



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Gewalt in Zahlen?“

Auswirkungen verschiedener Formen von Gewalt auf den Schweregrad
der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung

Verfasserin

Doris Rittmannsberger

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 9. September 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Abstract

verfasst von Doris Rittmannsberger

In der bisherigen Literatur wird die Notwendigkeit einer objektiveren Bewertung der Schwere von verschiedenen Gewaltformen oft diskutiert. Ein zufriedenstellender Ansatz wurde allerdings bisher nicht geboten. Die vorliegende Diplomarbeit vergleicht den Einfluss von sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt auf die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung. Es wurde eine Stichprobe von 448 Opfern institutioneller Gewalt durch Vertreter der katholischen Kirche in Österreich erhoben. Sexuelle und emotionale Gewalt zeigten sich als stärkster Prädiktor für die PTBS Symptomatik. Anale oder vaginale Vergewaltigung und Isolation als konkrete Ausprägungen von Gewalt zeigten den größten Einfluss. Es konnte eine tendenziell signifikante Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen der Anzahl der erlebten Gewaltformen und der psychischen Gesundheit gezeigt werden.

Schlüsselbegriffe: Posttraumatische Belastungsstörung; sexuelle, körperliche, emotionale Gewalt; institutionelle Gewalt; Katholische Kirche

The necessity of an objective rating of the severity of different forms and combinations of violence has been pointed out in the existing literature multiple times. However, no satisfying suggestions have been made so far. The present thesis compared the influence of sexual, physical and emotional abuse on the Symptoms of the Posttraumatic Stress Disorder. A sample of 448 victims of institutional abuse by members of the Catholic Church in Austria was collected. Sexual abuse was most associated with most PTSD symptoms in adulthood, followed by emotional abuse. Anal or vaginal penetration and Isolation as specific forms of abuse had the greatest negative effect. There was a tendentious significant dose-response relation between the number of victimizations and psychological health outcomes.

Key words: Posttraumatic Stress Disorder; sexual, physical, emotional abuse; institutional abuse; Catholic Church

Danksagung

Mein Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, die immer an mich geglaubt haben und mir zur Seite gestanden sind. Besonders danke ich jenen, die meine Diplomarbeit aufmerksam und kritisch gelesen haben, um mich auf etwaige Verbesserungsmöglichkeiten hinzuweisen.

Außerdem möchte ich meiner Betreuerin Frau Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster für die Inspiration und Unterstützung danken. Ich bedanke mich bei allen Mitgliedern des Forschungsteams der Universität Wien für die interessanten und auch lustigen Stunden und dass sie mir gezeigt haben, dass wissenschaftliche Forschung ein spannendes Abenteuer sein kann.

Bei meiner Kollegin Jennifer Schieß möchte ich mich für die tolle Zusammenarbeit bedanken. Besonders auch dafür, dass aus diesem Projekt nicht nur zwei Diplomarbeiten entstanden sind, sondern auch eine gute Freundschaft.

Mein besonderer Dank gilt den Betroffenen, die den Mut aufgebracht haben, ihre Geschichten zu erzählen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract <i>verfasst von Doris Rittmannsberger</i>	1
1 Einleitung <i>verfasst von Doris Rittmannsberger</i>	6
2 Theoretischer Hintergrund.....	8
2.1 Formen von Gewalt <i>verfasst Jennifer Schieß</i>	8
2.1.1 Sexuelle Gewalt.....	8
2.1.2 Emotionale Gewalt.....	15
2.1.3 Körperliche Gewalt.....	21
2.2 Polyviktimsierung und Schweregrad <i>verfasst von Doris Rittmannsberger</i>	24
2.2.1 Von Reviktimsierung bis Polyviktimsierung.....	24
2.2.2 Die Adverse Childhood Experiences Studie	26
2.2.3 A condition rather than an event.....	27
2.2.4 Unterschiedliche Gewaltformen und deren spezifische Ausprägungen	29
2.2.5 Gewalt in Zahlen?	31
2.3 Institutionelle Gewalt <i>verfasst von Doris Rittmannsberger</i>	34
2.3.1 Spezifische Dynamiken von Institutioneller Gewalt.....	34
2.3.2 Wesentliche Schadensdimensionen	37
2.3.3 Studien zu institutioneller Gewalt.....	38
2.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) <i>verfasst von Doris Rittmannsberger</i>	40
2.4.1 Prävalenz im zentraleuropäischen Raum	40
2.4.2 Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung	41
2.4.3 Scham und Schuld	47
2.4.4 Kognitive Modelle zu Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS.....	51
2.4.5 Volle und subsyndromale PTBS	57
2.5 Psychotraumatologisches Rahmenmodell nach Maercker <i>verfasst von Jennifer Schieß</i>	58
3 Fragestellungen und Hypothesen <i>erarbeitet von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß</i>	60
3.1 Fragestellungen	60
3.2 Hypothesen.....	60

4 Methode verfasst von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß	62
4.1 Stichprobengewinnung.....	62
4.2 Stichprobenbeschreibung.....	64
4.3 Durchführung und Ablauf.....	65
4.3.1 Daten aus der UOA/UOK	65
4.4 Messinstrumente.....	67
4.4.1 Die PTSD Checklist (PCL-C).....	67
4.4.2 BSI – Brief Symptom Inventory (BSI)	68
4.5 Statistische Analyse.....	69
4.5.1 Prädiktiver Wert der Gewaltformen und deren Anzahl.....	69
4.5.2 Prädiktiver Wert von Tat-Kombinationen.....	71
4.5.3 Einfluss der Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt	71
4.5.4 Unterschiede zwischen voller und subsyndromaler PTBS Diagnose	72
5 Ergebnisse.....	73
5.1. Deskriptive Analyse der gesamten Stichprobe verfasst von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß.....	73
5.1.1. Angaben zu Gewalt.....	73
5.1.2 Ausprägungen sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt.....	76
5.1.3 Angaben zu den psychosozialen Folgen	77
5.1.4 Vergleich der demografischen Daten der beiden Stichproben	79
5.2 Beantwortung der Fragestellung verfasst von Doris Rittmannsberger.....	80
5.2.1 Prädiktiver Wert der Gewaltformen und deren Anzahl.....	80
5.2.2 Prädiktiver Wert von Tat-Kombinationen.....	85
5.2.3 Einfluss der Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt	86
5.2.4 Unterschiede zwischen voller und subsyndromaler PTBS Diagnose	87
6 Diskussion und Schlussfolgerungen verfasst von Doris Rittmannsberger	89
6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	89
6.2 Einfluss verschiedener Formen und Anzahl von Gewalt.....	90

6.2.1 Einfluss emotionaler Gewalt auf die Symptome der PTBS	91
6.2.2 Einfluss sexueller Gewalt auf die Symptome der PTBS.....	94
6.2.3 Ergebnisse aus den Folgenclustern	95
6.3 Prädiktiver Wert von Tat-Kombinationen	96
6.4 Einfluss der Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt.....	96
6.5 Unterschiede zwischen voller und subsyndromaler PTBS Diagnose.....	97
6.6 Gemeinsame Diskussion <i>verfasst von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß</i>	99
6.7 Kritik und Ausblick <i>verfasst von Doris Rittmannsberger</i>	101
7 Abbildungsverzeichnis	102
8 Tabellenverzeichnis.....	102
9 Literaturverzeichnis	107
10 Anhang.....	116

Die vorliegende Diplomarbeit wurde nach den Journal Article Reporting Standards (JARS) und in APA-Format (American Psychological Association) verfasst. Einzig auf den für die gesamte Arbeit geforderten doppelten Zeilenabstand wurde teilweise aus platzökonomischen Gründen verzichtet.

1 Einleitung

verfasst von Doris Rittmannsberger

Sexuelle, körperliche und emotionale Gewalt gegen Kinder durch Vertreter katholisch orientierter Institutionen erlangte in den letzten Jahrzehnten internationale Aufmerksamkeit. In den USA wurde erstmalig der Auftrag einer strafrechtlichen Aufarbeitung dieser Fälle gegeben. Daraus resultierte 2004 der John Jay Report.

Auch in zahlreichen Ländern Europas wurden diesbezüglich Anschuldigungen von Betroffenen laut. In Irland wurde die Commission to Inquire into Child Abuse (CICA) eingerichtet, die auch als Ryan Report bekannt wurde (Carr et al., 2010).

In Österreich rückte die Thematik in den 90er Jahren erstmals mit den Anschuldigungen gegen Hans Hermann Groër in die mediale Aufmerksamkeit. Eine sorgfältige Aufarbeitung der Fälle blieb damals jedoch aus. 2010 kam es zu einer neuen Welle von Anschuldigungen gegenüber Vertretern der katholischen Kirche von ehemaligen Zöglingen. Als Antwort darauf wurde eine Kommission für die Opfer eingerichtet. Vorsitzender der Unabhängigen Opferschutzkommission, beziehungsweise Unabhängigen Opferschutzanwaltschaft war die ehemalige Landeshauptfrau der Steiermark, Waltraud Klasnic. Die Kommission wurde in den Medien als „Klasnic Kommission“ bekannt. Sie diente einerseits als erste Anlaufstelle für Betroffene, die zum Teil erstmalig über ihre Erlebnisse berichten konnten. Weiters wurden die Opfer durch die UOA/UOK finanziell und durch zugesprochene Therapiestunden entschädigt.

Ein Forschungsteam des Institutes für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung an der Psychologischen Fakultät der Universität Wien rund um Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster begleitete die Tätigkeit der UOA/UOK wissenschaftlich. Ziel dieser Forschung war einerseits die Erhebung des psychischen Gesundheitszustandes der Betroffenen.

Die vorliegende Diplomarbeit ist ein Teil dieses Forschungsprojektes. Es soll der Einfluss verschiedener erlebter Gewaltformen sowie die Anzahl der spezifischen Ausprägungen von Gewalt auf psychosoziale Folgen im Erwachsenenalter untersucht werden.

Die möglichst objektive Beurteilung des Schweregrades von traumatischen Ereignissen im Hinblick auf die daraus resultierenden Folgen wird in der bisherigen Literatur oftmals gefordert. Diese hätte wichtige Implikationen für die wissenschaftliche Forschung sowie auch für die Praxis. Beispielsweise können Entschädigungszahlungen für die Opfer der erlebten Gewalt besser angepasst werden.

Mit der vorliegenden Diplomarbeit soll der Lösung dieser Problematik einen Schritt näher gekommen werden. Anhand der Stichprobe der bei der UOA/UOK gemeldeten Betroffenen soll versucht werden, unterschiedliche erlebte Taten und deren Kombinationen in Bezug mit aktuellen psychosozialen und gesundheitlichen Problemen zu setzen.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine häufige Folge von traumatischen Ereignissen. Allerdings zeigt sich in der jüngeren Forschung immer mehr, dass auch eine Reihe anderer psychischer Probleme mit traumatischen Erfahrungen in Verbindung gebracht werden können.

Weitere psychosoziale Probleme wie Depressionen, Substanzmissbrauch, sexuelle Probleme, und so weiter als Reaktion auf die erhobenen traumatischen Erlebnisse wurden in der vorliegenden Stichprobe ebenfalls erhoben. Die Ergebnisse dieser Auswertung finden sich in der Diplomarbeit von Jennifer Schieß.

2 Theoretischer Hintergrund

Es sollen in weiterer Folge Erkenntnisse und Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur angeführt werden. Auf dieser Basis werden die Fragestellungen erarbeitet und die Ergebnisse interpretiert.

2.1 Formen von Gewalt

verfasst Jennifer Schieß

Dieser Abschnitt befasst sich mit sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt an Kindern. Es soll ein kurzer Überblick über diese Gewaltformen und deren Folgen dargeboten werden. Geschlechtsunterschiede sollen dabei besonders berücksichtigt werden.

2.1.1 Sexuelle Gewalt

Definition

Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen umfasst: „[...] jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“ (Bange & Deegener, 1998; zit. n. Hartwig & Hensen, 2008).

Prävalenz

Sexuelle Gewalt ist ein weiter verbreitetes Problem, als bisher angenommen. Faktoren wie die Verschwiegenheit über sexuelle Gewalt in der Kindheit, Gefühle der Scham, das niedrige Alter der Opfer und viele weitere Faktoren begründen, dass die Statistik über die Prävalenz die wahren Zahlen von sexueller Gewalt vermutlich weit unterschätzt (vgl. Finkelhor, 1994 zit. n. Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009).

Pereda und Kollegen (2009) verglichen 65 Artikel mit Prävalenzen aus 22 Ländern. Ihre Ergebnisse zeigten, dass international betrachtet durchschnittlich 7.9 Prozent der Männer und 19.7 Prozent der Frauen eine Form von sexueller Gewalt vor ihrem 18. Lebensjahr erlebten. Pérez-Fuentes, Olfson, Villegas, Morcillo, Wangm und Blanco (2013) verzeichneten eine durchschnittliche Prävalenz von 10.14 Prozent. In der Studie waren 24.8 Prozent der Betroffenen männlich und 75.2 Prozent weiblich. Die Studie beinhaltete insgesamt 34.653 Teilnehmer aus den Vereinigten Staaten. Das ergibt eine geschlechtsübergreifende Prävalenz von 10.14 Prozent. Stoltenborgh, Ijzendoorn, Ruser, und Bakermans-Kranenburg (2011) verglichen in ihrer Metaanalyse 217 Publikationen, die in den Jahren von 1980 bis 2008 veröffentlicht wurden. Das ergibt insgesamt 331 unabhängige Stichproben mit insgesamt 9.911.748 Teilnehmern. Die geschätzte globale Prävalenz betrug 11.8 Prozent. Frauen (18%) berichteten häufiger als Männer (7.6%) über sexuelle Gewalt. Pereda et al. und Stoltenborgh et al. zeigten ein konsistentes Bild mit einer Prävalenz auf, die für Frauen durchschnittlich bei circa 10 und für Männer bei circa 7 Prozent lag.

In Bezug auf die berichteten Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen wird vermutet, dass Männer möglicherweise mehr Scham empfinden oder möglicherweise fürchten, als homosexuell eingestuft zu werden. Dies könnte dazu beitragen, dass Männer häufiger die erlebte Gewalt nicht melden (Romano & De Luca, 2001). Generell geben sich Männer im Vergleich zu Frauen, später als Betroffene zu erkennen (O'Leary & Barber, 2008). Dies würde auch erklären, warum Stoltenborgh und Kollegen (2011) in ihrer Metaanalyse in den Stichproben von erwachsenen Männern eine höhere Prävalenz von Betroffenen sexueller Gewalt in der Kindheit als in den Stichproben von Minderjährigen fanden.

Neben dem Geschlecht, war der Kontinent der einzige weitere signifikante Prädiktor. Die Prävalenz von sexueller Gewalt variierte in unterschiedlichen Kontinenten und Ländern. Die höchste Prävalenz gab es in Afrika mit 34.4 Prozent, die niedrigste in Europa mit 9.2 Prozent. Die zweitniedrigste Prävalenz wurde für Asien mit 10.1 Prozent berechnet (Pereda et al., 2009). Ein Anstieg der Prävalenz wurde besonders in Tansania und Kenia verzeichnet. Mögliche Gründe sind, dass sexuelle Kontakte mit Jungfrauen oder sehr jungen Mädchen als Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten gesehen werden. Die Armut zwingt Mädchen dazu, sich selbst zu prostituieren. Weitere Gründe sind das Ansehen der Frauen in vielen Kulturen, in denen Frauen als minderwertig betrachtet werden, Sextourismus sowie der Verlust traditioneller Werte (Lalor, 2004). Ähnliche Ergebnisse verzeichneten Stoltenborgh und KollegInnen. Die niedrigste Prävalenz wurde hierbei allerdings in Asi-

en gefunden, gefolgt von Europa. Dieses Ergebnis geht konform mit der Vermutung, dass in kollektivistischen Gesellschaften sexuelle Gewalt seltener enthüllt wird, als in individualistischen Gesellschaften. Weiters wurde angenommen, dass auch Länder in Südamerika eine verminderte Prävalenz zeigen würden. Dies sei darauf zurückzuführen, dass Sexualität in diesen Ländern noch immer als Tabuthema gehandhabt wird. Die gefundene Prävalenz von 13.4 Prozent für Frauen aus Südamerika spricht gegen diese Vermutung. Allerdings waren nicht genug Studien aus Südamerika an dieser Metaanalyse beteiligt, um die Prävalenz ausreichend gut schätzen zu können. Die höchste Prävalenzrate war für Mädchen in Australien, mit durchschnittlich 21.5 Prozent, und für Jungen in Afrika, mit 19.3 Prozent. An zweiter Stelle lag Afrika für Mädchen. (Stoltenborgh et al., 2011). Die Ergebnisse zeigten wiederum dieselben Tendenzen wie die in der Metaanalyse von Pereda und Kollegen (2009). Dieser fand für beide Geschlechter, die höchste Prävalenz in Südafrika.

Risikofaktoren

Die meisten Forschungsarbeiten beschäftigten sich mit weiblichen Betroffenen (Young, Harford, Kinder, & Savell, 2007). Laut Mendel (1995, zit n. Romano & De Luca, 2001) beginnen die meisten sexuellen Gewalttaten zwischen dem 7 und dem 10 Lebensjahr. Viele Autoren und Autorinnen haben Unterschiede in den Auswirkungen sexueller Gewalt je nach Alter des Opfers gefunden (siehe Kapitel 3.5). Neben dem Alter des Opfers beeinflusst auch die Dauer eines Traumas die Entwicklung späterer psychosoziale Folgen (Maercker, 2009). Kendall-Tackett und Simon (1992) fanden, dass der durchschnittliche Zeitraum in dem Jungen Gewalttaten ausgesetzt sind, signifikant kürzer ist, als bei Mädchen. Neben den bereits erwähnten Faktoren spielen weitere ebenso eine Rolle. Briere und Elliot (2003) stellten fest, dass sich sexuelle Gewalt besonders in der späteren Kindheit am schwierigsten auswirkte. Zudem verstärkten sich die Auswirkungen, wenn Gewalt durch mehrere Täter, mehrfachen sexuelle Gewalterlebnisse und orale, anale oder vaginale Penetration gekennzeichnet war (Briere & Elliott, 2003).

Viele Forscher und Forscherinnen konnten empirisch belegen, dass sich sexuelle Gewalt durch nahe Verwandte beziehungsweise nahe Bezugspersonen schwerwiegender als durch fremde Täter auswirkt. Lev-Wiesel, Amir und Besser (2005) zeigten in ihrer Studie, in der sie die PTBS Symptomatik und das angegebene posttraumatische Wachstum in Bezug auf die Identität des Täters verglichen, dass bei familieninternen Personen die Werte höher als

bei externen Personen waren. Sie konnten damit zeigen, dass Gewalt durch Vertrauenspersonen als traumatischer als bei fremden Personen erlebt wird und mit erhöhter PTBS Symptomatik verbunden ist, sowie, dass PTBS und posttraumatischer Wachstum nebeneinander bestehen können. Diese Ergebnisse gehen beispielsweise auch mit einer Studie von Shapiro, Kaplow, Amaya-Jackson, & Dodge (2012) konform. Hier wurden keine signifikanten Einflüsse auf den Schweregrad der Folgestörungen von Variablen wie Geschlecht, Alter usw. gefunden. Die Beziehung zum Täter war auch in dieser Studie die einzig signifikante Variable. Sexuelle Gewalterfahrungen in familiären Beziehungen waren hierbei mit einer schwereren Symptomatik assoziiert (Shapiro et al., 2012).

Eine Studie von Kallstrom-Fuqua, Weston und Marshall (2004) wies im Gegensatz dazu darauf hin, dass sich der Schweregrad des Übergriffes verminderte, wenn es sich um den Vater oder Stiefvater als Täter handelte. Die AutorInnen vermuteten hierbei allerdings, dass Vater oder Stiefvater als Täter möglicherweise weniger Gewalt anwendeten. Die Art der Gewalt und die Anzahl der Täter waren in ihrer Studie die wichtigsten Indikatoren.

Finkelhor und Kollegen (1990; zit. n. Romano & De Luca, 2001) gingen davon aus, dass Mädchen häufiger durch nahe Verwandte und Jungen eher durch externe Personen sexueller Gewalt ausgesetzt sind.

Folgende Risikofaktoren konnten von Pérez-Fuentes et al. (2013) bei Betroffenen von sexueller Gewalt in der Kindheit häufiger als bei nicht Betroffenen identifiziert werden: Eltern mit Substanzmissbrauch, Miterleben von häuslicher Gewalt, ein abwesender Elternteil vor dem 18. Lebensjahr. Betroffene von sexueller Gewalt erlebten auch häufiger emotionale und physische Gewalt und hatten häufiger Eltern mit vorhandenen Psychopathologien. Eine Längsschnittstudie von Fergusson, Boden, und Horwood (2008) untersuchte wiederholt 1.265 Kinder und konnte Zusammenhänge zwischen sexueller und physischer Gewalt mit dem sozioökonomischen Status sowie weiteren Faktoren in Bezug auf die Familie und das Individuum zeigen. Dazu zählten Alter der Mutter, Bildungsstand der Eltern, Lebensstandards und sozioökonomischer Status bei der Geburt, Bindung der Eltern, Drogenkonsum der Eltern, Delinquenz der Eltern, elterliche Betreuung, Überfürsorglichkeit seitens der Eltern sowie Intelligenz und Geschlecht der Kinder (Fergusson et al., 2008).

Folgen

Studien zu den Folgen von sexueller Gewalt im Erwachsenenalter belegen konsistent, dass diese Form von Gewalterfahrungen gesundheitliche und psychische Auswirkungen hat. In seinem Review von Reviews stellte Maniglio (2009) fest, dass trotz unterschiedlicher Methoden, Stichproben und Messinstrumente, sich ein breites Band an Folgen zeigt.

Fergusson et al. (2008) fanden ein um 2.4 Mal höheres Risiko für psychische Störungen bei Betroffenen von sexueller Gewalt als bei Personen ohne dieser Form von Gewalterfahrungen. Das Risiko für Männer und Frauen war gleich hoch.

Nachstehende Folgen wurden in dem Review zusammengefasst: psychotische Symptomatik (besonders paranoide Vorstellungen), Depression, Angst (inklusive PTBS und Zwangsstörungen), Dissoziation, Essstörungen, Somatisierung, Persönlichkeitsstörungen (besonders Borderline Persönlichkeitsstörung), Beeinträchtigungen von Selbstwert und Selbstkonzept, Suizid und Selbstverletzungsideen oder Verhalten, Substanzmissbrauch, sexuelle Dysfunktionen, verstärktes Risikoverhalten, soziale Beeinträchtigung, interpersonelle Probleme, Feindseligkeit, Ärger, Sexualdelikte, Intelligenz und Lernbeeinträchtigungen, Reviktimisierung, chronischer azyklischer Schmerz und nicht epileptische Krämpfe (Maniglio, 2009).

Chen et al. (2010) fanden zusätzlich einen Zusammenhang mit Schlafstörungen. Allerdings konnten keine signifikanten Zusammenhänge zu Schizophrenie oder somatoformen Störungen hergestellt werden.

Paras et al. (2009) beschäftigten sich in ihrer Metaanalyse mit den körperlichen Folgen auf erlebte sexuelle Gewalt. Es wurden Zusammenhänge mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, unspezifischen chronischen Schmerzen, psychogenen Krämpfen und chronischen Unterbauchschmerzen gefunden.

Eine Studie von Young, Harford, Kinder und Savell (2007) zeigte, dass die Werte, die mittels Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993) erhoben wurden, bei Betroffenen von sexueller Gewalt immer höher waren. In den Skalen Aggression/ Feindseligkeit, Paranoides Denken, Psychotizismus und des Global Severity Index waren diese Unterschiede statistisch signifikant. Interaktionseffekte zwischen Geschlecht und sexueller Gewalt gab es keine. Wesentlich mehr Betroffene von sexueller Gewalt wurden, laut BSI mit dem GSI, als stark gestresst eingestuft (Young et al., 2007).

Die Forschung zu sexueller Gewalt in der Kindheit kann in drei Generationen geteilt werden. Diese haben je unterschiedliche Fragestellungen. „Was“, „wann“ und „wie“ Gewalt in der Kindheit wirkt, spielt eine Rolle (Fazio & Zanna, 1982; Briere, 1992 zit. n. Merrill, Thomen, Sinclair, Gold, & Milner, 2001). Die erste Generation beschäftigt sich mit den Lang- und Kurzzeitfolgen, die aus solchen Gewalterfahrungen resultieren. Weiters versucht die zweite Generation herauszufinden, welche Faktoren den Zusammenhang zwischen den Gewalterfahrungen und den Folgen moderieren. Diese Forschung soll Faktoren identifizieren, die Betroffene, die stark unter den Folgen leiden, von anderen, welche weniger darunter leiden, differenzieren. Über die Art der Wirkung von sexueller Gewalt in der Kindheit ist wenig bekannt. Die sogenannte dritte Generation der Forschung beschäftigt sich mit Faktoren, die als Mediatoren zwischen sexueller Gewalt und späteren psychosozialen Folgen wirken. Hierbei wird erforscht, wie Mediatoren wirken, sogenannte Pfade werden häufig erstellt. Merrill und KollegInnen (2001) überprüften beispielsweise mittels eines SEM die Stärke der Zusammenhänge unterschiedlicher Formen von Coping zu psychischen Langzeitfolgen. Elterliche Unterstützung zeigte hierbei eine Wechselwirkung zum Schweregrad der Gewalterfahrungen. Bei steigendem Schweregrad verminderte sich diese. Elterliche Unterstützung zeigte ebenso einen positiven Zusammenhang zu konstruktivem Coping. Den stärksten Zusammenhang zu den Langzeitfolgen zeigte vermeidendes Coping (Merrill et al., 2001).

Shapiro und KollegInnen (2012) zeigten in ihrer Studie, dass die Copingstrategien einen Einfluss auf die psychische Gesundheit nach sexuellen Gewalterfahrungen hatten. Besonders vermeidendes Coping wirkte sich negativ auf die spätere psychosoziale Gesundheit aus. Im Speziellen wurde die Entwicklung von depressiver, dissoziativer und PTBS Symptomatik begünstigt. Besonders Fahrigkeit und Ablenkbarkeit schienen das Risiko für spätere Psychopathologien besonders zu erhöhen. Shapiro und KollegInnen (2012) merkten an, dass die Anwendung ungünstiger Copingstrategien möglicherweise einen Erklärungsansatz für die andauernden Folgen im Erwachsenenalter darstellt.

Insgesamt wurden in nichtklinischen Stichproben weniger Folgen gefunden als in klinischen. Okami (1991, zit. n. Maniglio, 2009) vermutete, dass klinische Stichproben gut angepasste Betroffene von sexueller Gewalt in der Kindheit ausschließen. Umgekehrt würden nichtklinische Stichproben möglicherweise besser angepasste Betroffene beinhalten und somit die Auswirkungen unterschätzen. Der Autor merkte zusätzlich an, dass weitere soziale, psychische und biologische Faktoren sowohl die Wahrscheinlichkeit auf Gewalterfahrungen als auch auf spätere Psychopathologien steigern (Maniglio, 2009).

Geschlechtsunterschiede

Finkelhor und seine Kollegen (1990, zit. n. Romano & De Luca, 2001) merkten an, dass das durchschnittliche Alter von männlichen Betroffenen tendenziell etwas höher als das von weiblichen Betroffenen ist. Häufig werden männliche Betroffene von Tätern, die nicht viel älter sind als sie selbst, angegriffen. Dies kann der Grund dafür sein, warum solche Übergriffe als sexuelles Experimentieren oder Ähnliches abgetan werden (u.a. Finkelhor et al., 1990 zit. n. Romano & De Luca, 2001). Auch werden sexuelle Aktivitäten mit älteren Frauen als Erfahrung bagatellisiert und für den Betroffenen als nicht traumatisch wahrgenommen (Holmes, Offen, & Waller, 1997). Bangley und Thurston (1996; zit. n. Romano & De Luca, 2001) berichten, dass ungefähr 20% der betroffenen Jungen, die sexuelle Gewalt durch ältere Frauen erlebt hatten, dies als nicht bedrohlich, wenn nicht sogar angenehm beschrieben. Trotz positiver Beschreibung gehen damit viele Langzeitfolgen einher. Finkelhor (1990 zit. n. Romano & De Luca, 2001) ging davon aus, dass Männer und Frauen in gleicher Weise auf sexuelle Gewalt reagieren.

Young et al. (2007) untersuchten, ob das Geschlecht einen moderierenden Effekt, zwischen sexueller Gewalt und der psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter hatte. Sie zogen hierfür eine Stichprobe von 406 Studenten zwischen 18 und 30 Jahren heran. Es wurden keine Geschlechtsunterschiede gefunden. Es zeigten sich keine Unterschiede der berichteten Symptomatologie, die mittels Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993) erhoben wurde. Chen et al. (2010) fanden ebenso in ihrer Metaanalyse keine Geschlechtsunterschiede im Bezug auf die Auswirkungen von sexueller Gewalt.

Während die Täter von sexueller Gewalt an Mädchen hauptsächlich männlich sind, gibt es steigende Evidenz dafür, dass eine beträchtliche Anzahl von sexueller Gewalt an Jungen durch Frauen ausgeübt wird (Grayston & De Luca, 1999).

Irving und Ferrano (2006) zeigten in einem Vergleich der Auswirkungen von sexueller Gewalt in Bezug auf das Geschlecht des Täters, dass es keinen Unterschied macht, ob der Täter männlich oder weiblich ist.

2.1.2 Emotionale Gewalt

Definition und ihre Probleme

„Emotionale Gewalt ist, wenn Eltern bzw. Erziehungsberechtigte keine – den Bedürfnissen von Kindern – angemessene und unterstützende Umwelt schaffen und Verhaltensweisen zeitigen, die einer gesunden emotionalen Entwicklung des Kindes zuwiderlaufen können. Dazu zählen zum Beispiel Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, Ausgrenzung, Spott und Verhöhnung, Drohungen und Einschüchterungsversuche, Ablehnung und Anfeindungen.“ (WHO, 2002)

Empirische Evidenz zeigt, dass emotionale Gewalt in der Kindheit mit erheblichen Folgen im Erwachsenenalter einhergeht. Jedoch wurde diese Form der Gewalt vergleichsweise weniger als sexuelle und körperliche Gewalt untersucht. Ein Grund dafür ist die bislang nur unzureichende Operationalisierung dieses Konstruktes und somit die damit einhergehenden heterogenen Bedeutungen, die es in sich birgt. Die Begriffe emotionaler Missbrauch, psychischer Missbrauch, verbaler Missbrauch und emotionale Gewalt werden synonym gebraucht. Sie bezeichnen eine Vielfalt von Formen, wie Eltern oder andere Bezugspersonen durch ihr Verhalten Kindern schaden können, ohne zwangsläufig körperlich handgreiflich werden zu müssen. Während eine Studie mit dieser Bezeichnung Demütigungen und Drohungen ausdrücken möchte, meint eine andere beispielsweise elterliche Ablehnung dem Kind gegenüber. Diese Unterscheidungen sind allerdings nicht zu vernachlässigen, da nur dann die Folgen unterschiedlicher Formen von emotionaler Gewalt untersucht werden können (Taussig & Culhane, 2010).

Die „American Professional Society on the Abuse of Children“ (APSAC; 1995 zit. n. Glaser, 2002) benannte sechs Formen von emotionaler Gewalt: Verachtung, Terror, Ausbeutung/Verderben, Verleugnung emotionaler Verantwortung, Isolation sowie mentale, gesundheitliche, medizinische und didaktische Vernachlässigung.

Prävalenz

Im Rahmen einer Studie versuchte das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) die Prävalenz von Gewalt in Österreich zu eruieren. Insgesamt wurden 1.292 Frauen und 1.042 Männer zwischen 16 und 60 Jahren befragt. Die Fragen beinhalteten gemachte Gewalterfahrungen im bisherigen Leben, in den letzten drei Jahren sowie in der Kindheit. Alle drei Formen der Gewalt (sexuelle, körperliche und psychische) wurden berücksichtigt. Sexuelle Belästigung wurde jedoch als eigene Kategorie angenommen. Emotionale Gewalt war die am häufigsten auftretende Form der Gewalt. Neun von zehn Frauen und acht von zehn Männern berichteten mindestens eine Erfahrung mit emotionaler Gewalt (ÖIF, 2011).

Dieses Ergebnis geht konform mit der Literatur, in der emotionaler Gewalt als die häufigste Form von Gewalt bei Kindern beschrieben wird. Eine Metaanalyse von Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink und Van Ijzendoorn (2012) fand eine Studienübergreifende Prävalenz von 26.7 Prozent. Werden nur Selbstberichterstattungen herangezogen, erhöht sich der Wert auf 36.3 Prozent. Während einige Studien darauf verwiesen, dass weibliche Betroffene eher von emotionaler Gewalt berichten (u.a. Gibb, Chelminski, Zimmermann, 2007; Gavin, 2011), waren laut der Metaanalyse von Stoltenborgh und Kollegen (2012), Mädchen und Jungen im gleichen Ausmaß betroffen. Es zeigten sich weder Unterschiede in der Herkunft noch im Alter der Betroffenen.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass emotionale Gewalt häufiger vorkommt als bisher angenommen. Diese Form der Gewalt sollte somit vermehrt beachtet werden, da sie am häufigsten auftritt und möglicherweise schwere Auswirkungen nach sich zieht.

Charakteristika emotionaler Gewalt

Emotionale Gewalt existiert unabhängig von anderen Gewaltformen und tritt ebenso beinahe immer, gemeinsam mit anderen Formen der Gewalt auf (Scher, Forde, McQuaid, & Stein, 2004). Sie kann in einer passiven Form (Glaser, 2002) durch beispielsweise Vernachlässigung und in einer aktiven Form auftreten (Garbarino et al., 1986; Hart et al., 1987 zit. n. Iwaniec, Larkin, & Higgins, 2006). Die Motivation muss nicht zwangsläufig darin bestehen, dem Kind schaden zu wollen (Iwaniec et al., 2006). Häufig bleibt emotionale Gewalt vom Täter sowie auch vom Betroffenen unentdeckt (Wilding & Thoburn, 1997; Glaser et al., 2001 zit. n. Iwaniec et al., 2006). Studien zeigen jedoch, dass emotionale Gewalt den schädlichsten

Effekt auf die Anpassung eines Kindes hatte. Sie ging mit einer Vielzahl von psychischen, sozialen und Verhaltensproblemen einher, die zu Langzeitfolgen im Erwachsenenalter führen können (vgl. Iwaniec et al., 2006; Riggs & Kaminski, 2010). Betroffene körperlicher oder sexueller Gewalt betonten, dass die mit einhergehenden emotionalen Komponenten der Angriffe genauso zu berücksichtigen sind, wie die oben angeführten Formen der Gewalt (Willows, 2009 zit. n. Gavin, 2011).

Bei fehlender Möglichkeit, Wertschätzung anderswo zu erfahren, wird die von Gewalt geprägte Umwelt zum Normalzustand (Iwaniec et al., 2006). Häufig waren Eltern oder andere Bezugspersonen einst selbst Opfer von Gewalt in der Kindheit. Sie erlebten und erlernten somit kein gesundes Beziehungsverhalten (Doyle, 2001). Die Fähigkeit, aktuellen Stress zu bewältigen, wird durch negative Kindheitserfahrungen stark beeinträchtigt. Eltern mit erlebter verbaler Aggression in ihrer Kindheit neigen eher dazu, später auch mit eigenen Kindern zu schreien (Hemenway et al., 1994 zit. n. Iwaniec et al., 2006).

Folgen

Es gibt eine Reihe von Folgen, die als Konsequenz dieser Form von Gewalt mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auftreten. Dazu gehören beispielsweise ein unsicherer Bindungsstil, interpersonelle Probleme wie Aggression und Zurückgezogenheit (vgl. Riggs & Kaminski, 2010; Harvey et al., 2012), internalisierende Probleme wie Depressionen und Angststörungen (vgl. Gibb, Chelminski & Zimmermann, 2007), niedriger Selbstwert und Selbstkontrolle (Glaser, 2002), höherer PTBS Symptomatik (Taussig & Culhane, 2010) sowie generell eine niedrigere Lebenszufriedenheit (Gavin, 2011).

Emotionale Gewalt greift direkt die erlebte Selbstkontrolle an. Sie erodiert Selbstvertrauen, Selbstwert und Selbstkonzept (Glaser, 2002). Einige AutorInnen finden, dass aktive Ablehnung und verbale Beschimpfungen sich schwerwiegender auf den Selbstwert des Kindes als körperliche Misshandlungen auswirken. Sie sind der Meinung, dies kann darauf zurück geführt werden, dass es sich hierbei um direkte Angriffe auf den Selbstwert des Kindes handle (Solomon & Serres, 1999).

Die Internalisierung von Mitteilungen der Geringschätzung, Ablehnung und Missbilligung, resultieren in selbstabwertenden Gedanken. Die Kinder nehmen sich als unannehmbar und

unwürdig, geliebt zu werden, wahr. Ein Gefühl der Machtlosigkeit geht mit emotionaler Gewalt einher und wird zu einem Teil der Identität des Kindes. Die Kinder fühlen sich verletztlich und machtlos dagegen, diese Angriffe vorzubeugen (Harter, 1999 zit. n. Harvey, Dorathy, Vertue, & Duthie, 2012). Kontrollverlust wirkt als Mediator zwischen emotionaler Gewalt und niedriger Einschätzung der Gesundheit im Erwachsenenalter (Irving & Ferraro, 2006).

Empirische Belege weisen darauf hin, dass Erwachsene, welche körperlichen Angriffen ausgesetzt waren, jedoch Unterstützung und Akzeptanz erfuhren, einem geringeren Risiko ausgesetzt sind später eine Depression oder niedrigen Selbstwert zu entwickeln als Kinder die zwar nicht körperlicher Gewalt ausgesetzt waren, jedoch keine elterliche Wärme erfahren konnten (Wind & Silvern, 1994). Riggs & Kaminski (2010) sind der Meinung, dass die emotionale Gewalt, die körperliche und sexuelle Gewalt begleitet, möglicherweise für die langfristigen Folgen verantwortlich ist. Chen, Williams, Fitness und Newton (2008) zeigten, dass „social pain“ länger in Erinnerung bleibt, als körperlicher. „Social pain“ kann auch wiederdurchlebt werden. Körperliche Schmerzen werden vergleichsweise schwerer in Erinnerung gerufen. „Social pain“ hat somit weitreichendere Konsequenzen für die psychische Gesundheit, Beziehungen und Anpassung an Veränderungen als körperlicher. Teicher, Samson, Polcari, und McGreenery (2006) untersuchten 554 junge Erwachsene zwischen 18 und 22 Jahren. 68 Prozent der Teilnehmer waren weiblich. Es zeigte sich ein großer Effekt von emotionaler Gewalt auf der Skala Dissoziation. Körperliche und sexuelle Gewalt hatten jedoch moderate Effekte. In Bezug auf Angst, Depression und Ärger/Feindseligkeit hatte emotionale Gewalt beinahe denselben Effekt, wie sexuelle Gewalt. Die Auswirkungen von körperlicher Gewalt lagen beide Male darunter.

Gavin (2011) untersuchte in ihrer Studie 35 Männer und 130 Frauen zwischen 22 und 45 Jahren. Die Ergebnisse deuteten auf eine signifikante negative Korrelation zwischen emotionaler Gewalt und Lebenszufriedenheit sowie Anfälligkeit für Erkrankungen. Negative Korrelationen zeigten sich bei Frauen auch zwischen emotionaler Gewalt und Resistenz/Anfälligkeit sowie interner Kontrollüberzeugung und der Bereitschaft, sich medizinisch versorgen zu lassen. In den Interviews war auffällig, dass einige Personen erlebte Gewalt verleugneten. Diese waren nicht der Meinung, in ihrer Kindheit emotionaler Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, zeigten jedoch eine schlechtere gesundheitliche Verfassung als Personen ohne Gewalterfahrungen. Dies weist darauf hin, dass auch verborgene Gewalt Folgen nach sich zieht.

In einer Studie zu den Langzeitfolgen von verbaler Aggression als Form emotionaler Gewalt zeigten Morimoto und Sharma (2004), dass sich Betroffene, die ständig verbale Aggression erlebt hatten, sich als depressiver, aggressiver, weniger wert und eher in zwischenmenschlichen Beziehungen überfordert beschrieben.

Taussig und Culhane (2010) untersuchten die psychosoziale Gesundheit von 243 Kindern zwischen neun und elf Jahren. Die Kinder waren ihren Erziehungsberechtigten aufgrund von Gewaltausübung entzogen worden. Verbale Aggression war signifikanter Prädiktor von niedrigeren Levels an sozialer Akzeptanz und Selbstwert sowie höheren Werten an PTBS Symptomatik.

Geschlechtsunterschiede

Erkenntnisse zu Geschlechtsunterschieden in Bezug auf die Prävalenz und den Auswirkungen von emotionaler Gewalt sind inkonsistent. Laut einer Studie von Irving und Ferrano (2006) beeinflussen nicht nur das Geschlecht des Betroffenen, sondern auch das des Täters, wie sich die Gewalt auswirkt. Hierbei zeigten sie, dass sich die Einschätzungen der eigenen Gesundheit je nach Geschlecht des Täters veränderten. Beispielsweise wirkte sich emotionale Gewalt durch die Mutter als wichtigster Prädiktor für niedrigere Bewertung der Gesundheit bei Frauen aus. Emotionale Gewalt durch beide Elternteile wirkte sich jedoch am toxischsten aus (Irving & Ferrano, 2006).

Ferraro und Nuriddin (2006) zeigten, dass Frauen höhere Werte an psychischen Stress angeben, jedoch Männer eine erhöhte Mortalität aufweisen. Frauen gaben in der Studie von Gavin (2011) an, häufiger Opfer von emotionaler Gewalt zu sein. Frauen erzielten auch höhere Werte in der Skala zu Anfälligkeit/Resistenz im Fragebogen „Child Abuse and Trauma Scale (CATS; Sander & Becker-Laussen, 1995 zit. n. Gavin, 2011). In Bezug auf die Skalen „Perceived current health“ und „Satisfaction with Life Scale“ unterschieden sich Männer und Frauen ebenfalls signifikant. Männer erzielten höhere Werte als Frauen. Dies deutet darauf hin, dass sich Männer als gesünder wahrnehmen und zufriedener mit ihrem Leben sind (Gavin, 2011).

