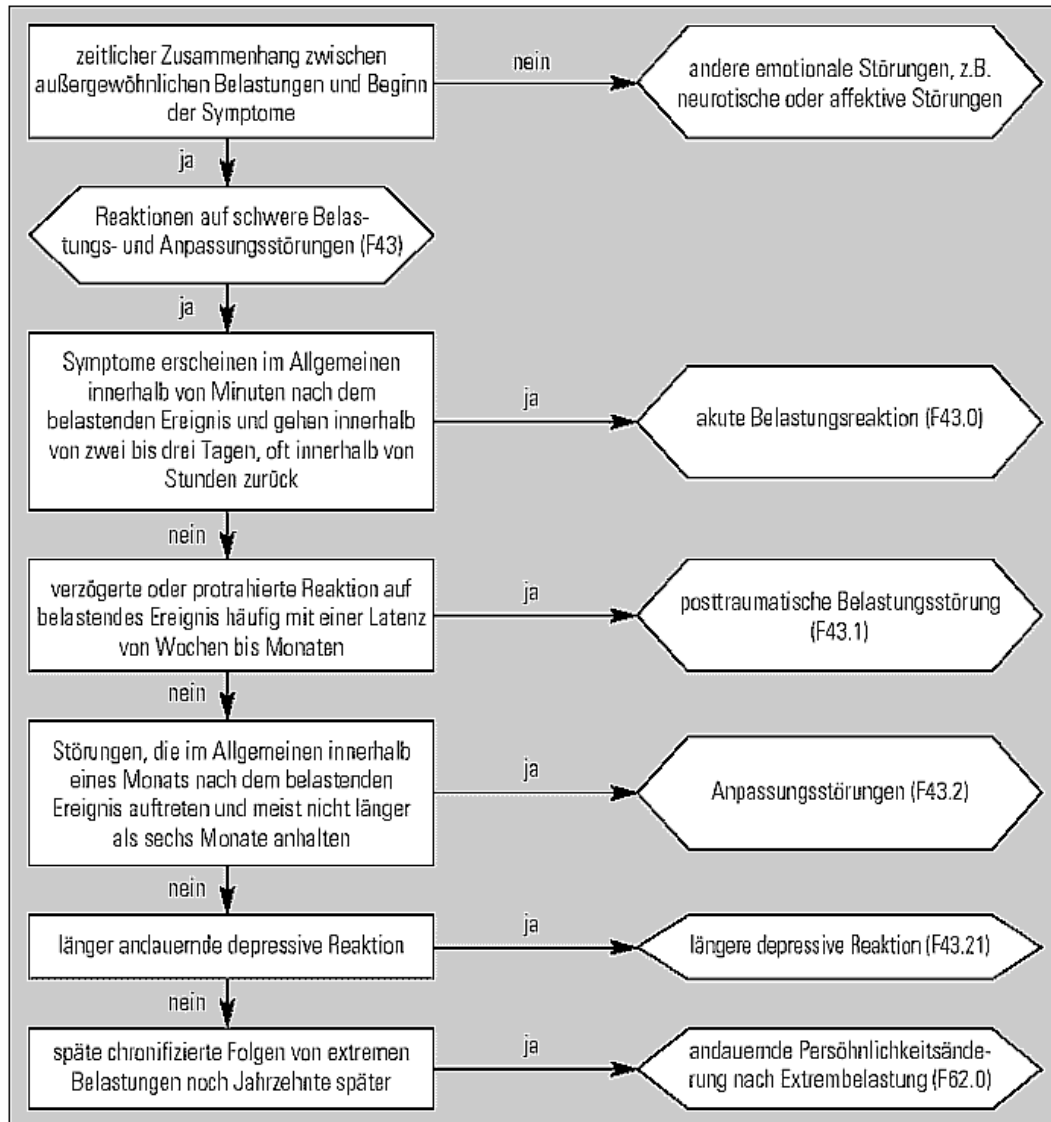
Grundlegende Dimensionen der Symptomatik sind die Faktoren Wiedererleben (z.B. in Form von Intrusionen), Vermeidung (aktive Vermeidung von Schlüsselreizen oder -situationen oder passive Vermeidung von emotionaler Belastung), oft begleitet von emotionaler Taubheit oder emotional negativen Aktivitäten und Rückzug, sowie autonome Übererregung.

Auftreten innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis ungewöhnlicher subjektiver Schwere und Bedrohlichkeit (des eigenen Lebens/der eigenen Gesundheit oder des Lebens einer nahen Bezugsperson), selten auch - mit längerer Latenz und ggfs. erneutem Auslöser.

- Wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung der Ereignisse in Gedächtnis, Tagträumen, Traum (bei Kindern auch unspezifische Albträume) und Spiel (erfordert sorgfältige Beobachtung)
- Häufig deutlicher emotionaler und sozialer Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten; Interessenverlust
- Vegetative Störungen, (Schlafstörungen, Hypervigilanz), Schreckhaftigkeit, Übererregtheit
- Beeinträchtigungen der Stimmung (oft: Depression, Angst, bei Kleinkindern auch aggressive Erregungszustände) tragen zur Diagnosestellung bei.
- Die Diagnose hängt ab von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen
  - Art, Inhalt (v.a. bei Jugendlichen) und Schwere der Symptome
  - Anamnese und Persönlichkeit sowie belastendem Ereignis
- Die Störung wäre ohne das belastende Ereignis nicht aufgetreten.

## Schweregradeinteilung

- Leicht: wechselhafte Symptome über einige Wochen
- Schwer: ausgeprägte Symptomatik über viele Jahre.



**Abb. 2** Diagnostischer und differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum anhand der Zeitachse bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen <sup>2</sup>

<sup>2</sup> Leitlinien, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007

### 1.3 Stand der empirischen Forschung

#### Die nationale Psyche

Mehr als 15 Jahre nach der ersten demokratischen Wahl in Südafrika, versucht das Land noch immer seinen Weg zu finden. HIV/Aids, Arbeitslosigkeit und Kriminalität sind die größten Sorgen der meisten Südafrikaner heute. Der Unterschied zwischen Arm und Reich ist enorm - einer der größten weltweit (World Bank statistics). 26% der Population leben unterhalb der internationalen Armutsgrenze [US\$1,25 pro Tag, 2005] (Unicef, 2005).

Das gesamte Land hat ein großes Kriminalitäts- und Gewaltproblem. Gleichziehend mit Rio de Janeiro hat Kapstadt eine Mordrate von über 40 pro 100 000 Menschen (United Nations, 2006; Gie, 2009). Obwohl die Zahlen für die meisten Gewaltverbrechen wie Mord und Vergewaltigung in den letzten Jahren leicht abnehmen, hat das Land insgesamt noch eine gewaltbedingte Todesrate, die fünfmal über dem weltweiten Durchschnitt liegt (Seedat et al., 2009; Gie, 2009).

Die hohe Prävalenz wird vor allem von zwischenmenschlicher und geschlechtsspezifischer Gewalttätigkeit bestimmt, gefolgt von Verkehrsverletzungen, selbst zugeführten Verletzungen und anderen unbeabsichtigten Verletzungen (wie Verbrennungen, Ertrinken und Stürze).

Gewalt in Südafrika ist deutlich geschlechtsspezifisch: Junge Männer im Alter zwischen 15 und 29 Jahren sind überdurchschnittlich in Gewalttaten involviert, sowohl als Opfer als auch als Täter (Peden, 2000). Die Hälfte der weiblichen Mordopfer wird von ihrem Beziehungspartner getötet und es existiert eine extrem hohe Inzidenz von Vergewaltigungen an Frauen und Kindern (Seedat et al., 2009).

*„Gewalt gedeiht dort, wo Demokratie und Achtung vor Menschenrechten fehlen und die Regierungsgeschäfte schlecht geführt werden. Man könnte sagen, dass in der Apartheid eine „Gewaltkultur“ Wurzeln geschlagen hat. In Gesellschaften, in denen die Behörden durch ihr eigenes Handeln Gewalt billigen, greift Gewalt stärker um sich und ist weiter verbreitet. In einigen gesellschaftlichen Schichten ist die Gewalt so vorherrschend, dass sie alle Hoffnungen auf eine wirtschaftliche und soziale Entwicklung vereitelt.“*

Nelson Mandela (WHO, 2002)

Die Zeit der Apartheid hat zu einer Situation beigetragen, in der viele Menschen physische Gewalt als erstes Mittel sehen, einem Konflikt zu begegnen und Einfluss zu gewinnen

(Simpson, 1991). Gewalt ist in Südafrikas Gesellschaft tief verwurzelt, weit verbreitet und toleriert (Abrahams & Jewkes, 2005).

In einer Studie mit 1370 Männern aus 70 verschiedenen Orten in ländlichen Provinzen Südafrikas gaben 16,3% an, eine Person, mit der sie in keiner partnerschaftlichen Beziehung standen oder als Teil einer Gruppe (gang rape) jemanden vergewaltigt zu haben. 8,4% haben sexuelle Gewalt innerhalb einer Partnerschaft ausgeübt. Beide Formen von sexueller Gewalt waren deutlich mit widrigen Kindheitserlebnissen (emotionale/-r und körperliche/-r Vernachlässigung/Missbrauch, sexueller Missbrauch) assoziiert (Jewkes et al., 2006). Eine andere populationsbezogene Studie mit 1738 Männern zwischen 18 und 49 Jahren in den Provinzen Eastern Cape und KwaZulu Natal ergab, dass 27,6% der interviewten Männer in ihrem bisherigen Leben schon einmal ein Mädchen oder eine Frau vergewaltigt haben. 46,3% dieser Männer taten dies mehr als einmal (Jewkes et al., 2009).

Bei einem Drittel der Frauen, die zum ersten Mal im Alter von weniger als 15 Jahren vergewaltigt wurden, war der Täter ein Lehrer und bei 21% ein Verwandter (Jewkes & Abrahams 2002). Sexuelle Gewalt gegenüber Babys und Kleinkinder war ebenfalls nicht unüblich (2-8%) (Seedat et al., 2009).

Die Ergebnisse der Studie von Abrahams et al. legen nahe, dass 27% der häuslichen Gewalt hätten verhindert werden können, wenn die entsprechenden Männer in ihrer Kindheit nicht die Gewalt gegenüber ihren Müttern bezeugt hätten (Abrahams & Jewkes, 2005). Jungen, die in ihrer Kindheit Gewalt gegenüber der Mutter erlebten, haben ein erhöhtes Risiko später selbst zum Täter zu werden, während Mädchen eher der Gefahr ausgesetzt sind, erneut zum Opfer zu werden (Abrahams & Jewkes, 2005; Jewkes & Abrahams, 2002).

Der verbreitete Missbrauch von Kindern zeigt ihren niedrigen Status und ihre begrenzte Macht in Südafrikas gesellschaftlicher Alters- und Geschlechterhierarchie (Seedat et al., 2009). Die beste Quelle um Kinder zu stärken und zu schützen ist in der Regel die Familie, aber aufgrund von Verweisung, Armut und veränderten familiären Strukturen, werden viele Kinder nicht mehr hauptsächlich von ihren Eltern aufgezogen. HIV/AIDS und hohe Arbeitslosigkeit haben Südafrikas gesellschaftliche Strukturen in den letzten Jahren stark verändert. Eine Situation, die Kinder verletzlich gegenüber Missbrauch und Vernachlässigung macht (Seedat et al., 2009). „Sicherheit und Geborgenheit entstehen nicht von selbst: Sie

setzen gesellschaftlichen Konsens voraus und sind das Ergebnis einer gezielten staatlichen Anstrengung.“ *Nelson Mandela* (WHO, 2002).

### **Stand der Forschung: In Südafrika und international**

1998 wurde in drei Provinzen Südafrikas eine Querschnittsstudie über Gewalt gegen Frauen durchgeführt. Gegenstand der Studie war es, die Prävalenz sowie Risikofaktoren für häusliche Gewalt zu erforschen. Dieser Studie zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz, physische Gewalt von einem Lebenspartner zu erfahren bei 24,6%. Die Wahrscheinlichkeit, häusliche Gewalt in einer intimen Partnerschaft zu erleben, korrelierte unter anderem deutlich positiv mit Gewalterfahrungen in der Kindheit. Misshandelte Frauen wurden eher als Kind regelmäßig (d.h. mindestens einmal im Jahr) geschlagen, bzw. haben erlebt wie ihre Mutter geschlagen wurde. Der Zusammenhang zwischen dem Erleben von körperlicher Gewalt während der Kindheit und häuslicher Gewalt im Erwachsenenalter, lässt vermuten, dass Schläge Kindern die “Normalität“ von Gewaltanwendung in Konfliktsituationen lehren. 74.9% aller Frauen in dieser Studie gaben an, jemanden zu schlagen sei manchmal oder immer ein akzeptables Verhalten unter Erwachsenen und 13.6% waren der Meinung, dieses sollte auch vom eigenen Ehemann akzeptiert werden. Bemerkenswert ist auch die Aussage von einem Drittel der Frauen, die Schläge als ein Zeichen der Liebe interpretieren (Jewkes et al., 2002).

Über ein Drittel der südafrikanischen Bevölkerung wird im Laufe des Lebens in irgendeiner Art und Weise Opfer von Gewalt (Kaminer et al., 2008; Williams et al., 2007). Häusliche Gewalt in Form von körperlicher Misshandlung, ausgeübt von einem intimen Partner, ist dabei die häufigste Form, die Frauen in Südafrika erfahren (12%). Häusliche Gewalt in Form von körperlicher Misshandlung während der Kindheit zu erleben, gehört zu den häufigsten gewalttätigen Erfahrungen von Männern und Frauen. Nur das Risiko, Opfer eines kriminellen Übergriffes zu werden ist noch höher (18,2%) (Kaminer et al., 2008).

Dawes et al. untersuchte 2005 die Prävalenz von körperlicher Züchtigung in Südafrika. Körperliche Züchtigung wurde dabei definiert als körperliche Gewalt, die dem Kind Schmerz, aber keine Verletzungen zufügen sollte, mit dem Ziel das Verhalten des Kindes korrigieren und kontrollieren zu können. Eine, auch in anderen Studien (Bartholdson, 2000) verwendete



Definition, die allerdings nicht unproblematisch ist, da Gewalt selbstverständlich Verletzungen verursachen kann. 925 Menschen, die Eltern von Kindern unter 18 Jahren waren, wurden in dieser Studie interviewt. 57% der Eltern berichteten, dass sie ihre Kinder schlagen würden und 33% taten dies auch mit einem Gegenstand (z.B. Gürtel oder Stock), was nach Meinung der Autoren als schwere Misshandlung bewertet wurde (Dawes et al., 2005). Studien zur Häufigkeit von körperlicher Züchtigung in anderen Ländern ergaben deutlich höhere Zahlen. So sind es in den USA über 90%, in Großbritannien 91%, in Korea 97% und in Indien 91% der Jungen und 86% der Mädchen, die von ihren Eltern körperlich misshandelt werden (Bartholson, 2000).

