

Familiäre Gewalt und Alkohol

**Eine Einführung in die Thematik und
Empfehlungen für die Praxis**

Ergebnisse einer Befragung in Deutschland und Spanien

Das Projekt wurde unterstützt durch die Daphne – Initiative der Europäischen Kommission

Herausgeber:

IFT-Nord, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung

Düsternbrooker Weg 2

24103 Kiel

T: 0431 – 570 29-0

F: 0431 – 570 2929

www.ift-nord.de

Vorwort.....	4
1. Familiäre Gewalt: Eine Einführung in die Thematik.....	7
1.1 Mythen und Vorurteile über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt.....	8
1.2 Formen familiärer Gewalt.....	11
1.3 Die Struktur familiärer Gewalt.....	13
1.4 Konsequenzen der Gewalt.....	18
1.5 Alkohol – ein Risikofaktor für familiäre Gewalt.....	22
2. Die Befragung in Spanien und Deutschland: Methodik und Ergebnisse.....	26
2.1 Entwicklung des Fragebogens.....	26
2.2 Beschreibung der Stichprobe.....	29
2.3 Ergebnisse der Befragung.....	33
3. Empfehlungen für die Intervention bei (alkohol-bezogener) Gewalt.....	44
3.1 Empfehlungen auf der institutsübergreifenden Ebene.....	44
3.2 Empfehlungen auf der individuellen Ebene.....	46
3.3 Generelle Empfehlungen für Maßnahmen zur Prävention alkohol-bezogener Gewalt.....	51
Literatur.....	54

Diese Broschüre basiert auf einer Befragung, die in Deutschland (Schleswig-Holstein) und in Spanien (Katalanien) durchgeführt wurde, sowie auf aktuellen internationalen Studien und Empfehlungen.

Die Hauptzielgruppe der Befragung waren Praktiker, die in verschiedenen Arbeitsbereichen mit Opfern und Tätern familiärer Gewalt arbeiten. Ein Schwerpunkt dieser Broschüre liegt auf der Darstellung möglicher Ursachen oder Risikofaktoren für familiäre Gewalt. Von besonderem Interesse war dabei, inwieweit Alkohol in Zusammenhang mit familiärer Gewalt steht. Darüber hinaus gibt die Broschüre einen Überblick über verschiedene Möglichkeiten der Intervention und Prävention familiärer Gewalt.

Im ersten Teil der Broschüre wird eine allgemeine Einführung in die Thematik der familiären Gewalt gegeben. Der zweite und dritte Teil der Broschüre widmet sich der Befragung in Deutschland und Spanien und diskutiert die Ergebnisse.

Viele Praktiker aus unterschiedlichen Berufsgruppe haben uns bei der Befragung sehr unterstützt. Wir möchten den Fachleuten aus Frauenhäusern, Frauenberatungsstellen, Männerberatungsstellen, Drogenberatungsstellen, Krankenhäusern und der Polizei für ihre Kooperation, ohne die die Erstellung dieser Broschüre nicht möglich gewesen wäre, sehr danken.

Das Projekt wurde von der Daphne – Initiative der Europäischen Kommission unterstützt.

1. Familiäre Gewalt: Eine Einführung in die Thematik

Gewalt dient im allgemeinen der Machtdemonstration und der Kontrollausübung gegenüber dem Opfer. Die Kontrolle und Machtausübung kann auf der psychologischen, auf der sexuellen und auf der körperlichen Ebene stattfinden.

Familiäre Gewalt, um die es in dieser Broschüre im wesentlichen gehen soll, ist möglich, weil sie in unserer Gesellschaft entweder toleriert (z.B. durch zu schwache Gesetze zur Sanktion der Täter) bzw. verdrängt und tabuisiert wird, und sie ist geschlechtsbezogen: Die weite Mehrheit der Opfer sind Frauen und Kinder, und bei gewalttätigen Übergriffen, die von der Frau ausgehen, handelt es sich in der Regel um eine Verteidigungsreaktion der Frau (Gelles, 1997).

Diese Informationsbroschüre bezieht sich auf familiäre Gewalt, die von Männern auf ihre weiblichen Partnerinnen bzw. deren Kinder ausgeübt wird. Daher bezeichnen wir im folgenden als Täter die Männer, die gegen ihre Partner/innen und/oder gegen ihre Kinder gewalttätig sind. Als Opfer bezeichnen wir die Partnerinnen dieser Männer

1.1 Mythen und Vorurteile über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewalt

Gewalt gegenüber Frauen ist ein komplexes Phänomen, das nicht durch einen Risikofaktor allein, sondern nur durch die Kombination begünstigender Faktoren erklärt werden kann. Fest steht, dass keine Form der Gewalt gegen Frauen und Kinder jemals gerechtfertigt ist.

Es gibt eine Reihe von Vorurteilen über die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsgründe familiärer Gewalt, die in der Regel auf dem Mangel an fundiertem Wissen über diese Thematik und auf eingefahrenen stereotypen Überzeugungen beruhen. Diese - gern als Mythen bezeichneten - verzerrten Vorstellungen ermöglichen eine einfache Erklärung für ein komplexes Phänomen, das viele unmittelbar und mittelbar Betroffene verunsichert. Durch die Vorstellung, dass familiäre Gewalt nur in Familien auftritt, die bestimmte ungünstige „Kriterien“ erfüllen, wird bei der Umwelt die Angst reduziert, selbst zum Opfer zu werden. Für die Opfer hat dies oftmals zur Folge, dass diese nicht mehr „nur“ Opfer von Gewalt sind, sondern auch noch Opfer der Mythen werden, ein Umstand, der nicht selten dazu führt, dass sich viele misshandelte Frauen lange Zeit unfähig fühlen, nach Hilfe und Unterstützung zu fragen und gegen ihre gewalttätigen Partner vorzugehen.

Typische Vorurteile und falsche Überzeugungen in Bezug auf familiäre Gewalt sind:

Misshandelte Frauen verdienen es nicht anders

Dieser Mythos wird durch die Vorstellung genährt, dass Frauen, die Opfer von Gewalt werden, eine Mitschuld trifft. Es herrscht der weitverbreitete Glaube, dass typische Opfer z.B. Frauen sind, die selbst aus dysfunktionalen Familien kommen oder eine Suchtproblematik haben. Studien haben zeigen können, dass die Opfer nicht signifikant häufiger aus dysfunktionalen Familien kommen (Hotaling & Sugarman, 1986), und dass sie auch nicht häufiger alkoholab-

hängig sind als Frauen, die keine Opfer der Gewalt geworden sind. Viele der alkoholabhängigen Opfer berichten, dass sie irgendwann angefangen haben zu trinken, um mit den ständigen Misshandlungen sexueller, körperlicher und psychischer Art fertig werden zu können (Barnett & Fagan, 1993; siehe auch in diesem Kapitel weiter unten).

Darüber hinaus wird den Frauen oft vorgehalten, dass sie die Beziehung nicht verlassen, und die Schlussfolgerung gezogen, dass der Leidensdruck demnach nicht so groß sein könne. Tatsächlich ist es jedoch so, dass viele Frauen die Beziehung aus finanzieller Abhängigkeit nicht verlassen können, oder sie die vom Partner angedrohten Konsequenzen einer Trennung fürchten. Diese Ängste sind verständlicherweise um so bedrohlicher, wenn auch Kinder in der Beziehung leben. Erschwerend kommt hier das bagatellisierende Verhalten der Umwelt und des sozialen Umfeldes, in dem die Frauen leben, hinzu: Gewalt wird oft als „Familienangelegenheit“ gesehen und das gewalttätige und kriminelle Verhalten des Mannes als „Ausrutscher“ entschuldigt.

Besonders dramatisch ist die Situation für ausländische Frauen, denen bei einer Scheidung die Abschiebung droht.

Familiäre Gewalt tritt nur in Familien der unteren Schichten auf

Opfer sowie Täter können aus allen gesellschaftlichen Schichten kommen. Einige Studien deuten an, dass Gewalt häufiger bei sozial schwachen Familien aufzutreten scheint. Diese Befunde sind allerdings mit Vorsicht zu betrachten: Die Beobachtung kann auch dadurch erklärt werden, dass Frauen, die aus sozial schwächeren Schichten kommen, oftmals über äußerst eingeschränkte Möglichkeiten verfügen, um Hilfe zu suchen. Daher kontaktieren sie u.U. mit größerer Wahrscheinlichkeit die öffentlichen Anlaufstellen (z.B. Frauenhäuser) und werden häufiger registriert.

Alkohol- und Drogenmissbrauch sind die Ursachen familiärer Gewalt

Es gibt eine große Vielzahl von Studien, die den Zusammenhang zwischen Alkohol- und Drogenmissbrauch und Gewalt zu klären versuchen. Die Ergebnis-

se zeigen, dass Alkohol und Drogen nicht als primäre Ursache für familiäre Gewalt zu sehen sind. Dennoch ist unumstritten, dass gewalttätiges Verhalten in einer Vielzahl von Fällen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch auftritt.

Tatsächlich wird Alkoholmissbrauch häufig (und mit Erfolg) als Entschuldigung für sozial unangemessenes Verhalten des Täters herangezogen (der sogenannte „Blackout“). Auf den Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und familiärer Gewalt wird unter Punkt 1.5 in diesem Kapitel ausführlicher eingegangen.