Im Gegensatz dazu wiesen Taussig und Culhane (2010) darauf hin, dass es bei Mädchen nur wenige signifikante Zusammenhänge zwischen emotionaler Gewalt und den untersuchten

Variablen gab. Es bestand nur ein Zusammenhang zwischen unangemessener Verantwortung und niedrigeren Werten emotionaler Schwierigkeiten und Verhaltensproblemen. Jungen zeigten jedoch vermehrt psychosoziale Folgen von emotionaler Gewalt in ihrer Entwicklung. Sie gaben mehr PTBS Symptomatik an. „Verlassen werden“ war mit höheren Werten von Angst verbunden. Verbale Aggression fungierte als Prädiktor für niedrigere Werte in Bezug auf Selbstwert. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass Mädchen und Jungen mit derselben Wahrscheinlichkeit jeder Form von emotionaler Gewalt ausgesetzt waren. Generell zeigten die Betroffenen emotionaler Gewalt eine niedrigere Lebenszufriedenheit und weniger Bindung zu Peers.

2.1.3 Körperliche Gewalt

Definition

„Körperliche Gewalt an Kindern sind alle Handlungen von Eltern oder Bezugspersonen, die durch Anwendung von körperlichem Zwang beziehungsweise Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein Risiko solcher Folgen bergen.“ (Kindler, 2006a; zitiert nach Maercker, 2009, S.346).

Prävalenz

Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn und Alink (2013) fassten in ihrer Metaanalyse zur globalen Prävalenz von physischer Gewalt an Kindern 111 Studien mit insgesamt 168 unabhängigen Stichproben zusammen. Dies ergab über alle Forschungsuntersuchungen hinweg betrachtet 9.698.801 Studienteilnehmer. Die gefundene Prävalenz unterscheidet sich je nachdem, ob die Gewalt von den Betroffenen selbst oder anderen Personen berichtet wurde. Eine globale Prävalenz von 0.3 Prozent für Studien mit Fremdberichterstattung und 22.6 Prozent für Selbstberichterstattungen konnte eruiert werden. Geschlechtsunterschiede wurden hierbei im Gegensatz zu sexueller und emotionaler Gewalt (Stoltenborgh et al., 2012; Stoltenborgh et al., 2011) keine gefunden. Auch andere Studien berichteten von keinen Geschlechtsunterschieden (Briere & Elliott, 2003). Die starke Streuung der Ergebnisse kann Großteils durch methodische Unterschiede erklärt werden. Faktoren wie die Breite der Definition, der berücksichtigte Zeitraum oder die gewählte Stichprobe spielen hierbei eine Rolle. Die höchsten Prävalenzraten zeigten Studien mit einer breiten Definition von körperlicher Gewalt. Hierbei wurde der Zeitraum zwischen Geburt und 18. Lebensjahr berücksichtigt, Stichproben von Studenten und retrospektive Berichterstattung durch Erwachsene herangezogen sowie eine höhere Anzahl von Fragen nach körperlicher Gewalt gestellt. Kulturelle oder geographische Unterschiede wurden nicht festgestellt. Allerdings wurden diese laut den AutorInnen nicht ausreichend untersucht, um diese Fragen beantworten zu können.

Risikofaktoren

Bei körperlicher Gewalt handelt es sich um ein Ende eines Kontinuums, an dessen gegenüberliegender Seite körperliche Disziplinierung als unerwünschte Erziehungsmethode steht (Whipple & Richey, 1997). Dies schildert sehr anschaulich die Problematik der Definition von körperlicher Gewalt. Es stellt sich die Frage, wo körperliche Gewalt beginnt. Körperliche Disziplinierung von Kindern durch deren Eltern konnte als Risikofaktor für die Anwendung von körperlicher Gewalt erkannt werden. Eltern die ihre Kinder körperlich disziplinierten, neigten auch dazu, sie körperlich zu misshandeln (Zolotor, Theodore, Chang, Berkoff, & Runyan, 2008). Somit wurde auch vermutet, dass die Prävalenz von körperlicher Gewalt in Ländern, in denen körperliche Disziplinierung als normal wahrgenommen wird, höher ist (Mbagaya, Oburu, & Bakermans-Kranenburg, 2013). Weitere Risikofaktoren wurden in früheren Studien zumeist in den psychischen Eigenschaften sowie den Persönlichkeitscharakteristika der Täter, vermehrt der Mütter, gesucht. Später wurden eine beträchtliche Anzahl von Faktoren, die unter anderem die Umwelt oder das Familiensystem betrafen, hinzugezogen (Stith et al., 2009). Springer, Sheridan, Kuo, and Carnes (2007) zeigen, dass Betroffene dieser Form von Gewalt mehr Geschwister haben, in Familien mit Alkohol- und Eheproblemen aufwachsen sowie weitere Gewalt in der Familie erleben. Eine Metaanalyse von Stith, Liu, Davies, Boykin, Adler, Harris, Som, McPherson und Dees (2009) untersuchte 39 verschiedene Risikofaktoren aus 155 Studien für körperliche Gewalt und Vernachlässigung an Kindern. Elterlicher Ärger/Hyperreaktivität, Familienkonflikte und Familienzusammenhalt wurden als Risikofaktoren mit großen Effekten für körperliche Gewalt identifiziert. Für Vernachlässigung wiesen Eltern-Kind-Beziehung, Wahrnehmung des Kindes als Problem, Stresslevel der Eltern, elterlicher Ärger/Hyperreaktivität sowie Selbstwert der Eltern große Effekte auf. Weitere Faktoren, die Eltern, Umwelt oder das Kind betreffend, zeigten signifikante, jedoch moderate oder kleine, Effekte. Die Autoren schließen aus den verschiedenen Risikofaktoren, dass körperliche Gewalt und Vernachlässigung sich in Bezug auf ihre Ätiologie unterscheiden und auch getrennte Forschung zur Ursache und Therapie benötigen.

Folgen

In einer Studie von Springer et al. (2007) war körperliche Gewalt mit schlechterer Gesundheit als bei 90 Prozent der nicht betroffenen Studienteilnehmer verbunden. Studien, die je-

doch physische und sexuelle Gewalt berücksichtigen konnten, zeigten, dass eine Kombination von beiden Formen (Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara, & Thompson, 2008) sowie generell sexueller Gewalt (MacMillian et al., 2001) und emotionaler Gewalt (Teicher et al., 2006) mit mehr psychischen Störungen einhergeht als körperliche Gewalt alleine. MacMillian und KollegInnen (2001) konnten Zusammenhänge zwischen körperlicher Gewalt und höheren Ratings zu Angststörungen, Alkoholabhängigkeit/-missbrauch und antisozialen Verhalten finden. Sexuelle Gewalt ging in dieser Studie zudem noch mit weiteren Störungen einher. Auch in der Studie von Briere and Elliott (2003) sagte sexuelle Gewalt die meisten Langzeitfolgen vorher. Sugaya et al. (2012) interviewten in einer ersten Welle 43.093 Personen und in einer zweiten Welle 34.653 der zuvor befragten Personen ein zweites Mal. 84 Prozent der Betroffenen wiesen mindestens eine psychische Störung innerhalb ihres Lebens auf und hatten somit ein höheres Risiko psychisch zu erkranken als Personen ohne Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit. Sie fanden Zusammenhänge von körperlicher Gewalt mit der Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivität Störung (ADHS), Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), Bipolaren Störungen, Panikstörungen, Nikotinsucht, Generalisierter Angststörung, Drogenmissbrauch und Major Depression. Der stärkste Zusammenhang war mit ADHD. Sie stellten eine Dose-Response Beziehung zwischen Gewalt und allen von ihnen untersuchten psychischen Störungen im Erwachsenenalter fest. Je häufiger körperliche Gewalt erlebt wurde, desto schwerwiegender waren die Langzeitfolgen. Besonders für Suizidversuche spielte die Dose-Response Beziehung eine starke Rolle (Sugaya et al., 2012).

Nach der Kontrolle des Familienhintergrunds und anderer Gewaltformen minderte sich der Effekt von körperlicher Gewalt auf die Folgen (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2007). Das Konstanthalten von moderierenden Faktoren konnte den Effekt bis zur statistischen Nicht-Signifikanz senken. Körperliche Gewalt zeigte sich vor dem Konstanthalten der Umgebungsfaktoren in dieser Studie als Prädiktor für Angststörungen und Depression. Dies zeigte, dass ein Großteil des Zusammenhanges durch Umgebungsfaktoren, die mit dieser Form von Gewalt häufig einhergehen, erklärt wurde. Bei körperlicher Gewalt war das in einem höheren Ausmaß der Fall als beispielsweise bei sexueller Gewalt (Fergusson et al., 2008). Dieses Ergebnis bestätigt die Annahme, dass andere Faktoren die Auswirkungen von körperlicher Gewalt verstärken (Springer et al., 2007).

2.2 Polyviktimisierung und Schweregrad

verfasst von Doris Rittmannsberger

Gewalt stellt für die meisten Opfer kein isoliertes Ereignis dar (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007). Einerseits erklärten die AutorInnen dies damit, dass Betroffene oft gemeinsame Risikofaktoren aufweisen. Beispielsweise schaffen instabile Familienverhältnisse oder Substanzmissbrauch innerhalb der Familie Vulnerabilität für traumatisierende Erlebnisse. Gewalterfahrungen führen außerdem bei vielen Betroffenen zu verzerrter Selbsteinschätzung, einem verminderten Selbstwert oder auch erlernter Hilflosigkeit. Derartige dysfunktionale Mechanismen erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für eine weitere Viktimisierung.

In den letzten beiden Dekaden entwickelte sich die Ansicht, dass chronische, lang anhaltende traumatische Erlebnisse als Entwicklungstrauma zu einer komplexen PTBS führen. Durch Traumatisierung in der Kindheit ergeben sich komplexe Reaktionen und Probleme wie Verzerrung der Selbstbildes oder der Wahrnehmung des Täters. Die daraus resultierende Symptomatik ist nach Ansicht mancher AutorInnen mehr als eine Angstreaktion auf ein einzelnes traumatisches Ereignis im Sinne der herkömmlichen PTBS. Entwicklungstraumata erhöhen sowohl die Wahrscheinlichkeit für Reviktimisierung als auch die Wahrscheinlichkeit einer pathologischen Reaktion darauf (Sar, 2011).

2.2.1 Von Reviktimisierung bis Polyviktimisierung

In der bisherigen Literatur findet man für das Phänomen kumulativer Traumatisierungen verschiedene Bezeichnungen. Anfänglich konzentrierte sich die Traumaforschung eher auf den Bereich der sexuellen Gewalt. Kumulative Viktimisierung fand erstmalig in Form von „Reviktimisierung“ – multiple Gewalterlebnisse derselben Art – Beachtung. Eine zeitliche Komponente wurde als bedeutungsvoll erachtet und Gewalterlebnisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter wurden separat betrachtet. Es wurde davon ausgegangen, dass Gewalterlebnisse in der Kindheit das Risiko für Reviktimisierung im Erwachsenenalter erhöhen. (Scott-Storey, 2011).

Mit der Zeit entwickelte sich ein breiteres Konzept von Gewalt und Traumatisierung. Neben körperlicher wurde auch emotionale Gewalt in die Begriffsbildung miteinbezogen. Es wurde

von Seiten einiger Forscher auf die methodischen Einschränkungen von Studien, die eine allfällige multiple Traumatisierung nicht berücksichtigten, hingewiesen. (Scott-Storey, 2011)

Edwards, Holden, Felitti und Anda (2003) nannten zwei mögliche Fehlerquellen bei Befragen der Untersuchungsteilnehmer nach einzelnen, spezifische Gewalterlebnissen. Einerseits kann nicht gewährleistet werden, dass Personen in der Kontrollgruppe völlig frei von Traumatisierungen sind. Andererseits haben die Betroffenen selbst möglicherweise auch Gewalterfahrungen anderer Art gemacht. Laut Saunders, 2003 (zit. n. Finkelhor et al., 2007) führt dies zu einer Überschätzung der Effekte einzelner traumatischer Erlebnisse.

Die vermehrte Aufmerksamkeit auf den Einfluss des gemeinsamen Vorkommens verschiedener Gewaltformen wurde als „*Cooccurrence of Types of Abuse*“ bezeichnet. Eine der wichtigsten Studien, die dieser Sichtweise unterliegt, ist die unten vorgestellte Adverse Childhood Experience Studie (Scott-Storey, 2011).

Unter der Bezeichnung „Gewalt über die Lebensspanne“ („*Lifetime Abuse Perspective*“) wurde der kumulative Effekt von traumatischen Erlebnissen in unterschiedlichen Lebensabschnitten bezeichnet. Es wurde darauf hingewiesen, dass nicht nur rezente Gewalterlebnisse, sondern auch länger zurückliegende Viktimisierungen für die gegenwärtige psychische Gesundheit der Betroffenen von Bedeutung sind (Scott-Storey, 2011). Eine Untersuchung von Messman-Moore, Long und Siegfried (2000) konnte zeigen, dass die Betrachtung der Lebensspanne eine wichtige Rolle spielt. Frauen, die Gewalterlebnisse sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter anführten, zeigten eine höhere Rate von Beschwerden im somatischen und interpersonellen Bereich als jene, die zwar multiple Viktimisierung, allerdings nur im Erwachsenenalter anführten.

In letzter Zeit wird eher von „Polyviktimisierung“ und „Polytraumatisierung“ gesprochen (Scott-Storey, 2011). Der von Finkelhor und KollegInnen (2007) geprägte Begriff der *Polyviktimisierung* bezieht sich auf spezifische interpersonelle Gewalterlebnisse über unterschiedliche Gewaltformen hinweg. Gustafsson, Nilsson und Svedin (2009) erweiterten dieses Konzept um potentiell traumatische Ereignisse, die nicht interpersoneller Natur sind. Sie sprachen von „Polytraumatisierung“ und bezogen sich dabei auch auf akzidentelle Traumata wie Unfälle oder schwere Erkrankungen.

Der Ansatz, verschiedene Gewalterlebnisse einfach zu addieren wurde in jüngster Zeit allerdings kritisiert. Es wurde darauf hingewiesen, die Heterogenität von Gewalterlebnissen und den spezifischen Einfluss einzelner Ereignisse zu berücksichtigen und von „kumulativen Mustern von Gewalt“ gesprochen (Scott-Storey, 2011).

2.2.2 Die Adverse Childhood Experiences Studie

Eine der größten Studien, die sich mit dem Thema multipler Traumatisierungen und deren Auswirkungen beschäftigt ist die „Adverse Childhood Experiences“ Studie in den Vereinigten Staaten (Felitti et al., 1998). Die Studie ging von einer Gesundheitsvorsorgeklinik in Kalifornien, der Kaiser Permanente's San Diego Health Appraisal Clinic, aus. 12.494 Personen, die sich einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen hatten, wurden durch per Post zugesendete Fragebögen über negative Kindheitserlebnisse befragt. Von 9.508 Betroffenen, die den Fragebogen retournierten gaben ungefähr 80 Prozent an, in mehr als einer der sieben Kategorien belastende Erfahrungen gemacht zu haben. Als negative Erlebnisse in der Kindheit wurden sexuelle, körperliche und emotionale Gewalt sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung definiert. Außerdem „*household dysfunction*“, was Variablen wie Gewalt gegen die Mutter, psychische Erkrankung, Tod oder Inhaftierung eines Haushaltsmitgliedes umfasste. Aus der Summe der erlebten negativen Erfahrungen wurde der „*ACE-Score*“ berechnet.

Felitti und KollegInnen (1998) konnten einen Zusammenhang der Anzahl von negativen Erfahrungen in der Kindheit mit gesundheitlichen Risikofaktoren (wie beispielsweise Rauchen, Übergewicht oder auch Suizidversuche) im Erwachsenenalter feststellen. Die Autoren gingen davon aus, dass der Zusammenhang durch negative Coping-Mechanismen entstand und aufrechterhalten wurde. Alkohol- und Drogenmissbrauch oder riskantes sexuelles Verhalten wurde daher von den Betroffenen chronisch eingesetzt um mit Kindheitserfahrungen zurechtzukommen.

Es konnten im Zuge dieser Studie in weiterer Folge Zusammenhänge der Anzahl negativer Kindheitserlebnisse mit verschiedenen Gesundheitsfolgen gezeigt werden. Edwards, Holden, Felitti und Anda (2003) befragten eine Stichprobe von 8.667 Personen anhand per Post zugesendeter Fragebögen. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl

der negativen Kindheitserlebnisse und Depression sowie Angststörungen gezeigt werden, die mit dem Short-Form Health Survey (SF-36) erhoben wurden.

Finkelhor, Shattuck, Turner und Hamby führten 2012 eine Replikationsstudie der Adverse Childhood Experiences Studie durch. Die AutorInnen waren der Meinung, dass wichtige Einflussfaktoren in der originalen Berechnung des *ACE-Werts* nicht berücksichtigt worden waren. Es konnte gezeigt werden, dass einige der von den AutorInnen hinzugefügten Variablen einen wichtigen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Betroffenen hatten und den Einfluss der ursprünglichen Variablen minderten oder sogar ganz verschwinden ließen:

Zu den neu hinzugefügten Variablen zählten „*Property Victimization*“ (Raubüberfall, Diebstahl oder Vandalismus) und „*Peer Victimization*“ (Mobbing/Gewalt durch Gleichaltrige) durch familienexterne Personen. Außerdem wurden „*Exposure to Community Violence*“ (Gewalt in der Gemeinschaft), Unfälle oder Erkrankungen einer nahestehenden Person, unterdurchschnittliche Noten, Streit zwischen den Eltern, das Fehlen enger Freundschaften sowie auch der sozioökonomische Status zur überarbeiteten Berechnung des „*ACE-Werts*“ hinzugefügt. Es wurde vorgeschlagen, die Variablen Gewalt gegen die Mutter, Substanzabhängigkeit oder Inhaftierung eines Familienmitgliedes sowie Trennung oder Scheidung der Eltern aus der Berechnung zu nehmen.

2.2.3 A condition rather than an event

Eine Reihe von Untersuchungen konnte zeigen, dass multiple Viktimisierung zu schwerwiegenderen Folgen führt als einzelne traumatische Erlebnisse. In Folge sollen Studien angeführt werden, die eine Dosis-Wirkungsbeziehung unter Berücksichtigung des Einflusses einzelner traumatischer Erlebnisse feststellen konnten.

Briere, Kalman und Green (2008) zeigten an einer Stichprobe von 2.453 Studentinnen einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der angeführten traumatischen Erlebnisse und der gleichzeitig im TSI erhöhten Skalen im Sinne einer Dosis-Wirkungsbeziehung. Es konnte weiters gezeigt werden, dass sexuelle und körperliche Gewalterlebnisse in der Kindheit schwerwiegendere Folgen hatten als andere Formen von Viktimisierung. Außerdem wurde überprüft, ob ein kumulativer Effekt über den Einfluss der einzelnen Gewalterlebnisse hinaus die Symptomkomplexität vorhersagen konnte. Dies konnte bestätigt werden, was für

einen Einfluss des kumulativen Faktors per se spricht. Lediglich sexuelle und körperliche Gewalt in der Kindheit blieben einzelne signifikanter Prädiktoren.

Cloitre und KollegInnen (2009) führten eine Replikation der Studie von Briere und KollegInnen (2008) durch. Zusätzlich untersuchten die AutorInnen die unterschiedlichen Auswirkungen von traumatischen Ereignissen über die Lebensspanne. Es wurden zwei Stichproben untersucht. Die erste bestand aus 849 Frauen, die Gewalterlebnisse in der Kindheit sowie im Erwachsenenalter anführten. Es konnte wie bei Briere und KollegInnen (2008) ein Zusammenhang der Anzahl der traumatischen Erlebnisse in der Kindheit mit der Anzahl der posttraumatischen Symptome gezeigt werden. Es zeigte sich allerdings kein Zusammenhang kumulativer Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter mit der Symptomkomplexität. In der zweiten Stichprobe von 152 Kindern konnte dieser Zusammenhang ebenfalls bestätigt werden.

Richmond, Elliott, Pierce, Aspelmeier und Alexander (2009) zeigten an einer Stichprobe von 311 Collegestudentinnen einen signifikanten Einfluss von kumulativen Gewalterlebnissen. Es konnten kaum Effekte der einzelnen traumatischen Erlebnisse auf die posttraumatischen Symptome nachgewiesen werden. In einer Regressionsanalyse verloren anfängliche Effekte der einzelnen Ereignisse nach Einschluss der kumulativen Komponente jeglichen signifikanten Einfluss. Die AutorInnen verweisen diesbezüglich auf Überschätzungen der Effekte von einzelnen traumatischen Erlebnissen in Studien, die der Polyviktimsierung nicht berücksichtigen. Eine von den AutorInnen selbst durchgeführte Replikationsstudie an 321 Frauen konnte diese Ergebnisse bestätigen.

Ford, Elhai, Conner und Frueh führten 2010 anhand von Daten einer repräsentativen Stichprobe von 3.351 US-amerikanischen Jugendlichen eine latente Klassenanalyse durch. Die Autoren konnten sechs Subgruppen mit unterschiedlicher traumatischer Geschichte distinguieren. Vier davon beinhalteten Polyviktimsierung: In den Gruppen sexuelle Gewalt, körperliche Gewalt, Gewalt in der Gemeinschaft und Opfer von Überfällen wurde multiple Traumatisierung berücksichtigt. Die beiden übrigen Gruppen beinhalteten Opfer von einmaligen Überfällen und Unfalls-, sowie Katastrophenopfer. Das Risiko für Depressionen war für die polyviktimsierten Jugendlichen doppelt so hoch wie bei Betroffenen, die eine einmalige Traumatisierung angegeben hatten. Weiters war das Risiko für PTBS dreifach erhöht, für Substanzabhängigkeit sogar drei- bis fünfmal so hoch. Die Wahrscheinlichkeit, an zwei die-

ser Erkrankungen zu leiden, war für die mehrfach traumatisierten Betroffenen drei- bis achtfach erhöht.

Diese Ergebnisse reflektieren laut Briere und KollegInnen (2008), dass sich die Effekte der einzelnen traumatischen Erlebnisse summieren. Außerdem scheint es, dass die Tatsache, wiederholte Gewalterfahrungen zu machen, *per se* einen negativen Effekt auf die Symptomatik der Betroffenen hat. Auch Cloitre und KollegInnen (2009) zogen diesen Schluss und führten aus, dass die Effekte multipler Traumatisierung mehr sind, als die bloße Addition der Auswirkungen einzelner Gewalterfahrungen.

Die Ergebnisse gehen auch einher mit der Ansicht von Finkelhor und KollegInnen (2007), dass für „Polyvictims“ – Opfer multipler Gewalterfahrungen – Traumatisierung *„a condition rather than an event“* – eher einen Zustand als ein Ereignis – darstellt. Es handelt sich nicht um typische traumatische Viktimisierungen, die oft als beängstigendes, nicht vorhersehbares Ereignis darstellgestellt werden. Viel eher stellt Gewalt einen andauernden Zustand für die Betroffenen dar, der möglicherweise ein Bestandteil ihres Alltags ist. Mechanismen wie negative Selbstattribution tragen wahrscheinlich zu wiederholten traumatischen Erlebnissen bei. Wird Gewalt mehrmals und durch verschiedene Quellen erlebt, ist es für die Opfer, besonders Kinder, schwieriger, den Grund und die Schuld dafür nicht bei sich selbst zu suchen (Finkelhor et al., 2007).

2.2.4 Unterschiedliche Gewaltformen und deren spezifische Ausprägungen

Wie weiter oben beschrieben, wurde der Fokus der Traumaforschung anfänglich hauptsächlich auf sexuelle Gewalt gelegt. Erst später begann man, körperlicher und auch emotionaler Gewalt Aufmerksamkeit zu schenken. Nicht nur die Anzahl, sondern auch das Muster traumatischer Erlebnisse verschiedener Art in verschiedener Ausprägung wurden für die darauffolgende Belastung als wichtig erachtet (Scott-Storey, 2011).

Viele Forscher beschäftigten sich mit Studien, die die Einflüsse verschiedener Gewaltformen untersuchten. Teicher und KollegInnen (2006) verglichen in ihrer Studie beispielsweise den Einfluss von sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt (siehe Kapitel 2.1.2). Sie stellten fest, dass emotionale Gewalt schwerwiegendere Folgen zeigte als sexuelle. Körperliche Gewalt zeigte die schwächsten Folgen.

Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers und O'Brien (2007) verglichen ebenfalls diese drei Formen von Gewalt sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung. Die traumatischen Erlebnisse wurden mit einer Kurzform des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF) erhoben. Die AutorInnen zeigten an einer Stichprobe von 1.452 SchülerInnen im Alter von 13 bis 18 Jahren, dass die Kombination aus den genannten Formen in allen untersuchten Folgen die schwerwiegendsten Auswirkungen hatte. Bei den Folgen handelte es um sich Probleme mit negativer Stimmung wie Depressionen, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität. Außerdem wurden Feindseligkeit, Delinquenz, Substanzmissbrauch sowie auch die Anzahl von Personen, mit denen die Betroffenen Geschlechtsverkehr hatten, erhoben.

Grassi-Oliveira und Stein (2008) untersuchten ebenfalls den Einfluss von sexueller, körperliche und emotionaler Gewalt sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung an einer Stichprobe von 141 ambulanten PatientInnen eines brasilianischen Krankenhauses. Alle Formen von Gewalt zeigten einen Zusammenhang mit PTBS, gemessen mit der PSDS Checklist (PCL-C) und emotionaler Belastung, gemessen mit dem Self-Report Questionnaire (SRQ) im Erwachsenenalter. Am stärksten hingen jedoch emotionale Gewalt und Vernachlässigung mit der PTBS Symptomatik zusammen.

Fitzpatrick und KollegInnen (2010) untersuchten eine Stichprobe von 247 Erwachsenen, die als Kinder Gewalt durch katholische Einrichtungen in Irland erlebt hatten. Die AutorInnen verglichen die psychosozialen Folgen verschiedener Gewaltformen. Es konnte gezeigt werden, dass Betroffene, die sexuelle Gewalt als schlimmste Form angegeben hatten, die schwersten Beeinträchtigungen zeigten. Sie zeigten die höchsten Raten von PTBS, Alkohol- und Substanzmissbrauch, sowie antisoziale Persönlichkeitsstörung im Structured Clinical Interview on DSM-IV (SKID) I und II. Außerdem wiesen sie die höchste totale Trauma Symptomatik gemessen mit dem TSI und allgemeine Problematik gemessen mit der Life Problem Checklist (LPC), sowie interpersonelle Ängstlichkeit gemessen mit dem Experiences in Close Relationships Inventory (ECRI). Sie zeigten allerdings auch die höchsten Werte in Zufriedenheit in ihrer Ehe. Die Gruppe der Betroffenen, die nur emotionale Gewalt angegeben hatte, zeigte die niedrigste Beeinträchtigung. Die Autoren führten aus, dass diese Ergebnisse vermutlich nicht auf die schlimmste Form der erlebten Gewalt zurückzuführen sind. Betroffene, die sexuelle Gewalt angegeben hatten, hatten insgesamt mehr Gewalt erfahren, zum Teil auch körperliche und emotionale.

Die Herausforderung für die Forschung besteht nicht nur darin, Auswirkungen der Anzahl traumatischer Erlebnisse und Form von Gewalt bezüglich ihrer Schädlichkeit für die Betroffenen zu untersuchen. Auch spezifische Erlebnisse innerhalb einer Gewaltform unterscheiden sich bezüglich ihrer Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit. Scott-Storey (2011) wies darauf hin, dass einzelne Ausprägungen von Gewalt einen individuellen Einfluss innerhalb des kumulativen Effekts haben können. Edwards, Holden, Felitti und Anda (2003) bemerkten, dass es möglicherweise bestimmte Kombinationen von Gewaltformen und deren unterschiedlichen Ausprägungen gibt, die sich besonders negativ auf die psychosoziale Belastung auswirken.

Es gibt mehrere Ansätze zur Erfassung des Schweregrades einzelner Gewaltformen und deren Ausprägungen. Viele Ansätze beziehen auch Faktoren wie das Alter der Betroffenen zum Tatzeitpunkt und die Beziehung zum Täter ein.

2.2.5 Gewalt in Zahlen?

Finkelhor und Browne kritisierten bereits 1985, dass die Schwere einer traumatischen sexuellen Erfahrung oft nur nach Dichotomien klassifiziert wurde. Beispielsweise wurde berücksichtigt, ob die Gewaltereignisse innerhalb oder außerhalb der Familie stattgefunden hatten oder ob Penetration stattfand. Die Autoren schlugen vor, dass subjektive Angaben der Opfer über die erlebte Traumatisierung, Enttäuschung sowie Verrat und Machtlosigkeit in die Beurteilung eines Schweregrades mit einfließen sollten.

Ein Ansatz zur Berechnung eines Schweregrades von sexueller Gewalt findet sich bei Feiring und KollegInnen (2002) sowie Feiring und Taska (2005). Die AutorInnen erstellten einen Summenscore, der auf Charakteristika des Gewalterlebnisses basierte, die sich in der bisherigen Literatur als besonders schädlich für die psychische Gesundheit der Betroffenen herausgestellt hatten. Diese waren Penetration, eine elterliche Beziehung zum/zur TäterIn, Zusammenleben mit dem/der TäterIn zum Zeitpunkt der Gewalterfahrungen, mehr als zehn Wiederholungen der negativen Erlebnisse und eine Dauer von über einem Jahr, sowie Einsatz von körperlicher Nötigung.

Zink, Klesges, Stevens und Decker (2009) machten ebenfalls einen Vorschlag zur Berechnung eines Schweregrades von sexueller Gewalt. Zur Erstellung eines „*Sexual Abuse Severity*

Score“ zogen die AutorInnen folgende Faktoren heran: Alter beim ersten sexuellen Gewalterlebnis, Anzahl von Gewaltereignissen, konkrete Form der Gewalt, Dauer des Missbrauchs, Anzahl der Täter, „*level of coercion*“ (Grad der Nötigung), Beziehung zum Täter und Geschlecht, sowie Altersunterschied zwischen Opfer und Täter. Sie untersuchten eine Stichprobe von 610 Erwachsenen, die per Post zugesandte Fragebögen ausgefüllt rücksendeten. Es konnte gezeigt werden, dass mit steigendem Nötigungsgrad die Trauma Symptomatik (gemessen mit dem TSI) und somatische Beschwerden anstiegen. Höheres Alter beim ersten Gewalterlebnis erwies sich als Schutzfaktor.

Im Gegensatz dazu zeigten Cutajar und KollegInnen (2010), dass ein höheres durchschnittliches Alter zum Tatzeitpunkt Prädiktor für eine schlechtere psychische Gesundheit war. Die dazu untersuchte Stichprobe bestand aus 2.688 Personen, die bei einem Institut für forensische Medizin als mögliche Opfer von sexueller Gewalt in der Kindheit gemeldet waren. Betroffene, die ein höheres Durchschnittsalter hatten, führten signifikant öfter an, Kontakt mit professionellen Einrichtungen für psychische Gesundheit gehabt zu haben. Außerdem gaben sie häufiger an, dass bei ihnen jemals eine klinische (Achse I) oder Persönlichkeits- (Achse II)-Störung nach dem Diagnostic Statistical Manual IV (DSM-IV) diagnostiziert worden war. Die Diagnose von klinischen Störungen zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit einem jüngeren Alter bei der sexuellen Traumatisierung. Dies galt für alle Achse I Diagnosen, außer PTSD. Die AutorInnen erklärten diese konträren Ergebnisse damit, dass ältere Opfer sich Verletzungen ihrer intimen Grenzen eher bewusst sind, vor allem, wenn sie sich in einer Phase der sexuellen Entwicklung befinden.

Personen, die Penetration als sexuell traumatisierendes Erlebnis angeführt hatten, zeigten eine schwerere psychische Beeinträchtigung als diejenigen, die weniger invasive Erlebnisse berichtet hatten. Die Betroffenen gaben häufigeren Kontakt mit Einrichtungen für psychische Gesundheit an. Außerdem wurde bei ihnen signifikant häufiger eine Psychose und Alkoholmissbrauch diagnostiziert. Die Beziehung zum/zur TäterIn zeigte sich als signifikanter Prädiktor für Psychosen: Betroffene, die Gewalt durch familienexternen Personen erlebt hatten, entwickelten häufiger psychotische Störungen (Cutajar et al., 2010).

Zusammengefasst findet sich in der Literatur eine Reihe von peri-traumatischen Faktoren von sexueller Gewalt, die sich auf psychische Folgestörungen negativ auswirken. Es finden sich allerdings nach Wissen der Autorinnen der vorliegenden Diplomarbeiten kaum Studien, die einen Vorschlag zur Berechnung eines Schweregrades für körperliche oder emotionale

Gewalt machen. Außerdem gibt es kaum Studien, die zur Erstellung eines Summenscores spezifische Ausprägung von sexueller Gewalt berücksichtigten.

Eine der wenigen Schweregradberechnungen findet sich bei Ullman, Relyea, Peter-Hagene und Vasquez (2013). Die AutorInnen erstellten einen Summenscore auf Basis des Sexual Experiences Survey (SES). Dieser reichte von 1 (Küssen oder Streicheln) bis 5 (Vergewaltigung mit Penetration). Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang des Summenscores mit problematischem Trinkverhalten und Drogenmissbrauch.

Es findet sich in der Literatur generell Übereinstimmung darüber, dass eine längere Dauer der Gewalterlebnisse, sowie ein Zusammenleben mit dem/der TäterIn und eine enge Beziehung, beziehungsweise Eltern-Kind-Beziehung zu diesem sich negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken. Eine besondere Form der Gewalt, die diese Faktoren meistens beinhaltet, ist institutionelle Gewalt. In weiterer Folge sollen Besonderheiten dieser Form von Gewalt ausgeführt werden.

2.3 Institutionelle Gewalt

verfasst von Doris Rittmannsberger

Gallagher (2000) definierte institutionelle Gewalt als *„Sexuelle Gewalt gegen Kinder (unter 18 Jahren) durch eine erwachsene Person, die mit ihm oder ihr arbeitet. Der Täter ist entweder ein bezahlter Angestellter oder gemeinnütziger Mitarbeiter im öffentlichen, gemeinnützigen oder privaten Sektor, im stationären oder nicht-stationären Rahmen, der entweder direkt mit dem Kind arbeitet oder die Rolle einer Hilfsperson innehat“*.

Wolfe, Jaffe, Jetté und Poisson (2003) erweiterten die Definition um körperliche und emotionale Gewalt gegen Kinder. Als zentralen Punkt nannten die AutorInnen einen Macht- und Autoritätsmissbrauch von Seiten der TäterInnen.

Eine Reihe von Faktoren spielte in der Entstehung von Gewalt in Institutionen eine Rolle. Einerseits war der Status von Kindern, die in Heimen untergebracht waren, zum Teil niedrig. Die Kinder waren oft bereits durch intrafamiliäre Gewalt psychisch beeinträchtigt. Zudem war das zuständige Personal häufig nicht pädagogisch ausgebildet und überfordert. Gewalt wurde auch als pädagogische Maßnahme eingesetzt (Colton, 2002; M. Stein, 2006).

2.3.1 Spezifische Dynamiken von Institutioneller Gewalt

Es gibt beträchtliche Überschneidungen zwischen Gewalt innerhalb der Familie und durch öffentliche Institutionen und Organisationen (Wolfe et al., 2003). Allerdings ergeben sich durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen auch jeweils spezifische Dynamiken. Die AutorInnen erstellten ein Rahmenmodell zum besseren Verständnis des speziellen Einflusses von Gewalt im familienexternen, öffentlichen Setting. Die Basis für dieses Modell stellten eine intensive Literaturrecherche und 450 Fälle aus der klinischen Erfahrung der AutorInnen dar. Außerdem flossen Berichte von 24 Opfern familieninterner, beziehungsweise -externer Gewalt, sowie von 17 WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen in dessen Erstellung mit ein. Die zentralen Bestandteile des Modells sind einerseits Eigenheiten von institutioneller Gewalt, die sich von Dynamiken intrafamiliärer Gewalt unterscheiden. Andererseits spezielle Schadensdimensionen dieser Form von Gewalt.

Wie in Kapitel 2.2.5 ausgeführt, konnten bisherige Studien einige Faktoren extrahieren, die einen besonders negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern mit Gewalterfahrungen zeigten. Ausgehend von diesen gingen Wolfe und KollegInnen (2003) in ihrem Rahmenmodell von vier Einflussgrößen aus, die sich auf die Schwere der Beeinträchtigung durch institutionelle Gewalt auswirken:

1. der Wert und die Wichtigkeit der Institution innerhalb der Gesellschaft
2. die Rolle und Funktion des Täters
3. der Grad der Involvierung des Kindes an der Institution
4. die Gewalterlebnisse selbst und darauffolgende Geschehnisse

Diese vier Faktoren sollen in weiterer Folge näher ausgeführt werden:

Als ersten Punkt nannten die AutorInnen die Signifikanz und Funktion der Institution innerhalb der Gesellschaft. Handelt es sich um eine von der Gesellschaft angesehene und geschätzte Organisation, erschwert dies die Situation für die Opfer. Einerseits besteht von Seiten der Eltern eine erhöhte Bereitschaft, die Aufsicht für ihre Kinder einer solchen Institution zu überlassen. Andererseits ist eine öffentliche Bekanntmachung der Ereignisse für die Opfer durch den starken öffentlichen Rückhalt erschwert. Möglicherweise wird dieser auch von der Institution selbst genutzt, um eine Offenlegung durch die Betroffenen zu verhindern (Ligezinska et al., 19996 zit. n. Wolfe et al., 2003). Pilgrim (2012) führte in seinem Artikel über institutionelle Gewalt in katholisch orientierten Institutionen in Irland aus, dass viele der Betroffenen die Ereignisse bei der Polizei angezeigt hatten, in den Polizeiakten aber keine Aufzeichnungen darüber zu finden waren. Dieses Muster stillschweigender Billigung von Seiten der Staatsgewalt reflektiert die Autorität und Macht der Kirche.

Weiters stellen öffentliche Institutionen im Gegensatz zur Familie einen weniger privaten Rahmen dar. Eine Enthüllung der Gewalt bedeutet für das Kind daher eine öffentliche Diskussion der Ereignisse. Eine größere Anzahl von Personen erfährt, was dem Kind passiert ist. Auch die Größe der Gemeinschaft, in die das Opfer eingebunden ist, stellt hier einen wichtigen Faktor dar. Bei kleinen, eng verbundenen Gemeinschaften besteht oft die Gefahr, dass es zu Widerständen gegen eine erneute Integration des Kindes und seiner Familie kommt (Wolfe et al., 2003).

Ein weiterer Faktor ist die Rolle des Täters/der Täterin innerhalb der Institution. Diese wirkt sich ebenso wie das öffentliche Ansehen der Institution auf die wahrgenommene Zuverlässigkeit einer Person aus. Beispielsweise führte Pilgrim (2012) im speziellen Fall von katholischen Organisationen das Zölibat an, das Reinheit und Anstand impliziert. Diese vermeintliche Vertrauenswürdigkeit führt dazu, dass Eltern ihre Kinder leichtfertiger in die Obhut der TäterInnen geben.

Eine solche Machtposition des Täters/der Täterin kann eine Offenlegung der Gewalt von Seiten der Kinder ebenfalls erschweren. Die Opfer fürchten möglicherweise, dass ihnen nicht geglaubt wird, sollte ihr Wort gegen das des Täters/der Täterin stehen. Im Falle von religiösen Autoritätspersonen werden diese oft als „Repräsentanten Gottes“ angesehen und Kindern wird beigebracht, diese zu respektieren und ihre Autorität nicht in Frage zu stellen. Pilgrim (2012) verwies auch auf die patriarchalischen Strukturen in katholischen Organisationen, denen Autorität inhärent ist.

Außerdem werden durch die Organisation oft Ausbildungsmöglichkeiten oder spezielles Training ermöglicht, die für die Kinder von Bedeutung sind. Durch eine Offenlegung würden diese verloren gehen. Das Verhältnis der Betroffenen zur Institution und deren Engagement innerhalb der Organisation sind eine weitere relevante Dynamik von institutioneller Gewalt. Kinder, die ein hohes Interesse zeigen, Teil einer Organisation zu sein, sind vulnerabler für Gewalt. Auch der Entschluss einer Offenlegung der Ereignisse wird weniger leichtfertig getroffen, da dieser einen Verlust von wichtigen Förderungen bedeutet. Eine unfreiwillige Teilnahme stellt ebenfalls eine Form der Partizipation dar. Beispielsweise eine obligatorische Unterbringung in der Institution. In diesem Fall haben Kinder möglicherweise Angst, nach einer Offenlegung wieder zurückkehren und sich ihrem Täter stellen zu müssen.

Im Fall von Gewalt durch religiöse Vertreter fanden oft keine Verurteilungen statt. Die TäterInnen wurden in andere Gemeinden versetzt ohne Bekenntnis zu deren Taten von Seiten der Kirche. Dies kann eine zusätzliche Belastung durch ein Empfinden von Ungerechtigkeit oder auch Selbstanschuldigungen darstellen (Feldthusen, Hankivsky & Greaves, 2000 zit. n. Wolfe et al., 2003). Außerdem wurden von Tätern in Institutionen mit religiösem Hintergrund oft Drohungen in Bezug auf „Strafen Gottes“ gemacht, die die Opfer möglicherweise belasteten (Wolfe et al., 2003).

2.3.2 Wesentliche Schadensdimensionen

Wolfe und KollegInnen (2003) gingen davon aus, dass es wichtige Aspekte in Bezug auf die Folgen gibt, anhand derer man traumatische Ereignisse im familiären und öffentlichen Bereich unterscheiden kann. Die angeführten Dimensionen weisen laut den Autoren Gemeinsamkeiten mit den traumatischen Dynamiken von Finkelhor und Browne (1985) auf, die in Kapitel 2.2.5 bereits erwähnt wurden.

Die von Finkelhor und Browne 1985 vorgeschlagenen Dimensionen zur Beurteilung der Schwere eines traumatischen Erlebnisses waren einerseits die traumatische Sexualisierung der Erfahrung. Hier wurden Faktoren wie Grad der Penetration, Dauer der Gewalt, sowie Grad der Beteiligung des Kindes miteinbezogen. Andererseits führten die Autoren die subjektiv empfundene Stigmatisierung des Opfers als wichtige Einflussgröße an. Es wurde hier miteinbezogen, wie viele Personen von den Ereignissen wussten und ob das Kind beschuldigt wurde. Eine weitere traumatische Dynamik war der empfundene Verrat und die Enttäuschung des Opfers. Außerdem erlebte Machtlosigkeit, wobei hier Angaben zu Anwendung von Gewalt gegen das Kind berücksichtigt wurden.