Doch nicht nur die am eigenen Leib erfahrene Gewalt ist entscheidend. Abrahams und Jewkes untersuchten in ihrer Studie, welchen Einfluss die bezeugte Misshandlung der Mutter während der Kindheit auf den eigenen Umgang mit Gewalt im Erwachsenenalter hat. Nahezu ein Viertel (23,5%) der befragten südafrikanischer Männer haben in ihrem Zuhause gewalttätige Übergriffe gegen die eigene Mutter erlebt. Die Mehrheit dieser Männer (86,9%) gaben an, als Kind selbst körperlich misshandelt worden zu sein, 14,5% von ihnen sogar regelmäßig (d.h. täglich oder mindestens einmal wöchentlich). Signifikante Zusammenhänge konnten unter anderem zwischen dem Erleben häuslicher Gewalt und der Häufigkeit gewalttätiger Konflikte im Erwachsenenalter in der Gesellschaft und am Arbeitsplatz hergestellt werden. Am deutlichsten war jedoch die Assoziation zwischen der erlebten Misshandlung der Mutter und dem späteren gewalttätigen Verhalten gegenüber der eigenen Partnerin. Diese Art von gewalttätigen Erfahrungen während der Kindheit scheinen stark begünstigende Faktoren für körperliche Gewalt gegenüber der Partnerin (27%), sowie möglichen Gewaltverbrechen (illegaler Waffenbesitz: 30%) zu sein. Ausgehend von diesen Ergebnissen kann ein Zusammenhang hergestellt werden, der insbesondere für Südafrika, das mit einer extrem hohen Rate an Gewaltverbrechen zu kämpfen hat, von größter Bedeutung ist.

Kinder und Jugendliche in Südafrika, insbesondere diejenigen von ihnen, die in den Townships aufwachsen, sind in ihrer direkten Umgebung extrem hohen Raten an Gewalt ausgesetzt (Gie, 2009). Daraus resultierend ist auch die Gefahr und erhöhte Wahrscheinlichkeit aufgrund dieser Erlebnisse unter psychopathologische Folgen zu leiden (Ensink, 1997).

Kaminer et al. untersuchte 2008 das relative Risiko für PTSD in Zusammenhang mit verschiedenen Formen von zwischenmenschlicher Gewalt in Südafrika anhand einer Stichprobe von 4351 Männer und Frauen. Demzufolge hatte auf Populationsebene Körperverletzung, sowie häusliche Gewalt in Form von körperlicher Misshandlung das größte Risiko für Männer eine PTSD zu entwickeln. Für Frauen war das Risiko vor allem dann erhöht, wenn sie häusliche Gewalt von ihrem Partner erlebten (Kaminer et al., 2008). Ward et al. veröffentlichte 2001 eine Studie mit 104 High School Schülern aus Kapstadt und fand signifikante Zusammenhänge zwischen Symptomen für PTSD, sowie Depression und gewaltvollen Erlebnissen. Bei den entsprechenden Erlebnissen wurde zwischen Gewalt, die bezeugt bzw. selbst erlitten wurde, sowie Gewalt, die von bekannten bzw. fremden Personen ausgeübt wurde, unterschieden. 71,1% der Schüler wurden demnach Zeuge oder Opfer von Gewalt, die von einer ihnen bekannten Person ausgeübt wurde. 82,7% machten entsprechende Erfahrungen mit einer fremden Person. Desweiteren zeigt die Studie, dass diese jungen Menschen (durchschnittlich 17 Jahre) in ihrem bisherigen Leben schon mindestens eine gewalttätige Situation erlebten (Ward et al., 2001).

Die schon erwähnte "Multi-country WHO Studie" fand heraus, dass zwischen 15% und 71% der Frauen mindestens einmal in ihrem Leben physische und/oder sexuelle Gewalt von einem intimen Partner erleben. Diese Studie untersuchte 24 000 Frauen aus 10 verschiedenen Ländern mit jeweils unterschiedlichen Kulturen und gesellschaftlichen- sowie politischen Systemen. In den meisten Ländern gaben 15% bis 30% (gesamte Streuung: 4-54%) der Frauen an, innerhalb der letzten 12 Monate vor der Studie von ihrem Partner körperlich und/oder sexuell misshandelt worden zu sein (WHO, 2005).

Eine große Studie (N=4520) über häusliche Gewalt in Indien fand heraus, dass ein höherer ökonomischer Status, sowie ein höherer Bildungsstand der Ehepartner mit deutlich geringerer Häufigkeit von körperlicher, nicht aber sexueller Gewalt, assoziiert sind. Tatsächlich zeigte die Studie von Koenig et al, dass Ehefrauen gebildeter Männern ein höheres Risiko haben, sexuelle Gewalt in der Partnerschaft zu erleben. Außerdem fand diese Studie unter den Ehemännern, die während ihrer Kindheit bezeugt haben, dass der Vater die Mutter schlägt, eine 4,7-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit physisch und eine 3-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit sexuell gewalttätig gegen die eigene Partnerin zu werden (Koenig et al., 2006). Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis der oben genannten Studie, ist ein

signifikanter Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Kriminalität, sowie eine deutlich höhere Rate von häuslicher Gewalt in Gebieten, in denen körperliche Züchtigung noch als akzeptiert gilt.

*„To an outsider, one of the most remarkable features of gender-based violence in South Africa is that, within certain boundaries of severity, the society is extremely tolerant of it.”*

(Jewkes et al., 2002)

Mehrere Studien haben gezeigt, dass das wiederholte Erleben von traumatischen Ereignissen, die Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken erhöht (Suliman et al., 2009; Carey et al., 2008; Catani et al., 2008). So zeigte die Studie von Suliman et al. einen linearen Zusammenhang zwischen der Anzahl von Traumata und der Häufigkeit von Symptomen einer Depression und einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Suliman et al., 2009).

Catani et al, untersuchten 2007 in ihrer Studie 296 Schulkinder in der nordöstlichen Provinz Sri Lanka's, die seit vielen Jahren von einem bewaffneten Konflikt beeinträchtigt ist und außerdem 2004 von einem Tsunami heimgesucht wurde. Die Häufigkeit von Kriegserlebnissen und das Ereignis der Naturkatastrophe wurden mit der Prävalenz von häuslicher Gewalt und psychopathologischen Folgen wie Posttraumatischer Belastungsstörung und Depression in Zusammenhang gesetzt. 95,6% dieser Kinder gaben an mindestens ein Ereignis häuslicher Gewalt erfahren zu haben und 82,4% erlebten ein Ereignis, welches in Zusammenhang mit dem Krieg zu setzen war. 30,4% der Kinder erfüllten die Kriterien für die Diagnose einer PTSD und 19,6% die Kriterien einer Depression (Catani et al., 2009). Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen früheren Kriegserlebnissen und dem Ausmaß des gewalttätigen Verhaltens, welches die Kinder zu Hause erfuhren, hergestellt werden. Aus den Ergebnissen dieser Studie wird der direkte Einfluss von gewalttätigen, gesellschaftlichen Konflikten auf Kinder und ihre Familien deutlich. Außerdem wird die Bedeutung von kumulativem Stress auf die psychische Gesundheit von Kindern unterstrichen, denn es wurde ein klares Dosis-Wirkungs-Verhältnis zwischen dem Erleben von unterschiedlichen Stressoren (Krieg, Tsunami, häusliche Gewalt) und dem Scheregrad der PTSD gefunden. Nahe liegend ist also der schwer traumatisierende Einfluss von mehreren Ereignissen auf die psychische Gesundheit von Kindern.

Klasen et al. untersuchte 330 ehemalige Kindersoldaten in Uganda und fand unter ihnen eine Prävalenz von 33%, die eine PTSD und 36,4%, die eine Depression entwickelten. 88,8% waren zusätzlich durch Erfahrungen mit häuslicher Gewalt und Gewalt in ihrer direkten Umgebung belastet. In dieser Studie konnte außerdem gezeigt werden, dass häusliche Gewalt ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS ist und dass Kinder mit einer solchen Diagnose wiederum weniger zur Versöhnung bereit waren und mehr Rachegefühle hegten (Klasen et al., 2008; Bayer et al., 2007).

## **1.4 Diskussion des Forschungsstandes**

Aus dem Stand der empirischen Forschung wird deutlich, dass die Prävalenz von häuslicher Gewalt in Südafrika bisher nur unzureichend erforscht ist. Bisher durchgeführten Studien, die häusliche Gewalt in Partnerschaften (“intimate partner violence“) zum Inhalt hatten, haben die Mitbetroffenheit und den Einfluss jener Gewalt auf die Kinder dieser Paare häufig nicht mit berücksichtigt. Zu vermuten wäre, dass in diesen Familien auch die Kinder häufig selbst Opfer häuslicher Gewalt werden, und zwar nicht nur indem sie die Gewalt zwischen den Eltern bezeugen, sondern auch von ihren Eltern selbst körperlich misshandelt werden.

Die oben erwähnten internationalen Studien haben gezeigt, dass Depression sowie Posttraumatische Belastungsstörung eine häufige Folge von Traumatisierung sind, der direkte Zusammenhang zwischen Depression, Posttraumatischer Belastungsstörung und häuslicher Gewalt konnte jedoch bisher nicht belegt werden. Ebenso gibt es keine konkreten Daten zur Prävalenz von Posttraumatischer Belastungsstörung und Depression in Südafrika. Somit bleibt die Frage bestehen, ob das Erleben von häuslicher Gewalt in der Kindheit das Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen wie zum Beispiel einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder Depression erhöht.

## 1.5 Fragestellung

Daraus ergeben sich fünf wesentliche Fragestellungen, mit denen sich die vorliegende Studie auseinandersetzt:

1. Wie hoch ist die Prävalenz von erlebter häuslicher Gewalt in den ersten 18 Lebensjahren bei südafrikanischen Studenten in Kapstadt?
2. Erhöht das Erleben häuslicher Gewalt zwischen den Eltern das Risiko, selbst Opfer körperlicher Gewalt durch die Eltern zu werden?
3. Wie hoch ist die Prävalenz der Depression bei Studenten in Kapstadt?
4. Wie hoch ist die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Studenten in Kapstadt?
5. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben von häuslicher Gewalt in den ersten 18 Lebensjahren und Depressionen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen bei südafrikanischen Studenten in Kapstadt?

## 1.6 Hypothesen

- I.* Mehr als die Hälfte der befragten Studenten haben in ihren ersten 18 Lebensjahren häusliche Gewalt erlebt.
- II.* Je häufiger Studenten innerhalb ihrer ersten 18 Lebensjahre häusliche Gewalt zwischen ihren Eltern bezeugt haben, desto eher wurden diese in diesem Zeitraum auch selbst Opfer körperlicher Gewalt durch ihre Eltern.
- III.* Studenten, die in ihren ersten 18 Lebensjahren häusliche Gewalt erfahren haben, erfüllen häufiger die Diagnosekriterien einer Depression (MDE) als diejenigen, die keine häusliche Gewalt erlebten.
- IV.* Studenten, die in ihren ersten 18 Lebensjahren häusliche Gewalt erfahren haben, erfüllen häufiger die Diagnosekriterien einer PTSD, als diejenigen, die keine häusliche Gewalt erlebten.

## **2. Methoden**

### **2.1 Design**

Die hier beschriebene Studie ist eine populationsbeschreibende und hypothesenprüfende Ein-Gruppen-Querschnittsstudie. Es handelt sich um eine Fragebogenerhebung in der die Teilnehmer durch Selbstbeurteilung retrospektiv Angaben zu ihren Erfahrungen von der Kindheit bis heute machen. Der Fragebogen enthält überwiegend studienspezifisch entwickelte Items. Er und wurde von den Teilnehmern selbstständig ausgefüllt.

### **2.2 Variablen**

Definition: Häusliche Gewalt

In der vorliegenden Studie handelt es sich gemäß der Definition der WHO um häusliche Gewalt, wenn Personen innerhalb einer bestehenden familiären, ehelichen oder partnerschaftlichen Beziehung Gewalt ausüben. Der Fragestellung dieser Studie entsprechend, bezieht sich diese Definition insbesondere auf Gewalt, die Eltern oder andere Fürsorgepersonen untereinander bzw. gegenüber ihren Kindern anwenden. Der Fokus liegt dabei auf körperlicher und sexualisierter Gewalt. Nur diese Bereiche der häuslichen Gewalt wurden mit dem Fragebogen dieser Studie erhoben. Der zeitliche Rahmen bezieht sich immer auf die ersten 18 Lebensjahre, nur Hypothese V bezieht sich auf das gesamte Leben bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung.

#### Hypothese II

Unabhängige Variable:

Erlebte häusliche Gewalt zwischen den Eltern.

Abhängige Variable:

Am eigenen Körper erfahrene häusliche Gewalt.

Mögliche Störvariablen:

- Anzahl der Erwachsenen im Haushalt. 26.1% (n=48) der Studentinnen gaben an, nicht mit beiden Elternteilen (bzw. Stiefvater/-mutter oder neuem Partner/neuer Partnerin

eines Elternteils) in einem gemeinsamen Haushalt dauerhaft zusammengelebt zu haben (siehe Tabelle 4).

- Geschlecht
- Alter

### Hypothese III

Unabhängige Variable:

Erleben von häuslicher Gewalt.

Abhängige Variable:

Das Erfüllen der Diagnosekriterien für MDE.

Mögliche Störvariablen:

- Andere erlebte potentiell traumatisierende Lebensereignisse, die ebenso ursächlich für die Entwicklung einer MDE hätten sein können.
- Erfahrene soziale Unterstützung von Familie, Freunden oder anderen wichtigen Bezugspersonen (während der ersten 18 Lebensjahren), die möglicherweise als Resilienzfaktor vor der Entwicklung einer MDE geschützt hat.
- Berufstätigkeit der Eltern
- Geschlecht

### Hypothese IV

Unabhängige Variable:

Erleben von häuslicher Gewalt.

Abhängige Variable:

Das Erfüllen der Diagnosekriterien für PTSD.

Mögliche Störvariablen:

- Andere erlebte potentiell traumatisierende Lebensereignisse, die ebenso ursächlich für die Entwicklung einer PTSD hätten sein können (wie zum Beispiel der plötzliche Tod einer nahestehenden Person).