1.2 Formen familiärer Gewalt

Es gibt unterschiedliche Formen von Gewalt, die sich im groben in drei Obergruppen unterteilen lassen:

- körperliche Gewalt
- psychologische bzw. emotionale Gewalt
- sexualisierte Gewalt

Diese Unterteilung bedeutet selbstverständlich nicht, dass die Opfer nur die eine bzw. andere Form von Gewalt erfahren.

Bei der Definition *körperlicher Gewalt* unterscheiden viele Fachleute zwischen milder, moderater und schwerer Gewalt. Eine solche Klassifikation birgt gewisse Gefahren: Auch wenn ein Schlag mit der flachen Hand ins Gesicht sicherlich in seinen körperlichen Folgen nicht so gravierend ist wie ein Schlag mit der Faust ins Gesicht, empfinden wir es als Verniedlichung, in einem solchen Fall von „leichter“ Gewalt zu sprechen. Dies kann zur generellen Bagatellisierung des Gewaltaktes und zur Schützung des Täters führen.

Zur körperlichen Gewalt zählen:

- Mit der Faust / Hand schlagen,
- schubsen,
- stoßen,
- mit Gegenständen und Waffen verletzen,
- treten,
- beißen,
- verprügeln,
- würgen,
- verbrennen,
- Schlaf- und Essensentzug.

Psychologische und emotionale Gewalt beinhalten:

- Beleidigungen,
- Drohungen,
- Gegenstände des Opfers zerstören,
- ökonomische Beschränkungen,
- Freiheitsberaubung,
- Kontrolle über jegliche Aktivitäten.

Viele Frauen sind daran gewöhnt, dass sie kontinuierlich von ihrem Mann beschimpft und gedemütigt werden und empfinden dieses Verhalten u.U. nicht als gewalttätig.

Zur sexualisierten Gewalt zählen:

- die Frau zu sexuellen Handlungen zwingen,
- sexuelle Nötigung,
- Vergewaltigung.

Oftmals schildern Frauen, die sich entscheiden, die gewalttätigen Übergriffe der Polizei zu melden, nur die körperliche Gewalt, nicht aber psychologische oder sexualisierte Gewalt. Viele Frauen sind verwirrt und wissen nicht, inwieweit der sexuelle Kontakt zwischen ihnen und ihrem gewalttätigen Partner schon als Vergewaltigung zu bezeichnen ist. Ihrer Meinung nach kann von Vergewaltigung nur dann gesprochen werden, wenn das Opfer den Täter nicht kennt bzw. nicht in einer Beziehung mit ihm lebt.

1.3 Die Struktur familiärer Gewalt

Entstehung gewalttätigen Verhaltens in der Partnerschaft

Wie schon erwähnt ist eine einfache Erklärung zur Entwicklung familiärer Gewalt nicht möglich, da die Zusammenhänge zu komplex und die Variablen, die einen Einfluss haben könnten, zu vielfältig sind. Zum einen sind mögliche Einflussfaktoren in der Person selbst verankert, wie z.B. prägende Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitseigenschaften, Defizite sozialer Kompetenzen oder Alkohol- und Drogenmissbrauch des Täters oder auch des Opfers.

Zum anderen müssen die kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren als entscheidende Einflussfaktoren betrachtet werden: z.B. tiefverwurzelte kulturelle und soziale Anschauungen von der Rolle der Frau in ihrer Beziehung zu Männern.

Jedoch führt auch das Vorhandensein begünstigender Faktoren (z.B. Gewalterfahrungen in der Kindheit, Alkoholmissbrauch) nicht zwangsläufig dazu, dass ein Mensch zum Gewalttäter oder zum Opfer wird. Wie später noch genauer beschrieben wird, kann z.B. Alkohol die Wahrscheinlichkeit gewalttätigen Verhaltens erhöhen, allerdings muss dieses nicht der Fall sein: Es gibt eine große Anzahl gewalttätiger Männer, die auch im nüchternen Zustand gewalttätig sind.

Für den Praktiker ist es daher entscheidend, sich in jedem speziellen Fall ein genaues Bild über mögliche Einflussfaktoren zu machen, denn nur so ist eine gezielte Behandlung von Täter als auch Opfer möglich.

Der Kreislauf der Gewalt

Gewalttätiges Verhalten gegen die Partnerin dient der Aufrechterhaltung eines Machtgefüges, in dem der Partner die Kontrolle über die Partnerin hat und jedes Mittel legitim ist, diese Kontrolle aufrechtzuerhalten – so auch Gewalt.

Der Kreislauf der Gewalt kann grob in drei unterschiedliche Phasen unterteilt werden (Walker, 1979):

1. Eine Stresssituation entsteht aus kleinen Vorkommnissen oder Konflikten in der Partnerschaft. In gewaltlosen Partnerschaften, wird in einer solchen Situation der Eskalationsprozeß an einem bestimmten Punkt gestoppt - dieses wird als Rückzugsritual bezeichnet - d.h. die Partner ziehen sich zurück. Gewalttätige Paare verfügen nicht über einen solchen Rückzugsmechanismus, was zur Folge hat, dass der Täter irgendwann im Verlauf der Auseinandersetzung einen Punkt überschreitet und es dann zwangsläufig zu gewalttätigem Verhalten kommen muss. Für die Opfer ist es schwierig zu bestimmen, wann genau dieser Punkt überschritten ist, ein Umstand, der für sie das Einsetzen gewalttätigen Verhaltens unvorhersagbar macht. Obwohl die Opfer ein sehr genaues Gespür für drohende gewalttätige Übergriffe entwickeln (z.B. diese an der Körpersprache ihres Partners erkennen), ist es oftmals zu spät, um rechtzeitig aus der Situation zu flüchten.
2. In diesem Stadium beginnt der gewalttätige Übergriff. Das Opfer kann in der Regel wenig oder gar nichts machen, um eine Eskalation zu verhindern. Strategien, wie z.B. „den Mund halten“ kann sich in einer Situation als richtig und in der nächsten als falsch erweisen. Die Situation wird um so bedrohlicher, wenn Kinder involviert sind, die den gewalttätigen Übergriff mitbekommen oder selbst Gefahr laufen, auch misshandelt zu werden.
3. Der gewalttätige Übergriff wird beendet, wenn die Kontrolle wiederhergestellt ist. Das weitere Verhalten des Täters kann durchaus unterschiedlich ausfallen: Entweder reumütig, entschuldigend und voller Angst, die Partnerin zu verlieren oder aber desinteressiert, bagatellisierend oder sogar das Geschehene leugnend. Das Opfer ihrerseits versucht, den „normalen“ Alltag wiederherzustellen (die Wohnung aufräumen, Wunden kaschieren etc.).

Wann beginnt und wann endet familiäre Gewalt?

Familiäre Gewalt kann zu jedem Zeitpunkt der Beziehung beginnen, auch Jahre nach Beginn der Partnerschaft. Es ist jedoch sehr viel wahrscheinlicher, dass familiäre Gewalt am Anfang einer Beziehung startet. Langzeitstudien mit Opfern und Paaren zeigten, dass in ehelichen Beziehungen, in denen Gewalt schon vor der Ehe ausgeübt wurde, mit großer Wahrscheinlichkeit auch in der Ehe gewalttätiges Verhalten zum Alltag der Frau gehört. Je schwerwiegender die gewalttätigen Übergriffe sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Gewalt irgendwann auch wieder nachlässt

(Leonard & Senchak, 1996). Einige Frauen berichten, dass die ersten gewalttätigen Übergriffe im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft begannen. In vielen Fällen, in denen die körperliche Gewalt aufhört, werden die Partnerinnen emotional weiter misshandelt. Oft reicht schon die Drohung aus, körperliche Gewalt anzuwenden, um die Opfer in permanenter Angst und Unsicherheit zu halten. Auch eine Trennung von dem gewalttätigen Partner bedeutet für viele Opfer keinesfalls Ruhe: der Missbrauch wird dann häufig durch nicht gewünschte Besuche und Telefonterror fortgesetzt.

Charakteristika der Opfer

Eine Vielzahl neuerer Studien hat sich der Aufdeckung möglicher Unterschiede zwischen gewalttätigen und nicht-gewalttätigen Männern gewidmet. Studien, die mögliche Charakteristiken von Opfern genauer untersuchen, existieren dagegen kaum. Hier herrscht ein großer Bedarf an weiterreichender Forschung.

Saunders (1992) berichtet, dass noch vor einigen Jahren in klinischen Fallberichten ähnliche Charaktereigenschaften für Täter sowie Opfer berichtet wurden. Über beide Gruppen wurde berichtet, dass diese in gewalttätigen Haushalten aufgewachsen und in bezug auf eine Reihe interpersonaler Fertigkeiten, wie z.B. Kommunikationsfertigkeiten und Problemlösestrategien defizitär seien.

Neuere Untersuchungen dagegen zeigen auf, dass es eindeutig der Täter ist, der von der Norm abweicht (z.B. Hotaling & Sugarman, 1986).