Das Gefühl von Betrug und Verrat, sowie daraus resultierende verringerte Vertrauensfähigkeit stellte eine der von Wolfe und KollegInnen 2003 erarbeiteten Schadensdimensionen dar. Bei Opfern von extrafamiliärer Gewalt reichte der erlebte Vertrauensverlust über den interpersonellen Bereich hinaus bis zu der sozialen Institution, der der/die TäterIn angehörte. Wurde den Betroffenen von der Justiz nicht geglaubt, konnte sich ein Misstrauen weiter auf damit verbundene Institutionen ausweiten, bis hin zu einem globalen Vertrauensverlust.

Eine weitere von den AutorInnen genannte Schadensdimension sind Gefühle wie Scham, Schuld und Demütigung. Betroffene haben oft das Gefühl, mit schuld zu sein, die Gewalt irgendwie provoziert zu haben oder nicht mehr getan zu haben, um die Ereignisse zu stoppen. Auch Betroffene, die irgendeine Art von Begünstigung aus der Gewalt zogen, zeigten eine erhöhte Neigung, sich selbst zu beschuldigen (Burgess, Harman, McCausland & Powers, 1984 zit. n. Wolfe et al., 2003).

Viele Betroffene gaben auch das Gefühl von Angst oder Respektlosigkeit gegenüber Autoritäten an. Die Kinder hatten gelernt, Erwachsene zu respektieren und ihnen zu gehorchen. Die Täter missbrauchten ihre Autorität und Macht, um die Opfer durch Drohungen oder

auch Belohnungen zu manipulieren. Diese Diskrepanz führte bei den Kindern zu einer negativen Haltung gegenüber Autoritätspersonen.

Eine weitere Schadensdimension stellt Vermeidung von Erinnerungen dar. Die Betroffenen mieden beispielsweise Orte oder Aktivitäten, die sie mit dem Ereignis in Verbindung brachten. Als Folge davon entstand oft ein Bezugsverlust zur Gemeinde. Im Fall von Gewalt durch religiös motivierte Organisationen ging oft der Bezug zur Gemeinde der Gläubigen verloren, die möglicherweise für die Betroffenen früher von Bedeutung war.

Als letzte Dimension wurden von Wolfe und KollegInnen Verletzungen und sekundäre Formen von traumatischen Erlebnissen genannt. Auch Selbstverletzungen zählten die Autoren zu diesem Punkt. Außerdem kam es auch zum Teil zu Traumatisierungen der Familie des Opfers, wobei hier auch denkbare Gewaltakte gegen die zukünftigen eigenen Kinder der Opfer miteinbezogen wurden.

2.3.3 Studien zu institutioneller Gewalt

In weiterer Folge sollen Studien ausgeführt werden, die die Spätfolgen von institutioneller Gewalt untersuchten. Es handelt sich dabei um katholisch orientierte Organisationen.

Wolfe, Francis und Straatman (2006) untersuchten eine Stichprobe von 76 Männern, die angaben, von Vertretern religiöser Einrichtung körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Die Betroffenen zeigten eine schwer beeinträchtigte psychische Gesundheit. Die häufigsten Beschwerden waren PTBS, alkoholverursachte Störungen, sowie Major Depression. Weiters zeigten die Betroffenen erhöhte Raten an mit dem Personality Assessment Inventory (PAI) erhobenen angstbezogenen Störungen, sowie Borderline Persönlichkeitsstörung. Erhoben mit dem TSI zeigten sich erhöhte Level an depressiver und intrusiver Symptomatik, defensiver Vermeidung, dissoziativer Symptome, sowie Dysphorie.

Carr und KollegInnen untersuchten 2010 eine Stichprobe von 247 Opfern institutioneller Gewalt durch Vertreter von katholischen Institutionen in Irland. Von 121 Betroffenen wurden auch Angaben zu intrafamiliärer Gewalt gemacht. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang der gesamten, mit dem TSI erhobenen Trauma Symptomatik und sexueller und emotionaler Gewalt in der Institution gezeigt werden. Im Gegensatz dazu konnte kein signi-

fikanter Zusammenhang zwischen Angaben zu intrafamiliärer Gewalt und psychischer Probleme im Erwachsenenalter gezeigt werden. 46 Betroffene, die beide Formen von Gewalt anführten, unterschieden sich von jenen 75, die nur institutionelle Gewalt erlitten hatten. Sie unterschieden sich in Bezug auf ihren Bindungsstil im Erwachsenenalter: Während 24 Prozent der lediglich institutionell traumatisierten Betroffenen einen sicheren Bindungsstil aufwiesen, waren es in der Vergleichsgruppe nur circa elf Prozent.

2.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

verfasst von Doris Rittmannsberger

Die APA (2013) beschreibt die Posttraumatische Belastungsstörung als Angststörung, die manche Menschen infolge eines extrem traumatisierenden Erlebnisses, wie beispielsweise Krieg, Verbrechen, Unfälle oder Naturkatastrophen entwickeln.

2.4.1 Prävalenz im zentraleuropäischen Raum

Die Verbreitung der posttraumatischen Belastungsstörung variiert je nach geographischer und politischer Region (Maercker, 2009). Die Prävalenzrate von PTBS in Deutschland lag laut Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Braehler 2008 bei 2,3 Prozent. Dies wurde an einer Stichprobe von 2.426 14- bis 95-Jährigen deutschen Staatsbürgern gezeigt, die befragt wurden, ob posttraumatische Symptome bei ihnen im letzten Monat aufgetreten waren. Als traumatische Erlebnisse, die PTBS auslösen können, wurden hier kriegsbezogene Traumata sowie zivile Traumata wie sexuelle und körperliche Gewalt, Unfälle, Krankheiten, Naturkatastrophen und Bezeugen eines traumatischen Ereignisses untersucht.

Lukaschek und KollegInnen (2013) untersuchten die Prävalenz von PTBS in der Region Augsburg in Süddeutschland. Die Stadt selbst und zwei umliegende Bundesländer haben ungefähr 600.000 Einwohner in gemischten urbanen und ländlichen Gegenden. Die demographischen und sozioökonomischen Charakteristika reflektieren in etwa die der durchschnittlichen zentraleuropäischen Bevölkerung. 4.261 Personen nahmen an der ersten Erhebung 1999 bis 2001 teil. An einer Folgerhebung zwischen 2006 und 2008 nahmen 3.080 Personen teil. Von diesen gaben knapp die Hälfte (40,5 %) ein Erlebnis an, das dem Kriterium A1 nach DSM-IV entsprach. 51 Personen (1,7 %) erfüllten die Diagnosekriterien der PTBS. 271 Personen erfüllten die Diagnose einer partiellen PTBS. Diese war als Vorliegen von Kriterium A sowie eine undefinierte Anzahl der Kriterien B bis D definiert.

2.4.2 Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung

Im Folgenden wird auf den Stand der wissenschaftlichen Forschung und die Kritik in Bezug auf die einzelnen Symptomgruppen der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV-TR eingegangen. Es wird zudem auf die daraus resultierenden Veränderungen im DSM-5 eingegangen.

Objektives Ereigniskriterium A1

Im DSM-IV-TR galt das Erleben eines oder mehrerer Ereignisse, in der eine potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen geschah (Maercker, 2009) als Voraussetzung für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Definition von Ereignissen, die eine PTBS hervorrufen können, war in der vierten Version des DSM erweitert worden (APA, 2000).

Da das Ereigniskriterium als „*Gatekeeper*“ für die mögliche Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fungiert, ist eine hohe Sensibilität angebracht, um falsche Negative zu vermeiden und Personen, die möglicherweise an einer PTBS leiden, die Diagnose nicht zu verwehren (Weathers & Keane, 2007). Allerdings wird vermehrt die Frage aufgeworfen, ob Ereignisse, die dem objektiven Kriterium A1 nicht entsprechen, Symptome hervorrufen können, die einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen. Als belastende Lebensereignisse wurden zum Beispiel Wohnortwechsel, Scheidung, ernsthafte Erkrankung eines Familienmitgliedes, oder Tod eines engen Freundes angeführt (APA, 2013). Es finden sich in der wissenschaftlichen Literatur kontroverse Positionen in Bezug auf diese Erweiterung und die Notwendigkeit des objektiven Ereigniskriteriums.

Opponenten einer Ausweitung des Ereigniskriteriums befürchteten eine Abschwächung der Diagnose (Kilpatrick, Resnick, & Acierno, 2009). Im DSM-III galten nur Ereignisse als traumatisch, die außerhalb der Grenze von normalen menschlichen Erlebnissen waren. Die physische Präsenz der Betroffenen am Ort des Ereignisses war eine Voraussetzung für die Diagnose. McNally (2009) kritisierte, dass im DSM-IV Ereignisse des täglichen Lebens als potentielle Auslöser für eine PTBS in Frage kommen. Unter anderem zählen dazu Scheidung, Arbeitsplatzverlust oder auch die Diagnose einer chronischen Krankheit gestellt zu bekommen. Auch Personen, die über Medien von einer ernsthaften Todesbedrohung anderer er-

fahren, gelten als „Trauma Überlebende“. Vage Formulierungen im DSM-IV können dafür verwendet werden, die Definition von Trauma weit über die ursprüngliche Bedeutung hinaus zu dehnen, wodurch die Bezeichnung von relativ geringen Stressoren als „traumatisch“ gerechtfertigt werden kann (McNally, 2009).

Eine befürchtete Folge davon war nicht nur das Ansteigen der Prävalenzrate von PTBS (Kilpatrick et al., 2009), sondern auch eine größere Heterogenität der Personen, die die Diagnose erhalten (McNally, 2009). Dies hätte verschiedene Implikationen für die Praxis, sowie auch die wissenschaftliche Forschung. McNally (2004) warnte davor, dass Personen die Diagnose für leichtfertige Anschuldigungen und Schadensersatzforderungen für Ereignisse aus der erweiterten Kategorie missbrauchen könnten, die aus Sicht des Autors nicht gerechtfertigt wären. Eine weitere Sorge stellte ein übertriebener Fokus auf normalen Stress und Kummer dar, der eine normale Reaktion pathologisiert (McHugh & Treisman, 2007). Außerdem wurde vor einer möglichen Übermedikation gewarnt (McNally, 2009). Für die wissenschaftliche Forschung hat eine Uneinheitlichkeit von mit PTBS diagnostizierten Personen eine mangelnde Vergleichbarkeit der Betroffenen zur Folge (McNally 2004 zit. n. Weathers, 2007).

Eine breitere Definition der potentiell traumatischen Ereignisse erschwere weiters einen kausalen Rückschluss der Symptome auf das auslösende Ereignis (McNally, 2009). Kein Ereignis an sich löst auf direktem Wege eine PTBS aus (Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011). Risiko- und Schutzfaktoren spielen eine Rolle bei deren Entwicklung (Maercker, 2009). Allerdings haben manche Ereignisse eine größere Wahrscheinlichkeit, pathologische Reaktionen auszulösen als andere (Friedman et al., 2011). Bei einer Erweiterung des objektiven Ereigniskriteriums und einer großen Heterogenität der mit PTBS Diagnostizierten problematisierte McNally (2009) daher, dass keine kausalen Schlüsse mehr auf das auslösende Ereigniskriterium gezogen werden könnten. Zusammenhänge der Symptome müssten auf Basis von Vulnerabilitätsfaktoren gemacht werden. Der Autor sah dies als eine Unterwanderung der PTBS Diagnose im ursprünglichen Sinn. Er bezeichnete dieses Phänomen als „*bracket creep*“ (McNally, 2004).

Untersuchungen zu Kriterium A1

Breslau und Kessler (2001) erhoben die Prävalenz von traumatischen Ereignissen in einer Stichprobe von 2.181 Personen mittels Telefoninterview. Die Personen wurden insgesamt über 19 verschiedene traumatische Erlebnisse befragt. Diese beinhalteten traditionelle traumatische Ereignisse, wie beispielsweise Kriegserfahrungen, Unfälle, Naturkatastrophen und lebensbedrohliche Krankheiten. Außerdem wurde nach fünf im DSM-IV neu hinzugefügten Ereignissen gefragt, wie die Benachrichtigung, dass ein naher Verwandter Opfer von Gewalt wurde oder ein plötzlicher Todesfall. Die neu hinzugefügten Ereignisse machten 59,2 Prozent der angegebenen traumatischen Ereignisse in der Stichprobe aus. Sie zeigten eine niedrigere Wahrscheinlichkeit, eine PTBS auszulösen, die allerdings nicht signifikant war. Die Autoren führten auch aus, dass durch die breitere Definition des Ereigniskriteriums dessen Prävalenz wesentlich gestiegen war und fast jeder Befragte ein traumatisches Erlebnis anführte.

Kilpatrick und KollegInnen (2009) untersuchten den Einfluss der durch die breitere Definition im DSM-IV hinzugekommenen Ereignisse. Die AutorInnen führten zwei Befragungen durch. Eine Stichprobe bestand aus 1.543 Erwachsenen aus Florida, die 2004 von einem Hurrikan betroffen waren. Außerdem wurden 4.023 zwölf- bis 17-Jährige U.S-amerikanische Staatsbürger befragt. Die Interviews wurden per Telefon durchgeführt. Zu den erhobenen traumatischen Erlebnissen, die dem originalen Ereigniskriterium genügten, zählten Naturkatastrophen, Unfälle, Überfälle, sowie sexuelle oder körperliche Übergriffe.

Wurden die traumatischen und belastenden Lebensereignisse auf traditionell traumatische Erlebnisse im Sinne des Kriteriums A1 eingeschränkt, fiel die Prävalenzrate der posttraumatischen Symptome B bis F in der ersten Stichprobe von 11,6 auf 11,2 Prozent, in der zweiten Stichprobe von 8,1 auf 7,7 Prozent. Kilpatrick und KollegInnen (2009) sahen dies als Beweis dafür, dass Erweiterung der Definition von traumatischen Ereignissen, die Kriterium A1 genügen, nicht zu einer signifikanten Steigerung der Prävalenzrate der PTBS führt. Personen entwickeln ohne Vorliegen eines objektiven Ereigniskriteriums selten das Bild einer PTBS.

Im Gegensatz dazu ergab sich bei Mol und KollegInnen (2005) kein Unterschied bezüglich der Prävalenz von PTBS zwischen Betroffenen, die als schlimmstes Erlebnis ein nach DSM-IV traumatisches Ereignis, beziehungsweise sonstige negative Ereignisse angeführt hatten. Die Autoren untersuchten in ihrer Studie 1.498 Patienten von niedergelassenen praktischen Ärzten in den Niederlanden anhand eines Fragebogens bezüglich negativer Kindheitserleb-

nisse. 832 gaben Lebensereignisse an, die in eine der beiden Gruppen zugeteilt werden konnte. Diese beinhalteten Unfälle, sexuelle und körperliche Viktimisierung, aber auch chronische Krankheiten und Tod einer nahestehenden Person.

Emotionale Gewalt als Ereigniskriterium

In den vergangenen Jahren wurde der Fokus von Traumatisierung durch sexuelle und körperliche Gewalt ausgeweitet auf emotionale Gewalt. Psychologische Gewalt und Vernachlässigung entsprechen allerdings nicht dem Kriterium A1 (Salter & Stallard, 2008; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan, & Seremetis, 2003). Trotz Fehlen des objektiven Ereigniskriteriums konnten einige Studien einen Zusammenhang zwischen emotionaler Gewalt und posttraumatischen Belastungssymptomen zeigen.

Spertus und KollegInnen untersuchten 2003 eine Stichprobe von 205 US-amerikanischen Frauen, die in einem Krankenhaus zur allgemeinen Untersuchung vorstellig waren. Emotionale Gewalt und Vernachlässigung waren signifikante Prädiktoren für Symptome der PTBS, die mit der Revised Civilian Mississippi Scale for PTSD erhoben worden waren. Als mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang führten die AutorInnen aus, dass emotionale Gewalt und Vernachlässigung Risikofaktoren für darauffolgende Erlebnisse darstellen, die Kriterium A1 erfüllen.

Auch Mobbing als eine Form von emotionaler Gewalt hat einen Einfluss auf klinisch relevante Ausprägungen von PTBS. An einer Stichprobe von 963 Schülern wurden Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen von Mobbing sowie auch bezüglich der Häufigkeit der emotionalen Gewalterlebnisse und PTBS gezeigt (Idsoe, Dyregrov, & Idsoe, 2012).

Rubin, Berntsen und Bohni (2008) schlugen als Alternative für ein konkretes, objektives Ereignis zur Diagnose und Untersuchung posttraumatischer Belastungssymptome einen Fokus auf die Erinnerung der betroffenen Person vor. Das mnemonische Modell geht davon aus, dass es in den meisten Fällen keinen direkten Zugriff auf die Erlebnisse der Betroffenen gibt. Dieser erfolgt über die Erinnerungen der Personen selbst. Es wurde von den AutorInnen nicht angezweifelt, dass posttraumatische Symptome durch bestimmte Ereignisse ausgelöst werden können. Es besteht allerdings ein Mediatoreffekt der Erinnerung der Be-

troffenen daran. Diese Erinnerungen können sich über die Zeit hinweg verändern, was auch zu einer Veränderung der Symptome führen kann.

Geht man von dieser Perspektive aus, ist es auch durchaus möglich, dass das Erleben von emotionaler Gewalt und Vernachlässigung zu Symptomen der PTBS führt. Laut Rubin und KollegInnen ist es der empirischen Forschung offen, zu erheben, welche Ereignisse zu Erinnerungen führen, die Symptome der Gruppen B, C und D auslösen können. Wie in Kapitel 2.1.1 erwähnt, zeigten Chen und KollegInnen (2008) dass emotionaler Schmerz lebhafter im Gedächtnis erhalten blieb als körperlicher. Geht man von diesen Ergebnissen aus, sollte es also möglich sein, dass emotionale Gewalterlebnisse posttraumatische Symptome auslösen.

Das subjektive Ereigniskriterium A2

Anlass für Diskussionen war nicht nur die Erweiterung der Ereignisse, die Kriterium A1 genügen, sondern auch die zweiteilige Definition des Ereigniskriteriums, welche die vierte Version des DSM mit sich brachte. Eine emotionale Reaktion der Betroffenen mit „Furcht, Schrecken und Hilflosigkeit“ (Maercker, 2009) wird für die Diagnose einer PTBS vorausgesetzt (APA, 2013).

Durch die Erweiterung der Ereignisse, die im DSM-IV Kriterium A1 erfüllen, klassifizierte sich eine größere Anzahl von Personen für die Diagnose PTBS. Die damit verbundenen Befürchtungen, wie zum Beispiel „*bracket creep*“ (McNally, 2004), wurden im vorhergehenden Kapitel beschrieben. Um einer leichtfertigen Diagnose entgegenzuwirken, wurde die Notwendigkeit einer starken emotionalen Reaktion von Seiten der Betroffenen auf das potentiell traumatische Erlebnis gefordert (Friedman et al., 2011). Allerdings wurde die Nützlichkeit von Kriterium A2 in Bezug auf die Einschränkung von Prävalenzzahlen von verschiedenen Autoren in Frage gestellt.

In der weiter oben beschriebenen Stichprobe von Breslau und Kessler (2001) zeigte sich, dass das subjektive Ereigniskriterium wenig Einfluss auf die Anzahl der PTBS Diagnosen hatte, die auf Basis des objektiven Ereigniskriteriums gemacht wurden. Mehr als 99 Prozent der Ereignisse, die Kriterium A1 entsprachen, lösten eine emotionale Reaktion im Sinne des Kriteriums A2 aus.

Bedard-Gilligan und Zoellner (2008) zeigten ebenfalls, dass die subjektive emotionale Reaktion während des traumatischen Erlebnisses wenig zur prädiktiven Funktion des Kriteriums A beisteuern konnte. Die Autorinnen untersuchten drei Stichproben, die aus 391 Studentinnen, 687 gemischtgeschlechtlichen Studenten und 74 traumatisierten Frauen bestanden. Die Prävalenzen der PTBS in den Stichproben unterschieden sich kaum, wenn Kriterium A2 zur Diagnose hinzugezogen wurde. Auch Noemi Pereda und Forero (2012) zeigten, dass sich die Prävalenzrate von PTBS in einer Stichprobe von 1.033 jungen Erwachsenen durch die Inklusion beziehungsweise Exklusion von Kriterium A2 kaum veränderte.

Maercker, Beauducel und Schutzwahl (2000) zeigten allerdings einen signifikanten Zusammenhang der anfänglichen subjektiven Reaktion mit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die untersuchte Stichprobe bestand aus 98 ehemaligen politischen Häftlingen in Ostdeutschland.

Ein weiterer Kritikpunkt bezog sich darauf, dass das subjektive Kriterium möglicherweise Personen aus der Diagnose und somit aus notwendigen therapeutischen Maßnahmen ausschließt. Es wird darauf hingewiesen, dass auch Betroffene, die keine Erinnerung an das traumatische Erlebnis haben, oder keine emotionale Reaktion darauf zeigten, posttraumatische Symptome entwickeln können. Friedman und KollegInnen (2011) verwiesen beispielsweise auf Militärpersonal. Durch Ausbildung und Training werden peri-traumatisch keine intensiven Emotionen empfunden, eine posttraumatische Reaktion setzt aber möglicherweise nach Rückkehr aus dem Krieg trotzdem ein.

Adler, Wright, Bliese, Eckford und Hoge (2008) zeigten an einer Stichprobe von 202 Kriegsüberlebenden, dass Befragte, die eine emotionale Reaktion im Sinne von DSM-IV Kriterium A2 anführten, eine höhere Anzahl an posttraumatischer Symptomatik aufwiesen. Der Zusammenhang von A2 und einer vollen PTBS Diagnose inklusive Kriterium F war allerdings nicht signifikant. Ein hoher Anteil der Soldaten führte an, mit Verhaltensweisen und Emotionen reagiert zu haben, die im beruflichen Training gelernt wurden. Die Hälfte davon führte auch weitere Reaktionen an, von denen die häufigste Wut war.

O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove und Bryant (2010) untersuchten 614 Opfer von motorisierten Verkehrsunfällen drei Monate nach dem traumatischen Ereignis. Sieben Prozent der Betroffenen erfüllten die posttraumatischen Kriterien B bis F. Davon gaben neun Personen (23 %) an, keine unmittelbare intensive Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken empfunden

zu haben. Vier Personen hatten keine Erinnerung an das Ereignis und zwei keinerlei emotionale Reaktion. Die restlichen drei Betroffenen führten andere intensive emotionale Empfindungen wie starke Traurigkeit, Frustration und Sorge um andere an. Obwohl die meisten Personen, die posttraumatische Belastungssymptome entwickelten, Angst und Hilflosigkeit empfanden, schloss die Notwendigkeit von Kriterium A2 in dieser Stichprobe Personen aus der Diagnose aus.

Rubin und KollegInnen kritisierten die konkrete Auswahl der Emotionen Angst, Hilflosigkeit und Horror. Laut den AutorInnen besteht für deren Auswahl keine befriedigende Fundierung im theoretischen Wissen über Emotionen. Während der Zusammenhang von Angst mit posttraumatischen Belastungssymptomen besser belegt ist, finden sich kaum Hinweise für den Einfluss von Hilflosigkeit und Horror, beziehungsweise Schrecken. Es wird auch darauf hingewiesen, dass Gefühle wie Scham und Schuld zur Entwicklung von belastenden posttraumatischen Symptomen beitragen können.

2.4.3 Scham und Schuld

Die Begriffe Scham und Schuld treten oft gemeinsam auf. Es ist jedoch wichtig, eine Unterscheidung dieser zwei Emotionen zu machen. Wichtige Punkte sind hierbei die Auswirkungen der beiden Gefühlszustände auf Motivation und Verhalten. Während Schuld zu Entschuldigungen und Versuchen der Wiedergutmachung führt, lösen Schamgefühle eher Rückzugsverhalten und Verleugnung aus (Tangney, Mashek, & Stuewig, 2005). Obwohl die Opfer von interpersoneller Gewalt keine Schuld trifft, ist diese Emotion eine häufige emotionale Folge von Viktimisierung.

Tangney und KollegInnen (2005) unterschieden zwischen Schuld als Faktum und Schuld als Gefühl. Auf letzteres wurde in der Literatur auch als Selbstanschuldigungen („*Self-Blame*“) Bezug genommen. In Bezug auf Traumatisierung ist dieses Verständnis von Schuld wohl eher angemessen. Ullman und Najdowski (2011) sprachen einerseits von Selbstanschuldigungen in Bezug auf den eigenen Charakter, andererseits auf das eigene Verhalten. Anschuldigungen, die die eigene Persönlichkeit betreffen, sind für die Betroffenen belastender, da es sich hierbei um ein stabileres Konzept handelt.

Rahm, Renck und Ringsberg (2013) konnten einen signifikanten Zusammenhang von Schamgefühlen und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit von 87 Frauen, die sexuelle Gewalt in der Kindheit erlebt hatten, feststellen. Schuldgefühle zeigten allerdings keinen signifikanten Zusammenhang mit den Symptomen der Betroffenen.

Herman (2013) schlug als Alternative zur Posttraumatischen Belastungsstörung, die durch pathologische Angst charakterisiert ist, die Konzeption von „*PTSD as a shame disorder*“ (PTBS als Schamstörung) vor. Scham spielt vor allem bei interpersonellen Traumatisierungen eine Rolle, insbesondere wenn diese sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Eine solche Gewaltbeziehung ist durch einer Dominanz des Täters und Unterordnung des Opfers gekennzeichnet, die mit Erniedrigung und Schamgefühlen einhergeht.

Scham und interpersonelle Gewalt

Das Gefühl von Scham steht in vielerlei Hinsicht in Zusammenhang mit interpersonellen Gewalterfahrungen. Gewalthandlungen gegen Kinder gehen einher mit Gesetzesübertretungen. Das Wissen, in eine Handlung involviert gewesen zu sein, die von der Gesellschaft als verwerflich angesehen wird, löst bei den Betroffenen Scham aus. Die Kinder entwickeln ein negatives Selbstbild (Feiring, 2005). Besonders vulnerabel dafür sind Opfer von sexueller Gewalt. Der verschlossene, verdeckte Kontext, in dem diese Ereignisse passieren, trägt einerseits zur Entwicklung von Schamgefühlen bei. Andererseits kommt es oftmals zu Anschuldigungen von Seiten des Täters dem Opfer gegenüber und zu ausdrücklichen Drohungen, über die Vorfälle niemandem zu berichten (Feiring & Taska, 2005).

Viele Betroffene haben das Gefühl, nicht genügend effektive Handlungen gesetzt zu haben, um den Übergriff zu verhindern oder zu beenden, was Schuldgefühle bei ihnen auslöst (Andrews, Brewin, Rose, & Kirk, 2000). Diese Selbstanschuldigungen sind potentielle Verstärker der Angst vor der Reaktion des sozialen Umfeldes. Bedenken bezüglich eventueller Stigmatisierung tragen dazu bei, dass Opfer eine Offenlegung ihrer Erlebnisse vermeiden (Bonanno et al., 2002).

Kommt es zu einer Enthüllung der Ereignisse, spielen Schamgefühle für die Opfer weiterhin eine wichtige Rolle. Im Zuge dieses Prozesses werden die Erlebnisse des Opfers publik und Familienmitgliedern, wie auch Personen in öffentlichen Funktionen bekannt (Feiring &

Taska, 2005). Opfer von gewaltvollen Übergriffen führten aus, dass sie Scham gegenüber Personen empfanden, die entweder das Geschehen beobachtet hatten oder Verletzungen des Opfers sehen konnten (Andrews et al., 2000). Auch Zweifel und Infragestellen der Erlebnisse durch andere Personen ist eine Dimension von Scham (Dorahy & Clearwater, 2012).

In weiterer Folge hat Scham auch einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von interpersonellen Beziehungen. Schamgefühle führen möglicherweise auch dazu, dass Betroffene keine professionelle Hilfe für eventuelle Belastungssymptome und psychologische Folgen der Traumatisierung aufsuchen (Dorahy & Clearwater, 2012).

Scham und Posttraumatische Belastungsstörung

Um die Rolle von Scham in der Entstehung und Aufrechterhaltung von PTBS zu erklären, kann eine Reihe von Modellen herangezogen werden (Harman & Lee, 2010). Die Autorinnen bezogen sich in ihren Ausführungen auf das kognitive Modell der PTBS von Ehlers und Clark (2000). Laut diesem Modell entstehen posttraumatische Belastungssymptome, wenn traumatische Erlebnisse nicht adäquat verarbeitet werden können und daher ein Gefühl von anhaltender akuter Bedrohung bei den Betroffenen entsteht. Diese Bedrohung kann sowohl external, als auch internal wahrgenommen werden. Personen, die die Bedrohung als internal attribuieren, sehen sich selbst als unselbstständige Menschen, die nicht imstande sind, auf sich selbst Acht zu geben (Ehlers & Clark, 2000). Dies wurde von Harman und Lee (2010) als Schamgefühl interpretiert.

Harman und Lee (2010) setzten diese Ansicht in Beziehung mit Gilbert's (2000 zit. n. Harman & Lee, 2009) Ausführung, dass Selbstkritik in Situationen aktiviert wird, in denen Menschen Gefühle von Versagen und Entwertung haben. Ein Weg, sich vor der eigenen Selbstkritik zu schützen sind Mitgefühl und Selbstvertrauen. Traumatisierte Personen, die die Gewalterfahrungen als schamvoll ansehen, können sich vor ihrer eigenen Selbstkritik nicht schützen und verspüren daher ein Gefühl von akuter Bedrohung. Um diese Annahmen zu belegen, untersuchten die Autoren eine Stichprobe von 49 Patienten, die signifikante PTBS Symptome zeigten. Es konnte gezeigt werden, dass im Sinne der Hypothesen Selbstkritik und Scham positiv korrelierten, Selbstbestärkung und Scham negativ korrelierten.

Andrews und KollegInnen untersuchten 2000 eine Stichprobe von 157 Opfer von Gewalt durch eine familienexterne Person. Alle Versuchspersonen waren über 18 Jahre alt. Es wurde ein Interview innerhalb eines Monats nach dem Übergriff durchgeführt. 135 Personen wurden sechs Monate später erneut befragt. Bei der ersten Befragung zeigten sich Scham und Ärger als einzige Prädiktoren für PTBS Symptomatik, die mit der PTSD Symptom Scale (PSS-SR) gemessen wurde. Nach sechs Monaten wurde die posttraumatische Symptomatik ausschließlich durch Scham vorhergesagt.

Feiring und Taska (2005) zeigten in einer Folgestudie der Studie von Feiring und KollegInnen (2002), dass Scham intrusive Erinnerungen zum dritten Erhebungszeitpunkt sechs Jahre nach dem Gewalterlebnis vorhersagen konnte. Untersucht wurden 118 Opfer von sexueller Gewalt. Die Ergebnisse der beiden Studien deuten darauf hin, dass das Gefühl von Scham, das durch das traumatische Ereignis ausgelöst wurde, Einfluss auf psychopathologische Folgen hat. Die AutorInnen erklärten diesen Zusammenhang wie Harman und Lee (2010) mit dem kognitiven Modell von Ehlers und Clark (2000). Durch eine beeinträchtigte Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses sind die Betroffenen vulnerabel für sensorische Reize, die Erinnerungen an das Ereignis hervorrufen. Dies löst ein Gefühl von akuter Bedrohung aus.

Im DSM-5 wurde das subjektive Ereigniskriterium A2 eliminiert. Es wurden unter dem neu hinzugefügten Kriterium D „*negative mood and cognitions*“ – negative Stimmung und Wahrnehmung – zwei Punkte hinzugefügt, die den Emotionen, die mit traumatischen Erlebnissen einhergehen, besser gerecht werden (APA, 2013). D3 „*Persistent distorted blame of self or others for causing the traumatic event or for resulting consequences*“ bezieht sich auf die fälschliche Anschuldigung der eigenen Person oder anderer, was die Gründe für das traumatische Erlebnis betrifft. Außerdem bezieht sich das Kriterium auf ein Gefühl anhaltender Bedrohung durch ein negatives Selbstbild oder bedrohliches Erleben der Umwelt. D4 „*Persistent negative trauma-related emotions*“ bezieht sich auf die Gefühlsreaktion mit negative Emotionen wie zum Beispiel Ärger, Scham und Schuld (Friedman et al., 2011).

Was erhalten bleibt ist das objektive Ereigniskriterium A. Es soll in weiterer Folge ausgeführt werden, wie ein traumatisches Ereignis, das diesem Kriterium entspricht, zur Entstehung und Aufrechterhaltung der posttraumatischen Symptome führt.

2.4.4 Kognitive Modelle zu Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS

Wie im vorhergehenden Kapitel bereits kurz ausgeführt, wurde im kognitiven Modell von Ehlers und Clark (2000) davon ausgegangen, dass PTBS bei Personen entsteht, die traumatische Erlebnisse auf eine Art und Weise verarbeiten, die ein Gefühl von anhaltender Bedrohung entstehen lässt. Diese Bedrohung kann external sein, wie beispielsweise eine veränderte Sicht auf die Welt als einen gefährlichen Ort. Internale Bedrohung bezieht sich zum Beispiel auf die Auffassung der Betroffenen von sich selbst als unfähig, weiteren Gefahren entgegen zu können.

Einerseits spielen die Bewertung des Ereignisses selbst und dessen Folgen eine Rolle. Das Ereignis selbst, die eigene emotionale Reaktion darauf, sowie die Reaktionen anderer werden ausschließlich negativ interpretiert. Andererseits sind die Erinnerung an das Ereignis und deren Verbindung zu anderen autobiographischen Erinnerungen anders als bei Personen, die nach einem traumatischen Erlebnis keine PTBS entwickeln. Dieser Zugang ist auch die Grundlage für Brewin und Dalgleish's „*Dual representation theory*“ (Brewin, 2001) der PTBS. Dieser Ansatz bezieht sich vor allem auf die Symptomgruppe B der PTBS, Erinnerungen, insbesondere Intrusionen und Flashbacks.

Kriterium B: Erinnerungsdruck

Symptomgruppe B beschreibt ungewollte Erinnerungen an das traumatische Erlebnis in Form von Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken. Diese treten sowohl im wachen Bewusstseinszustand auf, als auch im Schlaf. Von den Betroffenen werden diese als sehr belastend erlebt (Maercker, 2009).

Im DSM-5 sollen intrusive Erinnerungen durch Reize, die die Betroffenen mit dem traumatischen Erlebnis in Beziehung bringen deutlicher von depressiver Rumination abgegrenzt werden. Es soll klar dargelegt werden, dass Flashbacks dissoziative Erlebnisse sind (Sar, 2011).

Ehlers und Clark (2000) beschrieben intrusive Erinnerungen als sensorische Impressionen, die alle Modalitäten umfassen können. Im Regelfall handelt es sich allerdings um visuelle Eindrücke. Intrusionen im Wachzustand sind lebhaft, als würden Teile des traumatischen Erlebnisses im Hier und Jetzt noch einmal durchlebt werden. Michael, Ehlers, Halligan und

Clark (2005) untersuchten eine Stichprobe von 154 traumatisierten Personen. Die Mehrheit der Befragten gab an, Intrusionen rein sensorisch zu erleben. Erinnerungen in Form von Gedanken und Gefühlen wurden ausschließlich von Betroffenen angeführt, die keine PTBS Diagnose hatten.

Brewin, Lanius, Novac, Schnyder und Galea (2009) schlugen vor, Erinnerungen, die als Gedanken oder Grübeln auftreten, aus den Diagnosekriterien für die PTBS zu streichen. Die AutorInnen verwiesen auf die Überschneidung mit anderen Störungen wie Depressionen und generalisierte Angststörung.

Ein weiteres Charakteristikum von intrusiven Erinnerungen ist, dass zum Zeitpunkt des Ereignisses empfundene Emotionen wieder erlebt werden. Dies obwohl Betroffene nach dem Ereignis möglicherweise Informationen erhalten haben, die den ersten Eindruck der Situation revidierten. Die objektive Situation erforderte unter Umständen die originale emotionale Reaktion nicht. Diese Information ist allerdings während der intrusiven Erinnerung nicht zugänglich, was auf die kognitive Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses zurückzuführen ist (Ehlers & Clark, 2000).

Ehlers und Clark (2000) beschrieben zwei Arten des Abrufens von autobiographischen Informationen. Einerseits Strategien höherer Ordnung, die auf Basis von Sinnzusammenhängen passieren. Andererseits können Erinnerungen spontan durch Reize, die mit dem Ereignis verbunden sind, ausgelöst werden. Diese Reize haben oft keinen Sinnzusammenhang mit dem Erlebnis, sondern sind damit nur zeitlich verbunden. Brewin (2001) bezeichnete diese beiden Repräsentationsformate im Gedächtnis als „*verbally accessible memory*“ (VAM) – verbal zugängliches Gedächtnis und „*situationally accessible memory*“ (SAM) – situativ zugängliches Gedächtnis.

Nach der Dualen Repräsentationstheorie (Brewin, 2001) erfolgt eine erfolgreiche Traumaverarbeitung durch Verarbeitung des Erlebnisses im verbal zugänglichen Gedächtnis. Verarbeitung im SAM führt dazu, dass Erinnerungen spontan durch eine Reihe von Reizen ausgelöst werden können, in Form von belastenden Intrusionen und Flashbacks. Diese können von den Betroffenen nur schwer kontrolliert werden. Die Erinnerungen im SAM sind im Gegensatz zu im VAM gespeicherte Informationen schwerer verbal zugänglich und können nicht kommuniziert werden. Es handelt sich beispielsweise um körperliche Reaktionen auf das Trauma. Außerdem sind sie zum Teil nicht mit weiteren autobiographischen Erinne-

rungen verknüpft (Brewin, 2001). Ehlers und Clark (2000) zogen dies als Erklärung für die „Hier und Jetzt“ Qualität der Intrusionen heran. Informationen über den weiteren Verlauf des traumatischen Ereignisses sind nicht verfügbar. Gefühle wie zum Beispiel Angst können daher anhand dieser Informationen nicht revidiert werden.

Kognitive Kontrolle

Zu maladaptiven Strategien, die PTBS aufrechterhalten zählen laut Ehlers und Clark (2000) Versuche, die Stresssymptome und die wahrgenommene Bedrohung zu kontrollieren. Einerseits erzielt der Versuch, Gedanken zu unterdrücken oft die gegenteilige Wirkung. Andererseits verhindert eine Beschäftigung mit der Erinnerung die Einordnung des Ereignisses in die eigene Lebensgeschichte.

Kognitive Kontrollfähigkeit kann allerdings auch einen Schutzfaktor gegen intrusiven Erinnerungsdruck darstellen. Es handelt sich dabei allerdings nicht um Unterdrückung von Gedanken, sondern um Kapazitäten des Arbeitsgedächtnisses. Diese erlauben eine Fokussierung auf Aufgaben, indem lösungsrelevante Informationen aktiviert werden, während Interferenzen durch irrelevante Informationen kontrolliert werden. Bei traumatisierten Personen bezieht sich dieser Mechanismus auf ein Kontrollieren von Intrusionen (Wessel, Overwijk, Verwoerd, & de Vrieze, 2008). Die Autoren konnten bisherige Ergebnisse, die einen Zusammenhang von kognitiver Kontrollfähigkeit mit weniger Intrusionen gezeigt hatten, nicht replizieren.

Von Bomyea, Amir und Lang (2012) konnte allerdings ein signifikanter Zusammenhang von kognitiver Kontrolle und dem mit der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) gemessenen Erinnerungsdruck gezeigt werden. Die AutorInnen untersuchten eine Stichprobe von 72 Studenten. Die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses wurde mit dem Operation Span Test (OSPAN) gemessen.

Eine übermäßige Unterdrückung und Vermeidung von Gedanken und Gefühlen in dem Sinne wie Ehlers und Clark (2000) sie beschrieben, stellt eine weitere Symptomgruppe der PTBS dar. Im DSM-IV wird diese in Kriterium C zusammengefasst.

Kriterium C: Vermeidung/Numbing

Die Betroffenen versuchen, Erinnerungen an das traumatische Erlebnis zu vermeiden. Es werden Aktivitäten, Situationen, sowie Orte, die daran erinnern, gemieden. Die Verdrängung der Gedanken an das Ereignis kann bis zu dissoziativen Zuständen und Teilamnesien führen (Maercker, 2009).

Wie oben erwähnt, wurde Kriterium C im DSM-5 aufgeteilt. Das neue Kriterium C, Vermeidung beinhaltet Gedanken- und Gefühlsvermeidung, sowie Aktivitäts- oder Situationsvermeidung. Die restlichen Symptome wurden zum Teil leicht verändert unter dem neuen Kriterium D, „*negative mood and cognition*“ eingeordnet (APA, 2013).

Dieser Änderung des Drei-Faktoren-Modells des DSM-IV ging intensive Forschung über die Faktorenstruktur der PTBS voraus. Frühere Studien verwendeten explorative Faktorenanalysen, während neuere Studien sich auf Ergebnisse von konfirmatorischen Faktorenanalysen stützen (Elhai & Palmieri, 2011).

In ihrer 2010 durchgeführten Metaanalyse führten Yufik und Simms aus, dass das Drei-Faktoren-Modell kaum Unterstützung durch die bisherige Forschung gefunden hatte. Zwei Vier-Faktoren Modelle sind anderen Ansätzen in ihrer Passung überlegen.

Es handelt sich einerseits um das „*Emotional numbing*“ – emotionale Betäubung – Modell von King, Leskin, King und Weathers (1998): Die AutorInnen führten eine konfirmatorische Faktorenanalyse auf Basis der Daten von 524 männlichen Kriegsveteranen durch, deren posttraumatische Symptome mit der Clinical-Administered PTSD Scale (CAPS) erhoben wurden. Es wurden vier alternative Modelle zum Drei-Faktoren-Modell des DSM-IV untersucht. Die AutorInnen schlugen eine Vier-Faktoren-Lösung vor, in der Kriterium C aufgeteilt werden sollte. Basierend auf der vorhandenen Literatur muss zwischen Vermeidung und emotionaler Taubheit unterschieden werden. Lediglich die ersten beiden Kriterien der Symptomgruppe C (Vermeidung von Gedanken und Gefühlen, beziehungsweise Aktivitäten und Situationen) beziehen sich laut dem vorgeschlagenen Vier-Faktoren-Modell auf Vermeidung. Die restlichen Faktoren sollen zu einem neuen Kriterium, emotionaler Taubheit, zusammengefasst werden.