- Erfahrene soziale Unterstützung von Familie, Freunden oder anderen wichtigen Bezugspersonen (während der ersten 18 Lebensjahren), die möglicherweise als Resilienzfaktor vor der Entwicklung einer PTSD geschützt hat.
- Berufstätigkeit der Eltern
- Geschlecht

## 2.3 Instrumente

### Fragen zum soziodemographischen Hintergrund

32 selbstentworfene Items, die nach soziodemographischen Charakteristika wie Alter, Geschlecht und Religion fragen. Zudem wird der soziale Hintergrund, Lebensstandard und die häusliche Situation heute und während der Kindheit erhoben, in Anlehnung an den Sozialschichtindex nach Winkler (Winkler et al. 1998; Winkler et al. 1999).

### Life Event Checklist

Die Life Event Checklist (LEC, Gray et al., 2004) misst die Exponierung von potentiell traumatisierenden Lebensereignissen. Der Fragebogen wurde vom *National Center for Posttraumatisch Stress Disorder* (USA) gleichzeitig mit dem *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)* entwickelt um die Diagnostik von Posttraumatischen Belastungsstörungen zu erleichtern. Mit 18 Items wird nach potentiell traumatischen Lebensereignissen gefragt, die entweder selbst erfahren, bezeugt oder von denen bereits gehört wurde. Die erfragten Erlebnisse sind durchgehend extrem einschneidende, wie Naturkatastrophen, Vergewaltigung oder lebensbedrohliche Erkrankungen. Die Antwortmöglichkeiten unterschieden sich in a) das Ereignis habe ich persönlich erfahren, b) ich habe bezeugt, wie das Ereignis jemandem widerfahren ist, c) ich habe davon gehört, wie jemandem, den ich kenne das Ereignis widerfahren ist. Mehrere Antworten waren möglich. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden im Ergebnisteil dieser Arbeit nur die Antworten a) und b) dargestellt. Die Validität und Reliabilität wurden in Studien ausreichend geprüft und belegt (Gray et al., 2004, Weathers et al., 2001).



*Mit diesem Instrument wurde die Störvariablen der Hypothesen III und IV berücksichtigt.*

Zusätzlich wurden die Studentinnen dazu befragt, welches der bisher erlebten Ereignisse sie am belastendsten empfunden haben.

### **Exposure to domestic violence questionnaire**

(National Online Recourse Centre on Violence Against Women; [www.vawnet.org](http://www.vawnet.org))

Dieser Fragebogen wurde in den USA entwickelt und ist aus mehreren Fragebögen zusammengestellt (1. Family Health History Questionnaire, Felitti et al, 1998; 2. Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q); Smith et al, 2002; 3. Domestic Violence Screening Tool; Furbee et al, 1998; 4. Southern California Permanente Medical Group Health Appraisal Questionnaire; 5. Assessment Questions for Lifetime IPV & Forced Sex, Whiteman & Chamberlain, 2004). Die Validität und Reliabilität wurden in Studien ausreichend geprüft und belegt.

Hier soll mit 15 Items Auskunft über persönliche Gewalterfahrungen im häuslichen Bereich gegeben werden. Es wird nach bezugter physischer Gewalt zwischen den Eltern bzw. betreuenden Bezugspersonen, sowie nach selbst erfahrener körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch gefragt (Chamberlain, 2006).

In jeweils vier Items geht es um indirekt erlebte Gewalt im häuslichen Umfeld innerhalb der ersten 18 Lebensjahre, d.h. bezugte körperliche Gewalt (z.B. Schlagen, Treten, Bedrohen mit einer Waffe), ausgeübt von der Mutter (oder Stiefmutter/Partnerin des Vaters) gegenüber dem Vater (oder Stiefvater/Partner der Mutter) oder umgekehrt.

Äquivalent im Fragebogen: Item 68-75

In den Fragen 68-75 musste mindestens 1x "sometimes" oder 2x "once/twice" angekreuzt werden, dann galt dies als erlebte häusliche Gewalt zwischen den Eltern.

*Mit diesem Instrument wurden jeweils die unabhängigen Variable von Hypothese II, III und IV gemessen.*

Mit drei weiteren Items (Item 76-78) wurde am eigenen Körper erfahrene Gewalt gemessen. Das heißt, innerhalb der ersten 18 Lebensjahre erfahrene körperliche Gewalt, die von den Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen, die mit im Haushalt gelebt haben, ausgeübt wurde. Zum Beispiel Treten, Schlagen (mit oder ohne einem Gegenstand), Verbrennungen oder andere ernsthafte Verletzungen zufügen.

Äquivalent im Fragebogen: Item 76-78

Wenn Frage 76 und 77 mit “never“ und Frage 78 mit “no“ beantwortet wurden, wurde dies als nicht erlebte häusliche Gewalt am eigenen Körper gewertet.

*Mit diesem Instrument wurde jeweils die abhängige Variable von Hypothese II und die unabhängige Variable von Hypothese III und IV gemessen.*

In drei weiteren selbstentworfenen Items wurden die Studentinnen zu ihren Erfahrungen mit körperlicher Züchtigung, sowie zu ihrer persönlichen Meinung in Bezug auf körperliche Züchtigung als Erziehungsmethode befragt.

### **M.I.N.I. – KID Mini-International Neuropsychiatric Interview MDE und PTSD**

Der M.I.N.I – KID wurde in den USA entwickelt und validiert (Sheehan et al., 1998). Es handelt sich um ein strukturiertes, diagnostisches Interview, welches zur Untersuchung von Kindern und Jugendlichen nach DSM-IV Kriterien dient. In der vorliegenden Studie wurden entsprechend die Skalen zur Erhebung von MDE und PTSD verwendet.

Für die Diagnosestellung der MDE bezogen sich die Fragen auf die vergangenen zwei Wochen. Die Antwortmöglichkeiten beschränkten sich auf *zutreffend* bzw. *nicht zutreffend*. Von den ersten zwei Fragen, in denen vor allem nach der affektiven Symptomatik wie niedergeschlagener Stimmung, Interessenverlust etc. gefragt wurde, musste mindestens eine Frage mit *ja* beantwortet werden. Von den folgenden sieben Fragen, in denen unter anderem vegetative Symptome (z.B. Schlaf- und Konzentrationsprobleme, Appetit etc.) erfragt wurden, mussten zusätzlich mindestens fünf Fragen mit *ja* beantwortet werden. Als subsyndromal gewertet wurde, wenn die

ersten zwei Fragen mit *ja* beantwortet wurden, sprich die Hauptkriterien depressive Stimmungseinengung und Antriebshemmung erfüllt wurden (Tabelle 8).

Für die Diagnosestellung der PTSD mussten die Fragen 84-86, in denen nach den Kardinalsymptomen, wie einem erlebten traumatischen Ereignis, der hilflosen, angstvollen Reaktion darauf und dem Widererleben der Ereignisses gefragt wurde, mit *ja* beantwortet werden. Weiterhin mussten von den folgenden sieben Fragen (87a-g), in denen unter anderem nach Vermeidungsverhalten, Interessenverlust und emotionalem Taubheitsgefühl innerhalb des letzten Monats gefragt wurde, mindestens drei Fragen mit *ja* beantwortet werden. Von den folgenden fünf Fragen (88a-e), die nach vegetativer Symptomatik, Nervosität, Konzentrationsstörungen und Schreckhaftigkeit fragten, mussten zusätzlich zwei Fragen mit *ja* beantwortet werden. Als subsyndromal gewertet wurde, wenn zumindest alle drei Hauptkriterien (sprich Frage 84-86 mit *ja* beantwortet) erfüllt wurden.

Die Validität und Reliabilität wurden in Studien ausreichend geprüft und belegt (Sheehan et al., 2010).

*Mit diesem Instrument (M.I.N.I.-KID für MDE und PTSD) wurde jeweils die abhängige Variable der Hypothesen III und IV gemessen.*

### **Multidimensional Scale of Perceived Social Support**

Die Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS, Zimet 1998) ist eine Skala, in der Selbstauskunft zu der erfahrenen emotionalen Unterstützung von Familie, Freunden und anderen signifikanten Personen gegeben werden soll. Dieser Fragebogen wird sowohl für die Zeit während der Kindheit und des Jugendalters (die ersten 18 Lebensjahre), sowie des jungen Erwachsenenalters (ab dem 18. Lebensjahr) verwendet (jeweils 12 Items). Die sieben Antwortmöglichkeiten “*very strongly disagree*“ bis “*very strongly agree*“ wurden aufsteigend mit Punktwerten von 1 bis 7 bewertet. Ein Mindestwert von 19 Punkten für die jeweils 4 Fragen der Bereiche Familie, Freunde und andere bestimmte Person musste vorliegen, um in dem jeweiligen Bereich als ausreichend sozial unterstützt zu gelten.

Der MSPSS-Fragebogen wurde in den USA ursprünglich für Studenten entwickelt und später in unterschiedlichsten Personengruppen (Schwangere, Jugendliche, ältere Erwachsenen, psychiatrischen Patienten, etc.) und in verschiedenen Ländern validiert. Die Validität und Reliabilität wurden in Studien ausreichend geprüft und belegt. (Cheng, 2004; Edwards, 2004).

*Mit diesem Instrument wurde die Störvariablen der Hypothesen III und IV berücksichtigt.*

## 2.4 Stichprobe

Definition der Grundgesamtheit: Junge Menschen in Südafrika im Alter zwischen 20 und 25 Jahren, unabhängig von Geschlecht, sozialem Status oder ethnischer Herkunft.

- Definition der Stichprobe

204 Studenten und Studentinnen des Fachbereiches Psychologie an der Universität of the Western Cape.

**Die University of the Western Cape (UWC)** befindet sich in Belville, einem Vorort von Kapstadt. Sie wurde 1959 von der südafrikanischen Regierung gegründet und war damals ausschließlich für so genannte farbige Menschen vorgesehen. In der Ära der Rassentrennung machte ein damaliges Gesetz die höhere Bildung nur für Weiße zugänglich. Die UWC gehörte zu den wenigen Universitäten des Landes, die für Farbige vorgesehen waren. Die Institution startete mit einem limitierten Bildungsangebot für niedrige und mittelklassige Positionen in Schulen und dem öffentlichen Dienst. Doch schon 1970 erkämpfte sie sich einen unabhängigen Universitätsstatus und war in der Lage eigene Abschlüsse und Diplome zu vergeben. Während der gesamten Zeit der Apartheid engagierte sich die UWC mit seinen Studenten aktiv im Kampf gegen die Rassentrennung. 1975 bekam sie ihren ersten Farbigen Rektor und bereits 1982, 12 Jahre vor dem Ende der Apartheid, lehnte sie jenes politische System offiziell ab und erlangte den unabhängigen Status einer jeden anderen "weißen" Universität Südafrikas.

Heute ist die University of the Western Cape formal zugänglich für Menschen aller ethnischen Herkünfte. Der überwiegende Teil der Studenten ist allerdings nach wie vor "coloured" ([www.uwc.ac.za](http://www.uwc.ac.za)).

- Ein-/Ausschlusskriterien

Alle Studenten mussten schriftlich bekunden, dass sie freiwillig an der Studie teilnehmen und sich mit der wissenschaftlichen Verwendung ihrer Daten einverstanden erklären (siehe Anhang: consent form). Vier Studentinnen haben die Teilnahme verweigert, 16 Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt. Demnach konnten 184 Fragebögen für die Auswertung verwendet werden.

- Auswahlverfahren

Das es sich um Psychologiestudentinnen handelt ist der Tatsache geschuldet, dass der Studienleiter Umesh Bawa an dieser Fakultät als leitender Psychologe tätig war. Um ein möglichst großes Sample zu erreichen, wurde als Zeitpunkt für die Durchführung eine Informationsveranstaltung für bevorstehende Prüfungen gewählt. Im Anschluss an diese Veranstaltung wurde der Fragebogen an die Studierenden ausgehändigt.

- Einschränkungen der Repräsentativität

Wie oben beschrieben, ist der überwiegende Anteil der UWC Studenten "coloured". Dies entspricht zwar dem ethnischen Populationsanteil in der Provinz Western Cape, jedoch nicht dem Populationsanteil im Hinblick auf das gesamte Land Südafrika (siehe 1.4.1).

Die ausgewählte Stichprobe ist außerdem, aufgrund ihres Status als Personen mit der Möglichkeit einen höheren Bildungsweg zu beschreiten, nur eingeschränkt repräsentativ für ihre Altersgruppe. Zwar besuchen in der Provinz Western Cape 87.7% aller Kinder die Schule (90.6% in Südafrika insgesamt), aber nur 9.1% der über 20jährigen in ganz Südafrika erreichen einen höheren Bildungsabschluss als das Abitur. Unter diesen 9.1% gehört die Mehrheit zur weißen Bevölkerung (31.0%), 16.6% sind indischer oder asiatischer Herkunft und nur jeweils 5.6% sind schwarz oder farbig. Dabei hat die Provinz Western Cape (4.8%), nach Gauteng (5.8%), landesweit (2.7%) die höchste Anzahl an jungen Menschen, die eine Universität besuchen (Statistics South Africa, 2007).

Auch die Tatsache, dass es sich ausschließlich um Psychologiestudenten handelt stellt eine Einschränkung dar. Mögliche Bias in diesem Zusammenhang könnten sich aus der Motivation dieses Fach zu studieren oder dem besonderen Interesse an diesem Fachbereich, ergeben.

- Überlegungen zur Größe

Die Stichprobe war mit 184 Studentinnen relativ klein, so dass die Ergebnisse nur richtungsweisend sein können.

## **2.5 Durchführung**

Vor der Durchführung der Studie wurde im Oktober 2009 von den Forschungsleitern Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow und Umesh Bawa die Erlaubnis der Ethikkommission des Forschungszentrums der University of the Western Cape eingeholt. Dafür wurde ein offizieller Antrag gestellt, der sowohl vom Fakultätsvorstand als auch der Kommission für Ethik und Forschung genehmigt wurde.

Den Studierenden wurde nach einer Vorlesung auf dem Campusgelände ausführlich Inhalt und Zweck der Studie erläutert und der Fragebogen wurde von fünf Assistenten (Angestellte des Institutes für Psychologie der Universität) ausgehändigt. Sie standen den Teilnehmern und Teilnehmerinnen für Verständnisfragen oder bei Auftreten von persönlichen Schwierigkeiten für Gespräche während und nach der Durchführung der Studie zur Verfügung. Jeder der teilnehmenden Studenten und Studentinnen hat in dem Hörsaal den Fragebogen selbstständig ausgefüllt und danach an die Assistenten zurückgegeben. Das Ausfüllen dauerte ca. 45 Minuten.

## **2.6 Auswertung**

Die statistisch deskriptive Auswertung der Studie erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Version 18. Die Dateneingabe wurde zweimal kontrolliert.

Im Folgenden werden aus Übersichtsgründen ausschließlich die Begriffe *Eltern*, bzw. *Mutter* und *Vater* verwendet. Damit sind sowohl die leiblichen Eltern, als auch Stiefeltern oder neue/r Lebenspartner/in des jeweiligen Elternteils gemeint.