Charakteristika der Täter

Neuere Studien geben Hinweise darauf, dass Täter sich in wichtigen Punkten von Nichttätern zu unterscheiden scheinen: Im Vergleich zu nicht-gewalttätigen Männern zeigen gewalttätige Männer eine Reihe von Defiziten sozialer Kompetenzen. Viele der gewalttätigen Männer haben erhebliche Schwierigkeiten, Wünsche adäquat zu äußern oder ihre Meinung angemessen auszudrücken (Mairuro, Cahn & Vitaliaano, 1986). In den meisten dieser Stu-

dien sind diese Defizite als ein Hauptrisikofaktor für gewalttätiges Verhalten identifiziert worden. Dies entspricht auch anderen Studien, die zeigen, dass gewalttätige Männer häufiger:

- eingeschränkte Fertigkeiten haben, sozial kompetente Antworten in familiären Konfliktsituationen zu geben (Holtzworth-Munroe & Anglin, 1991). Dies zeigte sich besonders in Situationen, in denen sich die Frauen abweisend verhielten oder die Männer eifersüchtig waren.
- auch in außerfamiliär vorgegebenen Konfliktsituationen sozial nicht kompetente Antworten gaben (Anglin & Holtzworth-Munroe, 1997).
- negativen Affekt zeigen, wie z.B. offensives Verhalten oder einen lauten und schroffen Umgangston (Gottman & Jacobson, 1998).

Die neuere Forschung versucht darüber hinaus, mögliche Unterschiede zwischen Tätern zu identifizieren. Eine solche Analyse möglicher Subtypen von Tätern ist für die Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt von großer Bedeutung, da es eine gruppenspezifische Vorgehensweise ermöglicht.

Im groben lassen sich in der Literatur zwei mögliche Tätertypen unterscheiden (z.B. Holtzworth-Munroe, 1994; Jacobson & Gottman, 1998):

1. der sogenannte *family – only – batterer* (auch Pit-Bull-Täter genannt): Dieser Typ beschreibt einen Täter, der nur in der Familie gewalttätig wird und ansonsten weitgehend angepasst und gesellschaftlich integriert lebt. Dieser Tätertyp zeigt im allgemeinen große Reue nach der Tat.

2. der *general batterer* (auch Kobra-Täter genannt): Dieser Tätertyp ist auch gegenüber anderen Personen in dem sozialen Umfeld gewalttätig und zeigt häufig anti-soziales Verhalten. Er verspürt in der Regel keine Reue nach seiner Tat, sondern neigt eher dazu, diese zu bagatellisieren bzw. er vergisst diese kurz danach, weil sie keine Wichtigkeit für ihn hat.

1.4 Konsequenzen der Gewalt...

... für Frauen

Oftmals sehen sich Frauen für lange Zeit nicht als Opfer familiärer Gewalt, da diese Sichtweise nicht mit den stereotypen Vorstellungen des typischen Opfers und einer typischen Schlägerbeziehung übereinstimmen. Viele Frauen leben aus diesem Grund für viele Jahre in einer gewalttätigen Beziehung, bis sie sich endlich entscheiden, Hilfe zu suchen. Die Konsequenzen kontinuierlicher Gewaltanwendung sind dramatisch für die Frauen:

Auf körperlicher Ebene zeigen die Frauen Verletzungen aller Art wie z.B. Prellungen, Blutergüsse, Schwellungen, Verbrennungen, Knochenbrüche und Schnitte. Einer misshandelten Frau müssen die Verletzungen nicht zwangsläufig anzusehen sein, bspw. wenn der Täter sein Opfer durch gezielte Schläge auf den Hinterkopf oder Tritte in den Abdominal- oder Unterleibsbereich verletzt.

Wie zuvor erwähnt kann die Schwangerschaft einen Zeitpunkt darstellen, zu dem Gewalt in der Partnerschaft startet. Eine Studie in Nordirland dokumentierte, dass 13% von 127 Frauen eine Fehlgeburt erlitten, die eindeutig auf Gewalteinwirkung zurückging. Diese Prävalenzraten von Fehlgeburten decken sich mit Zahlen aus anderen europäischen Ländern.

Die psychologische Folgen familiärer Gewalt zeigen sich in einem breiten Spektrum, das Angstzustände, Depressionen, geringes Selbstvertrauen, Affektlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Panikattacken, Selbstmordversuche, Alkohol- und Drogenmissbrauch und das Gefühl, verrückt zu werden, umfassen kann.

Zwei Störungsbilder, die häufig bei misshandelten Frauen auftreten, sind *schwere Depressionen* und das *Posttraumatische Belastungssyndrom, PTSD, (Post Traumatic Stress Disorder)* (DSM-IV, 1994; ICD-10, 1991). Bei letzterem handelt es sich um ein klinisches Störungsbild, das Menschen entwickeln können, die traumatische Ereignisse als Opfer oder als Zeuge erleben mussten.

Typische Symptome dieses Krankheitsbildes, das erst in den letzten Jahren als Diagnose Zugang zu Diagnosemanualen von Ärzten und Psychologen gefunden hat, sind u.a. das wiederholte und schmerzvolle Erleben des Ereignisses, der Mangel an Interesse an relevanten Ereignissen, ein erhöhtes Erregungsniveau, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten sowie Angst und Schuldgefühle.

Darüber hinaus hat die Forschung ein weiteres Syndrom benannt, das in seinen Symptomen dem PTSD sehr ähnlich ist und daher als Subkategorie der Belastungsstörung bezeichnet wird: Das „Battered Wife Syndrom“ (BWS; Syndrom der misshandelten Frau). Die betroffenen Frauen zeigen klare Symptome des PTSD, der Depression und von sexuellen Dysfunktionen (Walker, 1993).

... für alkoholabhängige Frauen

In vielen Partnerschaften, die von Gewalt und Alkoholmissbrauch des Täters geprägt sind, ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass irgendwann auch die Frauen anfangen zu trinken. Viele der misshandelten Frauen geben an zu trinken, um den Alltag zu überstehen und um ihre Angst bewältigen zu können. Barnett and Fagen (1993) fanden in ihrer Studie, in der sie 133 gewalttätige Männer und deren Partnerinnen in bezug auf deren Alkoholmissbrauch untersuchten, dass die Männer häufiger vor oder während der gewalttätigen Übergriffe tranken, während die Frauen deutlich häufiger nach den gewalttätigen Übergriffen zum Alkohol griffen. Sie benutzten den Alkohol als eine Art Selbstmedikation.

In bezug auf alkoholabhängige Frauen, die von ihren Partnern misshandelt werden, herrscht noch immer die weitverbreitete Meinung, dass diese zunächst „trocken“ werden sollten, bevor sie eine Chance hätten, aus der gewalttätigen Beziehung auszusteigen. Diese schlichtweg falsche Forderung kann schlimme Konsequenzen für die betroffenen Frauen und ihre vermeintliche Mitverantwortung für ihre Opferrolle haben. In dem gewalttätigen Alltag der Frauen ist es oftmals gar nicht möglich, erst „sauber zu werden“, da die Partner dieser Frauen in vielen Fällen erhebliche Energie aufwenden, um zu vermeiden, dass

die Frau sich aus ihrer Abhängigkeit löst und Hilfe sucht. Zubretzky (1994) betont neben vielen anderen internationalen Forschern und Praktikern auf diesem Gebiet, dass die Frauen häufig sehr schwer zu einem Entzug zu bewegen sind, bevor sie sich in Sicherheit vor dem Partner wägen.

... für Kinder

Kinder, die aus Familien kommen, in denen Alkoholmissbrauch des Vaters / bzw. der Eltern und Gewalt gegenüber der Mutter bzw. der Mutter und dem Kind zum Alltag gehören, wachsen in einer Umgebung auf, die eine gesunde Entwicklung erheblich einschränken bzw. unmöglich machen kann. Viele Kinder leiden unter einem emotionalen Trauma, können Verhaltensauffälligkeiten entwickeln und haben eine größere Wahrscheinlichkeit, selbst als Erwachsene Opfer oder Täter zu werden, als Kinder aus nicht-gewalttätigen Beziehungen (Rosenberg, 1987).

Kinder, die selbst Opfer von Gewalt sind, müssen eine Reihe medizinischer Probleme verkraften, die von kleineren körperlichen Verletzungen bis hin zu ernsthaften körperlichen und auch geistigen Fehlentwicklungen und Behinderungen gehen können – im schlimmsten Fall sterben die Kinder an den Folgen der Gewalteinwirkung. Typische körperliche Verletzungen, an denen misshandelte Kinder leiden, sind Schwellungen, Prellungen, Verletzungen im Kopf-, Brust- und Bauchbereich sowie Verbrennungen und Knochenbrüche. Darüber hinaus zeigen sie oft kognitive Defizite und eingeschränkte soziale Fertigkeiten in bezug auf Gleichaltrige. Studien zeigten darüber hinaus, dass misshandelte Kinder im Vergleich zu nicht-misshandelten Kindern häufiger unter emotionalen Problemen leiden, wie z.B. unter Depressionen und geringem Selbstwertgefühl.

Das Aufwachsen in einem gewalttätigen Haushalt kann schwerwiegende langfristige Folgen für die Kinder haben: Barnett, Miller-Perrin und Perrin (1997)

haben eine Meta-Analyse einer Reihe von Studien durchgeführt, die den Zusammenhang zwischen Drogenmissbrauch im Erwachsenenalter und Misshandlungen im Kindheitsalter untersucht haben. Die Ergebnisse zeigten, dass die Erwachsenen, die Alkohol und Drogen missbrauchen, im Kindheitsalter signifikant häufiger Opfer von Misshandlungen geworden sind, als die Erwachsenen, die keine Drogenproblematik aufweisen.

1.5 Alkohol – ein Risikofaktor für familiäre Gewalt

Kriminalstatistiken zeigen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und gewalttätigem Verhalten gibt.