Simms und Kollegen (2002) schlugen das Dysphoriemodell vor. Dieses Vier-Faktoren-Modell basiert auf einer Teilung von Kriterium C, sowie Kriterium D, Übererregung. Die von

King und KollegInnen (1998) zum emotionalen Taubheitskriterium abgespaltenen Symptome werden gemeinsam mit D2, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, sowie D3, Reizbarkeit, zu einem neuen Kriterium, nämlich Dysphorie, zusammengefasst.

Einen klaren Vorteil eines Modells gegenüber dem anderen konnte jedoch nicht festgestellt werden, obwohl das Dysphorie-Modell eine geringfügig bessere Passung zeigte (Yufik & Simms, 2010). Biehn, Elhai, Fine, Seligman und Richardson (2012) untersuchten eine Stichprobe von 478 männlichen kanadischen Veteranen und zeigten ebenfalls eine leichte Überlegenheit des Dysphorie-Modells. Elhai und Palmieri (2011) führten an, dass verschiedene Faktoren in der Erhebung der Symptome das jeweils ein oder andere Modell begünstigen.

Elhai und Palmieri (2011) verwiesen auch auf ein in jüngerer Zeit entwickeltes Fünf-Faktoren-Modell. Bei diesem Ansatz wird vorgeschlagen, die DSM-IV Symptome D1, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, D2 Erhöhte Reizbarkeit, sowie D3 Konzentrationsschwierigkeiten zu einem eigenen Kriterium zusammenzufassen. Dieses Modell zeigte in der ersten Überprüfung eine statistische Überlegenheit gegenüber beiden Vier-Faktoren-Modellen.

Im DSM-5 wurde das Emotionale Betäubungsmodell von King und KollegInnen (1998) übernommen. C1 und C2 wurden abgespalten und bildeten die neue Symptomgruppe C, Vermeidung. C3 bis C7 stellen die Symptomgruppe D, negative Kognitionen und Gefühle dar. Diese wurden zum Teil leicht modifiziert und um die weiter oben beschriebenen Kriterien erweitert.

Kriterium D: Chronische Übererregung

Chronische Übererregung bezeichnet die körperliche Komponente der traumatischen Reaktion. Betroffene geben eine übermäßige Wachsamkeit und Schreckensreaktion, sowie Ein- und Durchschlafstörungen an (Maercker, 2009).

Die von Simms und Kollegen (2002) vorgeschlagene Teilung des Kriteriums D wurde im DSM-5 nicht übernommen. Allerdings wurde das Symptom „erhöhte Reizbarkeit“ verändert und erweitert. Die bisherige Literatur weist darauf hin, dass es sich bei den Symptomen der Gruppe D des DSM-IV um mehr als Übererregung handelt (Friedman et al., 2011). Friedman und KollegInnen (2011) schlugen als Alternative eine weiter gefasste Formulierung vor. Es

handelt sich eher um Veränderungen in der Erregungsbereitschaft und Reaktionsfähigkeit, die auf das traumatische Erlebnis zurückzuführen sind. Die PTBS-Symptomatik fokussierte eher auf Fluchtreaktionen „*flight*“. Im DSM-5 soll die „*fight*“-Komponente besser enthalten sein. Damit sind aktive, allerdings dysfunktionale Reaktionen der Betroffenen auf das traumatische Erlebnis gemeint.

Erhöhte Reizbarkeit wurde in diesem Sinne im DSM-5 um aggressive Verhaltensaspekte erweitert. Ein zusätzliches Kriterium, „*reckless and self-destructive behavior*“ – leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten wurde hinzugefügt (APA, 2013). Darunter ist beispielsweise erhöhte Risikobereitschaft in Bezug auf Fahr- oder sexuelles Verhalten gemeint (Friedman et al., 2011), sowie auch Kriminalität und Essstörungen (Pat-Horenczyk et al., 2007).

Es handelt es sich dabei möglicherweise um emine ständige Wiederholung der Handlungen, die während des Traumas tatsächlich oder in der Vorstellung durchgeführt wurden (Pat-Horenczyk et al., 2007). Die AutorInnen zeigten an einer Stichprobe von 409 israelischen Jugendlichen einen Zusammenhang von Miterleben von Terrorismusattacken und Risikoverhalten. Es fand sich weiters ein signifikanter Zusammenhang posttraumatischer Symptome und deren Schweregrad mit risikoreichem Verhalten.

Die Stärke der posttraumatischen Symptome zeigte auch bei Weiss, Tull, Borne und Gratz (2013) einen signifikanten Einfluss auf risikoreiches sexuelles Verhalten. Dies wurde an einer Stichprobe von 85 PatientInnen eines Therapiezentrums für Substanzmissbrauch gezeigt. Bei Überprüfung des Einflusses der einzelnen Symptome blieb im Sinne der Kategorisierung des DSM-5 lediglich chronische Übererregung als signifikanter Prädiktor erhalten. Die AutorInnen erklärten diesen Zusammenhang mit einer eingeschränkten Selbstregulationsfähigkeit, die durch Übererregung und Angst in Folge eines traumatischen Erlebnisses entsteht.

Weitere Diskussionen beziehen sich auf die Anzahl der Symptome, die vorhanden sein müssen, um ein Kriterium zu erfüllen. Von verschiedenen Forschern wurde die Diagnose einer subsyndromalen PTBS vorgeschlagen.

2.4.5 Volle und subsyndromale PTBS

Als subsyndromale, unterschwellige, oder auch partielle PTBS wird das Vorliegen mehrerer posttraumatischer Symptome bezeichnet, ohne dass Kriterien für eine volle Diagnose existieren. Die einzelnen Symptome, die vorliegen müssen, um von einer subsyndromalen PTBS zu sprechen, wurden in der Literatur bisher verschieden definiert. Hierbei gibt es Unterschiede in der Gewichtung der einzelnen Symptomgruppen. (Cukor, Wyka, Jayasinghe, & Difede, 2010).

Stein, Walker, Hazen und Forde (1997) definierten unterschwellige PTBS als das Vorliegen von mindestens einem Kriterium der Symptomgruppen B bis D. Die AutorInnen zeigten, dass Personen mit einer PTBS-Diagnose zwar signifikant mehr Beeinträchtigungen in Arbeit und Schule zeigten als Personen mit subsyndromaler PTBS. Letztere zeigten diesbezüglich auch signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe, die keine PTBS Diagnose aufwies. Betroffene, die entweder die volle oder subsyndromale Diagnose einer PTBS hatten, zeigten eine signifikant höhere Beeinträchtigung im familiären und sozialen Bereich als die Kontrollgruppe. In Bezug auf das Aufsuchen von Hilfe bezüglich ihrer Symptome zeigte sich kein signifikanter Unterschied der Gruppen mit voller und partieller PTBS Diagnose.

Kritik an der Diagnose einer unterschweligen PTBS ist ein befürchtetes Pathologisieren von eigentlich gesunden Personen, die eine normale Reaktion auf traumatische Erlebnisse zeigen. Allerdings wurde auf die Behandlungsnotwendigkeit dieser Personen hingewiesen, die funktionale Beeinträchtigungen und Leidensdruck durch die vorliegenden Symptome aufweisen (Cukor et al., 2010).

Ein methodisches Problem bei der Erhebung der subsyndromalen PTBS ist, dass es sich möglicherweise um eine ehemalige volle PTBS handelt, die nunmehr abgeklungen ist. Cukor und Kollegen (2010) zeigten in ihrer Stichprobe von 3.523 Personen, die bei den Aufräumarbeiten des World Trade Centers 2001 mitgearbeitet hatten, allerdings das Gegenteil. Beim ersten Erhebungszeitpunkt zeigten 326 Personen Ausprägungen posttraumatischer Symptome im Sinne einer partiellen PTBS. Bei den weiteren Erhebungszeitpunkten, die in Einjahresabständen durchgeführt wurden, kamen jeweils 83 und 27 neue Fälle von partieller PTBS hinzu. Diese hatten zuvor gehend nicht die volle Diagnose gezeigt. Die Gruppe der Betroffenen mit partieller PTBS zeigte sich zwar weniger beeinträchtigt als die Personen mit voller PTBS Diagnose, allerdings belasteter als die Kontrollgruppe mit keiner Diagnose.

2.5 Psychotraumatologisches Rahmenmodell nach Maercker

verfasst von Jennifer Schieß

Wie dem Forschungsprojekt „Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche“ von Lueger-Schuster und Kollegen (2012), liegt auch diese Untersuchung dem Multifaktoriellen Rahmenmodell von Maercker (2009) zugrunde. Dieses Modell erklärt die Ätiologie von psychosozialen Folgen auf traumatische Erlebnisse. Wie auch andere psychische Störungen hat auch die Posttraumatische Belastungsstörung biopsychosoziale Ursachen. Maercker (2009) geht davon aus, dass verschiedene Faktoren die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychosozialer Folgen begünstigen oder erschweren.

Das Modell besteht aus fünf Faktoren:

1. Risiko- bzw. Schutzfaktoren (prätraumatisch)
2. Ereignisfaktoren (peritraumatisch)
3. Aufrechterhaltungsfaktoren (posttraumatisch)
4. Ressourcen, gesundheitsfördernde Faktoren (posttraumatisch)
5. Posttraumatische Prozesse und Resultate

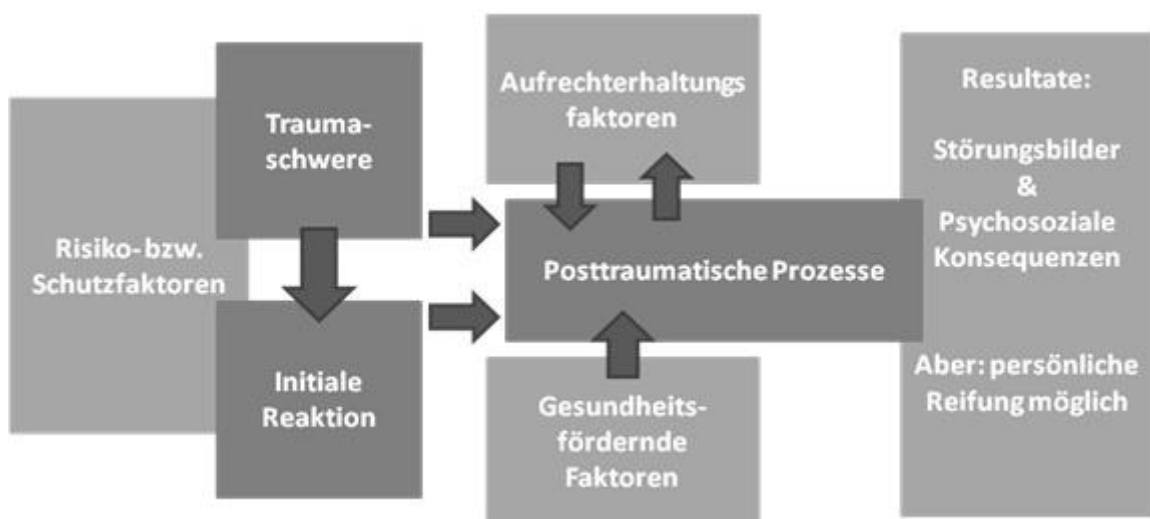


Abbildung 1: Psychotraumatologisches Rahmenmodell (Maercker, 2009)

Besonders wichtig für diese Untersuchung ist der Ereignisfaktor, der Traumaschwere. Der Schweregrad des Traumas steht in direktem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Folgen. Der Schweregrad könnte beispielsweise durch die Traumadauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad und Anzahl der Toten objektiv messbar gemacht werden (Brewin et al., 2000; March, 1993 zitiert nach Maercker, 2009).

Die kognitiv-emotionalen Veränderungen spielen bei der Aufrechterhaltung von Folgen ebenso eine Rolle. Diese wurden zum Mittelpunkt des kognitiven Störungsmodells von Ehlers und Clark (2000). Weitere typische Veränderungen wie Scham, Ärger und Rache beschreibt Maercker (2009) in seinem interpersonell-soziokognitiven Modell.

Posttraumatische Prozesse und Resultate

Gedächtnisveränderungen und neurobiologische Veränderungen sind für die späteren Resultate wichtig. Folgen traumatischer Ereignisse können psychosoziale Konsequenzen, wie beispielsweise Beziehungsprobleme oder unterschiedliche psychische Störungen sein. Allerdings ist auch, wie Frankl bereits 1973 (zit. n. Maercker) schrieb, eine posttraumatische Reifung möglich. Die sich beispielsweise durch eine verstärkte Wertschätzung des Lebens bemerkbar machen kann.

3 Fragestellungen und Hypothesen

erarbeitet von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß

Auf Basis des angeführten theoretischen Hintergrundes wurden folgende Fragestellungen ausgearbeitet:

3.1 Fragestellungen

1. Welchen Einfluss haben die Art und die Anzahl der erlebten Formen von Gewalt auf die Symptome der PTBS: Sind sexuelle, körperliche oder emotionale Gewalt Prädiktoren unterschiedlicher und unterschiedlich vieler Symptome?
- 2a. Welche Kombinationen verschiedener Ausprägungen einer Gewaltform wirken sich auf Symptome der PTBS im Erwachsenenalter aus?
- 2b. Welche Kombination verschiedener Ausprägungen unterschiedlicher Gewaltformen wirken sich auf die Symptome der PTBS im Erwachsenenalter aus?
3. Hat die Anzahl der verschiedenen erlebten Gewaltformen Einfluss auf die Anzahl der Symptome der PTBS?
4. Zeigen sich unterschiedliche Tatmuster bei Personen mit einer vollen, subsyndromalen, beziehungsweise keiner PTBS Diagnose?

3.2 Hypothesen

Im Folgenden werden die aus den Fragestellungen abgeleiteten Nullhypothesen und Alternativhypothesen ausgeführt. Es werden unabhängige (UV) und abhängige Variablen (AV) angegeben.

H0: Es gibt keine Unterschiede im Einfluss der Art und der Anzahl erlebter Gewaltformen auf die Symptome der PTBS.

H1: Es gibt Unterschiede im Einfluss der Art und der Anzahl erlebter Gewaltformen auf die Symptome der PTBS.

H0: Es gibt keine Unterschiede im Einfluss von Kombinationen verschiedener Ausprägungen einer Gewaltform auf die Symptome der PTBS.

H1: Es gibt Unterschiede im Einfluss von Kombinationen verschiedener Ausprägungen einer Gewaltform auf die Symptome der PTBS.

H0: Es gibt keine Unterschiede im Einfluss von Kombinationen verschiedener Ausprägungen unterschiedlicher Gewaltform auf die Symptome der PTBS.

H1: Es gibt Unterschiede im Einfluss von Kombinationen verschiedener Ausprägungen unterschiedlicher Gewaltform auf die Symptome der PTBS.

H0: Die Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt hat keinen Einfluss auf die Anzahl der Symptome der PTBS.

H1: Die Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt hat einen Einfluss auf die Anzahl der Symptome der PTBS.

H0: Die Tatenmuster von Personen, die das Vollbild einer PTBS Diagnose zeigen, unterscheidet sich nicht von jenen, die eine subsyndromale, beziehungsweise keine PTBS zeigen.

H1: Die Tatenmuster von Personen, die das Vollbild einer PTBS Diagnose zeigen, unterscheidet sich von jenen, die eine subsyndromale, beziehungsweise keine PTBS zeigen.

4 Methode

verfasst von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß

Dieses Kapitel soll einen Überblick über die Studie und die Ergebnisauswertung ermöglichen. Da diese Diplomarbeit ein Teil des Forschungsprojektes „Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche“ (Lueger-Schuster et al., 2012) ist, wird der Ablauf hier kurz vorgestellt. Genauer zum Ablauf und weitere Ergebnisse können dem Abschlussbericht des Projektes entnommen werden.

4.1 Stichprobengewinnung

Es soll kurz der Ablauf des Forschungsprojektes „Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche“ von Lueger-Schuster und Kollegen (2012) ausgeführt werden, aus dem die Stichprobe übernommen wurde.

Die gewählte Stichprobe bestand aus Personen, die im Kindes- oder Jugendalter Gewalt durch Personen und VertreterInnen, in Einrichtungen der katholischen Kirche in Österreich, erlebt hatten. Dazu zählen beispielsweise Fratres, Schwestern, Patres, (Erz)-Äbte, Pfarrer, Dekane, Bischöfe, Kardinale, aber auch nicht klerikale Personen, wie zum Beispiel Religionslehrer.

Der Erstkontakt zu den Betroffenen wurde durch die Unabhängige Opferschutzanwaltschaft/-kommission (UOA/UOK) hergestellt. Diese wurden über das Projekt und über die Möglichkeit zur Teilnahme in Kenntnis gesetzt. Mittels einer beigelegten Erklärung konnte das Einverständnis zur Teilnahme gegeben werden. Im Falle von Interesse an der Teilnahme wurden die Kontaktdaten dieser Personen an das Forschungsteam weitergegeben, um die weitere Kommunikation zu erleichtern.

Es gab drei Möglichkeiten der Studienteilnahme:

1. Passive Teilnahme

Daten (Clearingberichte, Dokumente), die auf der UOA aufliegen, wurden zur Verfügung gestellt

2. Aktive Teilnahme

- Daten wurde zur Verfügung gestellt und ein standardisierter Fragebogen wurde bearbeitet (aktiv 1)
- Daten wurden zur Verfügung gestellt, ein standardisierter Fragebogen wurde bearbeitet und die Teilnehmer erklärten sich zusätzlich bereit, ein qualitatives Interview mit einem Mitarbeiter des Forschungsteams zu führen (aktiv 2)

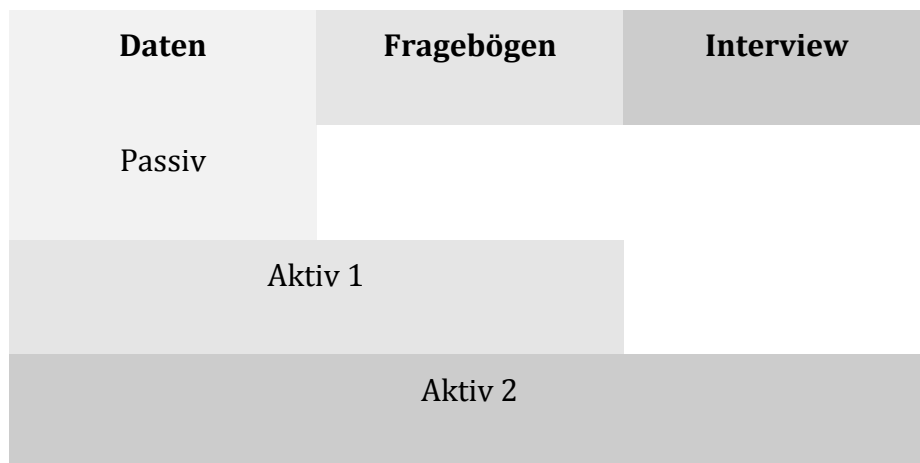


Abbildung 2. Darstellung der Teilnahmemöglichkeiten (Lueger-Schuster et al., 2012, S.23)

Insgesamt konnten die auf der UOA/UOK aufliegenden Daten von 448 Betroffenen zur weiteren Analyse verwendet werden. Von diesen 448 Personen bearbeiteten und retournierten 185 einen Fragebogen und 48 erklärten sich zusätzlich noch zu einem qualitativen Interview bereit. Der genaue Ablauf kann dem Ablaufdiagramm entnommen werden (Abb. 2).

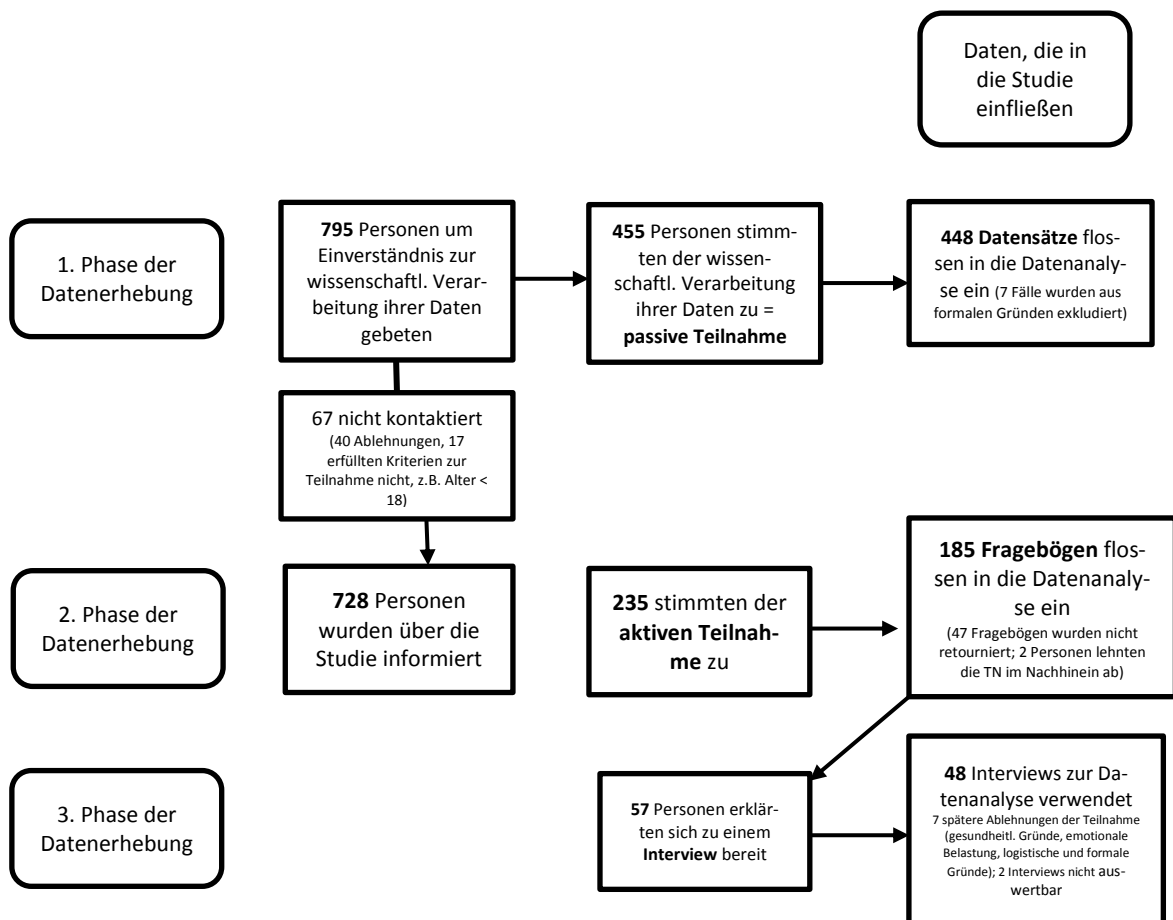


Abbildung 3: Ablaufdiagramm (Lueger-Schuster et al., 2012, S.33)

4.2 Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe bestand aus 448 Personen, die zur passiven Teilnahme einwilligten. Von 185 Personen wurde zusätzlich der Fragebogen ausgefüllt. Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe findet sich in Kapitel 5.1.

Die ursprüngliche Stichprobe von Lueger-Schuster et al. (2012) unterscheidet sich dahingehend von der vorliegenden Stichprobe, dass der Datensatz einer Person nicht verwendet werden konnte. Von diesem Teilnehmer wurde ausschließlich der Fragebogen bearbeitet. Daten zu Taten und Folgen aus den Clearingberichten der UOK/UOA liegen jedoch nicht vor.

4.3 Durchführung und Ablauf

In diesem Abschnitt werden die für die Auswertung verwendeten Verfahren vorgestellt, sowie das Vorgehen bei der Zusammenfassung der für die Auswertung relevanten Information, die den aufliegenden Daten auf der UOA/UOK entnommen wurden. Zur Auswertung wurden die Daten des Brief Symptom Inventory (BSI) und der PTSD Checklist, Civilian Version (PCL-C) benötigt. Diese wurden auf Doris Rittmannsberger (PCL-C) und Jennifer Schieß (BSI) aufgeteilt und getrennt analysiert.

4.3.1 Daten aus der UOA/UOK

Die Daten zu den Clustern der Taten und Folgen wurden den vorliegenden Daten aus der UOA/UOK für 448 Personen extrahiert. In diesen Akten befanden sich u.a. Clearingberichte, psychologische Gutachten und weitere Schreiben zur Tat oder den TäterInnen. Diesen Akten wurden Informationen wie beispielsweise die demographischen Daten der Betroffenen, die Anzahl der Täter, der Tatzeitraum, die Formen der erlebten Gewalt und psychosoziale Folgen entnommen.

Aus den gewonnenen Daten zu Taten und Folgen, die von den Betroffenen angeführt wurden, wurden von Lueger-Schuster et al. (2012) Cluster erstellt. Es handelt sich zum Einen um sogenannte „Tatencluster“. Diese wurden in Form von Gewalt, sowie deren spezifische Ausprägungen unterteilt. Zum Anderen wurden Folgencluster erstellt. Diese beinhalten die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, sowie weitere psychosoziale Probleme.

Im ersten Schritt wurden 34 Tatencluster extrahiert. Im Zuge des Forschungsprozesses wurden diese zu 15 Clustern zusammengefasst. Auf diese wird hier als „neue Tatencluster“ Bezug genommen. In weiterer Folge wird die Zusammensetzung der neuen aus den ursprünglichen Tatenclustern, sowie deren Inhalt beschrieben.

Tabelle 1*Zusammenfassung der originalen in neue Tatencluster*

originales Tatencluster	neues Tatencluster
Sexuelle Gewalt	
s1 Anale/vaginale Vergewaltigung	s1 Mehrere Täter bei Vergewaltigung
s2 Orale sexuelle Handlungen	s2 Vergewaltigung mit Penetration
s3 Masturbation	s3 Orale sexuelle Handlungen
s4 Andere Formen von Berührung	s4 Masturbation
s5 Sonstiges	s5 Berührung im Intimbereich
	s6 Berührungen außerhalb des Intimbereichs
	s7 Küssen
	s8 Sexuelle Annäherungsversuche
	s9 Brutalität und Schmerzen mit sexuellem Inhalt
	s10 Sonstiges
Körperliche Gewalt	
k1 Schläge mit Verletzungsfolge	k1 Körperliche Gewalt mit Verletzungsfolge
k2 Schläge	k2 Schläge mit Gegenständen
	k3 Schläge, Ohrfeigen
	k4 Körperliche Gewalt
k3 Körperliche Aktivität als Strafe	k8 Ausharren (z.B. Stehen, Knien)
	k9 Turnübungen als Disziplinierungsmaßnahme
k4 Sonstiges	k5 Nahrung (Essen/Trinken)
	k6 Toilettenverbote
	k7 Wasser
	k10 Einschränkung der Bewegungsfreiheit
	k11 Schlafentzug
	k12 Bestrafen von Einnässen/Einkoten
	k13 Sonstiges
Emotionale Gewalt	
e1 Isolation	e1 Isolation
	e8 Einsperren
	e9 Verfolgung, Kontrolle
e2 Angst	e2 Angst- und Hilflosigkeitsgefühle
e3 Demütigung, Drohung	e6 Demütigungen und Beschimpfungen
	e7 Drohungen und Einschüchterung
e4 Emotionale Gewalt in Zh mit sexueller Gewalt	e4 Emotionale Gewalt in Zh mit sexueller Gewalt
e5 Klerikaler Bezug	e10 Eindeutig klerikaler Bezug
e6 Sonstiges	e3 Ausnützen des Abhängigkeitsverhältnisses
	e5 Zeugn, MitwisserIn sein
	e11 Sonstiges

Tabelle 2
Folgencluster

<u>Posttraumatische Belastungsstörung</u>	<u>Weitere psychosoziale Folgen</u>
• Intensive Angst, Horror, Hilflosigkeit • Intrusionen/ Wiedererleben • Physiologische Reaktionen bei Erinnerung • Gedanken/ Gefühlsvermeidung • Aktivitäts- oder Situationsvermeidung • (Teil-) Amnesie • Interessensverminderung • Entfremdungsgefühle • Eingeschränkter Affektspielraum • Eingeschränkte Zukunft • Scham und Schuld • Ein- und Durchschlafschwierigkeiten • Erhöhte Reizbarkeit • Konzentrationsschwierigkeiten • Übermäßige Wachsamkeit • Übermäßige Schreckreaktionen	• Auflehnen/ Protest • Affektkontroll-/ Impulskontrollprobleme • Ängste/ Traurigkeit/ Hilflosigkeit • Selbstwert • Brüche • Sucht • Suizid • Befindlichkeitsstörungen • Essstörungen • Somatische Beschwerden/Gesundheitliche Folgen • Sozialer Rückzug • Beziehungsprobleme/Sexuelle Probleme • Beruflich/ Soziale Folgen • Religion • Sonstiges • Psychische Störungen

Note: Vollständige Auflistung aller im Rahmen des Projektes erhobenen Folgen.

4.4 Messinstrumente

Die in den Fragebögen verwendeten Verfahren, die für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellungen relevant sind, sollen in weiterer Folge näher beschrieben werden. Es handelt sich hierbei um die PTSD Checklist (PCL) zur Erhebung der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, sowie den BSI zur Abklärung weiterer psychischer Störungen.

4.4.1 Die PTSD Checklist (PCL-C)

Der PCL ist ein Fragebogen, der die 17 DSM-IV Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung misst. Der PCL-C wird verwendet, um Symptome in der Zivilpopulation zu messen. Der PCL-S ist auf ein spezifisches Ereignis abgestimmt (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993).

Die Betroffenen geben auf einer Skala von eins bis fünf die jeweilige Symptomstärke an. Einerseits kann die Symptomstärke mit dem PCL-C kontinuierlich gemessen werden, indem ein Summenscore über die 17 Items gebildet wird. Andererseits kann eine PTBS Diagnose nach DSM-III-R (Anm.: beziehungsweise auch DSM-IV) gestellt werden, indem die Items nach Symptomen eingeteilt, summiert werden (Weathers et al., 1993).

Die Test-Retest Reliabilität, die interne Konsistenz, sowie auch die Übereinstimmung des PCL wurde von F. W. Weathers, Litz, Herman, Huska und Keane (1993) in zwei Studien gezeigt. Das Verfahren weist insgesamt eine gute diagnostische Nützlichkeit auf.

4.4.2 BSI – Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (BSI) wurde als Kurzform der Symptom-Checklist SCL-90-R (Derogatis, 1992) von Franke im Jahr 2000 publiziert. Das Selbstbeurteilungsinventar erfasst subjektive empfundene Beeinträchtigung. 53 Items fragen individuelle Belastung ab, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „überhaupt nicht“ (0) und „sehr stark“ (4) angegeben wird. Drei globale Kennwerte können ermittelt werden. Diese geben Auskunft über das Antwortverhalten. Der GSI (Global Severity Index), der generell über die psychische Belastung informiert. Dieser wird aus den weiteren Skalen berechnet und gibt mit hoher Reliabilität Auskunft. Der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten, während der PST (Positive Symptom Total,) über die Anzahl der belastenden Symptome Auskunft gibt. Des Weiteren besteht dieses Inventar aus neun Skalen: Somatisierung ($\alpha=.63$), Zwanghaftigkeit ($\alpha=.72$), Unsicherheit im Sozialkontakt ($\alpha=.61$), Depressivität ($\alpha=.72$), Ängstlichkeit ($\alpha=.62$), Aggressivität/Feindseligkeit ($\alpha=.54$), Phobische Angst ($\alpha=.39$), Paranoides Denken ($\alpha=.60$) und Psychotizismus ($\alpha=.42$) sowie vier zusätzlichen Fragen.

Auf Grundlage der Stichprobe gesunder Erwachsener ($n=600$) wurden interne Konsistenzen von Cronbachs α von .92 für den GSI und zwischen .39 und .72 für die Skalen berechnet.

Die Konstruktvalidität, sowie auch die diskriminante und konvergente Validität kann somit als gegeben betrachtet werden. Die Rohwerte der Skalen werden in T-Werte umgerechnet. T-Werte (19-81, $M=50$, $SD = 10$) über 63 werden laut Autor als auffallend hohe Belastung gewertet. Für die vorliegende Untersuchung wurden, die alle neun Skalen, sowie der GSI verwendet (Franke & Derogatis, 2000).

4.5 Statistische Analyse

Im Folgenden soll die Auswahl und Durchführung der statistischen Berechnungsmethoden zur Beantwortung der einzelnen Fragestellungen näher ausgeführt werden. Für alle Auswertungen wird IBM SPSS Statistics 20 herangezogen.

4.5.1 Prädiktiver Wert der Gewaltformen und deren Anzahl

Die Analysemethode der Regression wurde gewählt um Prädiktoren für die definierten abhängigen Variablen zu berechnen. Bei den abhängigen Variablen handelt es sich einerseits um die Daten aus den Clearingberichten, andererseits um die Daten aus den Fragebögen. Bei den unabhängigen Variablen handelt es sich um die verschiedenen Gewaltformen und deren spezifischen Ausprägungen. Die Prädiktoren wurden auf drei Ebenen, in die Analyse einbezogen:

Ebene 1: Binäre Daten

Die von den Betroffenen angegebenen Erlebnisse wurden in drei Kategorien von Gewalt eingeteilt: Sexuelle, körperliche und emotionale Gewalt (siehe Tab. 1). Es wurde die prädiktive Aussagekraft der unterschiedlichen Gewaltformen auf die oben beschriebenen Folgencluster, sowie die Scores aus den Fragebögen berechnet.

Da es sich bei den Folgencluster um binäre Daten handelt, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Für die Analyse der Fragebogendaten wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt.

Die multiple Regression ist ein statistisches Verfahren, das die Beziehung zwischen einem Kriterium (abhängige Variable) und mehreren Prädiktoren (unabhängigen Variablen) schätzt. Die logistische Regression ist eine Variante der multiplen Regression. Sie erlaubt, die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses, beziehungsweise die Ausprägung einer abhängigen Variable auf Basis der unabhängigen Variable zu schätzen (Nicol & Pexman, 2010).

Es wurde die Methode des schrittweisen Einschlusses für die unabhängigen Variablen gewählt, da es bisher keine Studien gibt, die unterschiedliche Formen von Gewalt derart zer-

legt und analysiert haben. Für alle Prädiktoren wurde ein möglicher Einfluss auf die abhängigen Variablen angenommen. Um Unterdrückungsfehler und Fehler zweiter Art zu vermeiden, wurde eine rückwärtsgerichtete Einschlussmethode durchgeführt. Basierend auf den Ausführungen von Field (2009) wurde für die logistische Regression die Likelihood-Ratio Methode bevorzugt.

Ebene 2: Cluster-Scores

Die Ausprägung der einzelnen Gewaltformen wurde in Clustern zusammengefasst (siehe Tabelle 1, Kapitel 4.3.1). Es wurde die Summe innerhalb jeder Gewaltform berechnet. Hierfür wurden die originalen Cluster herangezogen. Der Score für die Ausprägung sexueller Gewalt reichte von 1-10, für körperliche Gewalt von 1-13 und für emotionale Gewalt von 1-11. Es wurden lineare Regressionen berechnet.

Es wurden eine logistische Regression für die Folgencluster und eine lineare Regression für die Daten aus den Fragebögen verwendet. Aus den genannten Gründen wurde eine rückwärtsgerichtete, schrittweise Einschlussmethode gewählt.

Ebene 3: Einzelne Cluster

In weiterer Folge sollte der Einfluss der einzelnen Ausprägungen der Gewaltformen auf die definierten abhängigen Variablen berechnet werden. Bei den Prädiktoren handelt es sich um die oben beschriebenen „neuen Tatencluster“. Logistische, sowie lineare Regressionen wurden berechnet. Alle 15 Cluster wurden mittels rückwärtsgerichteter, schrittweiser Einschlussmethode analysiert.

4.5.2 Prädiktiver Wert von Tat-Kombinationen

Es sollte die Frage geklärt werden, ob es möglicherweise eine besonders beeinträchtigende Kombination aus verschiedenen Gewaltformen, beziehungsweise deren Ausprägungen gibt. Hierzu wurden gemeinsam auftretende Tatcluster aus den originalen 34 Clustern extrahiert. Alle Kombinationen, die von mehr als zwanzig Personen angeführt wurden, wurden berücksichtigt.

In die statistische Auswertung mittels linearer Regression wurden einerseits spezifische Kombinationen mit einbezogen. Hierbei handelte es sich um die drei häufigsten Kombinationen innerhalb einer Form von Gewalt. Andererseits wurden die drei häufigsten Kombinationen untersucht, um deren Auswirkung auf die zuvor definierten abhängigen Variablen zu überprüfen. Auf diese wird in weiterer Folge als „gemischte Kombinationen“ Bezug genommen.

4.5.3 Einfluss der Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt

Zur Analyse des Effekts der Polyviktimisierung, wurde ein Summenscore über die 15 „neuen Tatencluster“ gebildet. Es wurden drei Gruppen gebildet: Personen, die eine bis drei verschiedene Ausprägungen der unterschiedlichen Gewaltformen erlebt hatten, wurden der Kategorie „leichte Polyviktimisierung“ zugeordnet. Als „mittlere Polyviktimisierung“ wurden vier bis sechs angeführte Cluster und als „schwere Polyviktimisierung“ mehr als sechs Cluster definiert (Finkelhor et al., 2007).

Die drei Gruppen wurden in Bezug auf die Symptomkomplexität mittels einer univariaten Varianzanalyse verglichen. Bei allfälligen Gruppenunterschieden werden diese genauer mit einem Post-Hoc Test analysiert. Post-Hoc Analysen werden verwendet, um spezifische Gruppenmittelwerte zu vergleichen (Nicol & Pexman, 2010). Es wurde die konservative Bonferroni Methode gewählt, um Fehler erster Art zu vermeiden.

Die Varianzanalyse wird verwendet, um Unterschiede zwischen den Mittelwerten zweier oder mehrerer Gruppen zu berechnen. Bei der univariaten Varianzanalyse gibt es eine abhängige und eine unabhängige Variable (Nicol & Pexman, 2010).

4.5.4 Unterschiede zwischen voller und subsyndromaler PTBS Diagnose

Es sollte untersucht werden, ob es Unterschiede bezüglich der Tatenmuster bei Personen mit dem Vollbild einer PTBS und Betroffenen mit einer subsyndromalen gibt. Letztere wurde nach Stein (2006) definiert. Personen, die mindestens ein Kriterium in den Symptomgruppen B bis D zeigten, jedoch zu wenige Kriterien einer Gruppe für die Diagnose wurden mit jenen, die alle Symptome für eine volle Diagnose erfüllten untersucht.

Die Berechnung erfolgte mittels Varianzanalyse. Die Prädiktorvariablen waren jeweils die Summenscores aus den originalen Tatenclustern für jede Form von Gewalt. Um Gruppenunterschiede weiter genauer zu analysieren wurde in weiterer Folge ein Bonferroni Post-Hoc Test durchgeführt.

5 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Diplomarbeit dargestellt. Es folgt eine deskriptive Stichprobenanalyse, die einmal die Gesamtstichprobe in Bezug auf allgemeine demografische Daten beschreibt. Zur Beantwortung dieser Fragestellung werden relevante Informationen wie die Häufigkeiten der Taten und Folgen darstellt. Weiters soll die Gesamtstichprobe mit der Substichprobe verglichen werden. Es interessiert, ob sich passive Teilnehmer von Teilnehmern der ersten aktiven Phase unterscheiden. Danach werden die Fragestellungen beantwortet. Es werden hierbei zuerst die Ergebnisse der Analyse der Folgencluster und danach die Fragebogendaten vorgestellt.

5.1. Deskriptive Analyse der gesamten Stichprobe

verfasst von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß

Für die gesamte Stichprobe der Studienteilnehmer ($N=448$) lag das Durchschnittsalter bei 55.16 Jahren ($SD=10.49$), mit einem Range von 25 bis 80 Jahren. Die Mehrheit der Betroffenen ist mit 75,5 Prozent männlich.

62 Personen (17.3 %) geben an ledig zu leben, 82 (22.8 %) leben in einer Partnerschaft, die Mehrheit mit 130 (36.2 %) sind verheiratet, 74 (20.6 %) geschieden und 11 (3,1 %) verwitwet. In Bezug auf den höchsten erworbenen Bildungsabschluss hatten lediglich 11 (3,6 %) Personen keinen Abschluss, 38 (12,3 %) haben die Pflichtschule absolviert, 142 (46,1 %) haben einen Lehrabschluss oder eine BMS besucht, 64 (20,8 %) gaben Matura an und 53 (17,8 %) haben einen Hochschulabschluss.

5.1.1. Angaben zu Gewalt

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des ersten Gewalterlebnisses betrug 9.65 ($SD=3.32$) Jahre. Für die meisten Betroffenen begannen die Gewalterfahrungen zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr (siehe Abb.1). Die Gewalt endete durchschnittlich im 14.07 ($SD=3.62$) Lebensjahr. Für 63.1 Prozent der Betroffenen endete sie zwischen dem elften und 15. Lebensjahr (siehe Abb.2). Die durchschnittliche Dauer betrug 4.21 ($SD=3.62$)

Jahre. Wenige Betroffene haben nur eine Form von Gewalt erlebt. Es wurden durchschnittlich 4.76 (SD=2.46) unterschiedliche Formen von Gewalt angeführt. In Abbildung 3 werden die Überschneidungen unterschiedlicher Formen der Gewalt, in einem Venn-Diagramm dargestellt.