Ebenfalls aus Übersichtsgründen, wird im folgenden nur noch von *Studentinnen* die Rede sein, da 2/3 der Befragten weiblich sind; dennoch beziehen sich die entsprechenden Aussagen auf die gesamte Stichprobe.

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1 Stichprobenbeschreibung und Störvariablen**

204 Studenten waren aufgefordert, an der Studie teilzunehmen. Von denen verweigerten vier die Teilnahme und 16 Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt. Demnach ergab sich ein Gesamt-N von 184 Fragebögen, die für die Auswertung verwendet werden konnten (Rücklaufquote: 90,2 %).

##### **Alter**

59.7% (n=108) der befragten Studentinnen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Alter zwischen 20 und 25 Jahren. Dementsprechend waren sie 1994, als das Apartheidsregime beendet wurde, zwischen 5 und 10 Jahre alt. 21% (n=38) waren unter 20 Jahren, das heißt 1994 unter 5 Jahren und 19.5% (n=36) waren älter als 25 (1994: >10 Jahre).

##### **Geschlecht**

75.5% (n=139) der Studienteilnehmerinnen waren weiblich, 24.5% (n=45) männlich.

##### **Religion**

82% (n=150) der teilnehmenden Studentinnen fühlten sich dem Christentum zugehörig, 15.3% (n=28) dem Islam. Der übrige Teil (2.7%; n=5) bezeichnete sich selbst als Atheist oder anderen Glaubensgemeinschaften angehörig (z.B. Zeugen Jehovas).

##### **Ethnische Herkunft**

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der ethnischen Herkunft in der Gruppe der befragten Studentinnen. 60.4% (n=110) gehören zur Gruppe der *Coloureds*, was zum einen ungefähr dem Anteil dieser Bevölkerungsgruppe in der Provinz Western Cape entspricht (siehe 1.1),

zum anderen aber vor allem auch das studentische Profil der University of the Western Cape (UWC) widerspiegelt (siehe 2.4).

Der nächst größere Teil der Stichprobe (18.1%; n=33) zählt sich zu dem Volk der *Xhosa*. Dies ist eines der schwarzafrikanischen Stammesvölker, die sprachlich zu den Bantu zählen und heute vor allem in der Provinz Eastern Cape angesiedelt sind.

Die Herkunft der *Cape Malay* (Kapmaleien) ist auf muslimische, malaiische Sklaven zurückzuführen. Sie wurden während der Apartheid zu den *Coloureds* gezählt und unterscheiden sich von diesen im Wesentlichen nur durch ihre Religion, den Islam.

**Tabelle 1: Vorkommen der einzelnen ethnischen Gruppen**

<i>Ethnie</i>	%	<i>n</i>
Xhosa	18.1	33
Coloured	60.4	110
White	1.6	3
Cape Malay	4.4	8
Black	1.6	3
Indian	3.8	7
Other	10.1	16

(N=182)

## **Familie**

Die Mehrheit der Befragten ist mit 4-6 Personen im Haushalt aufgewachsen. Die meisten Studentinnen haben 1-3 leibliche Geschwister (69.6%; n=128). 21.2% (n=39) haben mehr als drei Geschwister und 7.6% (n=14) gaben an, keine Geschwister zu haben. Etwa ein Viertel der Studentinnen (26.1%; n=48) gaben an, bei anderen Verwandten (Großeltern, Geschwistern, Onkel/Tanten) oder mit nur einem Elternteil aufgewachsen zu sein, im letzteren Fall meistens nur mit der leiblichen Mutter (62.5%; n=30). Somit spielen als Betreuungspersonen neben den Eltern insbesondere auch die Großeltern eine wesentliche Rolle in der Kindheit vieler Studentinnen (Tabelle 3).



**Tabelle 2: Menschen, die während der Kindheit mit im Haushalt lebten**

	<i>%</i>	<i>n</i>
Mother	90	165
Father	70.1	129
Stepmother/Stepfather	8.2	15
Sister/Brother	83.2	153
Half siblings	13.6	25
Grandmother/Grandfather	26.1	48
Aunt/Uncle	17.9	33
Cousins	25	46
Friends	3.8	7
Other	6	12

N=184

**Tabelle 3: Hauptbetreuungsperson während der Kindheit**

	<i>%</i>	<i>n</i>
Parents	70.8	119
Grandparents	17.9	30
Siblings	3	5
Aunt/Uncle	3	5
Neighbours	1.2	2
Friends of the Family	1.2	2
Nobody	2.4	4

N = 167

## **Sozioökonomischer Status**

Ihren sozioökonomischen Status schätzten die meisten Studentinnen als durchschnittlich ein, und zwar im Einzelnen in Bezug auf Nahrung (67.4%; n=124), Wohnverhältnisse (64.7%; n=119), Kleidung (68.5%, n=126) und Einkommen (68.5; n=126). Von den Verbleibenden bezeichneten sich die meisten eher als reich (z.B. in Bezug auf die Wohnverhältnisse 23.4%; n=43 und Nahrung 20.1%; n=37). Nur sehr wenige Studentinnen gaben an, ihr sozioökonomischer Status sei als sehr reich, arm oder sehr arm zu bezeichnen. Die Mehrheit der Väter (64.7%; n=119) und auch der Mütter (52.7%; n=97) sind dauerhaft einer beruflichen Beschäftigung nachgegangen.

88.0% (n=162) der Studentinnen gaben an, in festen Behausungen, wie einem Haus, Doppelhaus oder in einer Wohnung aufgewachsen zu sein. 12.0% (n=26) wuchsen in informellen Behausungen, wie zum Beispiel Wellblechhütten, Zelten oder traditionellen Behausungen auf.

Der überwiegende Teil der Studentinnen hatte in ihren Behausungen Strom (94%; n=172) und fließendes Wasser (78%; n=143), sowie Zugang zu Trinkwasser (82%, n=150) und adäquaten sanitären Anlagen (85%; n=156). Die meisten Studentinnen 69.3% (n=124) leben auch heute noch bei der eigenen Familie.

## **Störvariable: Potentiell traumatische Lebensereignisse**

Die folgende Tabelle 4 zeigt die Prävalenz von potentiell traumatisierenden Ereignissen, die die Studentinnen in ihrem bisherigen Leben schon einmal selbst erlebt oder bezeugt haben und welche möglicherweise Ursache psychopathologischer Folgen wie der Depression oder Posttraumatische Belastungsstörung sein können. 80.4% (n=148) der Studentinnen erlebten in ihrem bisherigen Leben schon mindestens eines der in Tabelle 4 aufgeführten traumatischen Lebensereignisse. 13.6% (n=25) wurden *nur* Zeugen von mindestens einem dieser Ereignisse und 6.0% (n=11) bezeugten oder erlebten keines dieser Ereignisse.

**Tabelle 4: Potentiell traumatisierende Lebensereignisse, die bezeugt und/oder selbst erlebt wurden**

<i>Event</i>	<i>witnessed it</i> % (n)	<i>happened to me</i> % (n)	<i>N</i>
Natural disaster	8.9 (16)	3.4 (6)	179
Fire or Explosion	22.3 (40)	6.2(11)	179
Life-threatening transport accident	30.8 (55)	23.6 (42)	179
Serious accident at work, home or when playing sport or having fun	27.0 (48)	18.0 (32)	178
Physical assault	30.4 (55)	31.6 (57)	181
Assaulted with a weapon	24.0 (43)	23.0 (41)	179
Sexual assault	6.2 (11)	12.0 (21)	176
Other unwanted or uncomfortable sexual experiences	6.4 (11)	16.8 (29)	173
Exposure to a war-zone	1.8 (3)	0.6 (1)	161
Captivity	2.4 (4)	3.0 (5)	168
Life-threatening illness or injury	32.9 (58)	12.0 (21)	176
Exposure to sudden or violent death	13.9 (24)	11.0 (19)	172
Sudden, unexpected death of someone close to you	18.0 (31)	56.1 (97)	173
Serious injury, harm or death you caused to someone else	18.1 (27)	8.8 (13)	149
As a child – badly beaten by your parent or the people who raised you	12.7 (20)	11.6 (18)	154
Badly beaten by a spouse or a partner	16.4 (25)	5.9 (9)	153
Another life-threatening experience not mentioned here	9.5 (13)	10.9 (15)	137

Fragt man die Studentinnen, welches der bisher erlebten traumatischen Ereignisse aus ihrer Sicht das schlimmste war, sehen die Antworten folgendermaßen aus:

**Tabelle 5: Schlimmstes bisheriges Erlebnis**

<i>N=162</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
▪ Death of a close person	48.8	79
▪ Domestic violence	11.7	19
▪ I didn't experience a traumatic event in my life at all	11.7	19
▪ Life threatening illness	7.4	12
▪ Other	7.4	12
▪ Serious accident	6.8	11
▪ Community violence	6.2	10

Entsprechend der Häufigkeit des Erlebens des plötzlichen Todes einer nahe stehenden Person, die aus Tabelle 4 deutlich wird, ist dies auch das Erlebnis, welches mit Abstand von den meisten Studentinnen als besonders traumatisch erlebt wird. Häusliche Gewalt steht mit 11.4% bei den Studentinnen an zweiter Stelle, der besonders schlimmen empfundenen Erlebnisse.

### **Störvariable: Soziale Unterstützung**

Die soziale Unterstützung wurde anhand des *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* erhoben. Die Studenten wurden befragt, inwiefern sie sich in der heutigen Lebenssituation, sowie während der Kindheit jeweils von Familie, Freunden oder anderen bestimmten Personen emotional unterstützt und gefördert fühlen bzw. gefühlt haben.

#### *Soziale Unterstützung während der Kindheit*

Während der Kindheit haben sich 69.6% (n=126) der befragten Studenten von ihrer Familie ausreichend unterstützt gefühlt. 73.2% (n=134) hatten eine bestimmte Person von der sie sich unterstützt gefühlt haben und 63.6% (n=117) der Studentinnen fühlten sich von ihren Freunden unterstützt.

### *Soziale Unterstützung in der heutigen Lebenssituation*

In der heutigen Lebenssituation fühlten sich 73.6% (n=134) der Befragten ausreichend unterstützt von ihrer Familie, 82.5% (n=151) von einer anderen bestimmten Person und 68.1% (n=124) von ihren Freunden.

### *Ohne soziale Unterstützung*

Ohne ausreichende Unterstützung von Familie, Freunden oder anderen bestimmten Personen fühlten sich

- in der Kindheit: 16,7% (n=30)
- in der aktuellen Lebenssituation: 9,5% (n=17)
- weder in der Kindheit noch in der heutigen Lebenssituation: 7,4% (n=13)

## **3.2 Häusliche Gewalt**

### **Bezeugte Gewalt, ausgeübt vom Vater gegenüber der Mutter**

- 36.5% (n=66) haben erlebt, wie die Mutter gestoßen, geschlagen oder etwas nach ihr geworfen wurde.
- 19.3% (n=35) erlebten, wie die Mutter getreten, gebissen oder mit der Faust oder einem harten Gegenstand geschlagen wurde.
- 15.2% (n=29) bezeugten, wie der Vater auf ihre Mutter über einen Zeitraum von mindestens einigen Minuten eingeschlagen hat.
- 10.5% (n=19) erlebten, dass die Mutter mit einem Messer oder einer Schusswaffe bedroht bzw. verletzt wurde.

### **Bezeugte Gewalt, ausgeübt von der Mutter gegenüber dem Vater**

- 27.5% (n=49) haben erlebt, wie der Vater gestoßen, geschlagen oder etwas nach ihm geworfen wurde.
- 13.5% (n=24) erlebten, wie der Vater ein-/zweimal bis sehr häufig getreten, gebissen und mit der Faust oder einem harten Gegenstand geschlagen wurde.
- 9.0% (n=16) bezeugten, wie die Mutter auf ihren Vater über einen Zeitraum von mindestens einigen Minuten eingeschlagen hat.

- 7.9% (n=14) erlebten, dass der Vater mit einem Messer oder einer Schusswaffe bedroht bzw. verletzt wurde.

### Am eigenen Leib erfahrene körperliche Gewalt

Insgesamt haben 59.8% der Studentinnen (n=107) häusliche Gewalt am eigenen Leib erfahren. Zum Beispiel in Form von Schlägen, Stößen oder nach ihnen geworfenen Gegenständen, 21.4% (n=39) von ihnen erlebten dies manchmal bis sehr häufig.

29.1% (n=52) wurden schon einmal so stark geschlagen, dass daraus Narben oder Verletzungen entstanden sind, 16.8% (n=30) von ihnen geschah dies manchmal bis sehr häufig. 35.7% (n=65) der Studentinnen gaben an, als Kind oder Jugendliche mit einem Gegenstand, wie zum Beispiel einem Stock oder Gürtel misshandelt worden zu sein.

### 3.3 Depression

Dem M.I.N.I.-KID Test zufolge erfüllten 36.6% (n=67; 95%-KI=30.0 bis 44.0) die Kriterien für die Diagnose einer Depression (MDE = Major Depressive Episode). Weitere 9.3% (n=17) erfüllten zumindest die Hauptkriterien (depressive Stimmungseinengung und Antriebsminderung).

**Tabelle 6: Major Depressive Episode (M.I.N.I.-KID)**

<b>How have you been feeling?</b>		
<b>In the past two weeks:</b>	<b>No</b>	<b>Yes</b>
	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>
Have you felt sad or depressed? Felt down or empty? Felt grouchy or annoyed?	32.8 (60)	67.2 (123)
Have you been bored a lot or much less interested in things? Have you felt that you couldn't enjoy things?	59.0 (108)	41.0 (75)
Were you less hungry or more hungry most days? Did you lose or gain weight without trying?	60.8 (110)	39.2 (71)
Did you have trouble sleeping almost every night?	62.2 (112)	37.8 (68)

Did you talk or move slower than usual? Were you fidgety, restless or couldn't sit still?	76.8 (139)	23.2 (42)
Did you feel tired most of the time?	44.2 (80)	55.8 (101)
Did you feel bad about yourself most of the time? Did you feel guilty most of the time?	66.9 (121)	33.1 (60)
Did you have trouble paying attention? Did you have trouble making up your mind?	59.1 (107)	40.9 (74)
Did you feel so bad that you wished you were dead? Did you think about hurting yourself? Did you have thoughts of death? Did you think about killing yourself?	81.1 (146)	18.9 (34)

### 3.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Kriterien für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten 8.8% (n=16) der Studentinnen, subsyndromal weitere 3.8% (n=7).