Eine Analyse des Bundeskriminalamtes aus dem Jahre 1996 von mehr als 155.000 Gewaltdelikten zeigte, dass die Mehrzahl der Täter zur Tatzeit unter Alkoholeinfluß stand. Mehr als 90% der Täter waren männlich und in den meisten Fällen waren die Opfer weiblich, Kinder oder ältere Menschen.

In Spanien ist die Situation ähnlich und besonders die Fakten zum Kindesmissbrauch sind alarmierend: Gemäß einer Studie der spanischen Regierung (Junta de Andalucia, 1995) standen ca. 30% aller Fälle von Kindesmissbrauch und Verwahrlosung mit Alkoholmissbrauch der Erziehungspersonen in Zusammenhang.

Gegenwärtige Forschung zu dem Zusammenhang von Alkoholmissbrauch und Gewalt

Trotz der Einigkeit der Wissenschaftler über einen Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und Gewalt, gehen die Meinungen der Fachleute im Hinblick auf die Frage, warum Alkohol so oft mit Gewalt in Beziehung steht, auseinander. Es gibt eine Reihe von Theorien, mit denen der Zusammenhang zwischen Alkohol und Gewalt erklärt werden soll. Der entscheidende Unterschied der verschiedenen Richtungen, in denen sich die Theorien ansiedeln, liegt darin, dass die Alkoholisierung des Täters zum einen als **ursächlich** für die Gewaltanwendung und zum anderen als einer von vielen **begünstigenden Faktoren** für die Auslösung eines gewalttätigen Verhaltens bewertet wird.

Im folgenden werden zwei Theorien kurz vorgestellt, die sowohl dem einen als auch dem anderen Erklärungsansatz entsprechen: die „Theorie der Disinhibition“ (Theorie der Enthemmung) und die „Theorie der Kontext-Faktoren“ (Theorie der Rahmenbedingungen).

a. Theorie der Disinhibition

Dieser Ansatz beruht auf den direkten pharmakologischen Auswirkungen von Alkohol auf die Selbstkontrolle. Alkoholkonsum führt zu einem Zusammenbruch der inneren Kontrolle, was zur Folge hat, dass der Täter sein Verhalten nicht mehr selbst steuern kann und gewalttätig wird. Heutzutage wird die Disinhibitionstheorie als alleinige Erklärung für gewalttätiges Verhalten von der Mehrheit der Fachleute nicht mehr vertreten, da sie zu viele Fragen nicht zufriedenstellend beantworten kann, z.B. warum nicht alle Menschen, die alkoholisiert sind, auch gewalttätig sind.

Bushman (1997) führte eine Meta-Analyse von 60 experimentellen (zum Teil Placebo-) Studien zum Alkoholkonsum und aggressivem / gewalttätigem Verhalten durch, die zeigte, dass Alkohol nicht als Ursache für gewalttätiges Verhalten bewertet werden kann.

b. Theorie der Kontextfaktoren

Die Theorie der Kontextfaktoren ist heutzutage ein Erklärungsansatz, der von der Mehrheit der Fachleute und Forscher bevorzugt wird. Sie führt Gewalt nicht auf den Alkoholkonsum per se zurück, sondern betont, dass die Konstellation normativer Überzeugungen und ungünstiger Randfaktoren in Kombination mit Alkoholisierung gewalttätiges Verhalten wahrscheinlicher macht. Kaufman-Kantor (1987) zeigte bspw. in einer Studie, dass es bei gewalttätigen Männern, die der Überzeugung waren, dass sie kein Recht hätten, ihre Frauen zu schlagen, einen starken Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und Gewaltanwendung gab (offenbar fungiert hier der Alkoholkonsum als Erklärung für den gewalttätigen Übergriff). Bei Männern dagegen, die es als durchaus legitim empfanden, ihre Frauen zu schlagen, zeigte sich nur ein geringer Zusammenhang zwischen Alkoholisierung und Gewaltanwendung. Dass der Zusammenhang zwischen Alkohol und Gewaltanwen-

dungen nur im Gesamtbild mit anderen Einflußfaktoren zu sehen ist, zeigen auch Ergebnisse neuerer Studien.

Zusammenfassend zeigen sich Forscher und Fachleute heute weitgehend einig darüber, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen Alkoholisierung und Gewaltbereitschaft gibt. Dennoch wäre es zu einfach zu behaupten, dass Alkohol auslösend für Gewalt ist. Alkoholmissbrauch muss vielmehr als ein Faktor in einem komplexen Faktorengelände gesehen werden, der für bestimmte Tätertypen das Auftreten und auch die Schwere gewalttätiger Übergriffe wahrscheinlicher macht.

Darüber hinaus kann Alkohol als nachträgliche Entschuldigung des Täters für sein gewalttätiges Verhalten dienen, da der Täter die Erfahrung macht, dass sein Verhalten über den Konsum entschuldigt wird und er keine volle Verantwortung übernehmen muss.

Bezogen auf die Intervention bei gewalttätigen Alkoholikern, weisen Zubretsky und Digirolamo (1994) aus diesem Grund darauf hin, dass ein Alkoholentzug als alleinige Interventionsmaßnahme bei den Tätern nicht zwangsläufig zu einer Beendigung des gewalttätigen Verhaltens führt, da er andere Faktoren, die die Gewalt ebenfalls begünstigen können, nicht berücksichtigt.

Da Alkoholisierung gewalttätigen Übergriffen jedoch oftmals vorausgehen kann, sollte die gezielte therapeutische Arbeit mit dem Täter den Alkoholentzug und die Prävention weiteren gewalttätigen Verhaltens integrieren. Dass eine solche kombinierte Intervention sinnvoll ist, zeigt auch eine Studie von O'Farrell und Murphy (1995): Sie führten eine Kontroll-Gruppen-Studie durch, in der sie die Prävalenz und Häufigkeit ehelicher Gewalt für Alkoholiker und Nichtalkoholiker erfassten. Die Alkoholiker machten eine Entziehungskur und die Paare führten darüber hinaus eine Paartherapie durch, deren Schwerpunkt auf einer Förderung der Kommunikationsmuster der Paare lag. Die Therapie wurde während des Aufenthaltes des Mannes in der Klinik durchgeführt (was ein wichtiger Aspekt ist, denn von Paartherapien ist in der Regel so lange mit aller Entschiedenheit abzuraten, so lange der Mann noch gewalttätig ist und

die Frau fürchten muss, dass sie nach den Sitzungen zuhause Sanktionen erfahren muss). Die Prävalenz gewalttätiger Übergriffe war nach der Paartherapie über die gesamte Stichprobe reduziert. Auffällig war allerdings, dass die rückfällig gewordenen Alkoholiker ein höheres Ausmaß an Gewalt zeigten, als die remittierten Alkoholiker und die Nichtalkoholiker.

2. Die Befragung in Spanien und Deutschland: Methodik und Ergebnisse

2.1 Entwicklung des Fragebogens

Die Datenerhebung wurde in Deutschland und Spanien mittels Fragebogen und Interviews durchgeführt. Befragt wurden im Rahmen dieser Studie Experten, die mit Opfern familiärer Gewalt, den Tätern, Paaren oder Familien arbeiten. Der eingesetzte Fragebogen enthielt in Deutschland und Spanien dieselben Fragen, um die Ergebnisse in den beiden beteiligten Ländern vergleichen zu können.

Der Fragebogen wurde auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche und vorhergehenden Gesprächen mit Fachleuten entwickelt und bestand aus sechs Teilen mit insgesamt 44 Fragen. Die meisten der Fragen waren offene Fragen, um eine genaue Einschätzung der Experten zu ermöglichen.

Mit dem Fragebogen sollten Aspekte der Gewalttat und Charakteristiken der Opfer und der Täter erfasst werden, um aus den Ergebnissen präventive Interventionsmethoden für die Zukunft ableiten zu können. Des weiteren interessierten die Rahmenbedingungen der Arbeit der Experten, z.B. die Kooperation mit anderen Institution und der Bedarf an Weiterbildung zum Thema familiäre Gewalt.

Im folgenden wird eine kurze Beschreibung des Fragebogens gegeben.

In *Teil 1* wurden generelle Informationen über die Institutionen abgefragt, z.B.

- mit wem arbeiten Sie in Ihrer Institution (mit Opfern, Tätern, Paaren oder Familien)
- die primären Arbeitsbereiche
- Kooperation mit anderen Institutionen und Bewertung dieser Kooperation

In *Teil 2* wurden die Experten um Ihre Meinung gebeten bezüglich

- möglicher Gründe für familiäre Gewalt
- Auslösefaktoren
- der Rolle von Alkohol und der Effizienz von Interventionen, die sich auf die Reduktion von Alkohol konzentrieren

Teil 3 erfasste die Meinung der Experten zu

- Strategien, die als effektiv in der Prävention familiärer Gewalt betrachtet werden
- wichtigen Aspekten für die Prävention familiärer Gewalt im Gesundheits-, Rechts-, Bildungs- und Sozialwesen.

Darüber hinaus wurden die Experten gefragt, ob sie Interesse an der Teilnahme an Fortbildungen hätten, um Ihre Fachkenntnisse in unterschiedlichen Bereichen ihrer Arbeit zu erweitern, wie z.B. Evaluation und Supervision der eigenen Arbeit, rechtliche Aspekte, Krisenintervention und Screening-Methoden, um familiäre Gewalt schon in einem frühen Stadium entdecken und behandeln zu können.