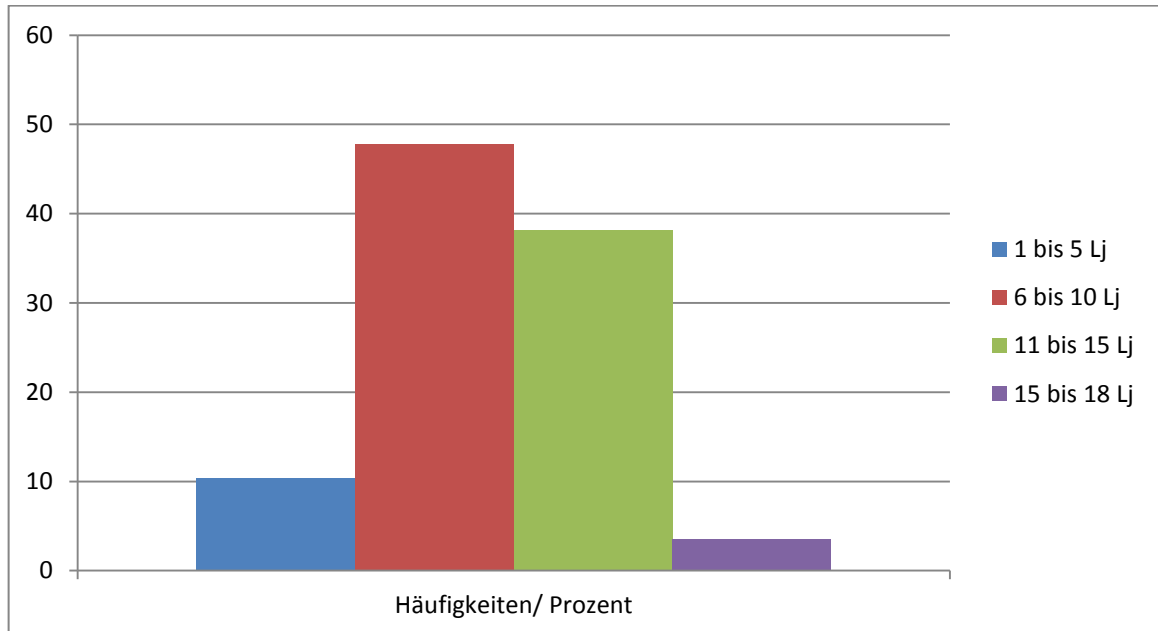


Abbildung 4: Alter zu Beginn der Gewalterfahrungen in Prozent

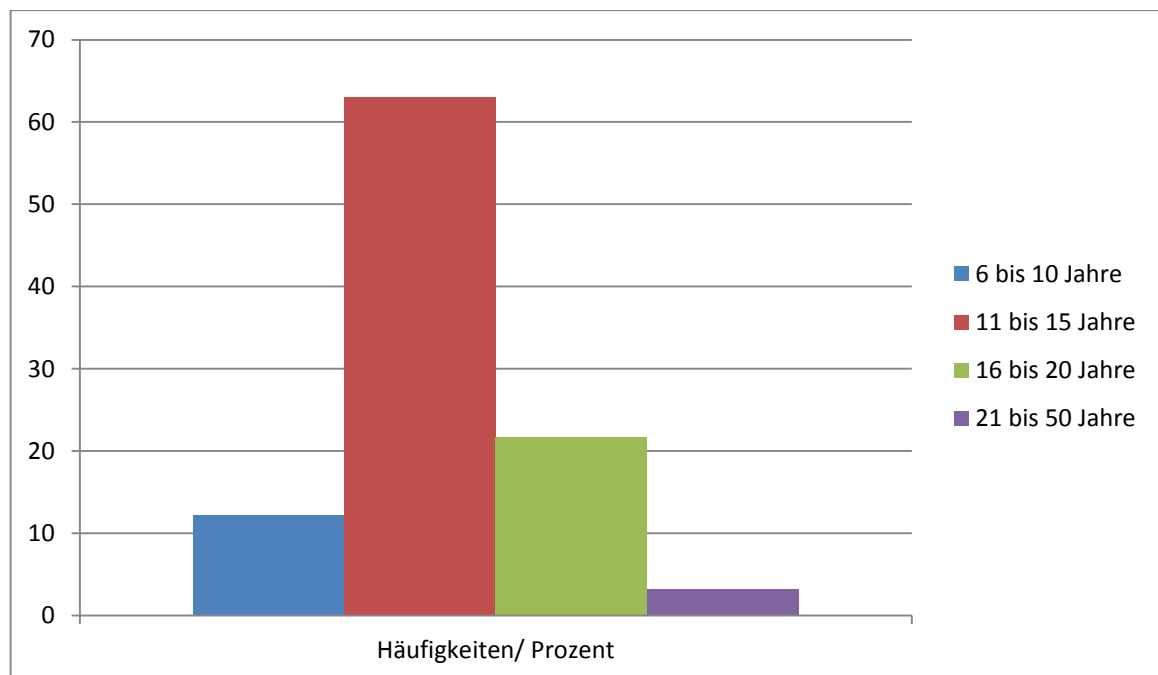


Abbildung 5: Alter zu Ende der Gewalterfahrungen in Prozent

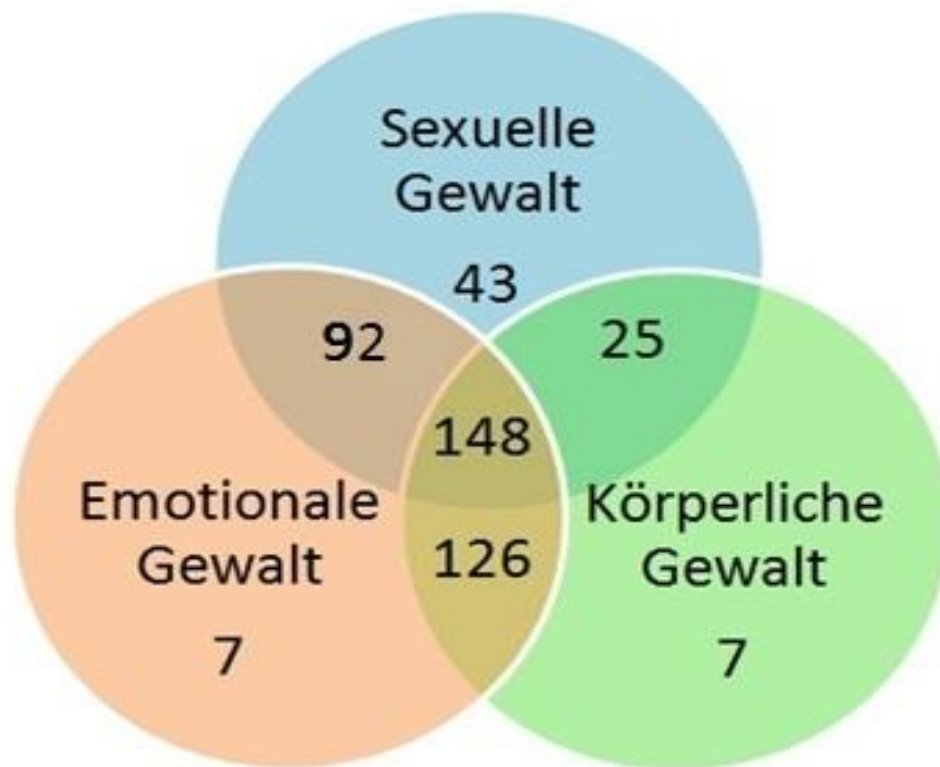


Abbildung 6: Überschneidung der erlebten Gewaltformen

Die Zahlen beziehen sich auf die Anzahl der Personen in den einzelnen Kategorien.

Das Venn-Diagramm veranschaulicht die Überschneidung der erlebten Gewaltformen der 448 Studienteilnehmer. Ausschließlich sexuelle Gewalt wurde von 43 Personen angegeben. Je sieben Personen gaben lediglich emotionale, beziehungsweise körperliche Gewalt an. Eine Kombination aus sexueller und emotionaler Gewalt erlebten 92 Personen. Emotionale und körperliche Gewalt betraf 126 Personen, während lediglich 25 Betroffene die Kombination sexuelle und körperliche Gewalt anführten. 148 Personen (33.04 %) hatten jede Form der Gewalt erlebt.

5.1.2 Ausprägungen sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt

Tabelle 3 listet die absoluten Häufigkeiten der Personen auf, die in die jeweiligen neuen Tatcluster fallen. Hierbei handelt es sich um die Anzahl der Betroffenen, die spezifische Ausprägungen von Gewalt erlebt haben. Man beachte, dass es hierbei zu starken Überlappungen kommt.

Tabelle 3

Häufigkeiten sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt

Formen der Gewalt	Betroffene (N=448)
Sexuelle Gewalt	308 (68.8)
S1 Anale/ vaginale Vergewaltigung	81 (18.1)
S2 Oraler Sex	75 (16.7)
S3 Masturbation	127 (28.3)
S4 Andere Formen von Berührung	186 (41.5)
S5 Sonstiges	186 (41.5)
Körperliche Gewalt	306 (68.3)
K1 Schläge mit Verletzungsfolge	99 (22.1)
K2 Schläge	268 (59.8)
K3 Körperliche Aktivität als Strafe	113 (25.2)
K4 Sonstiges	177 (39.5)
Emotionale Gewalt	373 (83.3)
E1 Isolation	159 (35.5)
E2 Angst	103 (23.0)
E3 Demütigung/ Drohung	251 (56.0)
E4 Psych. Gewalt in Zh mit sexueller Gewalt	44 (9.8)
E5 Klerikaler Bezug	70 (15.6)
E6 Sonstiges	183 (40.8)

Note: In Klammer wird jeweils der prozentuelle Anteil der Gesamtstichprobe angeführt.

Tabelle 4 illustriert, die relevanten Kombinationen, von gemeinsam auftretenden, spezifischen Ausprägungen, der Gewalt. Diese wurden mit den ursprünglichen Tatclustern berechnet. Es werden allerdings nur einige Kombinationen, für die Auswertung verwendet. Die vollständige Auflistung aller Kombinationen befindet sich im Anhang.

Tabelle 4*Relevante Kombinationen spezifischer Ausprägungen von Gewalt*

Kombinationen	Betroffene (N=448)
Spezifische Kombinationen	
K-Kombination k2+k3+k8 (Prügel/Schläge mit Gegenständen, Schläge/ Ohrfeigen, Ausharren)	45 (10.0)
S-Kombination s3+s4+s5 (Oraler Sex, Masturbation, Berührungen im Intimbereich)	24 (5.4)
E-Kombination e1+e6+e8 (Isolation, Demütigung/ Beschimpfungen/ Strafen, Einsperren)	30 (6.7)
Gemischte Kombinationen	
Kombination 1 k2+k3+k6 (Prügel mit Gegenstand, Schläge, Demütigungen/ Strafen)	62 (13.8)
Kombination 2 k8+k3+e6 (Ausharren, Schläge, Demütigungen/Strafen)	60 (13.4)
Kombination 3: e1+k3+e6 (Isolation, Schläge, Demütigungen/ Strafen)	51 (11.4)
Kombination 4 e2+k3+e6 (Angst/ Hilflosigkeitsgefühle, Schläge, Demütigungen/ Strafen)	41 (9.2)
Kombination 5 e6+k3+s5 (Demütigungen/ Strafen, Schläge, Berührungen im Intimbereich)	32 (7.1)

5.1.3 Angaben zu den psychosozialen Folgen

In den Tabellen 5 und 6 wird die Anzahl der Betroffenen ausgeführt, die die jeweiligen Symptome angegeben hatten. Die Folgencluster zur PTBS werden von Doris Rittmannsberger behandelt. Die Cluster zu den weiteren psychischen Störungen werden von Jennifer Schieß analysiert.

Tabelle 5*Häufigkeiten der Symptome der PTBS in der Gesamtstichprobe*

Folgencluster	Betroffene (N=448)
Intensive Angst, Horror, Hilflosigkeit	3 (.7)
Intrusionen/ Wiedererleben	126 (28.1)
Physiologische Reaktionen bei Erinnerung	23 (5.1)
Gedanken/ Gefühlsvermeidung	21 (4.7)
Aktivitäts- oder Situationsvermeidung	37 (8.3)
(Teil-) Amnesie	5 (1.1)
Interessensverminderung	2 (.4)
Entfremdungsgefühle	15 (3.3)
Eingeschränkter Affektspielraum	37 (8.3)
Eingeschränkte Zukunft	10 (2.2)
Scham und Schuld	91 (20.3)
Ein- und Durchschlafschwierigkeiten	65 (14.5)
Erhöhte Reizbarkeit	18 (4.0)
Konzentrationsschwierigkeiten	10 (2.2)
Übermäßige Wachsamkeit	23 (5.1)
Übermäßige Schreckreaktionen	1 (.2)

Note: Vollständige Auflistung aller im Rahmen des Projektes erhobenen Folgen.

Tabelle 6*Häufigkeiten der Symptome der weiteren psychischen Störungen in der Gesamtstichprobe*

Folgencluster	Betroffene (N=448)
Auflehnen/ Protest	46 (10.3)
Affektkontroll-/ Impulskontrollprobleme	60 (13.4)
Ängste/ Traurigkeit/ Hilflosigkeit	167 (37.3)
Selbstwert	113 (25.2)
Brüche	136 (30.4)
Sucht	53 (11.8)
Suizid	80 (17.9)
Befindlichkeitsstörungen	74 (16.5)
Essstörungen	16 (3.6)
Somatische Beschwerden/ Gesundheitliche Folgen	108 (24.1)
Sozialer Rückzug	134 (29.9)
Beziehungsprobleme/ Sexuelle Probleme	207 (46.2)
Beruflich/ Soziale Folgen	73 (16.3)
Religion	52 (11.6)
Sonstiges	38 (8.5)
Psychische Störungen	124 (27.7)

5.1.4 Vergleich der demografischen Daten der beiden Stichproben

In Tabelle 7, werden die relevanten Informationen für die gesamte Stichprobe, sowie für die Teilnehmer, die sich neben der passiven Teilnahme zusätzlich zur Bearbeitung des Fragebogens bereit erklärten, verglichen.

Tabelle 7

Soziodemografische Daten der Gesamt- und der Fragebogenstichprobe

	Daten aus UOA/ UOK (n=448)	Fragebögen (n=185)
Ø Alter (SD)	55.16 (10.49)	56.27 (9.46)
Weiblich (%)	(24.3)	44 (23.8)
Männlich (%)	(75.7)	141 (76.2)
Ø Alter bei Erstkontakt (SD)	9.65 (3.32)	10.03 (3.31)
Ø Alter bei Ende (SD)	14.07 (3.90)	14.61 (4.72)
Ø Dauer (SD)	4.21 (3.62)	4.43 (4.26)
Ø Anzahl der Gewalt (SD)	4.74 (2.06)	4.37 (2.26)
Familienstand (%)		
Ledig	62 (17.3)	32 (17.4)
Partnerschaft	82 (22.8)	60 (32.6)
Verheiratet	130 (36.2)	52 (28.3)
Geschieden	74 (20.6)	31 (16.8)
Verwitwet	11 (3.1)	9 (4.9)
Höchste Ausbildung (%)		
keine	11 (3.6)	9 (4.9)
Pflichtschule	38 (12.3)	22 (12.1)
Lehre, BMS	142 (46.1)	86 (47.3)
Matura	64 (20.8)	42 (23.1)
Hochschulabschluss	53 (17.2)	23 (12.6)

Note: Bedeutung der Zahlen wird immer in der ersten Spalte erklärt. Differenz zwischen den angegebenen Zahlen und N ergibt die fehlenden Werte. Diese Prozentbeträge exkludieren fehlende Werte.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

verfasst von Doris Rittmannsberger

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Analyse ausgeführt. Die Beantwortung der Fragestellungen bezieht sich auf die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung. Für eine Analyse der weiteren psychosozialen Folgen wird auf die Diplomarbeit von Jennifer Schieß verwiesen.

5.2.1 Prädiktiver Wert der Gewaltformen und deren Anzahl

Im Folgenden soll Fragestellung 1 beantwortet werden, die sich auf den Einfluss der verschiedenen Gewaltformen auf die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung bezieht. Es wurden zuerst die von aus dem Clearingbericht erhobenen Daten analysiert. Die Symptome der PTBS wurden hier in Folgecluster gegliedert. Diese beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von 448 Personen. Weiters wurden die Daten aus den Fragebögen analysiert. Die Symptome der PTBS wurden hier mittels PCL-C bei 185 Personen erhoben.

Um eine bessere Übersicht zu gewährleisten, werden hier nur signifikante Ergebnisse und die letzten Schritte der Regressionen angeführt. Weitere Ergebnisse finden sich im Anhang.

Ereigniskriterium A

Es finden sich keine signifikanten Einflüsse jeglicher Gewaltform auf das Folgecluster „peri-traumatische Reaktion mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Horror“.

Symptomgruppe B: Erinnerungsdruck

Die signifikanten Einflüsse der unterschiedlichen Gewaltformen auf die Symptomgruppe Erinnerungsdruck, erhoben in Form von Folgeclustern sowie mithilfe des PCL-C, werden in Folge ausgeführt.

Ein fand sich kein signifikanter Einfluss jeglicher Form von Gewalt auf die Symptome der Gruppe Erinnerungsdruck in Form von Folgenclustern.

Es fand sich ein signifikanter Effekt von emotionaler Gewalt als binäre Variable auf Symptomgruppe B. Wurde die Anzahl der spezifischen Ausprägungen der jeweiligen Gewaltformen miteinbezogen, löste ein signifikanter Einfluss von sexueller Gewalt jenen von emotionaler Gewalt ab. Konkret fand sich ein signifikanter Einfluss des neuen Tatenclusters S1 (anale, beziehungsweise vaginale Vergewaltigung). Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8

Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe B – PCL-C (N = 185)

Prädiktorvariable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2
1. Ebene					
emotional	2.425*	1.039	.171	.029	.024
2. Ebene					
sexuell	.666*	.334	.167	.025	.014
körperlich	.416	.251	.139		
3. Ebene					
S1 (Vergewaltigung)	3.084**	1.056	.218	.101	.081
S2 (Orale sexuelle Handlungen)	1.978	1.171	.127		
S4 (Andere Formen von Berührung)	1.439	.834	.126		
E3 (Demütigungen, Drohungen)	1.579	.827	.140		

* $p < 0.05$. ** $p < .01$.

Symptomgruppe C: Vermeidung/Numbing

Tabelle 9 zeigt den Einfluss der verschiedenen Gewaltformen auf Symptomgruppe C, erhoben in Form von Folgenclustern. Es zeigte sich ein signifikanter, negativer Einfluss von körperlicher Gewalt, der auch bestehen blieb, wenn die Anzahl der angeführten Cluster beachtet wurde. Konkret zeigte sich ein signifikanter Einfluss von körperlicher Aktivität als Strafe.

Wurde Symptomgruppe C mittels PCL-C erhoben, zeigten sich sexuelle und emotionale Gewalt als signifikante Prädiktoren. Dieser Einfluss blieb bestehen, wenn die Anzahl der spezifischen Ausprägungen der beiden Gewaltformen miteinbezogen wurde. Konkret zeigten sich Einflüsse der neuen Tatencluster S2 (orale sexuelle Handlungen) und E1 (Isolation). Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 9*Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe C - Folgencluster (N = 448)*

Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1. Ebene					
emotional	.133	.072	.090	.02	0.15
körperlich	-.158**	.058	-.133		
2. Ebene					
körperlich	-.031	.013	-.109	.012	.010
3. Ebene					
K3 (Körperliche Aktivität als Strafe)	-.031	.013	-.109	.012	

** $p < .01$.**Tabelle 10***Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe C – PCL-C (N = 185)*

Prädiktorvariable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1. Ebene					
sexuell	3.095*	1.244	.193	.046	.035
emotional	2.875*	1.336	.167		
2. Ebene					
sexuell	1.213	.367	.245	.078	.068
emotional	.845	.326	.193		
3. Ebene					
S2 (Orale sexuelle Handlungen)	3.382*	1.397	.180	.084	.069
K2 (Schläge)	-2.064	1.092	-.148		
E1 (Isolation)	3.142**	1.161	.208		

* $p < .05$. ** $p < .01$.***Symptomgruppe D: Hyperarousal***

Es zeigten sich keine signifikanten Einflüsse jeglicher Gewaltform auf Symptomgruppe D, wenn diese in Form von Folgenclustern erhoben wurde. Wurde diese mit dem PCL-C erhoben, zeigten ausschließlich auf der dritten Ebene signifikante Einflüsse. Die neuen Tatencluster S1 (anale, beziehungsweise vaginale Vergewaltigung), S4 (andere Formen von Berührung) und E1 (Isolation) waren signifikante Prädiktoren. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11*Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe D – PCL-C (N = 185)*

Prädiktorvariable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1. Ebene	-	-	-	-	-
2. Ebene	-	-	-	-	-
3. Ebene					
S1 (Vergewaltigung)	2.639**	.965	.196	.085	.069
S4 (Andere Formen von Berührung)	2.169**	.794	.202		
E1 (Isolation)	1.716*	.847	.150		

* $P < .05$. ** $P < .01$.**Leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten**

Leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten wurde ausschließlich als Folgencluster erhoben. Es zeigte sich ein negativer signifikanter Einfluss von sexueller Gewalt unter Berücksichtigung der Anzahl spezifischer Ausprägungen. Außerdem zeigte sich auf derselben Ebene ein signifikanter negativer Effekt der Interaktion von emotionaler und körperlicher Gewalt.

Tabelle 12*Einfluss der Gewaltformen auf Folgencluster leichtsinniges Verhalten DSM-5 (N=448)*

Prädiktorvariable	B	SE B	OR	95% KI	Wald statistic
1. Ebene	-	-	-	-	-
2. Ebene					
sexuell	-0.384*	0.191	0.681	[0.469, 0.989]	4.062
emotional x körperlich	-0.127*	0.055	0.154	[0.790, 0.982]	5.274
3. Ebene	-	-	-	-	-

* $P < .05$.

Scham- und Schuldgefühl

Gefühle von Scham und Schuld wurden ebenfalls ausschließlich als Folgencluster erhoben. Es zeigten sich auf der dritten Ebene signifikante Einflüsse von S1 (anale, beziehungsweise vaginale Vergewaltigung) und E2 (Angst). Weiters zeigten sich signifikante negative Effekte von K2 (Schläge) und E6 (sonstige emotionale Gewalt). Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13

Einfluss der Gewaltformen auf das Folgencluster Scham- und Schuldgefühle (N = 448)

Prädiktorvariable	B	SE B	OR	95% KI	Wald
1. Ebene					
	-	-	-	-	-
2. Ebene					
	-	-	-	-	-
3. Ebene					
S1 (Vergewaltigung)	0.623*	0.290		[1.055, 3.293]	4.603
K2 (Schläge)	-0.703*	0.246		[0.365, 0.957]	4.577
E2 (Angst)	0.777**	0.278		[1.263, 3.748]	7.847
E6 (Sonstiges)	-0.703**	0.261		[0.297, 0.826]	7.248

* $P < .05$. ** $P < .01$.

PTBS-Summenscore

Es zeigte sich ein negativer signifikanter Effekt von E6 (Isolation) auf den PTBS-Summenscore, der aus den Folgenclustern berechnet wurde. Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14

Einfluss der Gewaltformen auf den PTBS-Score – Folgencluster (N = 448)

Prädiktorvariable	B	SE B	OR	95% KI	Wald
1. Ebene					
	-	-	-	-	-
2. Ebene					
	-	-	-	-	-
3. Ebene					
E6 (Isolation)	-0,252*	0.116	-0.103	[-0.480, -0.25]	0.103

* $p < 0.05$.

Wurde der PTBS-Summenscore aus den Items des PCL-C berechnet, ergab sich bei Ein-
schluss der Prädiktorvariablen in binärer Form ein signifikanter Effekt von emotionaler Ge-
walt. Wurde die Anzahl der spezifischen Ausprägungen jeder Gewaltform beachtet, sank der
Einfluss von emotionaler Gewalt unter die Signifikanzgrenze. Es zeigte sich ein signifikanter
Einfluss von sexueller Gewalt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 zusammengefasst.

Tabelle 15

Einfluss der Gewaltformen auf den PCL-C-Score (N = 185)

Prädiktorvariable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2
1. Ebene					
emotional	6.537*	3.162	0.162	.032	.021
2. Ebene					
sexuell	2.172*	.878	0.188	.045	.034
emotional	1.480	.777	0.145		
3. Ebene					
S1 (Vergewaltigung)	7.516	3.053	0.185	.113	.092
S2 (Orale sexuelle Handlungen)	6.344	3.402	0.141		
S4 (Andere Formen von Berührung)	5.141	2.450	0.156		
E1 (Isolation)	6.601	2.632	0.186		

* $P < .05$.

5.2.2 Prädiktiver Wert von Tat-Kombinationen

Es sollte die Fragestellung beantwortet werden, ob es bestimmte Kombinationen gibt, die
sich besonders stark auf die Symptome der PTBS auswirken. Weder gemischte, noch spezifi-
sche Kombinationen zeigten signifikante Effekte auf Symptome der PTBS, die als Folgenclus-
ter erhoben wurden.

Unter den Kombinationen gemischter Gewaltformen konnten keine signifikanten Einflüsse
auf PTBS Symptome gezeigt werden, die mit dem PCL-C erhoben wurden. Es konnten keine
signifikanten Einflüsse der spezifischen Kombinationen aus körperlicher und emotionaler
Gewalt gezeigt werden. Die spezifische Kombination aus Ausprägungen sexueller Gewalt
zeigte einen signifikanten prädiktiven Wert auf Symptomgruppen B bis D, sowie den PCL-C
Score. Die Ergebnisse sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16*Einfluss der spezifischen Kombination sexueller Taten auf PTBS – PCL-C (N= 185)*

Prädiktorvariable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2
Kriterium B	3.478*	1.673	.153	.023	.018
Kriterium C	4.080*	1.990	.153	.023	.018
Kriterium D	3.592*	1.511	.174	.030	.025
PCL-C Score	10.763*	4.829	.167	.028	.022

* $p < 0.05$. ** $p < .01$.

5.2.3 Einfluss der Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt

Es sollte die Frage beantwortet werden, ob mit steigender Anzahl von erlebten Ausprägungen von Gewalt die Anzahl der Symptome der PTBS steigen. Die Normalverteilung der Stichprobe wurde nach dem Zentralen Grenzwertsatz (Field, 2009) angenommen. Der Levene-Test war nicht signifikant ($p > 0.05$), daher war die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen gegeben.

Zur Berechnung des Taten-Summenscores wurden die originalen Tatencluster herangezogen. Die Betroffenen wurden in drei Gruppen (niedrige, mittlere und hohe Polyviktimsierung) eingeteilt. Wurde die Anzahl der Symptome der PTBS mittels Folgencluster erhoben, zeigte sich kein signifikanter Einfluss.

Wurde die Anzahl der Symptome der PTBS mittels PCL-C erhoben, zeigten sich tendenziell signifikante Gruppenunterschiede. Die Modellzusammenfassung findet sich in Tabelle 17.

Tabelle 17*Varianzanalyse Zusammenfassung des Einflusses von Polyviktimsierung (N = 185)*

Variable	QS	MS	F(2, 172)	p	η^2
PCL-C Score					
Zwischen den Gruppen	1547.890	773.945	2.968	.054	.033
Innerhalb der Gruppen	44845.047	260.727			

Zur genaueren Analyse der Gruppenunterschiede wurde ein Bonferroni Post-Hoc Test durchgeführt. Es zeigten sich tendenziell signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Gruppen hohe Polyviktimsierung und niedrige Polyviktimsierung.

Tabelle 18*Mittelwerte des PCL-C Scores als Funktion der Gruppenzugehörigkeit*

	Gruppen					
	niedrige PV (n = 47)		mittlere PV (n = 75)		hohe PV (n = 53)	
	M	SD	M	SD	M	SD
PCL-C Score	41.150	16.304	46.88	16.226	48.70	16.329

5.2.4 Unterschiede zwischen voller und subsyndromaler PTBS Diagnose

Es sollte die Frage geklärt werden, ob Personen, die das Vollbild einer PTBS Diagnose zeigen, sich in Bezug auf die erlebten Taten von jenen unterscheiden, die eine subsyndromale PTBS zeigen. Die Normalverteilung der Stichprobe wurde nach dem Zentralen Grenzwertsatz (Field, 2009) angenommen. Der Levene-Test war nicht signifikant ($p > 0.05$), daher war die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen gegeben.

Es wurden drei Gruppen in Bezug auf die Anzahl der erlebten Tatencluster der jeweiligen Gewaltformen verglichen: PTBS-Diagnose, subsyndromale PTBS und keine PTBS.

In Bezug auf die Anzahl körperlicher Tatencluster fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Es fanden sich tendenziell signifikante Gruppenunterschiede ($p < 0.1$) bezüglich der Anzahl erlebter emotionaler Tatencluster. Außerdem fanden sich signifikante Gruppenunterschiede bezüglich der Anzahl der sexuellen Tatencluster. Die Modellzusammenfassung findet sich in Tabelle 19.

Tabelle 19*Varianzanalyse für die Effekte von Polyviktimisierung auf den PCL-C Score (N = 185)*

Variable	QS	MS	F(2, 182)	p	η^2
Sexuell					
Zwischen den Gruppen	13.816	6.908	3.547	.031*	.033
Innerhalb der Gruppen	354.422	1.947			
Körperlich					
Zwischen den Gruppen	0.287	0.144	0.040	.960	.000
Innerhalb der Gruppen	646.772	3.554			
Emotional					
Zwischen den Gruppen	13.999	7.000	2.728	.068	.029
Innerhalb der Gruppen	466.995	2.566			
Gesamtscore Taten					
Zwischen den Gruppen	35.523	17.762	2.577	.079	.028
Innerhalb der Gruppen	1254.239	6.891			

Zur genaueren Analyse der Gruppenunterschiede wurde ein Bonferroni Post-Hoc Test durchgeführt. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied der Gruppe mit einer vollen PTBS Diagnose zu jener mit keiner PTBS Diagnose in Bezug auf die erlebten sexuellen Tatencluster.

Bezüglich erlebter emotionaler Tatencluster fanden sich tendenziell signifikante Unterschiede ($p < 0.1$) der Gruppen mit voller und subsyndromaler PTBS. Die Ergebnisse sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20*Gruppenzugehörigkeit als Funktion der Tatenanzahl*

	Gruppen					
	Volle PTBS		Subsyndromale PTBS		Keine PTBS	
	(n = 68)		(n = 28)		(n = 89)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Anzahl sexueller Tatencluster	1.370 _a	1.381	1.710	1.357	1.970 _a	1.418
Anzahl körperlicher Tatencluster	1.790	1.671	1.750	2.171	1.710	1.944
Anzahl emotionaler Tatencluster	1.930	1.558	1.430	1.345	2.220	1.704

Note: Mittelwerte in einer Reihe mit dem gleichen Index sind signifikant unterschiedlich voneinander.

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

verfasst von Doris Rittmannsberger

Im folgenden Kapitel sollen die vorliegenden Ergebnisse im Hinblick auf den erarbeiteten theoretischen Rahmen und bisherige Forschungsergebnisse diskutiert werden. Des Weiteren soll auf Einschränkungen der Diplomarbeit und Implikationen für weitere Forschung eingegangen werden.

Vorab soll erwähnt werden, dass sich die Diskussion und Interpretation hauptsächlich auf die 185 Datensätze aus den Fragebögen stützt. Die Folgencluster wurden nicht mit standardisierten Instrumenten erhoben, sondern aus den Protokollen der Clearingberichte der UOA/UOK extrahiert. Diese wurden von verschiedenen PsychologInnen und zum Teil auch PsychotherapeutInnen oder PsychiaterInnen durchgeführt. Es wurde nicht konkret nach den Symptomen gefragt.

Dadurch ergeben sich zu hinterfragende Daten und Ergebnisse, die zum Teil widersprüchlich zu den Ergebnissen aus den Fragebogendaten sind. Beispielsweise wurde die peritraumatische Reaktion der Betroffenen mit intensiver Angst, Horror und Hilflosigkeit erhoben. Nur drei Personen gaben eine solche emotionale Reaktion an. Dies ist in Anbetracht der Angaben zu den erlebten Gewalttaten und Folgen unwahrscheinlich.

6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Das Ziel dieser Diplomarbeit war es, den prädiktiven Wert verschiedener Charakteristika traumatischer Erlebnisse auf den Schweregrad der daraus resultierenden Symptomschwere der Betroffenen festzustellen. Die vorliegende Diplomarbeit konzentrierte sich konkret auf die Symptomschwere der Posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie im DSM-IV-TR (APA, 2000) definiert ist sowie zwei weiteren Symptomen, die im DSM-5 neu hinzugefügt wurden. Dabei handelt es sich einerseits um Gefühle von Scham und Schuld, welche im DSM-5 unter dem Symptom „negative Stimmung und Wahrnehmung“ subsumiert wurden. Andererseits wurde leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten erhoben, welches im DSM-5 als Symptom der Gruppe D, Hyperarousal, enthalten ist (APA, 2013).

Sexuelle und emotionale Gewalt zeigten sich allgemein als stärkste Prädiktoren für die posttraumatische Symptomatik. Es fand sich ein negativer prädiktiver Wert von körperlicher Gewalt auf die Symptomgruppe C, Vermeidung und Betäubung. Es konnte kein besonders schädlicher Effekt einer Kombination spezifischer Gewalterlebnisse unterschiedlicher Formen gefunden werden. Die Kombination aus unterschiedlichen spezifischen Ausprägungen sexueller Gewalt zeigte sich als signifikanter Prädiktor für die posttraumatische Symptomatik.

Es konnte ein tendenziell signifikanter Effekt der Anzahl der erlebten Gewalttaten auf die posttraumatische Belastung gezeigt werden. Personen, die sechs oder mehr verschiedene Gewalterlebnisse angeführt hatten, zeigten eine höhere Anzahl an Symptomen der PTBS. Personen, die die Diagnose einer PTBS aufwiesen unterschieden sich nicht signifikant von jenen, die eine partielle PTBS zeigten. Sie unterschieden sich allerdings von Betroffenen ohne jegliche PTBS Diagnose.

6.2 Einfluss verschiedener Formen und Anzahl von Gewalt

Bei der ersten Fragestellung konnte die Alternativhypothese bestätigt werden. Es zeigte sich ein Unterschied in der Vorhersagekraft der verschiedenen Formen von Gewalt. Auch die Anzahl der spezifischen Ausprägungen jeder Gewaltform spielte eine Rolle.

Emotionale Gewalt zeigte sich als signifikanter Prädiktor für die allgemeine PTBS Symptomatik, gemessen mit dem PCL-C. Wurde die Anzahl der unterschiedlichen spezifischen Ausprägungen miteinbezogen, verschob sich dieser Effekt auf sexuelle Gewalt. Konkret wurde der PCL-C Score durch die Tatencluster Vergewaltigung, orale sexuelle Handlungen und andere Formen von Berührung vorhergesagt. Cluster S5 „sonstige sexuelle Handlungen“ zeigte einen negativen prädiktiven Wert für den PCL-C Score.

Der starke negative Einfluss von sexueller und emotionaler Gewalt auf die psychische Gesundheit konnte in der bisherigen Literatur mehrfach gezeigt werden. Beispielsweise zeigten Teicher und KollegInnen (2006), dass verbale Aggression in Kombination mit dem Miterleben häuslicher Gewalt negativere Auswirkungen zeigte.

Bei der vorliegenden Diplomarbeit handelt es sich nicht um Formen häuslicher Gewalt. Die von den Betroffenen erlebte sexuelle Gewalt ist jedoch aus zwei Gründen mit häuslicher Gewalt vergleichbar: Erstens ist bei der Unterscheidung von intra- und extrafamiliärer Gewalt eine elterliche Beziehung zum Täter entscheidend (Feiring & Taska, 2005). Diese war bei den Betroffenen dieser Stichprobe zum Teil durchaus gegeben. Andererseits müssen die spezifischen Dynamiken von institutioneller Gewalt im Auge behalten werden (Wolfe et al., 2003). Bei den Institutionen handelte es sich zum Teil um familienähnliche Systeme. Das von Teicher und KollegInnen (2006) erhobene Miterleben häuslicher Gewalt kann zum Teil durchaus mit dem Miterleben von Gewalt gegen Mitschüler und Kollegen verglichen werden. Bei den von Teicher und KollegInnen (2006) erhobenen Folgen handelt es sich allerdings nicht um die Symptome der PTBS.

6.2.1 Einfluss emotionaler Gewalt auf die Symptome der PTBS

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass ungeachtet der Anzahl der erlebten spezifischen Ausprägungen innerhalb jeder Gewaltform, emotionale Gewalt den stärksten Effekt auf die posttraumatischen Symptome zeigt. Dieses Ergebnis ist konform mit jenem von Spertus und KollegInnen (2003) sowie Grassi-Oliveira und Stein (2008). Emotionale Gewalt und emotionale Vernachlässigung zeigten hier stärkere Effekte als sexuelle Gewalt, körperliche Gewalt oder körperliche Vernachlässigung. Emotionale Vernachlässigung wurde in der vorliegenden Diplomarbeit nicht explizit erhoben. Allerdings kann die Unterbringung in der Institution zum Teil als Vernachlässigung von Seiten der Eltern gesehen werden. Diese wurde von der Institution teilweise noch verstärkt. Cluster E6 „Isolation“ beinhaltet unter anderem ein Fernhalten der Kinder von ihren Eltern durch die Institution. Weiters beinhaltet es direkte Formen von emotionaler Vernachlässigung durch die Institution, beispielsweise in Form von Einsperren.

Zudem gehen die Ergebnisse einher mit jenen von Taussig und Culhane (2010), die ebenfalls einen Einfluss von emotionaler Gewalt über die Effekte von sexueller und körperlicher Gewaltformen hinaus zeigten. Die Autorinnen erhoben unterschiedliche Ausprägungen von emotionaler Gewalt, die zum Teil ähnliche Inhalte aufweisen wie die Cluster in der vorliegenden Diplomarbeit. Insbesondere handelte es sich dabei um verbale Gewalt in Form von Drohungen, sowie Einschüchterung und Anschuldigungen der Opfer.

Es findet sich ein Einfluss von emotionaler Gewalt auf Symptomgruppe B in der binären Ebene. Wie Chen und KollegInnen (2010) zeigten, schränkt emotionaler Schmerz die kognitive Leistungsfähigkeit ein. Mangelnde kognitive Kontrollfähigkeit stellt einen Risikofaktor für Erinnerungsdruck und Intrusionen dar (Bomyea et al., 2012; Wessel et al., 2008).

Im Besonderen zeigt sich ein Effekt von Isolation als spezifische Ausprägung von emotionaler Gewalt auf die Symptomgruppen C und D. Einerseits kann in der vorliegenden Stichprobe Isolation als Form der Vernachlässigung gesehen werden. Andererseits beinhaltet dies auch eine Demonstration von Dominanz und Kontrolle von Seiten der TäterInnen. Letzteres ist auch ein Charakteristikum von institutioneller Gewalt. Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, können die besonderen Dynamiken von institutioneller Gewalt den Einfluss auf psychische Folgen verstärken. Wolfe und KollegInnen (2003) nennen Erinnerungs- und Situationsvermeidung als eine spezifische Folge von Gewalt im institutionellen Rahmen. Besonders im Fall von katholischen Einrichtungen kann es zur Meidung von damit in Verbindung gebrachten Orten und Situationen kommen. Von Katz und Arias (1999) wurde ein moderierender Effekt von niedriger Kontrollüberzeugung für den Zusammenhang von Dominanz und Isolation und Depressionen gezeigt.

Laut APA (2013) handelt es sich bei den Symptomen der Gruppe D im DSM-IV eher um Fluchtverhalten. Möglicherweise reflektiert der starke Zusammenhang in der vorliegenden Stichprobe ein Rückzugsverhalten, das durch eine verminderte Kontrollüberzeugung erklärbar ist. Übereinstimmend damit steht Scham ebenfalls in Zusammenhang mit emotionaler Gewalt in Form von Dominanz und Isolation (Beck et al., 2011) und führt in weiterer Folge zu Rückzugsverhalten (Tangney et al., 2005).

Emotionale Gewalt als Ereigniskriterium

Wie in Kapitel 2.4.2 ausgeführt, entsprechen emotionale Gewalt und Vernachlässigung nicht dem im DSM-IV definierten objektiven Ereigniskriterium. Die vorliegenden Ergebnisse weisen allerdings darauf hin, dass PTBS durch diese Form von Gewalt ausgelöst werden kann. Es wurde vermutet, dass das Erleben emotionaler Gewalt möglicherweise die Vulnerabilität für Gewalterlebnisse erhöht, die Kriterium A1 entsprechen (Spertus et al., 2003). Die Verteilung der Gewaltformen in der vorliegenden Diplomarbeit unterstützt eine solche Annahme. Von 448 Personen führten lediglich sieben aus, emotionale Gewalt in Abwesenheit sexueller

oder körperlicher Gewalt erlebt zu haben. Die Möglichkeit, dass emotionale Gewalt an sich eine PTBS auslösen kann, soll aber nicht in Abrede gestellt werden.

Geht man vom mnemonischen Modell (Rubin et al., 2008) aus, ist es die Erinnerung und Interpretation der Betroffenen, die zum Auslöser für posttraumatische Symptome wird. Chen und KollegInnen (2010) zeigten, dass emotionaler Schmerz wesentlich länger im Gedächtnis erhalten bleibt und lebendiger wiederdurchlebt wird. Ein stärkerer Einfluss von emotionalen im Vergleich zu körperlichen Gewalterlebnissen auf posttraumatische Symptome könnte hiermit erklärt werden. Dies führt allerdings zurück zur Diskussion über einen möglichen „*bracket creep*“. McNally (2004) ist der Ansicht, dass Personen, die infolge von milderen Stressoren eine PTBS entwickeln, eine sehr hohe Vulnerabilität aufweisen. Daher würden die Symptome eher auf Risiko- und Schutzfaktoren zurückzuführen sein, als auf das auslösende Ereignis.

Nach Meinung der Autorin müssen hier aber einige Punkte beachtet werden. Zum Ersten sind die von McNally (2004) genannten milden Stressoren sehr heterogen. Die von der vorliegenden Stichprobe angeführten Ausprägungen emotionaler Gewalt sind kaum zu vergleichen mit beispielsweise der versehentlichen Tötung einer Gruppe von Fröschen mit dem Rasenmäher (McNally, 2004).

Zweitens sollten vulnerable Personen nicht aus einer Diagnose und möglicherweise einer Behandlung ausgeschlossen werden. Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um Betroffene, die zum Teil in sehr jungem Alter Opfer von Gewalt und Vernachlässigung geworden sind. Das Durchschnittsalter liegt bei circa neun Jahren, manche Betroffene machten aber auch schon im Alter von sechs Jahren Gewalterfahrungen (siehe Tab. 7).