**Tabelle 7: Posttraumatic Stress Disorder (M.I.N.I.-KID)**

	No % (n)	Yes % (n)
Have you ever experienced or witnessed or had to deal with an extremely traumatic event that included actual or threatened death or serious injury to you or somebody else?	55.5 (101)	44.0 (80)
Did you respond with intense fear, feel helpless or horror?	57.2 (99)	42.8 (74)
In the past month, have you re-experienced the event in a distressing way or did you have intense distress when you were exposed to a similar event?	81.0 (145)	19.0 (34)
In the past month:		
Have you avoided thinking or talking about the event?	70.9 (127)	29.1 (52)
Have you avoided activities, places or people that reminded you of the event?	74.0 (131)	26.0 (46)
Have you had trouble recalling some important part of what happened?	80.2 (142)	19.8 (35)

Have you been much less interested in hobbies or social activities?	79.5 (140)	20.5 (36)
Have you felt detached or estranged from others?	76.4 (136)	23.6 (42)
Have you noticed that your feelings are numbed?	78.0 (138)	22.0 (39)
Have you felt that your life will be shortened or that you will die sooner than other people?	79.1 (140)	20.9 (37)
<hr/>		
Have you felt difficulty sleeping	61.3 (111)	38.7 (70)
Were you especially irritable or did you have outburst of anger?	58.6 (106)	41.4 (75)
Have you had difficulty concentrating?	63.0 (114)	37.0 (67)
Were you nervous or constantly on your guard?	71.3 (129)	28.7 (52)
Were you easily startled?	76.2 (138)	23.8 (43)
During the past month, have these problems significantly interfered with your work, school or social activities, or caused significant distress?	71.9 (128)	28.1 (50)

### 3.5 Prüfung der Hypothesen

#### 3.5.1 Hypothese I: Prävalenz häuslicher Gewalt

Insgesamt haben 67.2% (n=123; 95%-KI=60.2; 73.8) der Studentinnen häusliche Gewalt erfahren, d.h. körperliche Gewalt zwischen den Eltern erlebt und/oder am eigenen Leib erfahren. Die Variable *häusliche Gewalt* wurde gebildet, indem die acht Itemwerte der bezeugten häuslichen Gewalt mit den drei Itemwerten der am eigenen Körper erfahrenen Gewalt durch die Eltern, ungewichtet addiert wurden (Cronbachs Alpha = 0.80). Der sich ergebende Score definiert, dass häusliche Gewalt bezeugt oder am eigenen Leib erfahren wurde oder aber beides.



### 3.5.2 Hypothese II: Bezeugte und selbst erlebte häusliche Gewalt

Um den Zusammenhang zwischen bezeugter und am eigenen Leib erlebter häuslicher Gewalt zu untersuchen, wurde die Variable *bezeugte häusliche Gewalt* gebildet, indem die insgesamt acht Items zur Erhebung der bezeugten häuslichen Gewalt ungewichtet addiert wurden (Cronbachs Alpha = 0.81). Der resultierende Variablen score zeigte eine linkssteile Verteilung und wurde daher auf zwei verschiedene Arten dichotomisiert: Theoretisch und empirisch am Median. Für die theoretische Variante musste unter den acht Items mindestens einmal die Antwort *manchmal* oder zweimal die Antwort *once/twice* gegeben worden sein, um als bezeugte häusliche Gewalt gewertet zu werden.

Für die Hypothesenprüfung wurde zunächst die theoretische Dichotomisierung verwendet, während die empirisch hergeleitete nur für nachträgliche Sensitivitätsbetrachtungen eingesetzt wurde (vgl. Anhang, Tabelle 14). Zunächst wurden einfache 4-Felder-Tabellen inklusive dem Odds Ratio errechnet (Tabelle 8). Die Ergebnisse zeigen, dass diejenigen Studentinnen, die häusliche Gewalt zwischen den Eltern bezeugt haben auch häufiger selbst Opfer körperlicher Gewalt durch die Eltern wurden (32.4%). Das Odds Ratio ergibt in diesem Zusammenhang ein nahezu fünffach erhöhtes Risiko für diejenigen, die häusliche Gewalt bezeugt haben, auch selbst Opfer von Gewalt durch die Eltern zu werden (OR=4.90; 95%-KI=2.44;9.84).

**Tabelle 8: Vier-Felder-Tabelle zum Zusammenhang zwischen bezeugter und am eigenen Leib erlebter häuslicher Gewalt**

			bezeugte HG zw. den Eltern		
			nein	ja	
<b>Gewalt durch die Eltern am eigenen Leib erfahren</b>	<b>nein</b>	% (n)	32.4 (58)	7.8 (14)	40.2 (72)
	<b>ja</b>	% (n)	27.4 (49)	32.4 (58)	59.8 (107)
		% (n)	59.8 (107)	40.2 (72)	100 (179)

Anschließend wurde eine multiple logistische Regression durchgeführt, um den Einfluss möglicher Störvariablen zu kontrollieren. Drei mögliche Störvariablen wurden hierbei berücksichtigt: Anzahl der im Haushalt lebenden Erwachsenen, Geschlecht und Alter der Befragten (Tabelle 9). Die Ergebnisse zeigen, dass die bezeugte häusliche Gewalt trotz der Berücksichtigung dieser Störvariablen weiterhin ein etwa fünffach erhöhtes Risiko für die am eigenen Leib erfahrene Gewalt bedeutet. Keine der Störvariablen zeigte einen signifikanten Einfluss.

**Tabelle 9: Logistische Regression zum Zusammenhang zwischen bezeugter und am eigenen Leib erfahrener häuslicher Gewalt unter Kontrolle von Störvariablen**

Variablen	B	Wald	OR	95%-KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
bezeugte häusliche Gewalt (n/j)	1.642	19.954	5.165	2.513	10.617
Anzahl Erwachsene im Haushalt	-0.058	0.078	0.934	0.627	1.420
Geschlecht (m/w)	-0.148	1.363	0.862	0.672	1.106
Alter in 5-Jahres-Klassen	-0.144	0.136	0.866	0.402	1.862
Konstante	0.526	0.338	1.692		

N=185, Nagelkerkes  $R^2 = 0.17$

Bei der Sensitivitätsanalyse mit der empirischen Falldefinition von häuslicher Gewalt, veränderte sich das Ergebnis kaum. Das Odds Ratio verringerte sich geringfügig, blieb jedoch signifikant (vgl. Anhang, Tabelle 14).

### 3.5.3 Hypothese III: Häusliche Gewalt und Depression

Um zu untersuchen, ob diejenigen Studentinnen die häusliche Gewalt erfahren haben auch häufiger an einer Depression erkranken als diejenigen, die keine häusliche Gewalt erfuhren, wurde zunächst eine Kreuztabelle erstellt (Tabelle 10). Die hierfür verwendete Variable *häusliche Gewalt* entspricht der, die schon für die *Hypothese I* gebildet wurde. Es zeigte sich,

dass häusliche Gewalt das Risiko an einer Depression zu erkranken in etwa verdoppelt (OR = 2.20; 95% KI = 1.11 bis 4.36).

**Tabelle 10: Vier-Felder-Tabelle zum Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Depression**

		keine HG	HG	
<b>keine MDE</b>	% (n)	24.6 (45)	38.8 (71)	63.4 (116)
<b>MDE</b>	% (n)	8.2 (15)	28.4 (52)	36.6 (67)
	% (n)	32.8 (60)	67.2 (123)	100 (183)

Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Depression mit Hilfe einer multiplen logistischen Regression untersucht, um den Einfluss störender Drittvariablen zu kontrollieren (Tabelle 11). Fünf mögliche Störvariablen wurden in die Berechnung mit einbezogen: Geschlecht, die Berufstätigkeit der Eltern, andere erlebte potentiell traumatische Ereignisse und die subjektiv empfundene soziale Unterstützung während der Kindheit. Die dichotome Variable *traumatische Erlebnisse* wurde gebildet, indem mindestens ein potentiell traumatisches Ereignis erlebt worden sein musste (LEC, Tabelle 4). Die Fragen zu häuslicher Gewalt („*As a child – badly beaten by your partner or the people who raised you*“; „*Badly beaten by a spouse or a partner*“) blieben ausgenommen, um eine Variablenkonfusion zu vermeiden. Für die Variable *soziale Unterstützung* wurden die zwölf Itemwerte ungewichtet addiert (Cronbachs Alpha = 0.94) und mit Hilfe des cut-off scores dichotomisiert. Es reichte aus, sich in einem der drei Bereiche in der Kindheit unterstützt gefühlt zu haben (cut-off = 19). Die Ergebnisse zeigen, dass sich zwar das OR für häusliche Gewalt im Vergleich zur unadjustierten Analyse kaum ändert, jedoch seine Signifikanz verliert. Hingegen scheinen die Störvariablen *Geschlecht* und *traumatische Erlebnisse* einen signifikanten Einfluss zu haben.

**Tabelle 11: Logistische Regression für Depression**

Variablen	B	Wald	OR	95% KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	0.615	2.658	1.850	0.883	3.874
Geschlecht (m/w)	0.969	5.188	2.635	1.145	6.064
Eltern berufstätig (n/j)	-0.291	1.793	0.748	0.488	1.144
traumatische Erlebnisse (n/j)	0.243	6.977	1.275	1.065	1.527
soziale Unterstützung (n/j)	-0.389	1.347	0.678	0.351	1.307
Konstante	-2.066	3.429	0.127		

N=185, Nagelkerkes  $R^2 = 0.16$

Außerdem wurde die Variable *traumatische Erlebnisse* verändert, indem zwei Items entfernt wurden, nämlich *physical assault* und *sudden, unexpected death of someone close to you*. In einem ersten Schritt wurde zunächst nur das Item *physical assault* aus der Variable ausgeschlossen. Es hätte möglicherweise im Sinne einer Variablenkonfusion Einfluss nehmen können, was sich im Ergebnis jedoch nicht entsprechend abbildet (vgl. Anhang, Tabelle 15). Stattdessen behalten die Variablen *Geschlecht* und *traumatische Erlebnisse* ihren signifikanten Einfluss, während *häusliche Gewalt* nicht signifikant bleibt. Das Item *sudden, unexpected death of someone close to you* war das am häufigsten erlebte traumatische Ereignis (vgl. Anhang, Tabelle 4) und auch dasjenige, welches subjektiv das schlimmste erlebte Ereignis empfunden wurde (vgl. Anhang, Tabelle 5). In einem weiteren Schritt wurde also auch dieses Item entfernt um möglicherweise dessen entscheidenden Einfluss beweisen zu können. Auch dies zeigte jedoch keine nennenswerte Änderung der Ergebnisse (vgl. Anhang, Tabelle 16). Für die Sensitivitätsprüfung wurde zusätzlich zu der dichotomen Variable eine metrische Skala für Depression erstellt (Cronbachs Alpha = 0.84; M = 3.57; SD = 2.81; V = 7.90) und im Folgenden damit eine Lineare Regression gerechnet. Es zeigte sich, dass die Variable *Traumatische Erlebnisse* einen signifikanten, *Häusliche Gewalt* einen sehr signifikanten und *Geschlecht* einen hoch signifikanten Einfluss auf den Ausprägungsgrad der Depressivität hatte (vgl. Anhang, Tabelle 17).

### 3.5.4 Hypothese IV: Häusliche Gewalt und PTSD

Um zu untersuchen, ob diejenigen Studentinnen die häusliche Gewalt erfahren haben auch häufiger an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkranken als diejenigen, die keine häusliche Gewalt erfahren haben, wurde zunächst erneut eine Kreuztabelle erstellt (Tabelle 12). Die hierfür verwendete Variable *häusliche Gewalt* entspricht der, die schon für die *Hypothese I* und *III* verwendet wurde. Es zeigte sich, dass häusliche Gewalt das Risiko an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken in etwa verdoppelt, das Konfidenzintervall indiziert jedoch, dass dies nicht als signifikant angesehen werden kann (OR = 2.27; 95% KI = 0.62 bis 8.28).

**Tabelle 12: Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und PTSD**

		keine HG	HG	
<b>keine PTSD</b>	% (n)	31.3 (57)	59.9 (109)	91.2 (116)
<b>PTSD</b>	% (n)	1.6 (3)	7.1 (13)	8.8 (16)
	% (n)	33.0 (60)	67.0 (122)	100 (182)

Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Posttraumatischer Belastungsstörung mit Hilfe einer multiplen logistischen Regression untersucht, um den Einfluss störender Drittvariablen zu kontrollieren (Tabelle 13). Die Störvariablen, die dabei berücksichtigt wurden, entsprechen denen die schon für die Prüfung der *Hypothese III* verwendet wurden: Geschlecht, die Berufstätigkeit der Eltern, andere erlebte potentiell traumatische Ereignisse und die subjektiv empfundene soziale Unterstützung während der Kindheit. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das OR für häusliche Gewalt im Vergleich zur unadjustierten Analyse verringert und nicht signifikant bleibt (Tabelle 13). Wie schon bei der *Hypothese III*, wird jedoch die Störvariable *traumatische Erlebnisse* signifikant. Außer dieser wird keine weitere Störvariable signifikant. Entsprechende Änderungen der Variable *traumatische Erlebnisse*, wie sie schon bei der Prüfung der *Hypothese III* vorgenommen wurde, zeigten ebenfalls keinen Einfluss (vgl. Anhang, Tabelle 18 und 19).

**Tabelle 13: Logistische Regression für PTSD**

Variablen	B	Wald	OR	95% KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	0.482	0.463	1.619	0.404	6.490
Geschlecht (m/w)	0.745	1.027	2.106	0.499	8.889
Eltern berufstätig (n/j)	-0.043	0.013	0.958	0.464	1.980
traumatische Erlebnisse (n/j)	0.563	12.632	1.755	1.287	2.394
soziale Unterstützung (n/j)	0.512	0.798	1.669	0.542	5.136
Konstante	-6.378	8.380	0.002		

N=185, Nagelkerkes  $R^2=0.20$

Für die Sensitivitätsprüfung wurde zusätzlich zu der dichotomen Variable eine metrische Skala für Posttraumatische Belastungsstörung erstellt (Cronbachs Alpha = 0.90; M = 4.25; SD = 4.18; V = 17.45) und im Folgenden damit eine Lineare Regression gerechnet. Hier zeigte sich, dass nur die Variable *traumatische Erlebnisse* einen (hoch) signifikanten Einfluss auf den Ausprägungsgrad von posttraumatischem Stress hatte (vgl. Anhang, Tabelle 20).