In *Teil 4* wurden Charakteristiken der Gewalttaten erfaßt. Experten wurden nach

- dem Ausmaß, in dem physische, emotionale und sexuelle Gewalt auftritt gefragt.

Außerdem interessierte,

- ob die Täter familiärer Gewalt auch zu Personen außerhalb der Familie gewalttätig sind und
- die Rolle, die Alkohol und Drogen in den gewalttätigen Übergriffen spielen

Die *Teile 5 und 6* des Fragebogens erfragten Charakteristiken der Opfer und Täter.

Von Interesse war z.B.,

- ob es unterschiedliche Täter- bzw. Opfertypen gibt
- welche typischen Verhaltensmerkmale Opfer und Täter zeigen, z.B. Depression, übermäßige Eifersucht, Alkohol- und Drogenmissbrauch

- wie die sozialen Fertigkeiten der Opfer und Täter eingeschätzt werden, z.B. Problemlösestrategien und Kommunikationsfertigkeiten
- was für die Experten typische Konfliktsituationen für Paare, die in einer gewalttätigen Beziehung leben, darstellen.

Die Experten wurden ferner gefragt, ob sie Interesse an einer weiteren Mitarbeit in dem Projekt haben.

2.2 Beschreibung der Stichprobe

Für die Datenerhebung wurden Fachleute aus verschiedenen Berufen und Institutionen um ihre Teilnahme gebeten. In Deutschland und Spanien nahmen Vertreter folgender Berufsgruppen an der Befragung teil:

- Mitarbeiterinnen in Frauenhäusern
- Erzieherinnen
- Ärzte
- Krankenschwestern
- Pädagog/innen und Sozialpädagog/innen
- Polizisten
- Psychiater
- Psychologen
- Psychotherapeuten
- Sozialarbeiter

Die Datenerhebung wurde zwischen Mai und September 1999 durchgeführt. Zunächst wurden die Experten telefonisch kontaktiert, mit den Zielen des Projektes vertraut gemacht und um eine Teilnahme gebeten. Den Institutionen, die zu einer Teilnahme bereit waren, wurde ein Fragebogen und ein frankierter Rückumschlag zugesandt. Die Experten wurden darüber informiert, dass alle ihre Angaben streng vertraulich behandelt und nicht an eine dritte Person weitergereicht würden.

Für die weitere Auswertung wurden die teilnehmenden Experten der verschiedenen Institutionen in drei Hauptgruppen unterteilt:

a. Polizei

b. Frauen und Kinder

- Frauenhäuser
- Beratungsstellen für Frauen
- Alkohol- und Drogenberatungsstellen für Frauen
- Familientherapeuten für Opfer von familiärer Gewalt (nur Spanien)
- Familienplanungszenter (nur Spanien)
- Tagesstätten für Frauen und Kinder in Not (nur Spanien)

c. Alkohol

- Drogen- und Alkoholberatungsstellen
- Fachkliniken für Alkohol und Drogenabhängige

Desweiteren wurden eine Notaufnahme in Spanien und zwei Täterberatungs- und behandlungsstellen in Deutschland und in Spanien befragt. Diese Fragebogen wurden keiner der drei o.g. Gruppen zugeordnet, sondern getrennt betrachtet und im folgenden unter der Gruppe "Andere" zusammengefasst.

Tabelle 1 und 2 zeigen die Anzahl der Fragebogen, die in Spanien und Deutschland versandt und zur Auswertung zurückerhalten wurden.

Tabelle 1: Rücklaufquote in Deutschland

	Institution	Versandt	Zurückerhalten	%
	Polizei	10	6	60,0
	Frauen	20	9	45,0
	Alkohol	30	16	53,3
	Andere	3	1	33,3
	Σ	63	32	51,6

In Deutschland ist nur eine Rücklaufquote von 51,6% der Fragebogen zu verzeichnen. Die Institutionen, die ihren Fragebogen nach sechs Wochen nicht zu-

rückgeschickt hatten, wurden mit einem Schreiben nochmals kontaktiert und um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens gebeten. Nach Abschluss der Datenauswertung wurden weitere 5 Fragebogen zurückgesandt, die aber für dieses Dokument nicht mehr berücksichtigt werden konnten.

Tabelle 2: Rücklaufquote der Fragebogen in Spanien

	Institution	Versandt	Zurückerhalten	%
1	Polizei	15	9	60,0
2	Frauen	41	24	58,5
3	Alkohol	20	13	65,0
4	Andere	4	4	100,0
	Σ	80	50	62,5

In Spanien haben 62,5% der kontaktierten Institutionen ihren Fragebogen zurückgesandt. In der Gruppe "Frauen" ist der höchste Prozentsatz von zurückgeschickten Fragebogen zu verzeichnen. Im Vergleich zu Deutschland zeigt sich deutlich, dass mehr Institutionen dazu motiviert werden konnten, ihren Fragebogen auszufüllen. Zusätzlich zu der Datenerhebung durch einen Fragebogen, wurde eine Anzahl von Experten durch ein Interview befragt, das auf dem Fragebogen basierte.

Im folgenden werden für die deutsche und die spanische Stichprobe die Hauptaufgabenbereiche der Praktiker aus den drei Gruppen beschrieben.

a. Gruppe Polizei

- Krisenintervention
- Befragung von Opfern und Tätern
- Verweisung der Opfer z.B. zu einem Frauenhaus oder einer Frauenberatungsstelle

- Aufklärung der Opfer über ihre Rechte, Mitgabe einer Broschüre mit rechtlichen Informationen und Notrufnummern, Adressen von Frauenhäusern

b. Gruppe Frauen: Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen

- Krisenintervention
- Aufstellung eines Sicherheitsplanes
- Beratung und gemeinsame Entwicklung neuer Lebensperspektiven
- Begleitung der Opfer zu Behörden- und Amtsgängen

c. Gruppe Alkohol: Fachkliniken und Drogen- und Suchtberatungsstellen

- Krisenintervention, z.B. nach der Einweisung in die Klinik
- Detoxikation / pharmakologische Behandlung
- Motivationsbehandlung (Strukturierung weiterer Maßnahmen)
- Verhaltensorientierte Therapie
- Rückfallprophylaxe
- Krisenintervention für die Opfer
- Gezielte therapeutische Arbeit mit Tätern (forensische Klinik)

d. Gruppe Andere: Beratungsstelle *für Täter*

- Verhinderung weiterer Gewalttaten durch gezieltes Training und Verhaltensanalyse
- Deeskalation von Krisensituationen

2.3 Ergebnisse der Befragung

Wie vorher beschrieben wurde die Stichprobe der befragten Fachleute in vier Gruppen unterteilt: Die Gruppe *Alkohol*, die Fachleute aus Fachkliniken für Alkoholranke und Sucht- und Drogenberatungsstellen umfasst, die Gruppe *Frauen*, die sich aus Mitarbeiterinnen aus Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen zusammensetzt, und als letzte Gruppe die *Polizei*. Darüber hinaus wurden Fachleute, die in Täterberatungsstellen arbeiten, der Gruppe *Andere* zugeordnet.

Im folgenden werden die Hauptergebnisse der Befragung in bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Eigenschaften von Opfern und Tätern aufgeführt. Im Kapitel 3 werden dann die Empfehlungen der Fachleute zur Intervention dargestellt.

Aspekte der Arbeit

Mit wem arbeiten die Institutionen am häufigsten?

Bei der Frage danach, mit wem die Fachleute der unterschiedlichen Gruppen am häufigsten arbeiten, zeigte sich, dass in der deutschen und in der spanischen Stichprobe über alle Gruppen am häufigsten mit Opfern und am seltensten mit Tätern gearbeitet wird.

Bei der deutschen Stichprobe fällt auf, dass von den neun Institutionen der Gruppe Frauen acht niemals auch mit Tätern bzw. Paaren arbeiten. Dies ist nicht sehr verwunderlich, da das Frauenhaus von den Opfern oftmals die einzige Zufluchtsstätte ist, die ihnen Schutz und Unterstützung bietet. Für viele Frauen wäre daher das Vertrauen in das Frauenhaus als Schutzstätte eingeschränkt bzw. zerstört, wenn sie dort ihre Partner wieder trafen, vor denen sie vorher fliehen mussten.

In Spanien dagegen haben von den 24 Institutionen aus der Gruppe Frauen sechs angegeben, auch mit Tätern zu arbeiten. Allerdings rekrutierten sich diese aus den Mitarbeiterinnen in Kinderheimen.

Bewertung der Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen

Praktiker betonen immer wieder die Wichtigkeit der Vernetzung und der Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen, die mit den Opfern und den Tätern von Gewalt arbeiten. Im Rahmen dieser Studie interessierte daher, wie die Fachleute die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen bewerten.

Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass eine große Anzahl der befragten Fachleute zu vielen der Institutionen keine Angaben gemacht haben, da keine Kooperation besteht.

Über die gesamte Stichprobe betrachtet wird die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen generell als „Zufriedenstellend“ oder als „Gut“ bewertet. Auffällig ist allerdings, dass einige der Fachleute aus der Gruppe der Polizisten die Zusammenarbeit mit den Frauenhäusern und Frauenberatungsstellen als „Unbefriedigend“ bezeichnen. In Gesprächen mit Mitarbeiterinnen in Frauenhäusern und Vertretern der Polizei zeigte sich das Dilemma auf beiden Seiten: Während von Mitarbeiterinnen in Frauenhäusern berichtet wurde, Frauenhäuser würden von der Polizei als „Abstellgleis“ benutzt werden, auf die Frauen gestellt würden, die aus einer akut gewalttätigen Situation herausgeholt wurden, schilderten Vertreter der Polizei hingegen ihre oftmals eingeschränkten Möglichkeiten der Intervention im Notfall: Sie haben oftmals nur die Möglichkeit, die Frau in ein Frauenhaus zu bringen, wenn sie diese in der akuten Situation nicht in der gewalttätigen Umgebung lassen möchten.