Drittens soll auf das Multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2009) verwiesen werden, auf dem die vorliegende Forschung basiert. Eine Reaktion auf traumatische Erlebnisse mit einer klinisch relevanten PTBS wird zwar durch die Traumaschwere stark bedingt. Allerdings spielen Schutz- und Risikofaktoren ebenfalls eine wichtige Rolle.

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit war es, traumatische Ereignisse herauszufiltern, die bei den Betroffenen zu besonders schwerwiegenden Folgen führen. Unter Beachtung der Tatsache, dass Schutz- und Risikofaktoren hier eine Rolle spielen, stützen die Ergebnisse die Annahme, dass emotionale Gewalt eine PTBS auslösen kann.

6.2.2 Einfluss sexueller Gewalt auf die Symptome der PTBS

Der negative Einfluss von sexueller Gewalt auf PTBS (Cutajar et al., 2010; Rahm et al., 2013; Wolfe et al., 2006) und andere gesundheitliche und psychosoziale Folgen (Cutajar et al., 2010; Martin H. Teicher et al., 2006) ist gut untersucht und belegt. Es wird in der Literatur oft implizit angenommen, dass sexuelle Formen von Gewalt den negativsten Einfluss auf die Entwicklung einer PTBS haben. Beispielsweise teilten Fitzpatrick und KollegInnen (2010) die Betroffenen von institutionellem Missbrauch in drei Gruppen ein. Es wurde das schlimmste Ereignis erhoben und vorab von einer Einflusshierarchie ausgegangen. Dabei wurde angenommen, dass sexuelle Gewalt die schlimmsten, körperliche Gewalt die zweit-schlimmsten und emotionale Gewalt die mildesten Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hat. Personen, die sexuelle Gewalt anführten, hatten zum Teil auch Gewalt der beiden anderen Formen erlebt.

Sexuelle Gewalt zeigte die schwerwiegendsten Auswirkungen. Fitzpatrick und KollegInnen (2010) selbst führten aus, dass mögliche Effekte der insgesamt erlebten Formen von Gewalt hier nicht beachtet wurden. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass sexuelle Gewalt unter Berücksichtigung der Anzahl traumatischer Erlebnisse tatsächlich die negativsten Auswirkungen zeigt.

Weiters muss die spezifische Ausprägung von sexueller Gewalt beachtet werden. Eine binäre Erhebung von sexueller Gewalt bezieht sich auf ein sehr heterogenes Konzept. Die von der vorliegenden Stichprobe angeführten sexuellen Gewalterlebnisse reichen von Berührungen bis zu analer, beziehungsweise vaginaler Vergewaltigung. Vergewaltigung zeigte den größten Einfluss auf die allgemeine PTBS Symptomatik, sowie auch beträchtliche Einflüsse auf die einzelnen Symptomgruppen, abgesehen von Symptomgruppe C. Vermeidung und Numbing wird allerdings von oralen sexuellen Handlungen vorhergesagt. Dieses Ergebnis stimmt mit bisherigen Angaben zum Schweregrad spezifischer Ausprägungen von sexueller Gewalt überein (Feiring & Taska, 2005; Zink et al., 2009), die zeigten, dass Penetration zu den schwerwiegendsten Folgen führt.

Der negative Zusammenhang von Cluster S5 (sonstige sexuelle Handlungen) mit dem PCL-C Score ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass dieses eine Vielfalt verschiedener

Gewalttaten umfasst. Es bedarf allerdings weiterer Forschung um die Einflüsse der einzelnen Taten auf die psychische Gesundheit der Betroffenen zu überprüfen.

6.2.3 Ergebnisse aus den Folgenclustern

Es zeigt sich auch ein signifikanter Einfluss von analer, beziehungsweise vaginaler Vergewaltigung auf Scham- und Schuldgefühle. Besonders bei interpersonellen und lang andauernden Gewalterlebnissen wird ein Zusammenhang mit diesen Emotionen angenommen (Herman, 2013). Für sexuelle Gewaltereignisse in der Kindheit konnte ein solcher auch von Rahm und KollegInnen (2013) gezeigt werden. Es zeigt sich außerdem ein signifikanter Einfluss von Cluster E2 (Angst) auf Schuld- und Schamgefühle. Der Zusammenhang von traumatischen Ereignissen und Angst ist insgesamt gut belegt (Rubin et al., 2008). Beck und KollegInnen (2011) konnten einen Zusammenhang von emotionaler Gewalt und Scham- und Schuldgefühlen zeigen. Emotionale Gewalterlebnisse erhöhten den Einfluss von Scham- und Schuldgefühlen auf posttraumatische Belastungssymptome. Das komplexe Zusammenspiel dieser Emotionen mit PTBS stellt eine Aufgabe für die weitere Forschung dar.

Schläge als spezifische Ausprägung von körperlicher Gewalt zeigen einen negativen Zusammenhang mit Gefühlen von Scham und Schuld. So auch das Cluster E6 (sonstige emotionale Gewalterlebnisse). Cluster E6 beinhaltet unterschiedliche Formen von emotionaler Gewalt. Möglicherweise hat beispielsweise das Miterleben von Gewalt gegen Mitschüler ähnliche Dynamiken wie körperliche Gewalt. Körperliche Gewalt löst eher aktive („*fight*“) Reaktionen aus als Gefühle wie Scham, die ein Rückzugsverhalten nach sich ziehen, oder Schuld, welche zu Versuchen der Wiedergutmachung führen (Tangney et al., 2005).

Weiters ergaben sich negative Effekte von sexueller Gewalt, sowie einer Interaktion aus emotionaler und körperlicher Gewalt auf das DSM-5-Cluster leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten. Dieses Cluster bezieht sich auf die eben erwähnte aktive „*fight*“ Reaktion (APA, 2013). Sexuelle Gewalt löst, wie bereits mehrfach erwähnt, eher Rückzugsverhalten passiver Reaktionen aus. Allerdings wird erwartet, dass körperliche Gewalterlebnisse eher zu aktiven Reaktionen führen. Dieser negative Einfluss kann möglicherweise durch die Interaktion mit emotionaler Gewalt erklärt werden. Diese Gewaltform enthält durchaus Ausprägungen, die eher zu passivem Rückzugsverhalten führen können. Es wird diesbezüglich auf die weitere Forschung verwiesen.

Körperliche Gewalt

Körperliche Gewalt, im Speziellen körperliche Aktivität als Strafe, zeigte einen negativen Zusammenhang mit Symptomgruppe C. Dieses Cluster umfasst beispielsweise stundenlanges Knien und Ausharren als Bestrafung. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis ist, wie bereits ausgeführt, dass es sich bei Vermeidung und Betäubung um Fluchtreaktionen handelt, wobei körperliche Gewalt möglicherweise eher aktive, aggressive Reaktionen zur Folge hat.

6.3 Prädiktiver Wert von Tat-Kombinationen

Die Hypothese, dass es eine besonders schädliche Kombination aus spezifischen Ausprägungen unterschiedlicher Gewaltformen gibt, konnte nicht bestätigt werden. Es konnte allerdings gezeigt werden, dass eine Kombination aus spezifischen Ausprägungen sexueller Gewalt einen signifikanten Einfluss sowohl auf die gesamte PTBS Symptomatik, sowie auch auf die einzelnen Symptomgruppen hatte. Für Kombinationen aus körperlicher und emotionaler Gewalt konnte kein solcher Zusammenhang festgestellt werden.

Dieses Ergebnis geht einher mit den Erkenntnissen aus der ersten Fragestellung. Auch hier kann gezeigt werden, dass bei Berücksichtigung der Anzahl und spezifischen Ausprägungen sexuelle Gewalt den stärksten Einfluss auf die psychischen Folgen hat. Bei der Kombination aus sexuellen Gewalttaten handelt es sich um orale sexuelle Handlungen, Masturbation und Berührungen im Intimbereich. Ungeachtet der Anzahl zeigt sich anale, beziehungsweise vaginale Vergewaltigung als stärkster Prädiktor. Dies deutet auf ein komplexes Zusammenspiel und eine Interaktion von Anzahl und Ausprägung von Gewalttaten hin.

6.4 Einfluss der Anzahl der erlebten Ausprägungen von Gewalt

Es konnte ein tendenziell signifikanter Zusammenhang ($p < 0.1$) zwischen der Anzahl der erlebten Gewalttaten und der Anzahl der Symptome der PTBS gezeigt werden. Tendenziell signifikante Gruppenunterschiede ($p < 0.1$) zeigten sich zwischen den Gruppen „niedrige -“

und „hohe Polyviktimisierung“. Dieses Ergebnis ist konform mit bisherigen Untersuchungsergebnissen, die eine Dosis-Wirkungsbeziehung des Einflusses von Gewalt auf die PTBS zeigen konnten (Briere et al., 2008; Richmond et al., 2009).

In der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um Gewalterfahrungen über einen langen Zeitraum hinweg. Durchschnittlich dauerten die Erlebnisse zwei bis vier Jahre an. Teilweise wurden die Betroffenen auch durch verschiedene Täter in unterschiedlichen Organisationen viktimisiert. In dieser Stichprobe kann eine Polyviktimisierung nur zum Teil auf gemeinsame Risikofaktoren (Finkelhor et al., 2007) zurückgeführt werden. Die Unterbringung in den Institutionen kann teils durch Aspekte der Herkunftsfamilie erklärt werden. Eine multiple Viktimisierung, vor allem in verschiedenen Institutionen, kann möglicherweise durch einen fehlenden familiären Rückhalt erklärt werden, wodurch das Kind nicht aus der abusiven Umgebung genommen wurde. Es muss hier allerdings abermals auf die Dynamiken von institutioneller Gewalt (Wolfe et al., 2003) verwiesen werden. Eine Enthüllung der Ereignisse durch die Kinder sowie auch Unterstützung durch die Familie wurden durch die Macht und Anerkennung der TäterInnen und der Institution erschwert.

Mechanismen wie erlernte Hilflosigkeit, negative Selbstattribuierung und Selbstanschuldigungen (Finkelhor et al., 2007; Ullman & Najdowski, 2011) verhinderten Enthüllungsversuche wahrscheinlich zusätzlich. Gescheiterte Versuche der Offenlegung trugen umgekehrt auch zu diesen Mechanismen bei. Zusätzlich verstärkten diese zum Teil die Gewalt im Sinne von Bestrafungen.

Für Betroffenen der Gruppe der hohen Polyviktimisierung stellt Gewalt zum größten Teil tatsächlich einen *Zustand im Gegensatz zu einem Ereignis* dar, im Sinne von Finkelhor und KollegInnen (2007). Dies verstärkt einerseits die Mechanismen, die zu weiterer Viktimisierung führen, andererseits die Folgen der traumatischen Erlebnisse selbst.

6.5 Unterschiede zwischen voller und subsyndromaler PTBS Diagnose

Die Hypothese, dass Personen, die das volle Bild einer PTBS zeigen sich in Bezug auf die erlebten Taten von jenen unterscheiden, die eine subsyndromale PTBS haben, konnte in der vorliegenden Diplomarbeit nicht bestätigt werden. Es wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf körperliche Gewalt gefunden. Hinsichtlich sexueller Gewalt unter-

schieden sich lediglich Personen mit einer vollen PTBS und jene mit keiner Form von PTBS. Es konnte außerdem ein tendenziell signifikanter Unterschied der Gruppen mit einer vollen und einer subsyndromalen PTBS in Bezug auf emotionale Gewalterlebnisse gezeigt werden.

Das Fehlen eines signifikanten Unterschiedes der Anzahl der sexuellen Gewalterlebnisse bei Personen mit einer vollen und jenen mit einer subsyndromalen PTBS hat verschiedene Implikationen. Einerseits bedeutet es, dass bei direkten Rückschlüssen von der Anzahl der Taten auf die Schwere der Symptomatik Vorsicht geboten ist. Es müssen im Sinne von Marcker's (2009) Multifaktoriellen Rahmenmodells auch andere Faktoren miteinbezogen werden. Die Gewalttaten lagen zum Erhebungszeitpunkt in der vorliegenden Studie schon einige Jahrzehnte zurück. Gesundheitsförderliche Faktoren haben hier möglicherweise eine große Rolle gespielt. Es ist auch möglich, dass das zuvor bestehende Vollbild einer PTBS bereits abgeklungen ist (Cukor et al., 2010).

Der Unterschied der Personen mit einer vollen PTBS Diagnose und eine subsyndromalen PTBS in Bezug auf emotionale Gewalttaten ist nur tendenziell signifikant. Symptome, die durch emotionale Gewalt ausgelöst wurden, verblassen möglicherweise weniger schnell (Chen et al., 2008), weshalb das Vollbild einer PTBS weniger schnell abnimmt. Eine subsyndromale PTBS stellt demnach kein Abklingen der vollen Diagnose dar. Zur weiteren Analyse dieser Ergebnisse wird auf zukünftige Forschungen verwiesen.

6.6 Gemeinsame Diskussion

verfasst von Doris Rittmannsberger und Jennifer Schieß

Für die erste Fragestellung konnte die Alternativhypothese angenommen werden. Es besteht ein Unterschied im Einfluss der verschiedenen Arten und Anzahl von Gewalt auf die psychosozialen Folgen im Erwachsenenalter.

Für die Skalen des BSI zeigte sich sexuelle Gewalt sowohl in dichotomer Form, als auch nach Berücksichtigung der Anzahl der einzelnen Ausprägungen als stärkster Prädiktor. Einzig Depressivität wird von emotionaler Gewalt in Form von Scores vorhergesagt. Einzelne Ausprägungen von emotionaler Gewalt, vor allem Isolation, zeigten ebenfalls signifikanten Prädiktionswert für die Skalen des BSI. Die Symptome der PTBS wurden durch das Vorliegen von emotionaler Gewalt am stärksten vorhergesagt. Wurde hier die Anzahl der einzelnen Ausprägungen beachtet, zeigte sexuelle Gewalt die stärkste Vorhersagekraft.

Körperliche Gewalt zeigt im Allgemeinen die niedrigste Vorhersagekraft für spätere psychosoziale Probleme. Besonders die Ausprägung Schläge zeigt negative Zusammenhänge mit den unterschiedlichen Folgen. Diese können von den Autorinnen der vorliegenden Studie nicht erklärt werden. Matthews et al. (2008) konnten ebenfalls negative Zusammenhänge von körperlicher Gewalt und Zwangsstörungen feststellen. Die AutorInnen verweisen auf die zukünftige Forschung um diesen paradoxen Zusammenhang einzelner Ausprägungen von körperlicher Gewalt und die dahinterliegenden Mechanismen zu untersuchen.

Die schädlichen Auswirkungen von sexueller und emotionaler Gewalt auf psychosoziale Belastungen sind in der bisherigen Literatur gut belegt (u.a. Chen et al., 2010; Cutajar et al., 2010; Gibb et al., 2007; Riggs & Kaminski, 2010). In beiden vorliegenden Diplomarbeiten zeigten anale, beziehungsweise vaginale Vergewaltigung sowie orale sexuelle Handlungen starke prädiktive Werte für die psychosozialen Folgen. Auch diese Ergebnisse können durch bisherige Forschungsergebnisse gestützt werden (Briere & Elliott, 2003; Cutajar et al., 2010).

Die Annahme, dass es bestimmte Kombinationen von Ausprägungen einzelner Gewaltformen besonders negativ auf die psychosoziale Gesundheit der Betroffenen auswirken, konnte nicht bestätigt werden. Die Hypothesen aus Fragestellung zwei konnten nicht bestätigt werden. Unterschiedliche gemischte sowie spezifische Kombinationen wirkten sich auf ver-

schiedene Folgencluster der weiteren psychosozialen Probleme negativ aus, Es zeigten sich jedoch keine signifikanten Zusammenhänge gemischter Kombinationen auf die Symptome der PTBS. Lediglich die spezifische Kombination aus sexuellen Gewalterlebnissen konnte die PTBS Symptome vorhersagen. Dies stützt die Ergebnisse aus Fragestellung eins.

Fragestellung drei bezog sich auf den Einfluss der Anzahl der verschiedenen erlebten Ausprägungen von Gewalt. Die Hypothese lautete, dass bei steigender Zahl von erlebten Taten die Anzahl der negativen psychosozialen Folgen ebenfalls steigt. Es zeigten sich tendenziell signifikante Zusammenhänge für die Fragebogendaten. Für die Folgencluster der weiteren psychosozialen Folgen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang. Dosis-Wirkungsbeziehungen konnten in der bisherigen Literatur oftmals für verschiedene psychosoziale Folgen konnten unter anderem bei (Briere et al., 2008; Edwards et al., 2003; Felitti et al., 1998) gezeigt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf die Wichtigkeit der genauen Differenzierung zwischen unterschiedlichen Gewaltformen und ihren spezifischen Ausprägungen hin. Außerdem wird die Bedeutung der Komponente der Polyviktimisierung hervorgehoben. Nicht-Berücksichtigung dieser Faktoren führt zu einer Verzerrung der Ergebnisse und Einflüsse von Gewalterlebnissen.

6.7 Kritik und Ausblick

verfasst von Doris Rittmannsberger

Diese Diplomarbeit basiert auf dem Multifaktoriellen Rahmenmodell nach Maercker (Maercker, 2009). Wie in der Diskussion bereits ausgeführt, können keine direkten Schlüsse von Charakteristika traumatischer Erlebnisse auf die psychosozialen Folgen gezogen werden.

Weiters wurden Angaben zu Taten und einem Teil der Folgen retrospektiv erhoben. Einerseits ergeben sich dadurch Erinnerungslücken, andererseits möglicherweise Verzerrungen durch aktuelle Gefühlszustände. Wie zu Anfang dieses Kapitels bereits erwähnt, wurde die Erhebung zu den Folgenclustern nicht standardisiert durchgeführt. Auch die Taten wurden im Zuge der Clearingaufnahmen erstellt. Allerdings ist eine genaue Erhebung der Tatencluster besser gewährleistet, da es sich dabei um die Grundlage für die Entschädigungszahlungen handelte. Bei den Folgenclustern gab es im Gegensatz dazu keine Vorlagen und es wurden diese im Nachhinein aus den Berichten extrahiert.

Eine weitere Einschränkung bezieht sich auf Fragestellung 2. Da nur jene Kombinationen beachtet wurden, die von mehr als 20 Personen angegeben wurden, konnten Taten, die von weniger Betroffenen berichtet wurden, nicht in die Analyse miteinfließen.

Für weitere Erkenntnisse sollten Untersuchungen zum Einfluss verschiedener Arten von Gewalt und deren Anzahl auf standardisierten Angaben basierend durchgeführt werden. Es wird in dieser Diplomarbeit der starke Effekt von emotionaler Gewalt auf die psychische Gesundheit gezeigt. Untersuchungen in diesem Bereich sind noch notwendig, um eine bessere Einsicht in Mechanismen und Zusammenhänge zu bekommen. Es ist wichtig, verschiedene Ausprägungen von emotionaler Gewalt untereinander genau abgrenzen zu können.

Weitere Untersuchungen sind ebenfalls notwendig, um die Auswirkungen der speziellen Gewaltformen im komplexen Zusammenspiel miteinander auf psychosoziale Folgen erklären zu können.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Psychotraumatologisches Rahmenmodell</i>	52
Abbildung 2 <i>Darstellung der Teilnahmemöglichkeiten</i>	62
Abbildung 3 <i>Ablaufdiagramm</i>	63
Abbildung 4 <i>Alter zu Beginn der Gewalterfahrungen in Prozent</i>	73
Abbildung 5 <i>Alter zu Ende der Gewalterfahrungen in Prozent</i>	73
Abbildung 6 <i>Überschneidung der erlebten Gewaltformen</i>	74

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Zusammenfassung der originalen in neue Tatencluster</i>	66
Tabelle 2 <i>Folgencluster</i>	67
Tabelle 3 <i>Häufigkeit sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt</i>	76
Tabelle 4 <i>Relevante Kombinationen spezifischer Ausprägungen von Gewalt</i>	77
Tabelle 5 <i>Häufigkeiten der Symptome der PTBS in der Gesamtstichprobe</i>	78
Tabelle 6 <i>Häufigkeiten der Symptome der weiteren psychischen Störungen in der Gesamtstichprobe</i>	78
Tabelle 7 <i>Soziodemografische Daten der Gesamt- und der Fragebogenstichprobe</i>	79
Tabelle 8 <i>Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe B – PCL-C</i>	81
Tabelle 9 <i>Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe C – Folgencluster</i>	82
Tabelle 10 <i>Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe C – PCL-C</i>	82
Tabelle 11 <i>Einfluss der Gewaltformen auf Symptomgruppe D – PCL-C</i>	83

Tabelle 12 <i>Einfluss der Gewaltformen auf Folgencluster leichtsinniges Verhalten</i>	83
Tabelle 13 <i>Einfluss der Gewaltformen auf das Folgencluster Scham und Schuld</i>	84
Tabelle 14 <i>Einfluss der Gewaltformen auf den PTBS-Score – Folgencluster</i>	84
Tabelle 15 <i>Einfluss der Gewaltformen auf den PCL-C Score</i>	85
Tabelle 16 <i>Einfluss der spezifischen Kombination sexueller Taten auf PTBS – PCL-C</i>	86
Tabelle 17 <i>Varianzanalyse Zusammenfassung des Einflusses von Polyviktimisierung</i>	86
Tabelle 18 <i>Mittelwerte des PCL-C Scores als Funktion der Gruppenzugehörigkeit</i>	87
Tabelle 19 <i>Varianzanalyse für die Effekte von Polyviktimisierung auf den PCL-C Score</i>	88
Tabelle 20 <i>Gruppenzugehörigkeit als Funktion der Tatenanzahl</i>	88
Tabelle 21 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf das subjektive Ereigniskriterium A2</i>	116
Tabelle 22 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe B – Folgencluster</i>	116
Tabelle 23 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe C – Folgencluster</i>	117
Tabelle 24 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe D – Folgencluster</i>	117
Tabelle 25 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten</i>	117
Tabelle 26 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf Scham-und Schuldgefühle</i>	118
Tabelle 27 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf den PTBS-Score – Folgencluster</i>	118
Tabelle 28 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf Kriterium B – PCL-C</i>	118
Tabelle 29 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe C – PCL-C</i>	119
Tabelle 30 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe D – PCL-C</i>	119
Tabelle 31 <i>Einfluss der binären Gewaltformen auf den PCL-C-Score</i>	119

GEWALT IN ZAHLEN?	104
Tabelle 32 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Ereigniskriterium A2</i>	120
Tabelle 33 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe B – Folgencluster</i>	120
Tabelle 34 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe C</i>	121
Tabelle 35 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe D – Folgencluster</i>	121
Tabelle 36 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten</i>	121
Tabelle 37 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Scham- und Schuldgefühle</i>	122
Tabelle 38 <i>Einfluss des Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf den PTBS-Score – Folgencluster</i>	123
Tabelle 39 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe B – PCL-C</i>	123
Tabelle 40 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe C – PCL-C</i>	123
Tabelle 41 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe D – PCL-C</i>	124
Tabelle 42 <i>Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf den PCL-C-Score</i>	124
Tabelle 43 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Ereigniskriterium A2</i>	124
Tabelle 44 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe B - Folgencluster</i>	126
Tabelle 45 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe C - Folgencluster</i>	129
Tabelle 46 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe D - Folgencluster</i>	131

Tabelle 47 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten</i>	133
Tabelle 48 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Scham- und Schuldgefühle</i>	136
Tabelle 49 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf den PTBS-Score - Folgencluster</i>	138
Tabelle 50 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe B – PCL-C</i>	140
Tabelle 51 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe C – PCL-C</i>	142
Tabelle 52 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe D – PCL-C</i>	144
Tabelle 53 <i>Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf den PCL-C-Score</i>	147
Tabelle 54 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe B – Folgecluster</i>	149
Tabelle 55 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe C – Folgecluster</i>	149
Tabelle 56 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe D – Folgecluster</i>	149
Tabelle 57 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf den PTSD-Score – Folgencluster</i>	150
Tabelle 58 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen einer Form auf Symptomgruppe B (PCL-C)</i>	150
Tabelle 59 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe C (PCL-C)</i>	150
Tabelle 60 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe D</i>	151
Tabelle 61 <i>Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf den PCL-C-Score</i>	151
Tabelle 62 <i>Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe B – Folgencluster</i>	151
Tabelle 63 <i>Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe C – Folgencluster</i>	152

Tabelle 64 Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe D – Folgencluster	152
Tabelle 65 Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe D – Folgencluster	153
Tabelle 66 Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe B – PCL-C	153
Tabelle 67 Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe C – PCL-C	154
Tabelle 68 Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe D – PCL-C	154
Tabelle 69 Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf den PCL-C-Score	155
Tabelle 70 Varianzanalyse Zusammenfassung des Einflusses von Polyviktimsierung	155
Tabelle 71 Mittelwerte des PCL-C Scores als Funktion der Gruppenzugehörigkeit	155
Tabelle 72 Varianzanalyse für die Effekte von Polyviktimsierung auf den PCL-C Score	156
Tabelle 73 Gruppenzugehörigkeit als Funktion der Tatenanzahl	156

9 Literaturverzeichnis

- Adler, A. B., Wright, K. M., Bliese, P. D., Eckford, R., & Hoge, C. W. (2008). A2 diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 301-308. doi: 10.1002/jts.20336
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 69-73. doi: 10.1037//0021-843x.109.1.69
- APA. (2000), from <http://www.psych.org/practice/dsm>
- APA. (2013), from www.dsm5.org
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect, 31*(4), 393-415. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.09.006
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L., & Hagewood, J. H. (2011). Exploring Negative Emotion in Women Experiencing Intimate Partner Violence: Shame, Guilt, and PTSD. *Behavior Therapy, 42*(4), 740-750.
- Bedard-Gilligan, M., & Zoellner, L. A. (2008). The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD. *Behav Res Ther, 46*(9), 1062-1069. doi: 10.1016/j.brat.2008.06.009
- Biehn, T. L., Elhai, J. D., Fine, T. H., Seligman, L. D., & Richardson, J. D. (2012). PTSD factor structure differences between veterans with and without a PTSD diagnosis. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 480-485. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.008
- Bomyea, J., Amir, N., & Lang, A. J. (2012). The relationship between cognitive control and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*(2), 844-848. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.12.001
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Noll, J. G., Putman, F. W., Trickett, P. K., LeJeune, J., & Anderson, C. (2002). When the face reveals what words do not: Facial expressions of emotion, smiling, and the willingness to disclose childhood sexual abuse. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(1), 94-110. doi: 10.1037//0022-3514.83.1.94
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect, 32*(7), 693-701. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.10.004
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry, 50*(9), 699-704. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01167-2
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther, 39*(4), 373-393. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00087-5
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life After Criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 366-373. doi: 10.1002/jts.20443
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205-1222. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated Childhood Trauma and Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 223-226. doi: 10.1002/jts.20317

- Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., . . . Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect*, 34, 477-489. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.11.003
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., . . . Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629. doi: DOI 10.4065/mcp.2009.0583
- Chen, Z., Williams, K. D., Fitness, J., & Newton, N. C. (2008). When Hurt Will Not Heal : Exploring the Capacity to Relive Social and Physical Pain. *Psychological Science*, 19(8), 789-795. doi: DOI: 10.1111/j.1467-9280.2008.02158.x
- Chen, Z., Williams, K. D., Fitness, J., & Newton, N. C. (2008). When Hurt Will Not Heal: Exploring the Capacity to Relive Social and Physical Pain. *Psychological Science*, 19(8), 789-795. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02158.x
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Colton, M. (2002). Factors Associated with Abuse in Residential Child Care Institutions. *Children and Society*, 16, 33-44. doi: 10.1002/CHI.683
- Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N., & Difede, J. (2010). The nature and course of subthreshold PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 918-923. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.017
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34, 813-822. doi: doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004
- Dorahy, M. J., & Clearwater, K. (2012). Shame and Guilt in Men Exposed to Childhood Sexual Abuse: A Qualitative Investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(2), 155-175. doi: 10.1080/10538712.2012.659803
- Doyle, C. (2001). Surviving and Coping with Emotional Abuse in Childhood. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(3), 387-402. doi: 10.1177/1359104501006003008
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V., Dong, M. X., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438. doi: DOI 10.1016/j.amepre.2005.01.015
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38(4), 319-345.
- Elhai, J. D., & Palmieri, P. A. (2011). The factor structure of posttraumatic stress disorder: A literature update, critique of methodology, and agenda for future research. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(6), 849-854. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.007
- Feiring, C. (2005). Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child maltreatment*, 10(4), 307-310. doi: 10.1177/1077559505281307
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38(1), 79-92. doi: 10.1037//0012-1649.38.1.79

- Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child maltreatment*, 10(4), 337-349. doi: 10.1177/1077559505276686
- Felitti, V., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. J., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4).
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607-619. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.018
- Ferraro, K. F., & Nuriddin, T. A. (2006). Psychological Distress and Mortality: Are Women More Vulnerable? *Journal of Health and Social Behavior*, 47(3), 227-241. doi: 10.1177/002214650604700303
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*: SAGE Publications.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166. doi: 10.1017/S0954579407070083
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2012). Improving the Adverse Childhood Experiences Study Scale.
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46, 545-552. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.212
- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory: BSI. Kurzform der SCL90-R*. Göttingen: Beltz Test.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD For DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769. doi: 10.1002/da.20767
- Gallagher, B. (2000). The Extent and Nature of Known Cases of Institutional Child Sexual Abuse. *British Journal of Social Work*, 30(6), 795-817. doi: 10.1093/bjsw/30.6.795
- Gavin, H. (2011). Sticks and Stones May Break My Bones: The Effects of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(5), 503-529. doi: 10.1080/10926771.2011.592179
- Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), 256-263. doi: 10.1002/da.20238
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697-714. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00342-3
- Grassi-Oliveira, R., & Stein, L. M. (2008). Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: The burden of neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1089-1094. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.05.008

- Grayston, A. D., & De Luca, R. V. (1999). Female perpetrators of child sexual abuse: A review of the clinical and empirical literature. *Aggression and Violent Behavior, 4*(1), 93-106. doi: 10.1016/s1359-1789(98)00014-7
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(5), 274-283. doi: 10.1007/s00787-008-0728-2
- Harman, R., & Lee, D. (2010). The Role of Shame and Self-Critical Thinking in the Development and Maintenance of Current Threat in Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(1), 13-24. doi: 10.1002/cpp.636
- Hartwig, L., & Hensen, G. (2008). *Sexueller Missbrauch und Jugendhilfe*. München: Juventa Verlag.
- Harvey, S. M., Dorahy, M. J., Vertue, F. M., & Duthie, S. (2012). Childhood Psychological Maltreatment and Perception of Self, Others, and Relationships: A Phenomenological Exploration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*(3), 237-255. doi: 10.1080/10926771.2012.665428
- Herman, J. L. (2013). *PTSD as a shame disorder*. Paper presented at the 13th ESTSS Conference: Trauma and its clinical pathways: PTSD and beyond, Bologna.
- Holmes, G. R., Offen, L., & Waller, G. (1997). See no evil, hear no evil, speak no evil: Why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive help for abuse-related issues in adulthood? [Article]. *Clinical Psychology Review, 17*(1), 69-88. doi: 10.1016/s0272-7358(96)00047-5
- Idsoe, T., Dyregrov, A., & Idsoe, E. C. (2012). Bullying and PTSD Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(6), 901-911. doi: 10.1007/s10802-012-9620-0
- Irving, S. M., & Ferraro, K. F. (2006). Reports of abusive experiences during childhood and adult health ratings. *Journal of Aging and Health, 18*(3), 458-485. doi: 10.1177/0898264305280994
- Iwaniec, D., Larkin, E., & Higgins, S. (2006). Research Review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child & Family Social Work, 11*(1), 73-82. doi: 10.1111/j.1365-2206.2006.00398.x
- Kallstrom-Fuqua, A. C., Weston, R., & Marshall, L. L. (2004). Childhood and Adolescent Sexual Abuse of Community Women: Mediated Effects on Psychological Distress and Social Relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(6), 980-992. doi: 10.1037/0022-006x.72.6.980
- Katz, J., & Arias, I. (1999). Psychological abuse and depressive symptoms in dating women: Do different types of abuse have differential effects? *Journal of Family Violence, 14*(3), 281-295. doi: 10.1023/a:1022866400736
- Kendall-Tackett, K. A., & Simon, A. F. (1992). A COMPARISON OF THE ABUSE EXPERIENCES OF MALE AND FEMALE-ADULTS MOLESTED AS CHILDREN. [Article; Proceedings Paper]. *Journal of Family Violence, 7*(1), 57-62. doi: 10.1007/bf00978724
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Acierno, R. (2009). Should PTSD Criterion A Be Retained? *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 374-383. doi: 10.1002/jts.20436
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment, 10*(2), 90-96. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.90
- Lalor, K. (2004). Child sexual abuse in Tanzania and Kenya. *Child Abuse & Neglect, 28*(8), 833-844. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.11.022

- Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2005). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss & Trauma*, 10(1), 7-17. doi: 10.1080/15325020490890606
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Jagsch, R., Moy, Y., Butollo, A., & Knefel, M. (2012). Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche. Wien: Universität Wien. Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung.
- Lukaschek, K., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., Rothe, A. v. E., & Ladwig, K.-H. (2013). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 525-532. doi: 10.1007/s00127-012-0585-7
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., . . . Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung 3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Braehler, E. (2008). Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study. *Nervenarzt*, 79(5), 577-+. doi: 10.1007/s00115-008-2467-5
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Mbagaya, C., Oburu, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). Child physical abuse and neglect in Kenya, Zambia and the Netherlands: A cross-cultural comparison of prevalence, psychopathological sequelae and mediation by PTSS. [Article]. *International Journal of Psychology*, 48(2), 95-107. doi: 10.1080/00207594.2012.691975
- McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 211-222. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.09.003
- McNally, R. J. (2004). *Remembering Trauma*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- McNally, R. J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 26(7), 597-600. doi: 10.1002/da.20586
- Merrill, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B., Gold, S. R., & Milner, J. S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 992-1006. doi: 10.1037//0022-006x.69.6.992
- Messman-Moore, T. L., Long, P. J., & Siegfried, N. J. (2000). The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. [; Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child maltreatment*, 5(1), 18-27. doi: 10.1177/1077559500005001003
- Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S. L., & Clark, D. M. (2005). Unwanted memories of assault: what intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behav Res Ther*, 43(5), 613-628. doi: 10.1016/j.brat.2004.04.006
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G. J., Vilters-van Monfort, P. A. P., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic

- events: evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499. doi: 10.1192/bjp.186.6.494
- Morimoto, Y., & Sharma, A. (2004). Long-Term Outcomes of Verbal Aggression. *Journal of Emotional Abuse*, 4(2), 71-99. doi: 10.1300/J135v04n02_04
- Nicol, A. A. M., & Pexman, P. M. (2010). *Presenting Your Findings: A Practical Guide for Creating Tables*. Washington, DC: American Psychological Association.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D., & Bryant, R. A. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research*, 176(2-3), 257-260. doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.012
- O'Leary, P. J., & Barber, J. (2008). Gender Differences in Silencing Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133-143. doi: 10.1080/10538710801916416
- ÖIF. (2011). http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Gewalt/Documents/Gewaltpraevaleanz_final.pdf: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., . . . Zirakzadeh, A. (2009). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 302(5), 550-561.
- Pat-Horenczyk, R., Peled, O., Miron, T., Brom, D., Villa, Y., & Chemtob, C. M. (2007). Risk-taking behaviors among Israeli adolescents exposed to recurrent terrorism: Provoking danger under continuous threat? *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 66-72. doi: 10.1176/appi.ajp.164.1.66
- Pereda, N., & Forero, C. G. (2012). Contribution of Criterion A2 to PTSD Screening in the Presence of Traumatic Events. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 587-591. doi: 10.1002/jts.21736
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. [Meta-Analysis]. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Perez-Fuentes, G., Olsson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 16-27. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.05.010
- Pilgrim, D. (2012). Child Abuse in Irish Catholic Settings: A Non-Reductionist Account. *Child Abuse Review*, 21(6), 405-413. doi: 10.1002/car.2239
- Rahm, G., Renck, B., & Ringsberg, K. C. (2013). Psychological distress among women who were sexually abused as children. *International Journal of Social Welfare*, 22(3), 269-278. doi: 10.1111/j.1468-2397.2012.00898.x
- Richmond, J. M., Elliott, A. N., Pierce, T. W., Aspelmeier, J. E., & Alexander, A. A. (2009). Polyvictimization, Childhood Victimization, and Psychological Distress in College Women. *Child maltreatment*, 14(2), 127-147. doi: 10.1177/1077559508326357
- Riggs, S. A., & Kaminski, P. (2010). Childhood Emotional Abuse, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Relational Adjustment and Psychological Aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 75-104. doi: 10.1080/10926770903475976
- Romano, E., & De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: a review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.

- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Bohni, M. K. (2008). Memory-Based Model of Posttraumatic Stress Disorder: Evaluating Basic Assumptions Underlying the PTSD Diagnosis. *Psychological Review*, 115(4), 985-1011. doi: 10.1037/a0013397
- Salter, E., & Stallard, P. (2008). The Psychological Impact of Traumatic Events on Children. *Psychological Injury and Law*, 1(2), 138-146. doi: 10.1007/s12207-008-9014-3
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European journal of psychotraumatology*, 2. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.5622
- Scher, C. D., Forde, D. R., McQuaid, J. R., & Stein, M. B. (2004). Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. [Article]. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 167-180. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.012
- Scott-Storey, K. (2011). Cumulative Abuse: Do Things Add Up? An Evaluation of the Conceptualization, Operationalization, and Methodological Approaches in the Study of the Phenomenon of Cumulative Abuse. *Trauma Violence & Abuse*, 12(3), 135-150. doi: 10.1177/1524838011404253
- Shapiro, D. N., Kaplow, J. B., Amaya-Jackson, L., & Dodge, K. A. (2012). Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 157-163. doi: 10.1002/jts.21674
- Solomon, C. R., & Serres, F. (1999). Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child Abuse & Neglect*, 23(4), 339-351. doi: 10.1016/s0145-2134(99)00006-x
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1247-1258. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.05.001
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Stein, M. (2006). Missing years of abuse in children's homes. *Child and Family Social Work*, 11, 11-21.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., . . . Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29. doi: DOI 10.1016/j.avb.2006.03.006
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2012). The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870-890. doi: 10.1080/10926771.2012.708014
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Alink, L. R. A. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81-94. doi: 10.1080/00207594.2012.697165
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. doi: Doi 10.1177/1077559511403920

- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 384-392. doi: Doi 10.1002/Jts.21719
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behav Res Ther, 34*(9), 741-754. doi: 10.1016/0005-7967(96)00034-4
- Tangney, J. P., Mashek, D., & Stuewig, J. (2005). Shame, guilt, and embarrassment: Will the real emotion please stand up? *Psychological Inquiry, 16*(1), 44-48.
- Taussig, H. N., & Culhane, S. E. (2010). Emotional Maltreatment and Psychosocial Functioning in Preadolescent Youth Placed in Out-of-Home Care. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(1), 52-74. doi: 10.1080/10926770903476008
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polacri, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 993-1000.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 993-1000.
- Ullman, S. E., & Najdowski, C. J. (2011). Prospective Changes in Attributions of Self-Blame and Social Reactions to Women's Disclosures of Adult Sexual Assault. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(10), 1934-1962. doi: 10.1177/0886260510372940
- Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-Hagene, L., & Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviors, 38*(6), 2219-2223. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.01.027
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The Criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20*(2), 107-121. doi: 10.1002/jts.20210
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies.
- Weiss, N., Tull, M. T., Borne, M. E. R., & Gratz, K. L. (2013). Posttraumatic stress disorder symptom severity and HIV-risk behaviors among substance-dependent inpatients. *Aids Care, 25*(10), 1219-1223. doi: 10.1080/09540121.2013.764381
- Wessel, I., Overwijk, S., Verwoerd, J., & de Vrieze, N. (2008). Pre-stressor cognitive control is related to intrusive cognition of a stressful film. *Behav Res Ther, 46*(4), 496-513. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.016
- Whipple, E. E., & Richey, C. A. (1997). Crossing the line from physical discipline to child abuse: How much is too much? *Child Abuse & Neglect, 21*(5), 431-444. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00004-5
- WHO. (2002). *Child abuse and neglect by parents and other caregivers – chapter 3. In WHO (2002), World report on violence and health (S. 58-86)*. Geneva: World Health Organisation.
- Wind, T. W., & Silvern, L. (1994). PARENTING AND FAMILY STRESS AS MEDIATORS OF THE LONG-TERM EFFECTS OF CHILD-ABUSE. *Child Abuse & Neglect, 18*(5), 439-453. doi: 10.1016/0145-2134(94)90029-9
- Wolfe, D. A., Francis, K. J., & Straatman, A.-L. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions: Long-term impact on men's mental health. *Child Abuse & Neglect, 30*, 205-212. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.08.015
- Wolfe, D. A., Jaffe, P. G., Jetté, J. L., & Poisson, S. E. (2003). The Impact of Child Abuse in Community Institutions and Organizations: Advancing Professional and Scientific

- Understanding. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 179-191. doi: 10.1093/clipsy/bpg021
- Young, M. S., Harford, K. L., Kinder, B., & Savell, J. K. (2007). The relationship between childhood sexual abuse and adult mental health among undergraduates: victim gender doesn't matter. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(10), 1315-1331. doi: 10.1177/0886260507304552
- Yufik, T., & Simms, L. J. (2010). A Meta-Analytic Investigation of the Structure of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 764-776. doi: 10.1037/a0020981
- Zink, T., Klesges, L., Stevens, S., & Decker, P. (2009). The Development of a Sexual Abuse Severity Score: Characteristics of Childhood Sexual Abuse Associated With Trauma Symptomatology, Somatization, and Alcohol Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 537-546. doi: 10.1177/0886260508317198
- Zolotor, A. J., Theodore, A. D., Chang, J. J., Berkoff, M. C., & Runyan, D. K. (2008). Speak softly-and forget the stick - Corporal punishment and child physical abuse. [Article]. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(4), 364-369. doi: 10.1016/j.amepre.2008.06.031

10 Anhang

Tabelle 21

Einfluss der binären Gewaltformen auf das subjektive Ereigniskriterium A2 (N = 448)

		B	SE B	Wald	OR	95% KI	
						Unterer Wert	Oberer Wert
1	sexuell	18,187	21888,893	,000	79158393,020	,000	.
	emotional	18,187	16908,905	,000	79158328,656	,000	.
	körperlich	18,187	16908,896	,000	79158354,740	,000	.
	emotional x sexuell	-18,187	15191,527	,000	,000	,000	.
	emotional x körperlich	-1,812	7424,869	,000	,163	,000	.
	körperlich x sexuell	-,162	15758,860	,000	,850	,000	.
	Konstante	-39,390	22730,875	,000	,000		
2	sexuell	18,025	15191,507	,000	67311330,372	,000	.
	emotional	18,175	16872,034	,000	78202125,235	,000	.
	körperlich	18,025	6129,371	,000	67311444,911	,000	.
	emotional x sexuell	-18,187	15191,507	,000	,000	,000	.
	emotional x körperlich	-1,800	7340,543	,000	,165	,000	.
	Konstante	-39,228	16381,427	,000	,000		
	sexuell	18,025	15191,475	,000	67311358,638	,000	.
3	emotional	16,375	15191,475	,000	12923780,858	,000	.
	körperlich	17,066	3229,577	,000	25799192,461	,000	.
	emotional x sexuell	-18,187	15191,475	,000	,000	,000	.
	Konstante	-38,269	15530,971	,000	,000		
	sexuell	1,705	1,432	1,418	5,500	,333	90,965
	körperlich	17,064	3228,994	,000	25758924,610	,000	.
	emotional x sexuell	-1,812	1,431	1,603	,163	,010	2,699
4	Konstante	-21,947	3228,994	,000	,000		
	körperlich	16,473	3354,334	,000	14254328,680	,000	.
	emotional x sexuell	-,634	1,230	,265	,531	,048	5,914
	Konstante	-20,829	3354,334	,000	,000		
	körperlich	16,588	3372,919	,000	15994800,210	,000	.
	Konstante	-21,203	3372,919	,000	,000		
	Konstante	-4,999	,579	74,482	,007		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 22

Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe B – Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	,445		.005	-.002
	sexuell	-,062	-,053		
	emotional	-,079	-,055		
	körperlich	-,006	-,005		
2	Konstante	,441		.005	.000
	sexuell	-,060	-,052		
	emotional	-,081	-,056		
3	Konstante	,387		.002	.000
	emotional	-,065	-,045		
4	Konstante	,333		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 23*Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe C – Folgencluster (N = 448)*

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	,255	,094		.020	.014
1 sexuell	,025	,061	,021		
1 emotional	,137	,072	,092		
1 körperlich	-,149	,062	-,125		
2 Konstante	,281	,068		.020	.015
2 emotional	,133	,072	,090		
2 körperlich	-,158**	,058	-,133		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 24*Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe D – Folgencluster (N = 448)*

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	,146	,095		.004	-.003
1 sexuell	,071	,062	,060		
1 emotional	,048	,073	,032		
1 körperlich	,039	,062	,033		
2 Konstante	,175	,083		.003	-.002
2 sexuell	,057	,058	,048		
2 emotional	,056	,072	,038		
3 Konstante	,229	,047		.002	-.001
3 sexuell	,047	,056	,040		
4 Konstante	,261	,026		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 25*Einfluss der binären Gewaltformen auf leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten (N = 448)*

Schritt und Variable	B	SE B	Wald	OR	95% KI	
					Unterer Wert	Oberer Wert
1 sexuell	17,622	15191,333	,000	45005399,194	,000	.
1 emotional	-,990	1,766	,314	,371	,012	11,833
1 körperlich	18,421	15191,333	,000	100011998,209	,000	.
1 emotional x sexuell	,724	1,596	,206	2,063	,090	47,144
1 emotional x körperlich	,091	1,349	,005	1,095	,078	15,393
1 körperlich x sexuell	-,19,009	15191,333	,000	,000	,000	.
1 Konstante	-,20,213	15191,333	,000	,000		
2 sexuell	17,695	15191,879	,000	48394796,056	,000	.
2 emotional	-,899	1,140	,622	,407	,044	3,801
2 körperlich	18,512	15191,879	,000	109525761,927	,000	.
2 emotional x sexuell	,662	1,299	,260	1,939	,152	24,754
2 körperlich x sexuell	-,19,030	15191,879	,000	,000	,000	.
2 Konstante	-,20,303	15191,879	,000	,000		
3 sexuell	18,307	15191,541	,000	89252216,487	,000	.
3 emotional	-,370	,556	,442	,691	,233	2,054
3 körperlich	18,557	15191,541	,000	114628937,895	,000	.
3 körperlich x sexuell	-,19,049	15191,541	,000	,000	,000	.
3 Konstante	-,20,833	15191,541	,000	,000		
4 sexuell	18,438	15191,492	,000	101761889,304	,000	.
4 körperlich	18,580	15191,492	,000	117251854,309	,000	.
4 körperlich x sexuell	-,19,141	15191,492	,000	,000	,000	.
4 Konstante	-,21,203	15191,492	,000	,000		
5 körperlich	,195	,502	,152	1,216	,455	3,250
5 körperlich x sexuell	-,703	,540	1,694	,495	,172	1,427
5 Konstante	-,2,818	,364	59,967	,060		

	körperlich x sexuell	-,606	,485	1,563	,545	,211	1,411
	Konstante	-2,720	,250	117,97	,066		
				6			
7	Konstante	-2,917	,214	185,60	,054		
				6			

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 26

Einfluss der binären Gewaltformen auf Scham- und Schuldgefühle (N = 448)

Schritt und Variable		B	SE B	Wald	OR	95% KI	
						Unterer Wert	Oberer Wert
1	sexuell	19,050	15191,738	,000	187548729,106	,000	.
	emotional	19,490	15191,738	,000	291370347,003	,000	.
	körperlich	-1,425	1,036	1,891	,240	,032	1,833
	emotional x sexuell	-20,043	15191,738	,000	,000	,000	.
	emotional x körperlich	,159	,660	,058	1,173	,322	4,277
	körperlich x sexuell	1,001	,865	1,337	2,720	,499	14,833
	Konstante	-19,778	15191,738	,000	,000		
2	sexuell	19,170	15191,305	,000	211472209,417	,000	.
	emotional	19,650	15191,305	,000	341730120,714	,000	.
	körperlich	-1,266	,799	2,509	,282	,059	1,350
	emotional x sexuell	-20,139	15191,305	,000	,000	,000	.
	körperlich x sexuell	,960	,849	1,279	2,611	,495	13,781
	Konstante	-19,937	15191,305	,000	,000		
	sexuell	20,062	15190,850	,000	516434346,981	,000	.
3	emotional	19,716	15190,850	,000	365085738,164	,000	.
	körperlich	-,406	,273	2,218	,666	,390	1,137
	emotional x sexuell	-20,182	15190,850	,000	,000	,000	.
	Konstante	-20,797	15190,850	,000	,000		
	sexuell	20,327	15191,270	,000	673112705,514	,000	.
	emotional	19,740	15191,270	,000	373951503,063	,000	.
	emotional x sexuell	-20,303	15191,270	,000	,000	,000	.
4	Konstante	-21,203	15191,270	,000	,000		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 27

Einfluss der binären Gewaltformen auf den PTBS-Score – Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	1,249	,207	.005	-.001
	sexuell	,006	,135		
	emotional	,018	,160		
	körperlich	-,191	,136		
2	Konstante	1,256	,150	.005	.001
	emotional	,017	,158		
	körperlich	-,193	,127		
3	Konstante	1,268	,101	.005	.003
	körperlich	-,189	,123		
4	Konstante	1,138	,057	.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 28

Einfluss der binären Gewaltformen auf Kriterium B – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	11,911	1,530	.040	.023
	sexuell	1,153	1,075		

	emotional	2,945	1,117	,208		
	körperlich	-,333	,981	-,029		
2	Konstante	11,668	1,347		.039	.028
	sexuell	1,304	,976	,103		
	emotional	2,863	1,087	,202		
3	Konstante	12,972	,930		.029	.024
	emotional	2,425*	1,039	,171		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 29

Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe C – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR ²
1 Konstante	14,096	1,893		.055	.039
1 sexuell	2,415	1,350	,150		
1 emotional	3,274	1,369	,190		
1 körperlich	-1,541	1,202	-,109		
2 Konstante	12,988	1,688		.035	.035
2 Sexuell*	3,095	1,244	,193		
2 Emotional*	2,875	1,336	,167		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 30

Einfluss der binären Gewaltformen auf Symptomgruppe D – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR ²
1 Konstante	11,901	1,459		.013	-.003
1 sexuell	1,143	1,025	,096		
1 emotional	1,041	1,065	,078		
1 körperlich	-,358	,936	-,033		
2 Konstante	11,639	1,285		.012	.001
2 sexuell	1,305	,931	,109		
2 emotional	,952	1,037	,072		
3 Konstante	12,592	,759		.008	.002
3 sexuell	1,047	,887	,088		
4 Konstante	13,357	,394		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 31

Einfluss der binären Gewaltformen auf den PCL-C-Score (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR ²
1 Konstante	38,483	4,508		.036	.019
1 sexuell	4,148	3,220	,111		
1 emotional	7,102	3,245	,176		
1 körperlich	-2,273	2,865	-,069		
2 Konstante	36,827	3,992		.032	.021
2 sexuell	5,173	2,946	,138		
2 emotional	6,537*	3,162	,162		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 32*Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Ereigniskriterium A2 (N = 448)*

Schritt und Variable		B	SE B	Wald	OR	95% KI	
						Unterer Wert	Oberer Wert
1	Score sexuell	-,907	1,639	,306	,404	,016	10,019
	Score körperlich	,074	,809	,008	1,076	,220	5,260
	Score emotional	-1,969	1,754	1,260	,140	,004	4,348
	Score körperlich x Score sexuell	,420	,467	,811	1,522	,610	3,799
	Score emotional x Score körperlich	,313	,355	,775	1,367	,681	2,743
	Score emotional x Score sexuell	,658	,632	1,085	1,932	,560	6,666
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	-,197	,173	1,308	,821	,585	1,151
	Konstante	-4,276	2,969	2,074	,014		
	Score sexuell	-1,009	1,194	,715	,365	,035	3,782
	Score emotional	-2,054	1,468	1,958	,128	,007	2,278
2	Score körperlich x Score sexuell	,454	,293	2,404	1,574	,887	2,792
	Score emotional x Score körperlich	,338	,217	2,424	1,402	,916	2,147
	Score emotional x Score sexuell	,693	,502	1,908	1,999	,748	5,345
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	-,208	,125	2,764	,812	,635	1,038
	Konstante	-4,055	1,621	6,261	,017		
	Score emotional	-1,830	1,512	1,465	,160	,008	3,105
	Score körperlich x Score sexuell	,299	,199	2,261	1,349	,913	1,992
	Score emotional x Score körperlich	,356	,231	2,365	1,427	,907	2,246
	Score emotional x Score sexuell	,379	,408	,862	1,461	,656	3,251
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	-,154	,108	2,034	,857	,694	1,059
3	Konstante	-5,179	1,274	16,516	,006		
	Score emotional	-1,021	,982	1,082	,360	,053	2,467
	Score körperlich x Score sexuell	,301	,195	2,385	1,351	,922	1,978
	Score emotional x Score körperlich	,219	,156	1,967	1,244	,917	1,689
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	-,086	,080	1,162	,917	,784	1,073
	Konstante	-5,161	1,240	17,330	,006		
	Score körperlich x Score sexuell	,401	,178	5,052	1,493	1,053	2,118
	Score emotional x Score körperlich	,069	,067	1,068	1,071	,940	1,221
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	-,115	,076	2,283	,892	,768	1,035
	Konstante	-6,126	1,038	34,864	,002		
4	Score körperlich x Score sexuell	,355	,169	4,433	1,426	1,025	1,985
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	-,086	,068	1,593	,918	,804	1,048
	Konstante	-5,683	,827	47,190	,003		
	Score körperlich x Score sexuell	,129	,080	2,620	1,138	,973	1,330
	Konstante	-5,493	,763	51,829	,004		
	Konstante	-4,999	,579	74,482	,007		
	Score körperlich	,498	,267	3,482	1,646	,975	2,779
	Konstante	-6,571	1,286	26,127	,001		
	Score sexuell	-,025	,020	-,064			
	Score körperlich	-,008	,016	-,027			
	Score emotional	-3,832E-005	,017	,000			
5	Konstante	,388	,062			.003	-.003
	Score sexuell	-,025	,020	-,064			
	Score körperlich	-,008	,016	-,027			
	Score emotional	-3,832E-005	,017	,000			
	Konstante	,388	,057			.003	-.001
	Score sexuell	-,025	,020	-,064			
	Score körperlich	-,008	,014	-,027			
	Konstante	,365	,039			.003	.001
	Score sexuell	-,025	,020	-,064			
	Score körperlich	-,008	,014	-,027			
	Konstante	,365	,039			.003	.001

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 33*Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe B – Folgencluster (N = 448)*

Schritt und Variable		B	SE B	β	R ²	ΔR ²
1	Konstante	,388	,062		.003	-.003
	Score sexuell	-,025	,020	-,064		
	Score körperlich	-,008	,016	-,027		
	Score emotional	-3,832E-005	,017	,000		
2	Konstante	,388	,057		.003	-.001
	Score sexuell	-,025	,020	-,064		
	Score körperlich	-,008	,014	-,027		
3	Konstante	,365	,039		.003	.001

4	Score sexuell	-,021	,018	-,053		
	Konstante	,333	,025		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 34

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe C – Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	,345		.013	.006
	Score sexuell	-,005	-,013		
	Score körperlich	-,036	-,126		
	Score emotional	,010	,028		
2	Konstante	,335		.013	.008
	Score körperlich	-,034	-,121		
	Score emotional	,010	,028		
3	Konstante	,348		.012	
	Score körperlich	-,031*	-,109		.010

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 35

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe D – Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	,168		.006	.000
	Score sexuell	,031	,078		
	Score körperlich	,011	,040		
	Score emotional	,010	,029		
2	Konstante	,181		.006	.001
	Score sexuell	,031	,079		
	Score körperlich	,015	,052		
3	Konstante	,225		.003	.001
	Score sexuell	,023	,058		
4	Konstante	,261		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 36

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten (N = 448)

Schritt und Variable		B	SE B	Wald	OR	95% KI	
						Unterer Wert	Oberer Wert
1	Score sexuell	-,380	,386	,968	,684	,321	1,457
	Score körperlich	,153	,297	,266	1,165	,651	2,084
	Score emotional	-,150	,425	,124	,861	,374	1,981
	Score körperlich x Score sexuell	-,246	,229	1,153	,782	,499	1,225
	Score emotional x Score körperlich	-,158	,150	1,114	,854	,637	1,145
	Score emotional x Score sexuell	,056	,178	,098	1,057	,746	1,499
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	,074	,077	,924	1,077	,926	1,252
	Konstante	-1,797	,789	5,184	,166		
2	Score sexuell	-,287	,243	1,399	,750	,466	1,208
	Score körperlich	,199	,257	,603	1,221	,738	2,019
	Score emotional	-,037	,222	,028	,963	,624	1,488
	Score körperlich x Score sexuell	-,271	,213	1,618	,763	,502	1,158
	Score emotional x Score körperlich	-,189	,114	2,724	,828	,662	1,036

	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	,089	,060	2,184	1,093	,971	1,229
	Konstante	-1,968	,578	11,611	,140		
	Score sexuell	-,292	,241	1,460	,747	,466	1,199
	Score körperlich	,212	,245	,747	1,236	,764	1,999
	Score körperlich x Score sexuell	-,269	,214	1,589	,764	,503	1,161
3	Score emotional x Score körperlich	-,199	,095	4,381	,819	,680	,987
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	,089	,061	2,128	1,093	,970	1,231
	Konstante	-2,012	,517	15,169	,134		
	Score sexuell	-,387	,217	3,175	,679	,444	1,039
	Score körperlich x Score sexuell	-,178	,188	,902	,837	,579	1,209
4	Score emotional x Score körperlich	-,145	,068	4,525	,865	,757	,989
	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	,067	,056	1,390	1,069	,957	1,194
	Konstante	-1,770	,417	17,983	,170		
	Score sexuell	-,433	,221	3,826	,649	,421	1,001
	Score emotional x Score körperlich	-,144	,069	4,321	,866	,756	,992
5	Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	,020	,043	,220	1,020	,938	1,109
	Konstante	-1,802	,421	18,299	,165		
	Score sexuell	-,384*	,191	4,062	,681	,469	,989
6	Score emotional x Score körperlich	-,127*	,055	5,274	,881	,790	,982
	Konstante	-1,871	,395	22,468	,154		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 37

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Scham- und Schuldgefühle (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	Wald	OR	95% Konfidenzintervall für OR	
					Unterer Wert	Oberer Wert
Score sexuell	,245	,207	1,409	1,278	,852	1,916
Score körperlich	-,084	,177	,227	,919	,650	1,300
Score emotional	,044	,234	,036	1,045	,661	1,653
Score körperlich x Score sexuell	-,068	,096	,500	,934	,774	1,128
1 Score emotional x Score körperlich	,012	,063	,037	1,012	,895	1,145
Score emotional x Score sexuell	-,086	,094	,826	,918	,763	1,104
Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	,019	,031	,354	1,019	,958	1,084
Konstante	-1,462	,508	8,294	,232		
Score sexuell	,220	,155	2,002	1,246	,919	1,689
Score körperlich	-,102	,149	,468	,903	,674	1,209
Score körperlich x Score sexuell	-,062	,091	,466	,940	,787	1,123
2 Score emotional x Score körperlich	,022	,033	,473	1,023	,959	1,090
Score emotional x Score sexuell	-,071	,051	1,950	,932	,844	1,029
Score emotional x Score körperlich x Score sexuell	,015	,026	,351	1,016	,965	1,069
Konstante	-1,389	,326	18,167	,249		
Score sexuell	,187	,145	1,664	1,206	,907	1,603
Score körperlich	-,136	,138	,960	,873	,666	1,145
Score körperlich x Score sexuell	-,018	,050	,126	,982	,890	1,084
3 Score emotional x Score körperlich	,031	,028	1,212	1,032	,976	1,091
Score emotional x Score sexuell	-,056	,043	1,704	,946	,870	1,028
Konstante	-1,373	,325	17,849	,253		
Score sexuell	,165	,130	1,594	1,179	,913	1,522
Score körperlich	-,165	,112	2,186	,848	,681	1,055
4 Score emotional x Score körperlich	,033	,028	1,450	1,034	,979	1,092
Score emotional x Score sexuell	-,060	,041	2,131	,942	,868	1,021
Konstante	-1,313	,277	22,445	,269		
Score sexuell	,134	,127	1,123	1,144	,892	1,466
Score körperlich	-,066	,072	,841	,936	,813	1,078
5 Score emotional x Score sexuell	-,047	,040	1,401	,954	,883	1,031
Konstante	-1,316	,275	22,845	,268		

	Score sexuell	,192	,110	3,009	1,211	,975	1,504
6	Score emotional x Score sexuell	-,057	,038	2,242	,944	,876	1,018
	Konstante	-1,508	,184	67,524	,221		
7	Score sexuell	,078	,084	,860	1,081	,917	1,273
	Konstante	-1,493	,183	66,835	,225		
8	Konstante	-1,367	,117	135,485	,255		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 38

Einfluss des Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf den PTBS-Score – Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	1,238	,138		.005	-.002
Score sexuell	-,006	,045	-,007		
Score körperlich	-,047	,035	-,076		
Score emotional	,004	,039	,005		
2 Konstante	1,243	,129		.005	.001
Score sexuell	-,006	,045	-,006		
Score körperlich	-,046	,032	-,074		
3 Konstante	1,231	,083		.005	.003
Score körperlich	-,044	,029	-,072		
4 Konstante	1,138	,057		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 39

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe B – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Konstante	12,620	1,054		.031	.014
1 Score sexuell	,684	,335	,172		
Score körperlich	,318	,269	,106		
Score emotional	,289	,284	,083		
Konstante	13,050	,966		.025	.014
2 Score sexuell	,666*	,334	,167		
Score körperlich	,416	,251	,139		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 40

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe C – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
Konstante	14,136	1,275		.079	.063
1 Score sexuell	1,134	,406	,229		
Score körperlich	-,149	,325	-,040		
Score emotional	,901	,348	,206		
Konstante	13,848	1,108		.078	.068
2 Score sexuell	1,213***	,367	,245		
Score emotional	,845**	,326	,193		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 41

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf Symptomgruppe D – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	11,399	1,005		.030	.014
Score sexuell	,740	,319	,198		
Score körperlich	,317	,271	,108		
Score emotional	,074	,269	,023		
2 Konstante	11,501	,931		.030	.019
Score sexuell	,738	,318	,197		
Score körperlich	,345	,250	,117		
3 Konstante	12,467	,614		.019	.014
Score sexuell	,519	,276	,139		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 42

Einfluss der Summenscores der jeweiligen Gewaltform auf den PCL-C-Score (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	38,319	3,084		.047	.031
Score sexuell	2,434	,986	,211		
Score körperlich	,488	,829	,054		
Score emotional	1,298	,837	,127		
2 Konstante	39,249	2,644		.045	.034
Score sexuell	2,172*	,878	,188		
Score emotional	1,480	,777	,145		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 43

Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Ereigniskriterium A2 (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	Wald	OR	95% KI	
					Unterer Wert	Oberer Wert
S1	,102	1,996	,003	1,107	,022	55,385
S2	2,151	2,177	,976	8,595	,121	612,629
S3	1,093	1,727	,400	2,982	,101	88,079
S4	1,079	1,708	,399	2,941	,103	83,592
S5	-,595	1,953	,093	,552	,012	25,352
K1	2,675	1,789	2,235	14,510	,435	483,808
K2	16,122	2393,074	,000	10040020,974	,000	.
K3	1,851	1,632	1,286	6,365	,260	155,924
K4	,897	1,808	,246	2,451	,071	84,751
E1	-,477	1,592	,090	,621	,027	14,073
E2	-16,507	3151,505	,000	,000	,000	.
E3	-2,287	1,640	1,945	,102	,004	2,527
E4	-16,750	4557,049	,000	,000	,000	.
E5	-17,512	3461,701	,000	,000	,000	.
E6	1,476	1,642	,808	4,374	,175	109,314
Konstante	-23,287	2393,075	,000	,000		
S2	2,205	1,911	1,332	9,070	,214	383,710
S3	1,126	1,595	,499	3,084	,135	70,227
S4	1,068	1,697	,396	2,910	,105	81,033
S5	-,582	1,941	,090	,559	,012	25,084
K1	2,686	1,777	2,285	14,673	,451	477,455
K2	16,131	2392,758	,000	10126374,817	,000	.
K3	1,858	1,625	1,307	6,411	,265	154,972
K4	,897	1,804	,247	2,452	,071	84,206

3	E1	-,468	1,578	,088	,626	,028	13,811
	E2	-16,501	3160,299	,000	,000	,000	.
	E3	-2,291	1,635	1,963	,101	,004	2,495
	E4	-16,757	4556,825	,000	,000	,000	.
	E5	-17,569	3434,440	,000	,000	,000	.
	E6	1,454	1,579	,847	4,278	,194	94,471
	Konstante	-23,292	2392,759	,000	,000		
	S2	2,297	1,909	1,448	9,949	,236	419,433
	S3	1,220	1,581	,595	3,386	,153	75,098
	S4	1,088	1,701	,409	2,968	,106	83,316
	S5	-,581	1,902	,093	,559	,013	23,251
	K1	2,682	1,804	2,209	14,608	,425	501,549
4	K2	16,055	2396,286	,000	9388923,392	,000	.
	K3	1,777	1,563	1,294	5,913	,277	126,425
	K4	,830	1,772	,219	2,293	,071	73,930
	E2	-16,595	3123,371	,000	,000	,000	.
	E3	-2,417	1,585	2,324	,089	,004	1,995
	E4	-16,806	4541,684	,000	,000	,000	.
	E5	-17,545	3422,035	,000	,000	,000	.
	E6	1,599	1,548	1,067	4,947	,238	102,733
	Konstante	-23,420	2396,288	,000	,000		
	S2	1,993	1,612	1,529	7,336	,312	172,753
	S3	1,207	1,608	,563	3,344	,143	78,199
	S4	,874	1,547	,320	2,398	,116	49,713
5	K1	2,727	1,811	2,267	15,286	,439	531,855
	K2	16,106	2415,630	,000	9877489,122	,000	.
	K3	1,767	1,587	1,239	5,851	,261	131,237
	K4	,735	1,765	,174	2,086	,066	66,398
	E2	-16,622	3125,961	,000	,000	,000	.
	E3	-2,404	1,576	2,328	,090	,004	1,982
	E4	-16,967	4494,509	,000	,000	,000	.
	E5	-17,435	3420,675	,000	,000	,000	.
	E6	1,503	1,491	1,017	4,497	,242	83,542
	Konstante	-23,401	2415,631	,000	,000		
	S2	2,194	1,556	1,988	8,967	,425	189,191
	S3	1,080	1,509	,513	2,945	,153	56,650
6	S4	,764	1,479	,267	2,147	,118	38,976
	K1	2,692	1,794	2,251	14,766	,438	497,334
	K2	16,169	2424,609	,000	10525390,492	,000	.
	K3	2,062	1,418	2,113	7,861	,488	126,704
	E2	-16,494	3139,697	,000	,000	,000	.
	E3	-2,309	1,523	2,298	,099	,005	1,967
	E4	-17,082	4409,838	,000	,000	,000	.
	E5	-17,315	3435,666	,000	,000	,000	.
	E6	1,667	1,453	1,317	5,295	,307	91,272
	Konstante	-23,315	2424,610	,000	,000		
	S2	2,170	1,581	1,884	8,758	,395	194,161
	S3	1,065	1,526	,487	2,900	,146	57,784
7	K1	2,732	1,827	2,235	15,365	,428	552,194
	K2	16,098	2434,997	,000	9798782,527	,000	.
	K3	1,879	1,362	1,904	6,547	,454	94,405
	E2	-16,586	3140,758	,000	,000	,000	.
	E3	-2,264	1,513	2,240	,104	,005	2,016
	E4	-17,081	4323,246	,000	,000	,000	.
	E5	-16,794	3580,438	,000	,000	,000	.
	E6	1,461	1,358	1,157	4,308	,301	61,694
	Konstante	-22,801	2434,997	,000	,000		
	S2	2,269	1,521	2,224	9,668	,490	190,673
	K1	2,397	1,623	2,180	10,986	,456	264,611
	K2	16,079	2426,567	,000	9615160,920	,000	.
	K3	1,970	1,348	2,134	7,171	,510	100,788
	E2	-16,581	3169,721	,000	,000	,000	.
	E3	-2,355	1,489	2,503	,095	,005	1,755

	E4	-17,228	4247,935	,000	,000	,000	.
	E5	-16,447	3676,811	,000	,000	,000	.
	E6	1,458	1,351	1,164	4,297	,304	60,720
	Konstante	-22,355	2426,567	,000	,000		
	S2	2,108	1,460	2,085	8,230	,471	143,851
	K1	1,963	1,433	1,875	7,120	,429	118,197
	K2	16,138	2504,594	,000	10204087,960	,000	.
	K3	2,097	1,333	2,476	8,140	,597	110,922
8	E2	-16,385	3264,731	,000	,000	,000	.
	E3	-2,320	1,477	2,468	,098	,005	1,776
	E4	-17,609	4121,436	,000	,000	,000	.
	E5	-16,427	3695,384	,000	,000	,000	.
	Konstante	-21,427	2504,594	,000	,000		
	S2	1,855	1,467	1,598	6,391	,360	113,385
	K1	2,308	1,521	2,303	10,054	,510	198,078
	K2	16,165	2551,430	,000	10480313,531	,000	.
9	K3	1,839	1,307	1,979	6,290	,485	81,560
	E2	-16,306	3315,470	,000	,000	,000	.
	E3	-2,267	1,425	2,531	,104	,006	1,691
	E4	-17,320	4306,847	,000	,000	,000	.
	Konstante	-21,689	2551,430	,000	,000		
	K1	1,757	1,285	1,869	5,795	,467	71,933
	K2	15,962	2677,485	,000	8550834,853	,000	.
	K3	1,861	1,318	1,994	6,432	,486	85,153
10	E2	-16,560	3365,267	,000	,000	,000	.
	E3	-2,042	1,320	2,393	,130	,010	1,725
	E4	-16,166	4745,919	,000	,000	,000	.
	Konstante	-20,837	2677,485	,000	,000		
	K1	1,654	1,269	1,699	5,226	,435	62,813
	K2	16,047	2751,119	,000	9313127,684	,000	.
	K3	1,719	1,285	1,788	5,576	,449	69,208
11	E2	-16,502	3445,233	,000	,000	,000	.
	E3	-1,941	1,294	2,250	,144	,011	1,813
	Konstante	-20,929	2751,119	,000	,000		
	K1	1,928	1,279	2,272	6,879	,560	84,437
	K3	2,193	1,313	2,788	8,963	,683	117,615
12	E2	-16,503	3503,371	,000	,000	,000	.
	E3	-1,743	1,309	1,772	,175	,013	2,277
	Konstante	-5,735	1,216	22,229	,003		
	K1	1,742	1,254	1,930	5,706	,489	66,587
	K3	1,721	1,254	1,885	5,591	,479	65,246
13	E2	-16,723	3647,492	,000	,000	,000	.
	Konstante	-6,211	1,220	25,932	,002		
	K1	2,033	1,232	2,722	7,634	,682	85,389
14	E2	-16,482	3763,303	,000	,000	,000	.
	Konstante	-5,602	1,002	31,268	,004		
15	K1	1,971	1,230	2,566	7,175	,644	79,967
	Konstante	-5,852	1,001	34,150	,003		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 44

Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe B - Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R^2	ΔR^2
Konstante	,393	,070		.027	-.006
1 S1	-,124	,071	-,089		
S2	-,003	,075	-,002		
S3	-,028	,062	-,023		
S4	-,062	,057	-,057		
S5	,031	,056	,029		

	K1	-,042	,065	-,032		
	K2	-,063	,063	-,057		
	K3	-,056	,069	-,045		
	K4	,072	,066	,065		
	E1	-,066	,061	-,059		
	E2	-,019	,063	-,015		
	E3	,101	,058	,093		
	E4	,074	,088	,041		
	E5	-,006	,072	-,004		
	E6	-,048	,053	-,044		
	Konstante	,393	,069		.027	-.004
	S1	-,125	,068	-,089		
	S3	-,028	,061	-,024		
	S4	-,062	,057	-,057		
	S5	,031	,056	,029		
2	K1	-,042	,065	-,032		
	K2	-,063	,063	-,057		
	K3	-,056	,068	-,045		
	K4	,072	,066	,065		
	E1	-,066	,061	-,059		
	E2	-,020	,063	-,015		
	E3	,101	,058	,093		
	E4	,074	,088	,041		
	E5	-,006	,071	-,004		
	E6	-,047	,053	-,043		
	Konstante	,392	,069		.027	-.002
	S1	-,125	,068	-,089		
	S3	-,029	,061	-,024		
	S4	-,063	,057	-,058		
	S5	,031	,056	,029		
3	K1	-,042	,065	-,032		
	K2	-,063	,063	-,057		
	K3	-,056	,068	-,045		
	K4	,071	,065	,065		
	E1	-,066	,060	-,058		
	E2	-,019	,063	-,015		
	E3	,101	,058	,093		
	E4	,073	,087	,041		
	E6	-,048	,053	-,044		
	Konstante	,391	,069		.027	.000
	S1	-,123	,067	-,088		
	S3	-,029	,061	-,024		
	S4	-,063	,057	-,058		
	S5	,031	,056	,029		
4	K1	-,042	,065	-,032		
	K2	-,063	,063	-,058		
	K3	-,057	,068	-,046		
	K4	,069	,065	,062		
	E1	-,066	,060	-,059		
	E3	,100	,057	,092		
	E4	,073	,087	,040		
	E6	-,049	,053	-,045		
	Konstante	,379	,064		.027	.002
	S1	-,127	,067	-,091		
	S4	-,064	,057	-,059		
	S5	,031	,056	,028		
5	K1	-,039	,065	-,030		
	K2	-,059	,062	-,054		
	K3	-,056	,068	-,046		
	K4	,073	,064	,067		
	E1	-,065	,060	-,058		
	E3	,100	,057	,092		
	E4	,071	,087	,039		

	E3	,066	,051	,061		
15	Konstante	,354	,028		.007	.005
	S1	-,120	,066	-,086		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 45

Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe C - Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	,348		.030	-.003
	S1	-,017	-,012		
	S2	,011	,007		
	S3	,023	,019		
	S4	-,052	-,046		
	S5	,014	,012		
	K1	-,068	-,051		
	K2	-,030	-,026		
	K3	-,115	-,090		
	K4	-,036	-,032		
	E1	,024	,021		
	E2	,051	,038		
	E3	,024	,021		
	E4	,022	,012		
	E5	,133	,087		
	E6	-,085	-,076		
2	Konstante	,350		.030	-.001
	S1	-,014	-,010		
	S3	,024	,020		
	S4	-,052	-,047		
	S5	,014	,013		
	K1	-,068	-,051		
	K2	-,030	-,027		
	K3	-,115	-,091		
	K4	-,036	-,032		
	E1	,024	,021		
	E2	,051	,039		
	E3	,024	,022		
	E4	,023	,013		
	E5	,134	,088		
	E6	-,086	-,076		
3	Konstante	,348		.030	.001
	S3	,023	,019		
	S4	-,052	-,047		
	S5	,013	,012		
	K1	-,069	-,051		
	K2	-,030	-,026		
	K3	-,115	-,090		
	K4	-,037	-,032		
	E1	,024	,021		
	E2	,052	,039		
	E3	,024	,021		
	E4	,023	,013		
	E5	,134	,088		
	E6	-,086	-,077		
4	Konstante	,353		.030	.003
	S3	,023	,019		
	S4	-,049	-,044		
	K1	-,070	-,052		
	K2	-,030	-,027		
	K3	-,115	-,091		
	K4	-,038	-,034		

5	E1	,024	,062	,021	.030	.006
	E2	,052	,064	,040		
	E3	,024	,059	,022		
	E4	,025	,090	,013		
	E5	,134	,073	,088		
	E6	-,085	,054	-,076		
	Konstante	,353	,067			
	S3	,024	,062	,020		
	S4	-,047	,056	-,042		
	K1	-,069	,066	-,052		
	K2	-,030	,065	-,027		
	K3	-,117	,070	-,092		
	K4	-,037	,067	-,033		
6	E1	,024	,062	,021	.030	.008
	E2	,052	,064	,040		
	E3	,024	,059	,021		
	E5	,135	,073	,088		
	E6	-,085	,054	-,075		
	Konstante	,364	,062			
	S4	-,045	,056	-,041		
	K1	-,071	,066	-,053		
	K2	-,034	,064	-,030		
	K3	-,118	,070	-,093		
	K4	-,041	,066	-,037		
	E1	,024	,062	,020		
	E2	,052	,064	,040		
	E3	,024	,059	,021		
7	E5	,137	,072	,090	.029	.009
	E6	-,084	,054	-,075		
	Konstante	,366	,061			
	S4	-,047	,056	-,042		
	K1	-,069	,066	-,051		
	K2	-,033	,064	-,029		
	K3	-,115	,069	-,091		
	K4	-,036	,064	-,032		
	E2	,053	,064	,040		
	E3	,028	,058	,025		
	E5	,136	,072	,089		
	E6	-,084	,054	-,075		
8	Konstante	,376	,058		.029	.011
	S4	-,048	,056	-,043		
	K1	-,067	,066	-,050		
	K2	-,028	,063	-,025		
	K3	-,112	,069	-,088		
	K4	-,031	,064	-,028		
	E2	,055	,064	,042		
	E5	,137	,072	,090		
	E6	-,083	,054	-,074		
9	Konstante	,364	,052		.028	.013
	S4	-,046	,055	-,041		
	K1	-,074	,064	-,055		
	K3	-,119	,067	-,093		
	K4	-,039	,061	-,034		
	E2	,054	,064	,041		
	E5	,138	,072	,091		
	E6	-,083	,054	-,073		
10	Konstante	,354	,049		.028	.014
	S4	-,039	,054	-,035		
	K1	-,077	,063	-,058		
	K3	-,133	,063	-,105		
	E2	,047	,063	,036		
	E5	,135	,072	,089		
	E6	-,087	,053	-,077		

11	Konstante	,334	,041		.026	.015
	K1	-,074	,063	-,056		
	K3	-,124	,061	-,097		
	E2	,048	,063	,036		
	E5	,131	,072	,086		
	E6	-,085	,053	-,076		
12	Konstante	,342	,040		.025	.016
	K1	-,073	,063	-,055		
	K3	-,117	,061	-,092		
	E5	,129	,072	,085		
	E6	-,081	,053	-,072		
13	Konstante	,328	,038		.022	.016
	K3	-,127	,060	-,100		
	E5	,130	,072	,085		
	E6	-,080	,053	-,072		
14	Konstante	,298	,032		.017	.013
	K3	-,133*	,060	-,104		
	E5	,124	,072	,082		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 46

Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe D - Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	,149	,072		,026	-,007
S1	,008	,073	,006		
S2	-,017	,077	-,011		
S3	,052	,063	,043		
S4	,055	,059	,049		
S5	,087	,058	,078		
K1	,065	,067	,049		
K2	,043	,065	,039		
K3	,044	,070	,034		
K4	-,025	,067	-,022		
E1	,105	,062	,091		
E2	,043	,065	,033		
E3	-,068	,059	-,061		
E4	,066	,090	,035		
E5	-,002	,074	-,001		
E6	-,043	,055	-,039		
2 Konstante	,149	,072		,026	-,005
S1	,008	,073	,006		
S2	-,017	,076	-,011		
S3	,052	,063	,043		
S4	,055	,059	,049		
S5	,087	,058	,078		
K1	,065	,067	,049		
K2	,043	,065	,039		
K3	,044	,070	,034		
K4	-,025	,067	-,022		
E1	,105	,062	,091		
E2	,044	,065	,033		
E3	-,068	,059	-,061		
E4	,066	,090	,035		
E6	-,043	,055	-,039		
3 Konstante	,150	,071		,026	-,003
S2	-,014	,073	-,010		
S3	,053	,063	,043		
S4	,055	,059	,049		
S5	,088	,057	,078		

	K1	,066	,067	,049		
	K2	,043	,065	,038		
	K3	,043	,070	,034		
	K4	-,025	,067	-,022		
	E1	,105	,062	,091		
	E2	,043	,064	,033		
	E3	-,068	,059	-,061		
	E4	,065	,090	,035		
	E6	-,043	,055	-,038		
4	Konstante	,148	,070		,026	-,001
	S3	,051	,062	,042		
	S4	,055	,059	,049		
	S5	,087	,057	,078		
	K1	,066	,067	,049		
	K2	,044	,065	,039		
	K3	,044	,070	,034		
	K4	-,024	,067	-,022		
	E1	,105	,062	,091		
	E2	,043	,064	,033		
	E3	-,068	,059	-,062		
	E4	,064	,090	,035		
	E6	-,042	,054	-,037		
5	Konstante	,144	,069		,026	,001
	S3	,055	,061	,045		
	S4	,057	,058	,051		
	S5	,089	,057	,079		
	K1	,066	,067	,050		
	K2	,040	,064	,035		
	K3	,038	,068	,030		
	E1	,101	,061	,087		
	E2	,040	,064	,030		
	E3	-,071	,059	-,063		
	E4	,062	,089	,034		
	E6	-,045	,054	-,040		
6	Konstante	,146	,069		,025	,003
	S3	,053	,061	,043		
	S4	,054	,058	,048		
	S5	,087	,057	,078		
	K1	,067	,066	,050		
	K2	,049	,062	,043		
	E1	,105	,060	,091		
	E2	,043	,063	,033		
	E3	-,067	,058	-,060		
	E4	,059	,089	,032		
	E6	-,044	,054	-,039		
7	Konstante	,148	,069		,024	,004
	S3	,055	,061	,045		
	S4	,059	,058	,053		
	S5	,089	,057	,079		
	K1	,068	,066	,051		
	K2	,048	,062	,043		
	E1	,106	,060	,092		
	E2	,043	,063	,033		
	E3	-,067	,058	-,060		
	E6	-,043	,054	-,038		
8	Konstante	,152	,069		,023	,005
	S3	,054	,061	,044		
	S4	,059	,058	,053		
	S5	,089	,057	,079		
	K1	,067	,066	,051		
	K2	,052	,061	,046		
	E1	,108	,060	,094		
	E3	-,064	,058	-,057		

	E6	-,039	,053	-,035		
9	Konstante	,138	,066		,022	,006
	S3	,054	,061	,044		
	S4	,061	,057	,054		
	S5	,086	,057	,077		
	K1	,069	,066	,052		
	K2	,051	,061	,045		
	E1	,106	,060	,092		
	E3	-,066	,058	-,059		
10	Konstante	,165	,058		,020	,007
	S3	,044	,060	,036		
	S4	,055	,057	,049		
	S5	,082	,056	,073		
	K1	,080	,065	,060		
	E1	,111	,059	,096		
	E3	-,055	,056	-,049		
11	Konstante	,179	,055		,019	,008
	S4	,059	,057	,053		
	S5	,085	,056	,076		
	K1	,075	,064	,057		
	E1	,107	,059	,092		
	E3	-,058	,056	-,052		
12	Konstante	,152	,048		,017	,008
	S4	,065	,057	,058		
	S5	,086	,056	,077		
	K1	,070	,064	,052		
	E1	,089	,056	,077		
13	Konstante	,167	,045		,014	,008
	S4	,062	,057	,056		
	S5	,080	,056	,072		
	E1	,098	,056	,085		
14	Konstante	,189	,041		,012	,007
	S5	,099	,053	,088		
	E1	,087	,055	,076		
15	Konstante	,225	,034		,006	,004
	S5	,087	,053	,077		
16	Konstante	,261	,026		,000	,000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 47

Einfluss der Tatencuster der Gewaltformen auf leichtsinniges und selbstzerstörerisches Verhalten (N = 448)

Schritt und Variable		B	SE B	Wald	OR	95% KI	
						Unterer Wert	Oberer Wert
1	S1	,020	,601	,001	1,020	,314	3,311
	S2	-,289	,684	,179	,749	,196	2,863
	S3	-,779	,597	1,703	,459	,142	1,479
	S4	-,375	,504	,553	,687	,256	1,846
	S5	,046	,488	,009	1,047	,402	2,726
	K1	,355	,541	,431	1,427	,494	4,123
	K2	-,420	,535	,616	,657	,230	1,876
	K3	-,473	,653	,526	,623	,173	2,240
	K4	-,017	,567	,001	,983	,323	2,987
	E1	,207	,525	,155	1,230	,439	3,444
	E2	-,535	,662	,652	,586	,160	2,146
	E3	-,502	,501	1,004	,605	,227	1,616
	E4	-18,262	5953,324	,000	,000	,000	.