## 4. Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

- *Hypothese I:* Insgesamt haben Zweidrittel der Studentinnen häusliche Gewalt zwischen den Eltern erlebt und/oder am eigenen Leib erfahren.
- *Hypothese II:* Diejenigen Studentinnen, die häusliche Gewalt zwischen den Eltern bezeugt haben, wurden auch häufiger selbst Opfer körperlicher Gewalt durch die Eltern (und zwar mit einem fünffach erhöhten Risiko).
- *Hypothese III:* Ob Studentinnen, die häusliche Gewalt erfahren haben, häufiger die Diagnosekriterien einer Depression erfüllen, als diejenigen, die keine häusliche Gewalt erlebten, konnte nicht sicher festgestellt werden.
- *Hypothese IV:* Studenten, die häusliche Gewalt erfahren haben, erfüllen nicht häufiger die Diagnosekriterien einer PTSD, als diejenigen, die keine häusliche Gewalt erlebten.

### 4.2 Diskussion der Einzelergebnisse

Der überwiegende Teil von 67.2% hat Gewalt gegen die Mutter, den Vater oder sich selbst erlebt, in den meisten Fällen jedoch, wurden sie Opfer aller drei Formen von häuslicher Gewalt. Somit konnte die *Hypothese I* bestätigt werden. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses sollte zusätzlich beachtet werden, dass 26.1% der Studentinnen angaben, nicht mit beiden Elternteilen (bzw. Stiefvater/-mutter oder neuem Partner/neuer Partnerin eines Elternteils) in einem gemeinsamen Haushalt dauerhaft zusammengelebt zu haben (vgl. 3.1). Somit treffen auf diesen Anteil der Studentinnen, die gestellten Fragen zur bezeugten Gewalt zwischen den Eltern nur bedingt zu und die tatsächliche Prävalenz könnte somit noch höher liegen.

Bei der untersuchten Stichprobe, handelt es sich um eine als relativ resilient einzuschätzende Populationsgruppe, denn es ist zu vermuten, dass diese jungen Menschen aus einigermaßen “funktionierenden“ Familienverhältnissen stammen, da sie ansonsten den Weg in die Universität nicht geschafft hätten. Zwar besuchen in der Provinz Western Cape 87.7% aller Kinder die Schule (90.6% in Südafrika insgesamt), aber nur 9.1% der über 20-jährigen in

ganz Südafrika erreichen einen höheren Bildungsabschluss als das Abitur und unter diesen 9.1% gehört die Mehrheit zur weißen Bevölkerung (Statistics South Africa, 2007). Die ersten neun Schuljahre sind in Südafrika verpflichtend und kostenfrei. Für viele Familien stellt der Besuch von weiterbildenden Schulen durch Schulgebühren und Kosten für Uniform und Transport oftmals ein unüberwindbares Hindernis dar. Vor diesem Hintergrund stellt die in der vorliegenden Studie untersuchte Gruppe von Studentinnen eine Minderheit dar.

Es existieren mehrere, kontrovers diskutierte Risikofaktoren für häusliche Gewalt, die oftmals nicht einheitlich für alle Populationen anwendbar sind. Einer dieser potentiellen Risikofaktoren ist ein niedriger sozioökonomischer Status (Jewkes et al., 2006; Koenig et al., 2006). Armut und Arbeitslosigkeit sind somit Einflussfaktoren, die den Stress und das potentielle Konfliktrisiko innerhalb einer Familie erhöhen können. Der sozioökonomische Status der hier untersuchten Stichprobe ist ungefähr als mittelständig einzustufen. Die wohnliche Situation, Beschäftigungsrate der Eltern und die Tatsache, dass es sich um Studenten handelt, deutet nicht unbedingt auf Wohlstand, jedoch auf eine relativ stabile finanzielle Situation hin. Entscheidender als der sozioökonomische Status könnten jedoch andere Einflussfaktoren, wie die gesellschaftliche Akzeptanz von Gewalt als Mittel zur Konfliktbewältigung sein. Jewkes et al. benannte in ihrer Querschnittsstudie zu Risikofaktoren für häusliche Gewalt in Südafrika, zwei wesentliche Faktoren, welche die Basis bzw. sogar die Voraussetzung für häusliche Gewalt seien. Diese Faktoren sind zum einen die ungleiche Position der Frau im Vergleich zum Mann und zum anderen die Akzeptanz gewisser Formen von zwischenmenschlicher Gewalt innerhalb einer Gesellschaft (Jewkes et al., 2002). Es wird argumentiert, dass in Gesellschaften, in denen Gewalt generell verbreiteter ist, diese Gewalt auch häufiger Einzug in den häuslichen Bereich findet. Studien, die in (ehemaligen) Kriegsregionen wie Sri Lanka oder Uganda durchgeführt wurden, stützen diese These (Catani et al., 2008; Klasen, 2009). Ein Krieg ist ein weit reichender Konflikt, der in vielerlei Hinsicht Einfluss auf jedes individuelle Leben nimmt, aber gleichzeitig auch Gewalt zum politisch akzeptierten Mittel macht. Südafrika hat in dem Sinne keinen Krieg erlebt, war aber dennoch über Jahrzehnte in einem System von politisch legitimer Gewalt und Diskriminierung verhaftet. Körperliche Gewalt ist historisch tief verwoben in der Art und Weise, wie Macht in Südafrikas Gesellschaft erlangt und erweitert wurde. Das autoritäre System der Apartheid basierte ideologisch unter anderem auf der Annahme, dass Disziplin mit Bestrafung erreicht werden kann. Körperliche Gewalt wurde so zur Basis auf der sich das



patriarchische, rassistische und autoritäre System der Apartheid etablieren und sich auch in der Psyche vieler südafrikanischer Bürger verwurzeln konnte. Vor dem historischen Hintergrund des Landes, ist die in dieser Studie untersuchte Gruppe von Studentinnen in Bezug auf ihr Alter besonders interessant. Nahezu 60% sind heute im Alter zwischen 20 und 25 Jahren. Es handelt sich also um junge Menschen, die noch in die Zeit der Apartheid hineingeboren wurden, die folgenden Jahre der Neustrukturierung des Landes miterlebt haben und heute in einem Alter sind, in dem sie auf diese Zeit reflektiert zurück blicken können.

Die *Hypothese II* konnte ebenfalls bestätigt werden: Die meisten Studentinnen, erlebten nicht “nur indirekt“ häusliche Gewalt durch Bezeugen, sondern wurden auch selbst von ihren Eltern misshandelt. Bemerkenswert ist dabei der verschwindend geringe Anteil von nur 7.8% der Studentinnen, die häusliche Gewalt in Form von Misshandlungen zwischen den Eltern erlebt haben, aber selbst nicht zum direkten Gewaltopfer derer wurden. Wie schon am Anfang dieser Diskussion erwähnt, ist auch hier zu beachten, dass 26.1% der Studentinnen angaben, nicht mit beiden Elternteilen in einem gemeinsamen Haushalt dauerhaft zusammengelebt zu haben. Das Ergebnis der zweiten Hypothese hat auch Bedeutung für die bisher durchgeführten Studien, die häusliche Gewalt in Partnerschaften (“intimate partner violence“) zum Inhalt hatten, aber die Mitbetroffenheit und den Einfluss jener Gewalt auf die Kinder dieser Paare häufig missachtet haben (WHO, 2005; Jewkes et al., 2002; Mathews & Abrahams; Artz, 2006). Dabei liegt es auf der Hand, dass Kinder, die Gewalt zwischen den Eltern erleben von entsprechenden Ereignissen geprägt werden und diese Form der möglichen Traumatisierung ebenso zur Ausprägung psychischer Symptome führen kann (Osofsky, 1995). Insbesondere im Hinblick auf die oftmals sehr kindereichen Familien in Südafrika, ist die Einbeziehung dieser besonders verletzbaren Familienmitglieder in zukünftigen Studien geradezu verpflichtend. Zudem haben die erwähnten Studien von Abrahams & Jewkes, 2005 und Kaminer et al., 2008 gezeigt, welche weitreichenden Folgen das Erleben von häuslicher Gewalt haben kann. Es scheint ein transgenerationales Problem zu sein, welches nicht nur für die psychische Gesundheit der südafrikanischen Bevölkerung eine wichtige Rolle zu spielen scheint. Auch im Hinblick auf die extrem hohen Kriminalitätsraten mit denen das Land zu kämpfen hat, sollte das Ausmaß der häuslichen Gewalt als ernstzunehmendes Problem anerkannt werden.

Ein erstaunlich großer Teil der Studienteilnehmerinnen, die in der Kindheit am eigenen Leib Gewalt durch die Eltern erfahren haben, erlebte jedoch keine gewalttätigen Konflikte zwischen den Eltern. Dieses Ergebnis unterstützt die Theorie, dass es sich bei der Anwendung von Gewalt, nach Meinung der Eltern, oft um (“notwendige“) erzieherische Maßnahmen handelt und es dabei nicht immer um Familien mit einem generell hohen Gewaltpotential geht (Dawes et al., 2005). Diesem Ergebnis schließt sich die Frage nach körperlicher Züchtigung als eine angemessene Erziehungsmethode an, welche zwar immerhin 42.1% der Studentinnen mit “ja“ beantworteten (vgl. Anhang Tabelle 21). Körperliche Züchtigung war in diesen Fragen in Bezug auf die ausübende Person nicht näher umschrieben und kann sich daher auf die Eltern, andere Familienmitglieder und auch Lehrer beziehen. Erst 1996 verbot der *South African Schools Act* die körperliche Züchtigung in Schulen. Diese Bestimmung folgte kurz nachdem Südafrika die UN-Kinderrechtskonvention (*Convention on the Rights of the Child, CRC*) unterschrieb. Zuvor war ein Lehrer dazu befugt gewesen einen Schüler körperlich zu misshandeln. Während Erwachsene mit Gewalt die Machtverhältnisse gegenüber Kindern verdeutlichen, lernen diese unfreiwillig, welche Position sie in der Gesellschaft haben und bekommen eine Vorstellung von Macht und Recht, sowie dem Gebrauch von Gewalt als Mittel zur Lösung von Problemen. Nach dem Verbot ist die Anwendung von Gewalt in Schulen dennoch bis heute keine Ausnahme im Alltag vieler Schüler. Den Lehrerinnen und Lehrern wurde dieses Verbot zwar auferlegt, aber oft fehlt es ihnen an Wissen um alternative Methoden zur Disziplinierung ihrer überfüllten Klassen. Zudem sehen Lehrer, wie auch die Eltern oft nicht die negativen Konsequenzen in der Ausübung von Gewalt gegenüber ihren Schutzbefohlenen. Die allgemeine Überzeugung, dass Gewalt in der Erziehung sinnvoll oder gar notwendig ist, hält sich hartnäckig in Südafrikas Gesellschaft (Dawes et al., 2005). Dies zeigt erneut auch die Befragung der Studentinnen, denn 41.8% derjenigen, die nach eigenen Angaben körperliche Züchtigung in ihrer Kindheit erfahren haben, sind der Meinung, dass diese Erfahrungen einen positiven Einfluss auf ihr Leben hatten. Nur 9.6% behaupteten es hätte einen negativen und 15.3% machten die Aussage, diese Erfahrungen hätten gar keinen Einfluss auf ihr Leben gehabt (vgl. Anhang Tabelle 21). Es zeigt sich also insgesamt eine gewisse Ambivalenz in der Meinung der Studentinnen, aber deutlich werden auch positive Assoziationen und eine relativ unkritische Meinung zum Thema Gewalt als Erziehungsmethode.

Die *Hypothese III* konnte nicht eindeutig bestätigt werden. Diejenigen Studentinnen, die häusliche Gewalt erlebten (28.4%), erkrankten zwar scheinbar häufiger an einer Depression, als solche Studentinnen, die keine häusliche Gewalt erlebten (8.2%). In der Sensitivitätsprüfung mit Hilfe der logistischen Regressionsanalyse verlor der Einfluss häuslicher Gewalt jedoch seine Signifikanz. Das heißt, die in der Stichprobe erhobenen Ergebnisse sind nicht mit Bestimmtheit auf die Gesamtpopulation übertragbar. Die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse deuten jedoch darauf hin, dass dennoch ein Zusammenhang besteht, denn häusliche Gewalt hatte in dieser Berechnung einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der Depressivität. Die *Hypothese IV*, nämlich die Frage, ob das Erleben von häuslicher Gewalt das Risiko an einer PTSD zu erkranken erhöht, kann nicht bestätigt werden. Der Anteil derjenigen, die an PTSD erkranken und häusliche Gewalt erfahren haben ist zwar höher (7.1%), als derjenigen, die keine häusliche Gewalt erfahren haben (1.6%), der Einfluss der häuslichen Gewalt kann jedoch anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht als signifikant bestätigt werden.

Der Anteil von 36.6%, der die Diagnosekriterien einer Major Depressive Episode (MDE) erfüllt, ist in dieser Stichprobe bemerkenswert hoch. Vor dem Hintergrund der, ebenfalls in dieser Studie gefundenen, hohen Prävalenz von Gewalt innerhalb der Familien und der allgemein hohen Rate an Gewalt und Kriminalität in Südafrikas Gesellschaft, erscheinen die Zahlen nachvollziehbar. Betrachtet man jedoch die ausgewählte Untersuchungsgruppe, die wie oben beschrieben, als vergleichsweise resilient einzuschätzen ist, überraschen diese Ergebnisse dennoch. Der Anteil derjenigen, die die DSM-IV-Diagnosekriterien für PTSD erfüllen, ist mit 8.8% deutlich geringer als der Anteil derjenigen, die an Depression erkrankt sind. Eine mögliche Erklärung für die deutlich höhere Prävalenz der Depression, könnte die, im Falle von häuslicher Gewalt, häufig über Jahre andauernde Form der Traumatisierung sein. Somit führt Gewalt im häuslichen Bereich eventuell insgesamt eher zu Gefühlen der Hilfslosigkeit, Perspektivlosigkeit sowie einem geringen Selbstwertgefühl, als das Symptome auftreten, die typischerweise mit einem einzeitigen Ereignis in Verbindung stehen und damit eher einer PTSD entsprechen würden. Eine weitere mögliche Erklärung könnte sein, dass die andauernde und wiederholte Form von Traumatisierung mit den aktuellen Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV nicht vollständig erfasst werden. In der internationalen Literatur werden Konzepte wie „Developmental Trauma Disorder“ oder „Complex PTSD“ diskutiert (van der Kolk et al., 2005). Der Begriff

Komplexe PTBS (engl. Complex PTSD) wurde erst 1992 durch die amerikanische Psychiaterin Judith Herman eingeführt und ist im deutschen Sprachraum bislang noch nicht vollständig etabliert (Herman, 1992). Im Unterschied zur Posttraumatischen Belastungsstörung ist dieses Krankheitsbild durch ein breites Spektrum kognitiver, affektiver und psychosozialer Beeinträchtigungen gekennzeichnet, die über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben. Diese Kategorie soll voraussichtlich in der nächsten Überarbeitung des DSM als „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ neu aufgenommen werden (van der Kolk et al., 2009). Obwohl bisher noch keine Messmethoden der komplexen PTBS für Kinder und Jugendliche existieren, sollten weitere Studien bestrebt sein, dieses neue Konzept zu integrieren.