Empfundener Bedarf an Weiterbildung

Nach Aussage der befragten Praktiker herrscht ein großes Interesse an Fortbildungsveranstaltungen zu unterschiedlichen Eckpunkten des Themas familiärer (alkoholbezogener) Gewalt. In Spanien beantworteten 98% und in Deutschland

94% der befragten Fachleute die Frage danach, ob sie sich weitere Fortbildungen wünschen würden, mit *Ja*.

Die Themen, die in Spanien am häufigsten als gewünschte Fortbildungsinhalte genannt wurden, waren

- „Aufbau von Behandlungs- und Beratungsmotivation“
- „Erkennungsmerkmale alkoholbezogener Gewalt / psychologischer Störungen u.a. als Voraussetzungen für die weitere Behandlung“
- „Krisenintervention“

In Deutschland sind folgende Fortbildungsangebote am häufigsten gewünscht worden

- „Krisenintervention“
- „Kurzberatung, Umgang mit Suizidalität“
- „Erkennungsmerkmale alkoholbezogener Gewalt / psychologischer Störungen u.a. als Voraussetzungen für die weitere Behandlung“

Interessanterweise gab es keine nennenswerten Unterschiede der gewünschten Fortbildungsangebote in den befragten Gruppen.

Die Rolle von Alkohol bei familiärer Gewalt

Dass Alkohol ein Risikofaktor für familiäre Gewalt darstellen kann, haben Studien übereinstimmend belegen können (siehe Kapitel 1). In dieser Befragung wurde erfasst, welche Drogen außer Alkohol eine Rolle bei familiärer Gewalt spielen. Die Praktiker wurden gebeten, anzugeben, wie häufig die Drogen Alkohol, Kokain, Heroin, Speed, Marihuana, LSD/Ecstasy, Medikamente und Polytoxikomanie bei familiärer Gewalt involviert waren. Die in Spanien sowie in Deutschland befragten Fachleute gaben übereinstimmend an, dass Alkohol die Droge ist, die am häufigsten bei gewalttätigen Übergriffen im Spiel ist (siehe Tabelle 3).

Table 3: Welche Drogen spielen bei familiärer Gewalt eine Rolle? (Angaben in Mittelwerten)

Spanien		Deutschland	
Alkohol	3,22	Alkohol	3,61
Polytoxikomanie	2,86	Polytoxikomanie	2,21

Kokain	2,46	Kokain	1,73
--------	------	--------	------

0=nie 1=selten 2=manchmal 3=oft 4=sehr oft

92% der deutschen und 72,9% der spanischen Praktiker berichteten, dass die Täter „Oft“ oder „Sehr Oft“ unter Alkoholeinfluss gewalttätig werden.

Im Mittel gaben die Fachleute an, dass knapp 67% der Gewalttaten gegen die Partnerin unter Alkoholeinfluss verübt wurden, während die spanischen Experten im Mittel von ca. 50% der Fälle ausgehen. Zu beachten ist bei der Darstellung dieser Ergebnisse, dass diese auf Schätzwerten beruhen und damit nicht als handfeste Statistiken aufzufassen sind.

Aufgrund dieser Ergebnisse ist es auch nicht erstaunlich, dass die Mehrheit der befragten Sachkundigen auch völlig mit der Aussage übereinstimmt, dass Alkohol das Risiko für familiäre Gewalt erhöht und dass daher Alkoholreduktion bzw. völlige Entwöhnung notwendige Bedingungen für die Prävention weiterer gewalttätiger Übergriffe sind.

In vertiefenden Interviews mit einigen der Fachleute wurde auch deutlich, dass die Täter oftmals den Alkoholkonsum als Entschuldigung für ihr Verhalten angeben und dass eine alleinige Therapie des Alkoholkonsums ihrer Erfahrung nach nicht zur Prävention ausreicht, sondern immer in Verbindung mit anderen Interventionsmaßnahmen zu sehen ist (siehe auch Kapitel 3).

Die von den Praktikern berichteten Erfahrungen decken sich demnach in großem Maße mit den Ergebnissen internationaler wissenschaftlicher Untersuchungen zu diesem Thema.

Zusammenfassend zeigt sich, dass

- Gewalt häufiger unter Alkoholeinfluss ausgeübt wird als unter dem Einfluss anderer Drogen
- ein bedeutender Prozentsatz familiärer Gewalt unter Alkoholeinfluss ausgeübt zu werden scheint

- Alkohol das Risiko für familiäre Gewalt zu erhöhen scheint und es daher erforderlich ist, die Therapie des Alkoholmissbrauchs in präventive Maßnahmen zu integrieren.

Typische Symptome und Verhaltensweisen...

... *bei Opfern*

Die Fachleute wurden nach typischen Symptomen und Verhaltensweisen, die sie bei Opfern besonders häufig wahrnehmen oder die ihnen von den Opfern berichtet werden, gefragt. Die Daten für Deutschland und für Spanien zeigen hier nur minimale Unterschiede, so dass die Ergebnisse über beide Länder zusammen dargestellt werden. Die Symptome und Verhaltensweisen, die Fachleute am häufigsten bei Opfern feststellen, sind:

- geringes Selbstbewusstsein
- empfundene Hilflosigkeit
- Angstzustände
- Hoffnungslosigkeit und
- sozialer Rückzug

Diese Symptome sind typisch für Depressionen, PTSD oder Angststörungen.

Mitarbeiterinnen eines Frauenhauses wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ihrer Erfahrung nach diese Symptome bei vielen Frauen die Folge und nicht die Ursache der gewalttätigen Übergriffe sei. Die Frauen seien von ihrer Grundstruktur eher selbstbewusst, was dazu führe, dass sich der Täter seiner Partnerin in verschiedenen Bereichen unterlegen fühle und Gewalt die einzige Alternative zu sein scheine, um das Machtgefüge zu seinen Gunsten wiederherzustellen.

Weiterhin wurden die Praktiker danach befragt, wie häufig die Opfer Alkohol missbrauchen würden. Im Mittel gaben die Fachleute an, dass die Opfer „Manchmal“ Alkoholmissbrauch zeigen würden und die Frauen in der Regel trinken, um den Alltag überstehen zu können. Diese Beobachtung steht in Übereinstimmung mit Studien, die zu ähnlichen Ergebnissen kamen.

Mehr als 90% der spanischen und mehr als 87% der deutschen befragten Praktiker stimmten überein, dass es verschiedene Opfertypen gibt. Allerdings zeigte sich, wie schwierig es ist, eine Auflistung von Merkmalen zu geben, die

verschiedene Opfertypen unterscheidet, denn die Merkmale überschneiden sich.

Im folgenden wird daher kein Versuch gemacht, Opfertypen zu differenzieren, sondern es sollen lediglich eine Reihe von Merkmalen aufgezählt werden, die die Fachleute am häufigsten bei Opfern bzw. deren Biographien wahrnehmen. Zu beachten ist dabei, dass diese Merkmale selbstverständlich nicht bei jedem Opfer in gleichem Maße aufzufinden sein müssen.

- Unterwerfung der sozialen Zwänge und Normen (z.B. der Versuch, eine „normale“ Familienstruktur aufrechtzuerhalten; Peinlichkeit, dem sozialen Umfeld eingestehen zu müssen, dass der Partner gewalttätig ist)
- gewalttätiger familiärer Hintergrund und Kindheitserfahrungen
- Mangel an Möglichkeiten, sich zu beschützen (z.B. durch finanzielle Abhängigkeit)
- Co-Abhängigkeit bei alkoholabhängigen Paaren

... bei Tätern

Im folgenden werden die Verhaltensweisen und Charakteristika aufgeführt, die von den befragten Fachleuten am häufigsten bei Tätern beobachtet wurden, bzw. von diesen berichtet wurden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass nur ca. 60% der befragten Praktiker diese Fragen beantwortet haben. Dies ist darauf zurückzuführen, dass viele der an der Untersuchung beteiligten Fachleute in der Regel keinerlei Kontakt zu Tätern haben, so dass sie keine zuverlässigen Angaben machen konnten. Da es nur geringe Unterschiede in den deutschen und spanischen Daten gibt, werden die Ergebnisse für die beiden Länder zusammen präsentiert.

Gemäß mehr als 85% der Praktiker zeigen Täter „Oft“ oder „Sehr oft“ aggressives und reizbares Verhalten. Darüber hinaus nannten mehr als 75% der Fachleute, dass die Täter „Oft“ oder „Sehr oft“ exzessive Eifersucht und übersteigerte Trennungsangst im Bezug auf die Partnerinnen äußerten 75,5% berichteten, dass die Täter „Oft“ oder „Sehr oft“ klare Symptome von Alkoholismus aufweisen.

Nach Ansicht der großen Mehrheit der Fachleute zeigen die Täter klare Defizite im Hinblick auf soziale Fertigkeiten wie z.B. konstruktives Problemlösen oder Kommunikationsfertigkeiten.