Die Ergebnisse dieser Studie offenbaren zumindest einen vermuteten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Psychopathologie von Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung und dem Erleben von häuslicher Gewalt. Bestehen bleibt dabei die Frage nach einem genaueren Algorithmus zwischen Trauma und Psyche. Es gibt eine Reihe von internationalen und nationalen Studien, die bestätigen, dass Gewalterfahrungen im häuslichen Umfeld sowie im gesellschaftlichen Rahmen einen negativen Einfluss auf die Entwicklung von (heranwachsenden) Menschen haben (Abrahams & Jewkes, 2005; Kaminer et al., 2008; Williams et al., 2007; Ward et al., 2001; Singer et al., 1995; Suliman et al., 2009; Margolin & Gordis, 2004; McCord, 1983). Ebenso existieren Daten zur allgemein hohen Prävalenz von potentiell traumatischen Lebensereignissen in Südafrika (Seedat et al., 2009; Suliman et al., 2009). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stimmen mit diesen Daten überein, denn auch hier konnte eine hohe Belastung der Studentinnen durch das Erleben multipler traumatischer Lebensereignisse, wie beispielsweise den Verlust einer nahe stehenden Person, Körperverletzung oder die Misshandlung mit einer Waffe gezeigt werden. Es wird deutlich, dass viele Studentinnen bereits mehrere kritische Lebensereignisse erfahren haben und zwar sowohl im häuslichen Bereich als auch im gesellschaftlichen Kontext. Die Häufigkeit der erlebten traumatischen Ereignisse deckt sich also mit anderen Studien zu diesem Thema, welche in Südafrika teilweise von einem Lebenszeitrisiko eines traumatischen Erlebnisses von 75% sprechen (Williams et al., 2007). Die besonders hervorstechende Prävalenz des erlebten plötzlichen Todes einer nahe stehenden Person, ist vermutlich in Zusammenhang mit der hohen HIV/AIDS Rate und den vielen Verkehrstoten (39.7 pro 100000) des Landes, zu stellen (Seedat et al., 2009). Die Häufigkeit dieses Lebensereignisses korreliert auch mit dem

Ergebnis der Frage nach dem persönlich am schlimmsten empfundenen Ereignisses: Knapp 50% bezeichnen den Tod einer nahe stehenden Person, als das schlimmste Erlebnis in ihrem bisherigen Leben (vgl. Tabelle 4). Dies kann zum einen damit zusammenhängen, dass dieses Ereignis von den meisten Studentinnen persönlich erlebt wurde, zum anderen aber auch gesellschaftlich ein akzeptierter Grund für Leid ist. Am zweithäufigsten wird in diesem Zusammenhang die häusliche Gewalt genannt und damit deren bedeutsamer Einfluss von den Studentinnen bestätigt.

Emotionaler Rückhalt von bestimmten Personen, sowie das Vertrauen auf die Unterstützung von Familie und Freunden, kann für Opfer von Gewalt einen bedeutsamen Schutz darstellen. Trotz der dauerhaften Exposition hoher Stresslevel können mögliche Folgen der Traumatisierung mit sozialer Unterstützung abgemildert oder gar verhindert werden (Barbarin et al., 2001). Im umgekehrten Sinn kann die fehlende Unterstützung von nahe stehenden Personen einen Risikofaktor für die Entwicklung schwerwiegender psychopathologischer Folgen darstellen (Barbarin et al., 2001; Klasen, 2009; Catani et al., 2008). Um diesen Faktor der Resilienz für die Gruppe der Studentinnen mit zu erheben, wurde die *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* in diese Studien mit eingefügt. Die Ergebnisse zeigen eine gute soziale Unterstützung der meisten Studentinnen. In den jeweiligen Sensitivitätsprüfungen scheint die empfundene Unterstützung jedoch kein signifikanter Resilienzfaktor für die Erkrankung an einer MDE oder PTSD zu sein.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse kann das Erleben von traumatischen Ereignissen als einzig signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression oder Posttraumatischer Belastungsstörung bestätigt werden. Der Einfluss von häuslicher Gewalt scheint relevant zu sein, konnte in diesem Zusammenhang aber nicht eindeutig geklärt werden.

### **4.3 Limitationen**

Die vorliegende Studie wird durch einige limitierende Faktoren in ihrer Aussagekraft beschränkt. Zunächst ist die ausgewählte Gruppe von Studentinnen zu nennen, die aufgrund ihres Status als Personen mit einem höheren Bildungsweg, nicht als repräsentativ für ihre Altersgruppe angesehen werden können. Auch die Tatsache, dass es sich ausschließlich um Psychologiestudentinnen handelt stellt eine Einschränkung dar. Die Geschlechterverteilung in

der Stichprobe ist ungleichmäßig und 60% der Teilnehmerinnen sind farbig, was zwar dem ethnischen Populationsanteil in der Provinz Western Cape entspricht, jedoch nicht im Hinblick auf das gesamte Land Südafrika. Die Stichprobe war mit 184 Studentinnen relativ klein, so dass die Ergebnisse nur richtungsweisend sein können und zu weiteren Studien mit größeren Stichproben Anlass geben. Zu beachten ist auch, dass in dieser Studie nur einige Bereiche der häuslichen Gewalt untersucht wurden. Psychische, soziale und ökonomische Gewalt, die ebenso mit zum Ausdruck häuslicher Gewalt zählen wurden nicht explizit mit erhoben. Zukünftigen Studien sollten bestrebt sein, alle Aspekte der häuslichen Gewalt zu erfassen.

#### **4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick**

Mit der vorliegenden Studie konnten zum einen die Ergebnisse vorangegangener Studien zur hohen Prävalenz von häuslicher Gewalt in Südafrika bestätigt werden. Zum anderen konnte gezeigt werden, dass auch Kinder und Jugendliche dieser Gewalt ausgesetzt sind und zwar nicht nur in Form von bezeugter Gewalt zwischen den Eltern, sondern auch dem damit einhergehenden signifikant erhöhten Risiko, selbst Opfer körperlicher Gewalt durch die Eltern zu werden. Ob diese Erlebnisse ebenso das Risiko erhöhen psychisch zu erkranken, bleibt zunächst unklar. Zumindest für das Ausmaß der Symptome einer Depression und dem Erleben häuslicher Gewalt konnte ein signifikanter Zusammenhang gefunden werden: Diejenigen, die häusliche Gewalt erlebten, zeigen mehr Symptome einer Depression. Die Ergebnisse dieser Studie sind vor dem gesellschaftlichen und politischen Hintergrund Südafrikas zu betrachten. Sie deuten darauf hin, dass in Bezug auf die psychische Gesundheit der südafrikanischen Gesellschaft Gewaltverbrechen und Kriminalität das höchste Risiko darstellen. Eine der größten Herausforderungen des Landes stellt die allgemeine Reduktion von Gewalt dar. Die Vergangenheit lastet schwer auf diesem Vorhaben und es drängt sich die Frage auf, welcher Zusammenhang besteht zwischen der Geschichte Südafrikas und der heutigen Situation, in der Gewalt und Kriminalität zu den zentralen Schwierigkeiten des Landes zählen. Es ist dringend notwendig in der Bevölkerung ein öffentliches Bewusstsein dafür zu schaffen, dass jegliche Form von Gewalt, ob in der Partnerschaft oder gegenüber Kindern ein inakzeptables Verhalten darstellt. Hierzu bedarf es umfangreiche präventive Maßnahmen zum Beispiel in Form von Aufklärungsarbeit sowie therapeutische Angebote. Damit zukünftige Hilfsangebote möglichst optimal auf die Bedürfnisse und Nöte der

Betroffenen angepasst sind, sollte weiterführende Forschung angestrebt werden. Mit der vorliegenden Pilotstudie konnten erste Erhebungen durchgeführt werden, die eine Datengrundlage für umfangreichere Studien bieten. In zukünftigen Studien sollte der Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und psychischer Traumatisierung sowie der Einfluss von gesellschaftlicher Gewalt und Kriminalität auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Südafrika genauer betrachtet werden.

## **5. Zusammenfassung**

Südafrika gehört weltweit zu den Länder mit der höchsten Prävalenz von Gewaltverbrechen und Kriminalität. Vorangegangene Studien haben gezeigt, das Gewalt auch im häuslichen Rahmen häufig ist. Die Prävalenz von häuslicher Gewalt und die Bedeutung dessen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist in Südafrika bisher kaum untersucht. Hauptanliegen dieser Studie ist daher die Erhebung der Prävalenz von häuslicher Gewalt sowie die von psychischen Erkrankungen wie Depression und der Posttraumatischen Belastungsstörung. Es soll außerdem gezeigt werden, ob das Erleben von häuslicher Gewalt das Risiko für die Erkrankung an einer Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörung erhöht. Die hier beschriebene Studie ist eine Ein-Gruppen-Querschnittsstudie. Bei der Stichprobe handelt es sich um 184 Studenten der University of the Western Cape in Kapstadt, die retrospektiv Angaben zu ihrer Kindheit und Jugend machen. Insgesamt haben Zweidrittel der Studentinnen häusliche Gewalt zwischen den Eltern erlebt. Diejenigen Studentinnen, die häusliche Gewalt zwischen den Eltern bezeugt haben, haben ein signifikant erhöhtes Risiko, selbst Opfer körperlicher Gewalt durch die Eltern zu werden. Das Risiko an einer Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken scheint durch das Erleben häuslicher Gewalt nicht erhöht zu sein. Dennoch deutet der gefundene signifikante Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Symptome einer Depression und dem Erleben häuslicher Gewalt darauf hin, dass häusliche Gewalt ein bedeutsamer Risikofaktor für die psychische Gesundheit junger Menschen darstellt. Die Ergebnisse stimmen, sofern Vergleichsdaten vorhanden, mit den Erhebungen vorangegangener Studien überein. Sie zeigen, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Südafrika nicht nur durch gesellschaftliche Gewalt bedroht ist, sondern ebenso durch Gewalt innerhalb der Familien.



## 6. Verzeichnisse

### 6.1 Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC	African National Congress
Abb.	Abbildung
CES-D	Center for Epidemiologic Depression Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DV	Domestic Violence
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LEC	Life Event Scale
MAO-Hemmer	Monoaminoxidase-Hemmer
MDE	Major Depressive Episode
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
N	Variable für die Gesamtmenge
n	Variable für eine Teilmenge
NGO	Non-Governmental Organization
PCL-M	PTSD Civilian Checklist
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
SA	South Africa
Tab.	Tabelle
UCT	University of Cape Town
UWC	University of the Western Cape
vgl.	vergleiche
WC	Western Cape
WHO	World Health Organisation

## 6.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Entscheidungsbaum bei affektiven Störungen .....	19
Abb. 2	Diagnostischer und differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum anhand der Zeitachse bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen .....	21

## 6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vorkommen der einzelnen ethnischen Gruppen .....	40
Tabelle 2:	Menschen, die während der Kindheit mit im Haushalt lebten .....	41
Tabelle 3:	Hauptbetreuungsperson während der Kindheit .....	41
Tabelle 4:	Potentiell traumatisierende Lebensereignisse, die bezeugt und/oder selbst erlebt wurden .....	43
Tabelle 5:	Schlimmstes bisheriges Erlebnis .....	44
Tabelle 6:	Major Depressive Episode (M.I.N.I.-KID) .....	46
Tabelle 7:	Posttraumatic Stress Disorder (M.I.N.I.-KID) .....	47
Tabelle 8:	Vier-Felder-Tabelle zum Zusammenhang zwischen bezeugter und am eigenen Leib erfahrener häuslicher Gewalt.....	49
Tabelle 9:	Logistische Regression zum Zusammenhang zwischen bezeugter und am eigenen Leib erfahrener häuslicher Gewalt unter Kontrolle von Störvariablen...	50
Tabelle 10:	Vier-Felder-Tabelle zum Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und Depression .....	51
Tabelle 11:	Logistische Regression für Depression .....	52
Tabelle 12:	Zusammenhang zwischen häuslicher Gewalt und PTSD.....	53
Tabelle 13:	Logistische Regression für PTSD .....	54
Tabelle 14:	Logistische Regression zum Zusammenhang zwischen bezeugter und am eigenen Leib erfahrener häuslicher Gewalt unter Kontrolle von Störvariablen (nachträgliche Sensitivität, empirische Variante).....	80
Tabelle 16:	Logistische Regression für Depression mit modulierter Variable <i>traumatische Erlebnisse</i> .....	81
Tabelle 16:	Lineare multiple Regression für Depressivität.....	81
Tabelle 18:	Logistische Regression für PTSD ohne physical assault .....	81

Tabelle 19: Logistische Regression für PTSD mit modulierter Variable <i>traumatische Erlebnisse</i> .....	82
Tabelle 20: Lineare multiple Regression für posttraumatischen Stress .....	82
Tabelle 21: Körperliche Züchtigung.....	83

## 7. Literaturverzeichnis

Abrahams, N. (2004). Sexual violence in South Africa. *Sexuality in Africa Magazine*.

Abrahams, N., Jewkes, R., Hoffman, M., Laubsher, R. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organisation*, 85(5), 330-337.

Abrahams, N., Martin, L. M., Jewkes, R., Mathews, S., Vetten, L., Lombard, C. (2008). The epidemiology and the pathology of suspected rape homicide in South Africa. *Forensic Science International*, 178, 132-138.

Abrahams, N. & Jewkes, R. (2005). Effects of South African men's having witnessed abuse of their mothers during childhood on their levels of violence in adulthood. *American Journal of Public Health*, 95(10).

Artz, L. (2006). An examination into the attrition of domestic violence cases: Preliminary findings. Mosaic, Cape Town.

Barbarin, O. A., Richter, L., de Wet, T. (2001). Exposure to violence, coping resources, and psychological adjustment of South African children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 16-25.

Bartholdson, Ö. (2000). Corporal punishment of children and change of attitudes – a cross cultural study. Save the Children Sweden.

Bayer, C. P., Klasen, F., Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *Journal of the American Medical Association*, 298(5), 555-559.

- BISS (2005). Evaluation des Modellprojekts "Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt". Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.
- Burger, D. (2009). *The land and its people*. SA Yearbook 2009/10. Department of Government Communication and Information System.
- Carey, P., Walker, J., Rossouw, W., Seedat, S., Stein, D. J. (2008). Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 93-98.
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BioMed Central*, 8(33).
- Chamberlain, L. (2006). Assessment for lifetime exposure to violence as a pathway to prevention. [www.vawnet.org](http://www.vawnet.org)
- Chemtob, C., Roitblat, H.L., Hamada R.S., Charlson, J.G., Twentyman, C.T. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
- Cheng, S.-T., Chan, A. C. M. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents (in press). *Personality and Individual Differences*.
- Chiung-Tao Shen, A. (2009). Long-term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behaviour problems: A national survey of Taiwanese college students. *Child Abuse & Neglect*, 33, 148-160.
- Dawes, A., De Sas Kropiwnicki, Z., Kaffar, Z., Richter, L. (2005). Corporal punishment of children: a South African national survey. Save the Children Sweden.