Die Ergebnisse stimmen mit neueren experimentellen Studien überein, die darauf hinwiesen, dass viele Täter einen substantiellen Mangel an grundlegenden interpersonalen Fertigkeiten haben. Für den Fachmann ist die Identifikation solcher Problembereiche eine wichtige Voraussetzung, um geeignete Maßnahmen zur Intervention zu planen und zu initiieren.

Die Frage danach, ob die in der Literatur zitierten Tätertypen (family-only versus general) bestätigt werden konnten, brachte keine eindeutigen Ergebnisse.

3. Empfehlungen für die Intervention bei (alkohol-bezogener) familiärer Gewalt

Die grundlegenden Ziele der Intervention sollten folgendermaßen definiert sein:

- Unterstützung des Opfers bei der Suche nach Hilfe und
- vollständige Inverantwortungnahme des Täter und dem gleichzeitigen Hilfeangebot, um weiteren gewalttätige Ausschreitungen vorzubeugen

Dies setzt auch voraus, dass die Fachleute verschiedener Institutionen, die mit den Opfern und Tätern in Kontakt kommen, ihr eigenes Verhalten und ihre Arbeitsweise kontinuierlich reflektieren und versuchen, eigene Vorurteile und verzerrte Wahrnehmungsmuster zu erkennen und abzubauen.

3.1 Empfehlungen auf der institutsübergreifenden Ebene

Mitarbeiter von Institutionen aus verschiedenen Bereichen (z.B. Gesundheit, Justiz, Polizei), die mit familiärer Gewalt konfrontiert werden, sollten ihre Kooperation verbessern, um dem Opfer und dem Täter am besten helfen zu können. In den letzten Jahren wurden die ersten Programme entwickelt, die auf die Förderung der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen hinarbeiten und die sinnvolle Verbindung von Opferhilfe, Täterarbeit und einer staatlichen Reaktion anstreben.

Eines der ersten Programme dieser Art kommt aus Minnesota (USA) und ist mittlerweile Vorbild für verschiedene Initiativen in Europa geworden. Die Hauptaspekte des Domestic Abuse Intervention Project (DAIP; beschrieben bei Schall & Schirmacher, 1995) sollen im folgenden kurz beschrieben werden.

Bei der Kenntnisnahme familiärer Gewalt werden eine Reihe von Schritten initiiert:

- der Täter wird verhaftet (bis maximal 36 Stunden), um der Frau die Möglichkeit zu geben, die Wohnung zu verlassen und sich eine sichere Umgebung zu suchen, und um die Situation zum deeskalieren zu bringen.
- Der Täter wird von der Polizei klar darüber informiert, dass er rechtlich für seine Tat zur Verantwortung gezogen wird.
- Die Polizei informiert Sozialeinrichtungen über den Vorfall. Diese treten mit dem Opfer in Kontakt, um mit ihr rechtliche Schritte zu besprechen, eine Notunterkunft zu suchen etc.
- Gleichzeitig treten Sozialarbeiter oder Psychologen mit dem Täter in Kontakt, um ihm einen Trainingskurs zur Prävention weiterer Gewalt anzubieten, den er anstelle einer Verurteilung antreten kann. Hier lernt er, sich mit seinem Verhalten auseinanderzusetzen, Motive für sein gewalttätiges Verhalten aufzudecken und nicht-gewalttätiges Verhalten zu zeigen.

Dieses Programm ist in Deutschland schon in einigen Bundesländern erprobt worden. Eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass ein solches Programm zum Erfolg führen kann, liegt in der Kooperation unterschiedlicher Institutionen im Bereich der Täter- und Opferarbeit. Dies bedeutet auch, dass sich die Institutionen dezentral in ihren Gemeinden miteinander vernetzen.

3.2 Empfehlungen auf der individuellen Ebene

Interventionen mit Opfern im allgemeinen

Es gibt einige wichtige Voraussetzungen, die in der Arbeit mit Opfern familiärer Gewalt wichtig sind. Sie scheinen einfach und klar zu sein, aber dennoch ist es manchmal schwer, sie zu erfüllen, z.B. aufgrund mangelnder finanzieller Kapazitäten der Institution, verkehrter Einstellungen und Überzeugungen oder der Unsicherheit darüber, wie interveniert werden soll, wenn Gewalt aufgedeckt wurde.

Einige wichtige Prinzipien sollten in der Arbeit mit Opfern, bzw. mit Frauen, die möglicherweise Opfer familiärer Gewalt sind, beherzigt werden:

Der Erstkontakt im Notfall

- Gerade beim Erstkontakt sich genügend Zeit für das Opfer nehmen, damit es sich sicher fühlt und Vertrauen zum Praktiker bilden kann.
- Dem Opfer signalisieren, dass ihm geglaubt wird. Dem Opfer zeigen, dass es ernstgenommen wird und dass die Institution ihm helfen wird.
- Wenn die Opfer Frauen sind, ist es u.U. vorteilhaft, wenn eine weibliche Mitarbeiterin das Gespräch führt.

Screenen (Erfassen) von Gewalt

- Das Screenen von Gewalt sollte Fragen einschließen, die der medizinischen Geschichte Hinweise auf Gewalteinwirkungen aufzeigen, z.B. nach unnatürlich vielen Unfällen der Frau, Hörverlust, Unterleibsschmerzen, Entzündungen der Vagina etc.). Diese Art der Fragen können vermutlich am besten von Seiten des Hausarztes oder des Gynäkologen der Frau gestellt werden. Des weiteren sollten Symptome typischer psychologischer Störungen abgefragt werden, die auf Gewalt zurückzuführen sind, z.B. Posttraumatische Belastungsstörung oder Angststörungen. In diesen Fäl-

len ist es wichtig, dass die Frauen sofortige fachkundige Therapie bekommen. Weitere allgemeine Screeningfragen beziehen sich auf die Sozialgeschichte und private Bereiche der Frau, wie z.B. die empfundene Beziehungsqualität.

- In der Dokumentation aktueller Gewalt ist es notwendig, dass die Zeichen von Gewalteinwirkungen genau dokumentiert werden, inklusive Häufigkeit und Art der Gewalt. Dies kann von großer Wichtigkeit sein, wenn die Frau sich zu einer Anzeige gegen den Täter entscheidet. Außerdem sind es wichtige Informationen für den Austausch mit anderen kooperierenden Institutionen.
- Praktiker, die mit alkoholmissbrauchenden Opfern in Berührung kommen, sollten sowohl Gewalteinwirkungen als auch Alkoholabhängigkeit frühzeitig erkennen, um so schnell Interventionsmaßnahmen ergreifen zu können.

Erstellung eines Sicherheitsplanes

Wenn die Gewalteinwirkungen aufgedeckt und hinreichend dokumentiert wurden, ist es notwendig, Kontextvariablen zu identifizieren (z.B. finanzielle Situation der Frau: kann sie sich ein Hotel nehmen oder sollte/will sie in ein Frauenhaus gehen; ist die Frau alkoholabhängig, Kinder involviert etc.) und einen Sicherheitsplan für die Frau aufzustellen. Die Wichtigkeit der Kooperation der Einrichtungen auf den Ebenen Gesundheit und Justiz ist hier erneut zu betonen.

Besondere Empfehlungen für den Umgang mit Frauen mit Kindern

Es ist wichtig, Frauen mit Kindern zu motivieren, ehrlich mit ihren Kindern darüber zu sein, dass sie geschlagen werden. Den Frauen sollte im Vorwege der Einfluss, den die wahrgenommene Gewalt auf ihre Kinder hat, erklärt werden.

Die Praktiker sollten sich im klaren über die Widersprüchlichkeit sein, die Frauen in Bezug auf ihre Kinder fühlen: einige möchten ihre Kinder u.U. aufgeben (z.B. in ein Kinderheim geben), um sie vor weiterer Gewalt zu schützen. Das kann dazu führen, dass diese Frauen zu Unrecht unfair behandelt werden, ein Umstand, der wiederum die Schuldgefühle auf Seiten der Frau verstärkt.

Behandlung von alkoholabhängigen Opfern und Tätern

Wie in dieser Broschüre deutlich geworden ist, ist Alkohol zwar nicht als Ursache für Gewalt anzusehen, aber dennoch trägt Alkoholmissbrauch zur Gewalt bei. Um geeignete Interventionsmaßnahmen für Opfer sowie Täter zu planen und zu initiieren, muss die Rolle von Alkohol bei Gewalt berücksichtigt werden.

Interventionen mit alkoholabhängigen Opfern

Die Ansätze, die normalerweise zur Anwendung kommen, um alkoholkranken Frauen zu helfen, greifen bei alkoholkranken Frauen, die auch Opfer familiärer Gewalt sind, nicht. Der Grund liegt in der alleinigen Konzentration auf die Behandlung der Alkoholkrankheit, die die Prävention vorherrschender Gewalt unberücksichtigt lässt. Es ist jedoch so, dass eine erfolgreiche Behandlung des Alkoholmissbrauches nicht selten zu einem erhöhten Gewaltrisiko für die Frau führt. Viele Studien zeigten, dass die gewalttätigen Übergriffe durch den Mann während einer Alkoholbehandlung stiegen, so dass viele Frauen aus eigenen Sicherheitserwägungen nicht in der Lage waren, die Alkoholtherapie weiter fortzuführen. Daher sollten Behandlungspläne zur Alkoholtherapie der Sicherheit der Frau die oberste Priorität zukommen lassen. Dies ist besonders wichtig im Hinblick auf die Tatsache, dass ein Risikofaktor für einen Rückfall in den Alkoholmissbrauch die erneute Viktimisierung der Frau ist.

Interventionen mit alkoholabhängigen Tätern

In vielen Institutionen und Fachkliniken, die alkoholabhängige Täter behandeln, herrscht die Überzeugung, dass der Alkoholentzug allein zur Prävention weiterer Gewalt ausreicht. Dies ist in der Regel nicht der Fall. Vielmehr muss eine Alkoholtherapie des Täters immer verbunden sein mit einer genauen Identifizierung von Einstellungen und Denkmustern im Hinblick auf Gewalt und Charakteristiken wie z.B. eingeschränkten sozialen Fertigkeiten, übermäßige Eifersucht etc. Die Identifikation dieser speziellen Problemfelder beim alkoholabhängigen Täter ermöglicht neben der Therapie des Alkoholmissbrauches auch eine auf ihn zugeschnittene Behandlung weiterer Problemfelder, die als ursächlich für die gewalttätigen Übergriffe angesehen werden. Allerdings sollte eine solche Behandlung auch an klare staatliche Sanktionen für das gewalttätige Verhalten gekoppelt sein und nie als Ersatz für eine solche gelten.

Beispiele für allgemeine Screening-Fragen zur Erfassung von Gewalt

- Haben Sie in irgendeiner Form Angst vor Ihrem Partner?
- Reagiert Ihr Partner manchmal auf Dinge in aggressiver oder plötzlich gewalttätiger Art?
- Hat Ihr Partner Ihnen schon einmal verboten, andere Leute zu sehen oder zu einer Verabredung oder einem Treffen zu gehen?
- Hat Ihr Partner Sie schon einmal geschubst oder geschlagen oder gewürgt?
- Hat Ihr Partner Sie schon einmal zu Sex gezwungen?

Beispiele für das Screening zur Erfassung von Alkoholmissbrauch (John et al., 1996)

- Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, Sie sollten Ihren Alkoholkonsum reduzieren?
- Hat Sie schon einmal jemand ärgerlich gemacht, weil er kritisiert hat, Sie würden zu viel trinken?
- Haben Sie sich schon einmal schuldig oder krank gefühlt, weil Sie zu viel getrunken haben?

- Haben Sie jemals morgens gleich Alkohol getrunken, um einen Kater loszuwerden oder die nötige Energie für den Tag zu bekommen?

3.3 Generelle Empfehlungen für Maßnahmen zur Prävention (alkoholbezogener) Gewalt

In diesem letzten Abschnitt sollen einige generelle Empfehlungen ausgesprochen werden, die von den befragten Fachleuten im Rahmen der Untersuchung in Spanien und Deutschland am häufigsten genannt wurden. Die Empfehlungen sind auf verschiedenen Ebenen ausgesprochen worden, wobei zu beachten ist, dass einige der Empfehlungen durchaus auf mehrere Ebenen passen.

Erziehungsebene

- Durchführung von Programmen zur Förderung sozialer Kompetenzen, die bereits im Kindergarten oder in der Grundschule anfangen. Diese Programme zielen auf die Förderung allgemeiner Fertigkeiten ab, die als entscheidend für eine gesunde Entwicklung bei Kindern angesehen werden, z.B. Kommunikationsfertigkeiten oder Problemlösen. Einige dieser Fertigkeiten wurden interessanterweise bei Gewalttätern als nur eingeschränkt vorhanden identifiziert.
- Die Förderung „sozialer Intelligenz“ bei Kinder.
- Mädchen und Jungen mit einer flexiblen Geschlechterzuordnung aufwachsen lassen, in der der Mann die Frau nicht länger dominiert.
- Aufklärungsarbeit über den Zusammenhang zwischen Alkohol und Gewalt.
- Aufklärungsarbeit über die verzerrenden Werbebotschaften in bezug auf Alkohol und Geschlechterzuordnung.
- Bildungsstand von Menschen erhöhen (z.B. Sprachkurse für Ausländer).
- Fortbildungen für Praktiker, die mit Opfern und mit Tätern arbeiten. Die Fortbildungen sollten geeignete Screening-Techniken vermitteln, die Gewalt früh erkennen lassen.

Rechtliche Ebene

- Praktiker sollten über fundiertes rechtliches Wissen im Hinblick auf die Rechte der Opfer verfügen. Hierzu sollten Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden.
- Verbesserung der freien Beratung für Opfer.
- Völlige Inverantwortungnahme des Täters: Die Therapie darf nicht als Alternative zu einer rechtlichen Strafe für den gewalttätigen Übergriff gesehen werden, sondern als Ergänzung. Der Täter sollte auch voll zur Verantwortung gezogen werden, wenn er während des Übergriffes betrunken war. Betrunkenheit darf nicht länger als Entschuldigung für gewaltsames Verhalten dienen!
- Die Steuern für Alkohol sollten gravierend erhöht werden, außerdem sollte das Mindestalter für Alkoholkonsum deutlich erhöht werden und die Einhaltung des Verkaufsverbot an Jugendliche sollte streng kontrolliert werden.
- Es sollte ein Werbeverbot für Alkohol geben.

Soziale und gesundheitliche Ebene

- Aufklärungskampagnen mit den Schwerpunkten:
- Die Frau als unabhängiges und gleichberechtigtes Mitglied dieser Gesellschaft
- Familiäre Gewalt als öffentliches Problem (nicht länger als Familienangelegenheit tabuisieren).

- Weitere Forschung und die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Interventionsprogrammen für die Arbeit mit Tätern in Kombination mit der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Dies beinhaltet die Entwicklung effektiver Screeningtechniken für das Aufdecken von Variablen, die von Bedeutung für das gewalttätige Verhalten des Mannes sind.
- Soziale Ressourcen und Institutionen für Opfer erweitern.
- Schnelle finanzielle Hilfe für die Opfer (z.B. Stellung eines Rechtsanwaltes bei gewünschter Scheidung)
- Förderung der Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene (z.B. „Nachbarschaftswache“)
- Die Zusammenarbeit und den Austausch unterschiedlicher Institutionen, die mit Opfern und Tätern arbeiten, fördern.
- Möglichkeiten zur Alkoholbehandlung an Arbeitsplätzen, in Firmen.
- Integration ausländischer Mitbürgerinnen, um diese aus der Isolation zu befreien.
- Routinemäßiges Abfragen (Screenen) der Patienten auf mögliche Gewalt.
- Routinemäßiges Anfertigen eines genauen Berichtes, wenn Gewalt identifiziert wird.

Aldarondo, Etiony (1996). Cessation and persistence of wife assault. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 141-151.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Author.

Anglin, K. & Holtzworth-Munroe, A. (1997). Comparing the responses of maritally violent and nonviolent spouses to problematic marital and nonmarital situations: Are the skill deficits of physically aggressive husbands and wives global? *Journal of Family Psychology*, 11, 301-313.

Barnett, O. W., & Fagan, R. W. (1993). Alcohol use in male spouse abusers and their female partners. *Journal of Family Violence*, 8, 1-25.

Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L. & Perrin, R. (1997). *Family Violence across the Lifespan*. Thousand Oaks, Ca, USA Sage Publications.

Bundeskriminalamt (1996) (eds.). Jahresbericht 1996 zur Kriminalitätslage in der Bundesrepublik Deutschland.

Bushman, B. J. (1997). Effect of alcohol on human aggression. Validity of proposed explanations. In Marc Galanter (ed.), *Recent developments in alcoholism, vol. 13: alcoholism and violence* (pp. 227-243). New York, NY, USA: Plenum Press.

Gelles, R. J. (1997). *Intimate Violence in Families*. Thousand Oaks, Ca, USA Sage Publications.

Holtzworth-Munroe, A. & Anglin, K. (1991). The competency of responses given by maritally violent versus nonviolent men to problematic marital situations. *Violence and Victims*, 6, 257-269.

Holtzworth-Munroe, A. & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.

Hotaling, G. T. & Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence and victims*, 1, 101-124.

Jacobson, N. & Gottman, J. (1998). *When men batter women. New insights into ending abusive relationships*. New York, USA: Simon and Schuster.

- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos.
- Junta de Andalucia. Consejeria de Trabajo y Asuntos Sociales, Seviaila (1995) *El maltrato infantil en Andalucía*.
- Kaufman Kantor, G. & Straus, M. (1987). The "Drunken Bum" theory of wife beating. *Social Problems*, 34, 213-230.
- Leonard, Kenneth E. & Senchak, Marilyn (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 369-380.
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S. & Vitaliano, P. P. (1986). Assertiveness deficits and hostility in domestically violent men. *Violence and Victims*, 1, 279-289.
- O'Farrell, T. J. O. & Murphy, C. M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 256-262.
- Rosenberg, M.S. (1987). Children of battered women: The effects of witnessing violence on their social problem-solving abilities. *Behaviour Therapies*, 10, 85-89.
- Saunders, D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.
- Schall, H. & Schirmmacher, G. (1995). *Gewalt gegen Frauen und Möglichkeiten staatlicher Intervention*. Dresden: Boorberg.
- Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.
- Walker, L.E. (1993). The battered woman syndrome is a psychological consequence of abuse. In R.J. Gelles & D.R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 133-153). Newbury Park, CA: Sage.
- Zubretsky, T.M. & Digirolamo, K.M. (1994). Adult domestic violence. The alcohol connection. *Violence update*, 4, 1-2,4,8.