- Edwards, L. (2004). Measuring perceived social support in Mexican American youth: psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. College of Education Faculty Research und Publications, Marquette University.
- Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlert, U., Gaab, J, Heinrichs, M. (2001). Psychoneuroendocrinological contributions to the etiology of depression, posttraumatic stress disorder and stress related bodily disorders: The role of hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Biological Psychology*, 57, 141-152.
- Ensink, K., Aobertson, B. A., Zissis, C., Leger, P. (1997). Post-traumatic stress disorder in children exposed to violence. *South African Medical Journal*, 87(11), 1526-1530.
- Fincham, D. S., Korthals Altes, L., Stein, D. J., Seedat, S. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 193-199.
- Foa, E., Kozak, M. J., (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information in rape victims. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E., Hearst-Ikeda, D., Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive behavioural program for prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Gie, J. (2009). Crime in Cape Town: 2001-2008 A brief analysis of reported Violent, Poperty and Drug – related crime in Cape Town. Strategic Development Information and GIS Department.
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the Life Event Checklist. *Assessment*, 11(4). 330-341.

- Hellbernd, H., Branzk, P., Wieners, K., et al. (2004). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, wissenschaftlicher Bericht; gefördert durch das BMFSFJ, Berlin.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hornberg, C., et al. (2008). Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42, Robert Koch-Institut.
- Horowitz, M.J. (1993). Stress response syndromes. A review of posttraumatic stress and adjustment. In John P. Wilson & Beverly Raphael (Hg.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (51). Plenum Press: New York and London.
- Jewkes, R., Levin, J., Penn-Kekana, L. (2002). Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 55, 1603-1617.
- Jewkes, R. & Abrahams, N. (2002). The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science & Medicine*, 55, 1231-1244.
- Jewkes, R., Dunkle, K., Koss, M. P., Levin, J. B., Nduna, M., Jama, N., Sikweyiya, Y. (2006). Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. *Social Science & Medicine*, 63, 2949-61
- Jewkes, R., Sikweyiya, Y., Morrell, R., Dunkle, K. (2009). Understanding men's health and use of violence: interface of rape and HIV in South Africa. *Medical Research Council Policy Brief*.
- Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., Stein, D. J., Williams, D. R. (2008). Risk for post-traumatic stress disorder associated with different form of interpersonal violence in South Africa. *Social Science & Medicine*, 67, 1589-1595.

- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., Adam, H. (2008). Post-traumatic resilience in former Ugandan child soldiers (in press). *Child Development*.
- Klasen, F. (2009). Children at both sides of the gun. Trauma, psychopathology and resilience in former Ugandan child soldiers. PhD in Psychology, Hamburg.
- Koenig, M., Stephenson, R., Ahmed, S., Jejeebhoy, S., Campbell, J. (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in North India. *American Journal of Public Health*, 95(1), 132-138.
- Kolb, L. C. (1987). A neuropsychology hypothesis explaining post-traumatic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 989-995.
- Langeland, W. & Dijkstra, S. (1995). Breaking the intergenerational transmission of child abuse: beyond the mother-child relationship. *Child Abuse Review*, 4, 4-13.
- Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2007). Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 3. überarbeitete Auflage, Deutsche Ärzte Verlag.
- Löbmann, R. (2002). Stalking : ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 85 (1), 25-32.
- Margolin, G. & Gordis, E. B. (2004). Children's exposure to violence in the family and community. *American Psychological Society*, 13(4), 152-155.
- Mathews, S. & Abrahams, N. *Combining stories and numbers: an analysis of the impact of the Domestic Violence Act (No.116 of 1998) on women*. The Gender Advocacy Programm & The Medical Research Council (Gender & Health Research Group).
- McCord, J. (1983). A forty year perspective on effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 7, 265-270.



- McDevitt-Murphy, M. E. et al. (2010). PTSD symptoms, hazardous drinking, and health functioning among U.S. OEF and OIF veterans presenting to primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 108-111.
- Müller, U., Schröttle, M., Glammeier, S., Oppenheimer, C. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit, Gesundheit von Frauen in Deutschland*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Myer, L., Smit, J., LeRoux, L., Parker, S., Stein, D. J., Seedat, S. (2008). AIDS patient care and STDs. *Mary Ann Liebert, Inc.* 22(2), 147-158.
- Olley B., Gxamza, F., Seedat, S., Theron, H., Taljaard, J., Reid, E., Reutar, H. (2003). Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients – the role of gender. *South African Journal of Medical Science*, 93, 928-931.
- Osofsky, J. D. (1995). Children who witness domestic violence: The invisible victims. Social Policy Report, Society for Research in Child Development, 9(3)
- Oyugi, E. (2009). Interview. Sisters4Sisters (NGO), Cape Town.
- Peden, M. (2000). A profile of injuries in 15-34 year olds in South Africa 1999. Medical Research Council: Cape Town.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 149-166.
- Reynolds, M. W., Wallace, J., Hill, T. F., Weist, M. D., Nabors, L. A. (2001). The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1201-1206.

- Schwander, M. (2003). Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt: Neue Erkenntnisse – neue Instrumente. *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, Band 121, Heft 2, Bern: Stämpfli
- Sheehan, D. V. et al. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313-326.
- Seedat, M., Van Niekerk, A., Jewkes, R., Suffla, S., Ratele, K. (2009). Violence and injuries in South Africa: prioritising an agenda for prevention. *The Lancet*, 374, 1011-22.
- Seifert, D., Heinemann, A., Anders, S., Gehl, A., Schröer, J., Püschel, K. (2006). Vergleichende klinisch-rechtsmedizinische Analyse von Verletzungsmustern – Charakteristika bei Opfern von Partnerschaftskonflikten. *Rechtsmedizin*, 16, 205-212.
- Simpson, G., (1991). Explaining sexual violence: some background factors in the current socio-political context. Project for the study of violence: Johannesburg.
- Singer, M. I., Anglin, T. M., Yu Song, L., Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA*, 273(6), 477-482.
- Spatz Widom, C. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106(1), 3-28.
- South African Law Commission: Pritoria (1999). Research Paper on domestic violence.
- Statistics South Africa: Pritoria (2005). Primary tables Western Cape Census '96 and 2001 compared.
- Statistics South Africa: Pritoria (2007). Community Survey 2007. [www.statssa.gov.za](http://www.statssa.gov.za)

- Suliman, S., Mkabile, S., Fincham, D., Ahmed, R., Stein, D. J., Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 121-127.
- Thompson, L. (2001). *A history of South Africa*. Jonathan Ball Publishers.
- Unicef (2005). South Africa statistics.
- van der Kolk, Bessel A. & Onno van der Hart (1989). Pierre Janet and the Breakdown of Adaption in Psychological Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.
- van der Kolk, B. A., et al. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- van der Kolk, B. A., et al. (2009). Proposal to include a Developmental Trauma Disorder diagnosis for children and adolescents in DSM V.
- Ward, C. L., Flisher, A. J., Zissis, C., Muller, M., Lombard, C. (2001). Exposure to violence and its relationship to psychopathology in adolescents. *Injury Prevention*, 7, 297-301.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety* Vol, 13(3), 132-156.
- Williams, S. L., Williams, D. R., Stein, D. J., Seedat, S., Jackson, P. B., Moomal, H. (2007). Multiple traumatic Events and psychological distress: the South Africa stress and healthy study. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 845-855.
- Winkler J (1998). Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP, in: Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (1998), 69–74
- Winkler, J., H. Stolzenberg, H., (1999) Der Sozialschichtindex im Bundesgesundheitsurvey Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, S.178–S.183

World Health Organisation (WHO) (2002). World report on violence and health: Summary.

World Health Organisation (WHO), Garcia-Moreno, C. (2005). WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.

## **8. Danksagung**

Mein größter Dank für stetiges Vertrauen und Engagement richtet sich an meine Betreuerin Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow, aus deren Idee diese Studie entstanden ist.

Für die Unterstützung bei der Umsetzung und Durchführung der Studie vor Ort danke ich insbesondere Umesh Bawa (University of the Western Cape), sowie Dr. Sue Hawkrigde (University of Stellenbosch) deren fachliche Einschätzung und Erfahrung für mich besonders hilfreich waren.

An Dr. phil. MPH Dipl.-Psych. Claus Barkmann geht mein besonderer Dank für die geduldigen Erklärungen und gemeinsamen Überlegungen bei der statistischen Auswertung der Daten. Ebenfalls unterstützend in dieser Hinsicht waren Dr. phil. Fionna Klasen und Dr. phil. Nina Janke.

Nicht zuletzt geht ein besonderer Dank an meinen Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort, unter dessen Namen ich diese Arbeit verfassen durfte.

Meiner Familie und meinen Freunden danke ich für die emotionale Unterstützung, das Interesse und die vielen (teils auch kontroversen) Diskussionen.

Ich bedanke mich herzlich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, ohne die diese Studie nicht hätte entstehen können. Der Zukunft Südafrikas, nämlich den Kindern und Jugendlichen, ist diese Arbeit gewidmet.

## **9. Lebenslauf**

## 10. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. (a) ...'.

Unterschrift: .....

# 11. Anhang

## 11.1 Ergebnisse

**Tabelle 14: Logistische Regression zum Zusammenhang zwischen bezeugter und am eigenen Leib erfahrener häuslicher Gewalt unter Kontrolle von Störvariablen (nachträgliche Sensitivität, empirische Variante)**

Variablen	B	Wald	OR	95%-KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
bezeugte häusliche Gewalt (n/j)	1.317	15.741	3.732	1.947	7.152
Anzahl Erwachsene im Haushalt	0.004	0.000	1.004	0.675	1.494
Geschlecht (m/w)	-0.088	0.509	0.916	0.720	1.166
Alter in 5-Jahres-Klassen	-0.144	0.140	0.866	0.407	1.841
Konstante	0.251	0.078	1.286		

N=185, Nagelkerkes  $R^2 = 0.13$

**Tabelle 15: Logistische Regression für Depression ohne physical assault**

Variablen	B	Wald	OR	95% KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	0.677	3.264	1.968	0.944	4.102
Geschlecht (m/w)	0.908	4.632	2.480	1.084	5.671
Eltern berufstätig (n/j)	-0.281	1.736	0.751	0.491	1.150
traumatische Erlebnisse (n/j)	0.220	6.481	1.246	1.052	1.475
soziale Unterstützung (n/j)	-0.372	1.230	0.689	0.357	1.331
Konstante	-1.939	3.108	0.144		

N=186, Nagelkerkes  $R^2 = 0.16$



**Tabelle 16: Logistische Regression für Depression  
mit modulierter Variable *traumatische Erlebnisse***

Variablen	B	Wald	OR	95% KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	0.722	3.810	2.058	0.997	4.247
Geschlecht (m/w)	0.899	4.620	2.457	1.082	5.579
Eltern berufstätig (n/j)	-0.279	1.673	0.756	0.496	1.155
traumatische Erlebnisse (n/j)	0.191	4.285	1.210	1.010	1.450
soziale Unterstützung (n/j)	-0.377	1.273	0.686	0.356	1.321
Konstante	-1.796	2.728	0.166		

N=186, Nagelkerkes  $R^2 = 0.14$

**Tabelle 16: Lineare multiple Regression für Depressivität**

Variablen	B	Beta	T	95% KI für B	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	1.204**	.201	2.819	0.361	2.047
Geschlecht (m/w)	1.734***	.264	3.679	0.804	2.665
Eltern berufstätig (n/j)	-0.384	-.104	-1.458	-0.905	0.136
traumatische Erlebnisse (n/j)	0.257*	.169	2.351	0.041	0.472
soziale Unterstützung (n/j)	-0.647	-.115	-1.631	-1.431	0.136
Konstante	0.925		0.729	-1.580	3.429

N=179,  $R^2 = .16$

**Tabelle 18: Logistische Regression für PTSD  
ohne physical assault**

Variablen	B	Wald	OR	95% KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	0.699	1.021	2.011	0.519	7.796
Geschlecht (m/w)	0.404	0.333	1.498	0.380	5.912
Eltern berufstätig (n/j)	-0.038	0.011	0.963	0.474	1.956

traumatische Erlebnisse (n/j)	0.315	8.432	1.370	1.108	1.694
soziale Unterstützung (n/j)	0.507	0.780	1.660	0.539	5.112
Konstante	-5.087	6.468	0.006		

N=186, Nagelkerkes  $R^2 = 0.13$

**Tabelle 19: Logistische Regression für PTSD mit modulierter Variable *traumatische Erlebnisse***

Variablen	B	Wald	OR	95% KI für OR	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	0.739	1.160	2.094	0.546	8.038
Geschlecht (m/w)	0.416	0.356	1.516	0.387	5.950
Eltern berufstätig (n/j)	-0.044	0.015	0.957	0.474	1.934
traumatische Erlebnisse (n/j)	0.308	7.267	1.360	1.088	1.702
soziale Unterstützung (n/j)	0.483	0.717	1.621	0.530	4.959
Konstante	-4.875	6.154	0.008		

N=186, Nagelkerkes  $R^2 = 0.11$

**Tabelle 20: Lineare multiple Regression für posttraumatischen Stress**

Variablen	B	Beta	T	95% KI für B	
				unterer Wert	oberer Wert
häusliche Gewalt (n/j)	0.839	.094	1.346	-0.362	2.070
Geschlecht (m/w)	1.017	.106	1.506	-0.317	2.352
Eltern berufstätig (n/j)	-0.251	-.046	-0.653	-1.011	0.509
traumatische Erlebnisse (n/j)	1.074***	.490	6.926	0.767	1.380
soziale Unterstützung (n/j)	-0.782	-.094	-1.344	-1.932	0.368
Konstante	1.151		0.639	-2.408	4.711

N=161,  $R^2 = 0.28$

**Tabelle 21: Körperliche Züchtigung**

	<i>I agree</i> % (n)	<i>I don't agree</i> % (n)
Corporal punishment is an appropriate method to teach children what is right and wrong	42.1 (75)	57.9 (103)
It is always better to explain to a child when it does something wrong than to hit the child	83.2 (149)	16.8 (30)
	<i>%</i>	<i>n</i>
I did not experience corporal punishment	31.7	59
<i>I experienced corporal punishment during my childhood</i>		
It made a positive impact on my life today	39.8	74
It made a negative impact on my life today	9.1	17
It made no impact on my life today	14.5	27