2	E5	,002	,655	,000	1,002	,278	3,614
	E6	-,198	,465	,181	,820	,330	2,041
	Konstante	-1,862	,554	11,283	,155		
	S1	,020	,601	,001	1,020	,314	3,311
	S2	-,289	,683	,179	,749	,196	2,857
	S3	-,779	,596	1,710	,459	,143	1,475
	S4	-,375	,502	,557	,688	,257	1,839
	S5	,046	,488	,009	1,047	,402	2,725
	K1	,355	,541	,431	1,427	,494	4,119
	K2	-,420	,535	,617	,657	,230	1,874
	K3	-,473	,652	,526	,623	,173	2,237
	K4	-,017	,563	,001	,983	,326	2,963
	E1	,207	,525	,155	1,230	,439	3,444
	E2	-,535	,661	,655	,586	,160	2,138
	E3	-,502	,501	1,005	,605	,227	1,615
	E4	-18,262	5953,335	,000	,000	,000	.
	E6	-,198	,464	,182	,820	,330	2,037
	Konstante	-1,862	,553	11,339	,155		
3	S1	,019	,600	,001	1,020	,315	3,305
	S2	-,288	,682	,178	,750	,197	2,853
	S3	-,777	,591	1,727	,460	,144	1,465
	S4	-,373	,498	,561	,689	,260	1,827
	S5	,048	,484	,010	1,049	,406	2,709
	K1	,356	,540	,435	1,428	,496	4,115
	K2	-,422	,531	,633	,656	,232	1,856
	K3	-,478	,636	,563	,620	,178	2,159
	E1	,204	,516	,156	1,226	,446	3,369
	E2	-,538	,650	,686	,584	,163	2,087
	E3	-,503	,499	1,018	,605	,227	1,607
	E4	-18,262	5954,031	,000	,000	,000	.
	E6	-,199	,463	,184	,820	,331	2,032
	Konstante	-1,866	,538	12,029	,155		
4	S2	-,282	,662	,182	,754	,206	2,757
	S3	-,776	,591	1,726	,460	,145	1,465
	S4	-,372	,498	,560	,689	,260	1,828
	S5	,049	,483	,010	1,050	,407	2,707
	K1	,357	,540	,437	1,429	,496	4,114
	K2	-,423	,530	,636	,655	,232	1,852
	K3	-,478	,636	,565	,620	,178	2,156
	E1	,204	,515	,156	1,226	,446	3,367
	E2	-,540	,649	,692	,583	,163	2,079
	E3	-,503	,499	1,018	,605	,228	1,607
	E4	-18,263	5954,274	,000	,000	,000	.
	E6	-,198	,463	,184	,820	,331	2,032
	Konstante	-1,864	,533	12,212	,155		
5	S2	-,275	,658	,175	,760	,209	2,756
	S3	-,772	,589	1,717	,462	,146	1,466
	S4	-,359	,479	,561	,698	,273	1,787
	K1	,350	,535	,428	1,419	,497	4,049
	K2	-,424	,530	,641	,654	,231	1,849
	K3	-,484	,633	,584	,616	,178	2,132
	E1	,205	,516	,158	1,227	,447	3,370
	E2	-,540	,649	,694	,583	,163	2,078
	E3	-,503	,499	1,017	,605	,228	1,607
	E4	-18,257	5957,020	,000	,000	,000	.
	E6	-,195	,462	,179	,823	,333	2,035
	Konstante	-1,849	,513	13,015	,157		
6	S2	-,276	,657	,176	,759	,210	2,749
	S3	-,782	,587	1,770	,458	,145	1,447
	S4	-,371	,478	,603	,690	,271	1,760
	K1	,359	,534	,453	1,432	,503	4,077
	K2	-,396	,523	,573	,673	,241	1,876
	K3	-,448	,627	,512	,639	,187	2,180

7	E2	-,540	,649	,694	,582	,163	2,078
	E3	-,452	,480	,886	,636	,248	1,631
	E4	-18,258	5955,497	,000	,000	,000	.
	E6	-,183	,461	,158	,832	,337	2,054
	Konstante	-1,825	,506	13,000	,161		
	S2	-,245	,651	,142	,783	,218	2,806
	S3	-,778	,587	1,756	,459	,145	1,451
	S4	-,366	,478	,588	,693	,272	1,769
	K1	,374	,532	,493	1,453	,512	4,124
	K2	-,394	,522	,570	,674	,242	1,875
8	K3	-,460	,625	,543	,631	,185	2,146
	E2	-,560	,647	,749	,571	,161	2,029
	E3	-,459	,479	,919	,632	,247	1,615
	E4	-18,272	5960,802	,000	,000	,000	.
	Konstante	-1,896	,475	15,915	,150		
	S3	-,791	,585	1,832	,453	,144	1,425
	S4	-,361	,476	,576	,697	,274	1,771
	K1	,374	,531	,497	1,454	,514	4,114
	K2	-,373	,518	,519	,689	,250	1,899
	K3	-,445	,623	,509	,641	,189	2,175
9 ^a	E2	-,559	,646	,749	,572	,161	2,028
	E3	-,458	,478	,920	,632	,248	1,614
	E4	-18,298	5962,414	,000	,000	,000	.
	Konstante	-1,945	,456	18,236	,143		
	S3	-,820	,582	1,985	,440	,141	1,378
	S4	-,371	,477	,608	,690	,271	1,755
	K2	-,280	,498	,316	,756	,285	2,004
	K3	-,435	,623	,487	,647	,191	2,196
	E2	-,557	,646	,743	,573	,161	2,034
	E3	-,455	,478	,904	,634	,248	1,620
10	E4	-18,288	5964,879	,000	,000	,000	.
	Konstante	-1,902	,452	17,737	,149		
	S3	-,761	,572	1,770	,467	,152	1,433
	S4	-,324	,468	,480	,723	,289	1,809
	K3	-,512	,603	,720	,600	,184	1,954
	E2	-,589	,643	,840	,555	,157	1,956
	E3	-,514	,465	1,223	,598	,241	1,487
	E4	-18,299	5971,136	,000	,000	,000	.
	Konstante	-2,039	,386	27,927	,130		
	S3	-,778	,570	1,862	,459	,150	1,404
11	K3	-,449	,597	,566	,638	,198	2,056
	E2	-,593	,642	,854	,552	,157	1,944
	E3	-,467	,459	1,033	,627	,255	1,542
	E4	-18,375	5978,824	,000	,000	,000	.
	Konstante	-2,191	,325	45,333	,112		
	S3	-,732	,568	1,660	,481	,158	1,465
	E2	-,648	,639	1,031	,523	,150	1,828
	E3	-,573	,442	1,678	,564	,237	1,342
	E4	-18,336	5972,887	,000	,000	,000	.
	Konstante	-2,238	,322	48,224	,107		
13	S3	-,715	,568	1,586	,489	,161	1,489
	E3	-,648	,438	2,193	,523	,222	1,233
	E4	-18,361	5983,293	,000	,000	,000	.
	Konstante	-2,320	,316	53,986	,098		
	E3	-,564	,433	1,694	,569	,243	1,330
	E4	-18,428	6029,556	,000	,000	,000	.
	Konstante	-2,523	,288	76,583	,080		
	E4	-18,396	6059,318	,000	,000	,000	.
	Konstante	-2,807	,215	170,943	,060		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 48*Einfluss der Tatencuster der Gewaltformen auf Scham- und Schuldgefühle (N = 448)*

Schritt und Variable		B	SE B	Wald	OR	95% KI		
						Unterer Wert	Oberer Wert	
1	S1	,672	,315	4,558	1,958	1,057	3,630	
	S2	,025	,338	,006	1,026	,529	1,990	
	S3	-,296	,292	1,027	,744	,419	1,319	
	S4	-,167	,270	,382	,846	,499	1,437	
	S5	-,027	,263	,010	,974	,581	1,631	
	K1	-,089	,319	,078	,915	,490	1,708	
	K2	-,556	,297	3,514	,574	,321	1,026	
	K3	-,300	,346	,752	,741	,376	1,459	
	K4	,079	,315	,063	1,082	,584	2,005	
	E1	,088	,290	,092	1,092	,618	1,930	
	E2	,795	,287	7,670	2,215	1,262	3,888	
	E3	-,052	,274	,035	,950	,555	1,626	
	E4	,361	,392	,846	1,435	,665	3,095	
	E5	-,229	,360	,402	,796	,393	1,612	
	E6	-,719	,269	7,166	,487	,288	,825	
	Konstante	-,927	,321	8,366	,396			
2	S1	,680	,298	5,216	1,973	1,101	3,537	
	S3	-,294	,291	1,022	,745	,421	1,319	
	S4	-,168	,270	,386	,846	,498	1,435	
	S5	-,026	,263	,010	,975	,582	1,631	
	K1	-,089	,319	,078	,915	,490	1,708	
	K2	-,557	,296	3,549	,573	,321	1,023	
	K3	-,301	,346	,757	,740	,376	1,457	
	K4	,077	,314	,061	1,080	,584	1,998	
	E1	,089	,290	,093	1,093	,618	1,930	
	E2	,796	,287	7,700	2,217	1,263	3,890	
	E3	-,051	,274	,034	,951	,555	1,627	
	E4	,364	,391	,866	1,438	,669	3,094	
	E5	-,226	,359	,397	,798	,395	1,611	
	E6	-,722	,266	7,341	,486	,288	,819	
	Konstante	-,924	,317	8,484	,397			
	3	S1	,677	,296	5,224	1,968	1,101	3,516
S3		-,294	,291	1,019	,745	,421	1,319	
S4		-,174	,263	,436	,841	,502	1,407	
K1		-,087	,318	,075	,917	,492	1,709	
K2		-,556	,296	3,539	,573	,321	1,024	
K3		-,300	,346	,756	,741	,376	1,458	
K4		,081	,312	,067	1,084	,588	1,998	
E1		,090	,290	,095	1,094	,619	1,931	
E2		,795	,287	7,691	2,214	1,263	3,884	
E3		-,051	,274	,035	,950	,555	1,627	
E4		,362	,390	,859	1,436	,668	3,085	
E5		-,226	,359	,397	,798	,395	1,611	
E6		-,723	,266	7,388	,485	,288	,817	
Konstante		-,933	,302	9,575	,393			
4		S1	,676	,296	5,210	1,966	1,100	3,512
		S3	-,295	,291	1,022	,745	,421	1,318
	S4	-,173	,263	,432	,841	,503	1,408	
	K1	-,088	,318	,076	,916	,491	1,707	
	K2	-,564	,292	3,729	,569	,321	1,008	
	K3	-,307	,344	,799	,736	,375	1,442	
	K4	,074	,310	,057	1,077	,587	1,978	
	E1	,078	,284	,076	1,082	,620	1,887	
	E2	,791	,286	7,661	2,206	1,260	3,862	
	E4	,364	,390	,872	1,439	,670	3,092	
	E5	-,230	,358	,411	,795	,394	1,604	
	E6	-,724	,266	7,414	,485	,288	,816	

5	Konstante	-,947	,293	10,462	,388		
	S1	,678	,296	5,250	1,970	1,103	3,519
	S3	-,307	,286	1,150	,735	,419	1,290
	S4	-,180	,261	,479	,835	,501	1,392
	K1	-,090	,318	,080	,914	,490	1,703
	K2	-,550	,286	3,699	,577	,329	1,011
	K3	-,291	,337	,746	,747	,386	1,447
	E1	,095	,276	,118	1,099	,641	1,887
	E2	,802	,282	8,060	2,229	1,282	3,877
	E4	,367	,390	,888	1,444	,672	3,100
	E5	-,223	,357	,390	,800	,397	1,611
	E6	-,717	,264	7,368	,488	,291	,819
	Konstante	-,936	,289	10,489	,392		
	S1	,672	,295	5,190	1,958	1,098	3,491
6	S3	-,301	,286	1,110	,740	,423	1,296
	S4	-,178	,261	,467	,837	,502	1,395
	K2	-,568	,279	4,144	,567	,328	,979
	K3	-,293	,337	,756	,746	,385	1,445
	E1	,088	,275	,103	1,092	,637	1,872
	E2	,801	,282	8,047	2,228	1,281	3,875
	E4	,365	,390	,880	1,441	,672	3,093
	E5	-,225	,357	,395	,799	,397	1,609
	E6	-,715	,264	7,336	,489	,291	,821
	Konstante	-,943	,287	10,769	,389		
	S1	,669	,295	5,153	1,953	1,096	3,481
	S3	-,304	,285	1,134	,738	,422	1,291
	S4	-,188	,259	,526	,829	,499	1,376
	K2	-,555	,276	4,049	,574	,334	,986
7	K3	-,274	,332	,682	,760	,397	1,457
	E2	,807	,282	8,196	2,241	1,290	3,894
	E4	,367	,389	,888	1,443	,673	3,097
	E5	-,224	,357	,393	,799	,397	1,610
	E6	-,709	,263	7,255	,492	,294	,824
	Konstante	-,923	,280	10,882	,397		
	S1	,661	,295	5,036	1,938	1,087	3,452
	S3	-,310	,285	1,186	,733	,419	1,282
	S4	-,193	,258	,555	,825	,497	1,369
	K2	-,547	,275	3,952	,578	,337	,992
	K3	-,283	,331	,732	,753	,394	1,442
	E2	,812	,282	8,310	2,252	1,297	3,910
	E4	,342	,388	,778	1,407	,658	3,008
	E6	-,719	,263	7,479	,487	,291	,816
8	Konstante	-,946	,277	11,650	,388		
	S1	,656	,294	4,970	1,926	1,082	3,428
	S3	-,319	,284	1,260	,727	,417	1,268
	K2	-,514	,271	3,601	,598	,351	1,017
	K3	-,251	,328	,587	,778	,409	1,480
	E2	,809	,281	8,269	2,245	1,294	3,895
	E4	,301	,383	,620	1,352	,638	2,863
	E6	-,712	,263	7,355	,491	,293	,821
	Konstante	-1,046	,243	18,477	,351		
	S1	,663	,294	5,096	1,941	1,091	3,453
	S3	-,299	,283	1,122	,741	,426	1,290
	K2	-,587	,255	5,294	,556	,337	,917
	E2	,780	,278	7,857	2,181	1,264	3,761
	E4	,332	,381	,761	1,394	,661	2,941
9	E6	-,716	,262	7,463	,489	,292	,817
	Konstante	-1,064	,242	19,297	,345		
	S1	,662	,294	5,079	1,939	1,090	3,449
	S3	-,287	,282	1,036	,750	,432	1,305
	K2	-,594	,255	5,425	,552	,335	,910
	E2	,776	,278	7,805	2,173	1,261	3,744
	E6	-,705	,261	7,280	,494	,296	,824
	Konstante						
	S1						
	S3						
	K2						
	E2						
	E4						
	E6						
	Konstante						
10	S1						
	S3						
	K2						
	E2						
	E4						
	E6						
	Konstante						
	S1						
	S3						
	K2						
	E2						
	E4						
	E6						
	Konstante						
11	S1						
	S3						
	K2						
	E2						
	E4						
	E6						
	Konstante						
	S1						
	S3						
	K2						
	E2						
	E4						
	E6						
	Konstante						
	S1						

	Konstante	-1,031	,238	18,700	,357		
	S1	,623*	,290	4,603	1,864	1,055	3,293
	K2	-,526*	,246	4,577	,591	,365	,957
12	E2	,777**	,278	7,847	2,176	1,263	3,748
	E6	-,703**	,261	7,248	,495	,297	,826
	Konstante	-1,143	,213	28,877	,319		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 49

Einfluss der Tatencuster der Gewaltformen auf den PTBS-Score - Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	1,273	,157	,026	-,007
	S1	-,019	,160		
	S2	,005	,168		
	S3	-,024	,139		
	S4	-,098	,129		
	S5	,130	,126		
	K1	-,023	,147		
	K2	-,146	,142		
	K3	-,173	,154		
	K4	,032	,148		
	E1	,077	,137		
	E2	,163	,142		
	E3	,011	,130		
	E4	,156	,198		
	E5	,084	,161		
	E6	-,280	,120		
2	Konstante	1,273	,156	,026	-,005
	S1	-,018	,153		
	S3	-,023	,138		
	S4	-,098	,129		
	S5	,130	,126		
	K1	-,023	,147		
	K2	-,146	,142		
	K3	-,173	,154		
	K4	,032	,148		
	E1	,077	,136		
	E2	,163	,142		
	E3	,011	,130		
	E4	,156	,197		
	E5	,084	,160		
	E6	-,280	,119		
3	Konstante	1,276	,152	,026	-,003
	S1	-,018	,152		
	S3	-,023	,138		
	S4	-,098	,129		
	S5	,130	,126		
	K1	-,022	,146		
	K2	-,144	,140		
	K3	-,172	,153		
	K4	,033	,147		
	E1	,080	,133		
	E2	,164	,141		
	E4	,156	,197		
	E5	,085	,160		
	E6	-,280	,119		
4	Konstante	1,274	,150	,026	-,001

5	S3	-,025	,136	-,009		
	S4	-,098	,129	-,040		
	S5	,129	,125	,052		
	K1	-,023	,146	-,008		
	K2	-,144	,140	-,058		
	K3	-,172	,153	-,062		
	K4	,033	,146	,013		
	E1	,080	,133	,032		
	E2	,165	,141	,057		
	E4	,156	,197	,038		
	E5	,084	,160	,025		
	E6	-,280	,119	-,114		
	Konstante	1,271	,149		,026	,002
	S3	-,024	,136	-,009		
	S4	-,098	,129	-,040		
	S5	,130	,125	,053		
	K2	-,149	,137	-,060		
	K3	-,172	,153	-,062		
	K4	,033	,146	,013		
6	E1	,078	,133	,031		
	E2	,165	,141	,058		
	E4	,155	,196	,038		
	E5	,084	,159	,025		
	E6	-,280	,119	-,114		
	Konstante	1,262	,138		,026	,004
	S4	-,099	,128	-,040		
	S5	,129	,125	,053		
	K2	-,145	,135	-,059		
	K3	-,171	,153	-,062		
	K4	,037	,144	,015		
	E1	,079	,132	,031		
	E2	,165	,141	,057		
	E4	,153	,196	,038		
	E5	,082	,159	,025		
	E6	-,280	,119	-,114		
	Konstante	1,266	,137		,026	,006
	S4	-,102	,128	-,042		
	S5	,127	,124	,052		
7	K2	-,137	,131	-,056		
	K3	-,163	,148	-,058		
	E1	,087	,128	,034		
	E2	,171	,139	,059		
	E4	,155	,196	,038		
	E5	,085	,158	,026		
	E6	-,276	,118	-,112		
	Konstante	1,277	,135		,025	,008
	S4	-,098	,127	-,040		
	S5	,125	,124	,051		
	K2	-,138	,131	-,056		
	K3	-,159	,148	-,057		
	E1	,086	,128	,034		
	E2	,168	,139	,058		
	E4	,162	,195	,040		
	E6	-,273	,117	-,111		
	Konstante	1,297	,132		,024	,009
	S4	-,108	,126	-,044		
	S5	,121	,124	,049		
8	K2	-,125	,129	-,051		
	K3	-,141	,146	-,051		
	E2	,174	,138	,060		
	E4	,165	,195	,041		
	E6	-,268	,117	-,109		
	Konstante	1,304	,132		,023	,010
9	S4	-,108	,126	-,044		
	S5	,121	,124	,049		
	K2	-,125	,129	-,051		
	K3	-,141	,146	-,051		
	E2	,174	,138	,060		
	E4	,165	,195	,041		
	E6	-,268	,117	-,109		
	Konstante	1,304	,132		,023	,010
10	S4	-,108	,126	-,044		
	S5	,121	,124	,049		
	K2	-,125	,129	-,051		
	K3	-,141	,146	-,051		
	E2	,174	,138	,060		
	E4	,165	,195	,041		
	E6	-,268	,117	-,109		
	Konstante	1,304	,132		,023	,010

	S4	-,094	,125	-,038		
	S5	,126	,124	,051		
	K2	-,123	,129	-,050		
	K3	-,150	,145	-,054		
	E2	,175	,138	,061		
	E6	-,264	,117	-,107		
	Konstante	1,263	,119		,022	,011
	S5	,100	,119	,041		
11	K2	-,111	,128	-,045		
	K3	-,137	,144	-,049		
	E2	,176	,138	,061		
	E6	-,259	,117	-,105		
	Konstante	1,316	,102		,020	,011
	K2	-,127	,127	-,051		
12	K3	-,150	,143	-,054		
	E2	,176	,138	,061		
	E6	-,255	,117	-,104		
	Konstante	1,257	,083		,018	,011
	K3	-,204	,133	-,073		
13	E2	,163	,138	,057		
	E6	-,256	,117	-,104		
	Konstante	1,283	,080		,015	,010
14	K3	-,180	,131	-,065		
	E6	-,243	,116	-,099		
15	Konstante	1,242	,074			
	E6	-,252	,116	-,103	,011	,008

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 50

Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe B – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR ²
1	Konstante	12,567		,139	,061
	S1	3,108	,220		
	S2	1,919	,123		
	S3	-,367	-,031		
	S4	1,866	,164		
	S5	-,507	-,045		
	K1	1,170	,082		
	K2	-1,218	-,108		
	K3	,463	,032		
	K4	,930	,079		
	E1	1,192	,099		
	E2	,386	,028		
	E3	1,153	,102		
	E4	1,832	,089		
	E5	,223	,014		
	E6	-,744	-,064		
2	Konstante	12,580		,139	,067
	S1	3,097	,219		
	S2	1,965	,126		
	S3	-,363	-,030		
	S4	1,871	,164		
	S5	-,511	-,045		
	K1	1,178	,082		
	K2	-1,213	-,108		
	K3	,460	,032		
	K4	,955	,081		
	E1	1,167	,096		
	E2	,376	,028		
	E3	1,167	,103		

3	E4	1,857	1,523	,091	,138	,072			
	E6	-,743	,873	-,064					
	Konstante	12,403	1,045						
	S1	3,103	1,072	,219					
	S2	1,878	1,241	,120					
	S4	1,886	,901	,165					
	S5	-,518	,913	-,046					
	K1	1,233	1,131	,086					
	K2	-1,154	1,064	-,102					
	K3	,492	1,234	,034					
	K4	1,026	1,057	,087					
	E1	1,157	1,011	,096					
	E2	,360	1,017	,026					
	E3	1,188	,915	,105					
	E4	1,789	1,508	,087					
	E6	-,768	,868	-,066					
4	Konstante	12,436	1,038		,138	,076			
	S1	3,077	1,067	,217					
	S2	1,893	1,237	,121					
	S4	1,876	,899	,164					
	S5	-,507	,911	-,045					
	K1	1,242	1,128	,087					
	K2	-1,130	1,059	-,100					
	K3	,509	1,230	,035					
	K4	1,069	1,048	,091					
	E1	1,140	1,008	,094					
	E3	1,226	,906	,108					
	E4	1,762	1,502	,086					
	E6	-,759	,865	-,066					
	5	Konstante	12,478	1,031				,137	,081
		S1	3,075	1,065			,217		
		S2	1,942	1,228			,124		
S4		1,808	,882	,159					
S5		-,524	,907	-,046					
K1		1,214	1,123	,085					
K2		-1,000	1,008	-,089					
K4		1,166	1,018	,099					
E1		1,147	1,005	,095					
E3		1,228	,904	,109					
E4		1,738	1,497	,085					
E6		-,804	,856	-,070					
6		Konstante	12,262	,958		,135	,084		
		S1	3,048	1,061	,215				
		S2	1,833	1,211	,117				
		S4	1,711	,864	,150				
	K1	1,350	1,096	,094					
	K2	-,983	1,006	-,087					
	K4	1,244	1,007	,106					
	E1	1,177	1,002	,097					
	E3	1,217	,902	,108					
	E4	1,664	1,489	,081					
	E6	-,846	,852	-,073					
	7	Konstante	12,014	,924				,130	,085
		S1	3,076	1,061	,217				
		S2	1,999	1,199	,128				
		S4	1,772	,861	,155				
		K1	1,013	1,040	,071				
K4		,972	,968	,083					
E1		1,086	,997	,090					
E3		1,017	,879	,090					
E4		1,615	1,488	,079					
E6		-,876	,851	-,076					
8		Konstante	12,185	,907		,125	,085		

9	S1	3,051	1,060	,216	,120	,084
	S2	1,975	1,199	,126		
	S4	1,698	,858	,149		
	K4	1,017	,967	,087		
	E1	1,155	,995	,096		
	E3	1,080	,876	,095		
	E4	1,657	1,487	,081		
	E6	-,906	,850	-,078		
	Konstante	12,421	,879			
	S1	3,131	1,058	,221	,115	,085
10	S2	1,773	1,184	,114		
	S4	1,584	,851	,139		
	E1	1,478	,946	,122		
	E3	1,206	,868	,107		
	E4	1,482	1,478	,072		
	E6	-,807	,845	-,070		
	Konstante	12,131	,825			
	S1	3,097	1,057	,219	,111	,086
	S2	1,906	1,175	,122		
	S4	1,635	,849	,143		
11	E1	1,350	,937	,112		
	E3	1,186	,867	,105		
	E4	1,373	1,473	,067		
	Konstante	12,232	,818			
	S1	3,026	1,054	,214	,101	,081
	S2	2,020	1,168	,129		
	S4	1,668	,848	,146		
	E1	1,295	,934	,107		
	E3	1,210	,867	,107		
12	Konstante	12,535	,790			
	S1	3,084	1,056	,218		
	S2	1,978	1,171	,127		
	S4	1,439	,834	,126		
	E3	1,579	,827	,140		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 51

Einfluss der Tatencluster der Gewaltformen auf Symptomgruppe C – PCL-C (N = 185)

		B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	14,746	1,420		,159	,081
	S1	2,211	1,320	,128		
	S2	2,050	1,572	,109		
	S3	,719	1,211	,050		
	S4	1,494	1,109	,107		
	S5	,181	1,121	,013		
	K1	-1,767	1,425	-,100		
	K2	-1,683	1,358	-,121		
	K3	-1,068	1,564	-,061		
	K4	1,353	1,337	,093		
	E1	3,130	1,270	,207		
	E2	,913	1,284	,053		
	E3	1,316	1,136	,095		
	E4	2,904	1,869	,116		
	E5	1,630	1,519	,082		
	E6	-,773	1,089	-,054		
	Konstante	14,822	1,334		,159	,086
	S1	2,221	1,315	,129		
	S2	2,085	1,552	,111		

3	S3	,721	1,207	,050		
	S4	1,521	1,092	,109		
	K1	-1,815	1,390	-,103		
	K2	-1,686	1,353	-,121		
	K3	-1,088	1,554	-,062		
	K4	1,334	1,327	,091		
	E1	3,123	1,266	,207		
	E2	,923	1,279	,054		
	E3	1,318	1,133	,095		
	E4	2,931	1,855	,117		
	E5	1,624	1,514	,081		
	E6	-,761	1,083	-,053		
	Konstante	15,175	1,194		,157	,090
	S1	2,202	1,312	,128		
	S2	2,265	1,520	,121		
	S4	1,500	1,089	,107		
	K1	-1,940	1,371	-,110		
	K2	-1,806	1,336	-,130		
	K3	-1,140	1,548	-,065		
	K4	1,187	1,302	,081		
	E1	3,143	1,263	,208		
	E2	,953	1,275	,056		
	E3	1,289	1,129	,093		
	E4	3,051	1,841	,122		
	E5	1,667	1,510	,084		
	E6	-,706	1,077	-,049		
Konstante	14,946	1,139		,155	,093	
4	S1	2,174	1,309	,126		
	S2	2,354	1,511	,125		
	S4	1,560	1,083	,111		
	K1	-1,885	1,366	-,107		
	K2	-1,863	1,331	-,134		
	K3	-1,024	1,536	-,058		
	K4	1,081	1,289	,074		
	E1	3,064	1,255	,203		
	E2	,923	1,272	,054		
	E3	1,298	1,127	,093		
	E4	2,948	1,831	,118		
	E5	1,621	1,505	,081		
	Konstante	14,926	1,137		,153	,096
5	S1	2,199	1,306	,127		
	S2	2,211	1,493	,118		
	S4	1,693	1,063	,121		
	K1	-1,826	1,361	-,104		
	K2	-2,170	1,246	-,156		
	K4	,894	1,256	,061		
	E1	3,071	1,252	,203		
	E2	,866	1,267	,051		
	E3	1,291	1,125	,093		
	E4	3,026	1,824	,121		
	E5	1,639	1,502	,082		
	Konstante	15,032	1,125		,150	,099
	6	S1	2,146	1,302	,124	
S2		2,255	1,489	,120		
S4		1,674	1,061	,119		
K1		-1,815	1,358	-,103		
K2		-2,119	1,242	-,152		
K4		,998	1,245	,068		
E1		3,031	1,249	,201		
E3		1,382	1,116	,099		
E4		2,978	1,820	,119		
E5		1,567	1,496	,079		
Konstante		15,184	1,107		,147	,101

	S1	2,250	1,294	,130		
	S2	2,078	1,471	,111		
	S4	1,595	1,055	,114		
	K1	-1,860	1,356	-,105		
	K2	-1,849	1,194	-,133		
	E1	3,306	1,200	,219		
	E3	1,419	1,113	,102		
	E4	2,817	1,806	,113		
	E5	1,667	1,490	,084		
	Konstante	15,264	1,106		,141	,100
8	S1	2,187	1,294	,127		
	S2	2,447	1,435	,130		
	S4	1,654	1,055	,118		
	K1	-1,798	1,356	-,102		
	K2	-1,743	1,191	-,125		
	E1	3,153	1,193	,209		
	E3	1,510	1,111	,108		
	E4	2,980	1,802	,119		
	Konstante	15,141	1,104		,132	,096
	S1	2,218	1,296	,128		
9	S2	2,404	1,438	,128		
	S4	1,744	1,055	,124		
	K2	-2,231	1,135	-,160		
	E1	3,118	1,195	,207		
	E3	1,519	1,114	,109		
	E4	2,932	1,806	,118		
	Konstante	15,664	1,038		,122	,091
	S1	2,117	1,297	,123		
	S2	2,448	1,441	,130		
	S4	1,636	1,054	,117		
10	K2	-1,788	1,090	-,129		
	E1	3,482	1,168	,231		
	E4	3,000	1,810	,120		
	Konstante	16,588	,854		,110	,084
	S1	1,973	1,299	,114		
	S2	2,619	1,443	,140		
	K2	-2,029	1,084	-,146		
	E1	3,169	1,155	,210		
	E4	3,097	1,816	,124		
	Konstante	16,910	,830		,098	,077
11	S2	3,203	1,396	,171		
	K2	-2,081	1,087	-,150		
	E1	3,261	1,158	,216		
	E4	2,888	1,817	,116		
	Konstante	17,153	,820		,084	,069
	S2	3,382	1,397	,180		
	K2	-2,064	1,092	-,148		
	E1	3,142	1,161	,208		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 52

Einfluss der Tatencuster der Gewaltformen auf Symptomgruppe D – PCL-C (N = 185)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR ²
1 Konstante	11,485	1,090		,137	,059
S1	2,531	1,020	,188		
S2	1,271	1,224	,086		
S3	,290	,929	,026		
S4	2,360	,849	,220		

	S5	-1,126	,860	-,106		
	K1	-1,131	1,088	-,083		
	K2	-,438	1,015	-,041		
	K3	1,029	1,162	,076		
	K4	,431	1,024	,039		
	E1	1,560	,966	,136		
	E2	,028	,966	,002		
	E3	,751	,869	,071		
	E4	2,598	1,441	,135		
	E5	-,667	1,131	-,045		
	E6	-,876	,826	-,081		
2	Konstante	11,487	1,084		,137	,065
	S1	2,529	1,015	,188		
	S2	1,272	1,219	,087		
	S3	,291	,925	,026		
	S4	2,359	,846	,220		
	S5	-1,125	,857	-,106		
	K1	-1,130	1,084	-,083		
	K2	-,436	1,010	-,041		
	K3	1,031	1,158	,076		
	K4	,435	1,012	,039		
	E1	1,558	,962	,136		
	E3	,754	,860	,071		
	E4	2,596	1,435	,135		
	E5	-,669	1,125	-,045		
	E6	-,875	,823	-,081		
3	Konstante	11,628	,984		,137	,070
	S1	2,523	1,012	,188		
	S2	1,348	1,192	,092		
	S4	2,349	,843	,219		
	S5	-1,121	,854	-,105		
	K1	-1,176	1,071	-,086		
	K2	-,481	,997	-,045		
	K3	1,012	1,153	,074		
	K4	,376	,992	,034		
	E1	1,565	,959	,137		
	E3	,740	,857	,069		
	E4	2,646	1,422	,137		
	E5	-,656	1,121	-,044		
	E6	-,855	,818	-,079		
4	Konstante	11,684	,971		,136	,075
	S1	2,557	1,006	,190		
	S2	1,278	1,174	,087		
	S4	2,336	,840	,218		
	S5	-1,154	,848	-,108		
	K1	-1,199	1,066	-,088		
	K2	-,415	,979	-,039		
	K3	1,102	1,125	,081		
	E1	1,660	,924	,145		
	E3	,754	,854	,071		
	E4	2,593	1,412	,134		
	E5	-,611	1,112	-,041		
	E6	-,814	,809	-,075		
5	Konstante	11,585	,940		,135	,079
	S1	2,560	1,004	,190		
	S2	1,363	1,154	,093		
	S4	2,338	,838	,218		
	S5	-1,139	,845	-,107		
	K1	-1,333	1,016	-,098		
	K3	,928	1,045	,068		
	E1	1,608	,913	,141		
	E3	,670	,829	,063		
	E4	2,578	1,408	,134		

	E5	-,632	1,108	-,042		
	E6	-,847	,803	-,078		
6	Konstante	11,534	,933		,134	,083
	S1	2,585	1,001	,192		
	S2	1,220	1,125	,083		
	S4	2,320	,836	,217		
	S5	-1,112	,842	-,104		
	K1	-1,356	1,013	-,100		
	K3	,898	1,042	,066		
	E1	1,663	,906	,146		
	E3	,620	,822	,058		
	E4	2,515	1,401	,130		
	E6	-,858	,801	-,079		
7	Konstante	11,811	,857		,131	,085
	S1	2,529	,997	,188		
	S2	1,191	1,123	,081		
	S4	2,274	,833	,212		
	S5	-1,114	,841	-,105		
	K1	-1,307	1,010	-,096		
	K3	,997	1,032	,073		
	E1	1,844	,873	,161		
	E4	2,546	1,398	,132		
	E6	-,836	,800	-,077		
8	Konstante	12,087	,807		,126	,086
	S1	2,508	,996	,186		
	S2	1,216	1,122	,083		
	S4	2,111	,815	,197		
	S5	-1,203	,836	-,113		
	K1	-1,286	1,010	-,095		
	E1	1,975	,862	,173		
	E4	2,471	1,396	,128		
	E6	-,882	,798	-,081		
9	Konstante	12,170	,804		,120	,085
	S1	2,781	,964	,207		
	S4	2,164	,814	,202		
	S5	-1,053	,825	-,099		
	K1	-1,306	1,010	-,096		
	E1	1,962	,863	,172		
	E4	2,604	1,391	,135		
	E6	-,989	,792	-,091		
10	Konstante	11,834	,759		,112	,082
	S1	2,775	,966	,206		
	S4	2,257	,812	,211		
	S5	-1,101	,825	-,103		
	K1	-1,304	1,012	-,096		
	E1	1,776	,851	,155		
	E4	2,499	1,391	,130		
11	Konstante	11,484	,710		,104	,078
	S1	2,817	,967	,209		
	S4	2,310	,812	,216		
	S5	-,857	,804	-,080		
	E1	1,689	,850	,148		
	E4	2,409	1,392	,125		
12	Konstante	11,185	,652		,098	,078
	S1	2,707	,962	,201		
	S4	2,111	,791	,197		
	E1	1,797	,844	,157		
	E4	2,236	1,383	,116		
13	Konstante	11,383	,644		,085	,069
	S1	2,639	,965	,196		
	S4	2,169	,794	,202		
	E1	1,716	,847	,150		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 53*Einfluss der Tatencuster der Gewaltformen auf den PCL-C-Score (N = 185)*

Schritt und Variable		B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	38,978	3,344		,157	,078
	S1	8,060	3,119	,198		
	S2	5,088	3,779	,113		
	S3	,559	2,857	,016		
	S4	5,335	2,620	,162		
	S5	-1,499	2,650	-,046		
	K1	-1,139	3,384	-,027		
	K2	-3,854	3,199	-,118		
	K3	,481	3,738	,011		
	K4	3,229	3,152	,094		
	E1	6,200	2,988	,175		
	E2	1,834	3,029	,046		
	E3	3,096	2,676	,095		
	E4	7,503	4,395	,129		
	E5	1,844	3,609	,039		
	E6	-2,906	2,560	-,087		
2	Konstante	39,026	3,312		,157	,083
	S1	8,051	3,108	,198		
	S2	5,138	3,747	,114		
	S3	,533	2,842	,016		
	S4	5,270	2,563	,160		
	S5	-1,518	2,638	-,046		
	K1	-1,179	3,359	-,028		
	K2	-3,724	3,025	-,114		
	K4	3,313	3,074	,097		
	E1	6,202	2,979	,175		
	E2	1,870	3,007	,047		
	E3	3,092	2,668	,095		
	E4	7,487	4,380	,129		
	E5	1,832	3,597	,039		
	E6	-2,936	2,542	-,088		
3	Konstante	39,283	3,008		,157	,089
	S1	8,041	3,099	,198		
	S2	5,256	3,683	,117		
	S4	5,254	2,554	,160		
	S5	-1,506	2,629	-,046		
	K1	-1,261	3,321	-,030		
	K2	-3,830	2,962	-,118		
	K4	3,202	3,007	,093		
	E1	6,219	2,968	,176		
	E2	1,890	2,996	,047		
	E3	3,068	2,657	,094		
	E4	7,581	4,337	,130		
	E5	1,855	3,584	,039		
	E6	-2,893	2,523	-,086		
4	Konstante	39,094	2,958		,156	,094
	S1	8,062	3,090	,198		
	S2	5,226	3,672	,116		
	S4	5,277	2,547	,161		
	S5	-1,296	2,564	-,040		
	K2	-4,159	2,825	-,128		
	K4	3,287	2,991	,096		
	E1	6,193	2,960	,175		
	E2	1,859	2,987	,047		

5	E3	3,073	2,650	,094	,155	,098
	E4	7,530	4,324	,129		
	E5	1,769	3,567	,037		
	E6	-2,865	2,515	-,086		
	Konstante	39,177	2,947			
	S1	8,000	3,080	,197		
	S2	5,629	3,573	,125		
	S4	5,335	2,538	,162		
	S5	-1,325	2,557	-,041		
	K2	-4,078	2,813	-,125		
	K4	3,422	2,971	,100		
	E1	6,007	2,929	,170		
	E2	1,761	2,973	,044		
	E3	3,166	2,637	,097		
6	E4	7,726	4,296	,133	,153	,102
	E6	-2,807	2,507	-,084		
	Konstante	38,663	2,769			
	S1	7,922	3,070	,195		
	S2	5,344	3,522	,119		
	S4	5,086	2,487	,155		
	K2	-3,935	2,794	-,121		
	K4	3,584	2,948	,104		
	E1	6,074	2,920	,171		
	E2	1,708	2,965	,043		
	E3	3,140	2,631	,096		
	E4	7,543	4,272	,130		
	E6	-2,912	2,493	-,087		
	Konstante	38,845	2,745			
7	S1	7,827	3,059	,192	,152	,105
	S2	5,448	3,511	,121		
	S4	5,047	2,481	,154		
	K2	-3,820	2,781	-,117		
	K4	3,778	2,923	,110		
	E1	6,009	2,912	,170		
	E3	3,320	2,607	,102		
	E4	7,421	4,258	,128		
	E6	-2,887	2,488	-,086		
	Konstante	37,940	2,635			
	S1	7,694	3,060	,189		
	S2	5,759	3,504	,128		
	S4	5,218	2,479	,159		
	K2	-3,891	2,783	-,119		
8	K4	3,389	2,907	,099	,145	,104
	E1	5,705	2,903	,161		
	E3	3,329	2,609	,102		
	E4	6,963	4,244	,120		
	Konstante	38,465	2,599			
	S1	8,004	3,052	,197		
	S2	5,224	3,477	,116		
	S4	4,986	2,474	,152		
	K2	-2,986	2,675	-,092		
	E1	6,579	2,807	,186		
	E3	3,479	2,609	,107		
	E4	6,438	4,225	,111		
	Konstante	37,287	2,376			
	S1	8,073	3,053	,198		
9	S2	5,998	3,410	,133	,138	,102
	S4	5,318	2,458	,162		
	E1	5,930	2,749	,167		
	E3	2,686	2,512	,082		
	E4	6,382	4,227	,110		
	Konstante	38,625	2,021			
	S1	7,871	3,049	,193		
	S2					
	S4					
	E1					
	E3					
	E4					
	Konstante					
	S1					
10	S2				,131	,100
	S4					
	E1					
	E3					
	E4					
	Konstante					
	S1					
	S2					
	S4					
	E1					
	E3					
	E4					
	Konstante					
	S1					
11	S2				,125	,100
	S4					
	E1					
	E3					
	E4					
	Konstante					
	S1					
	S2					
	S4					
	E1					
	E3					
	E4					
	Konstante					
	S1					
	S2					

	S2	5,797	3,406	,129		
	S4	5,009	2,442	,152		
	E1	6,807	2,624	,192		
	E4	6,547	4,226	,113		
12	Konstante	39,177	1,997		,113	,092
	S1	7,516	3,053	,185		
	S2	6,344	3,402	,141		
	S4	5,141	2,450	,156		
	E1	6,601	2,632	,186		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 54*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe B – Folgeclusters (N=448)*

Schritt und Variable	B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1 Konstante	,342	,028		,002	-,005
1 Komb_k_1	-,050	,086	-,028		
1 Komb_e_1	,007	,104	,003		
1 Komb_s_1	-,088	,113	-,037		
2 Konstante	,342	,028		,002	-,002
2 Komb_k_1	-,049	,085	-,028		
2 Komb_s_1	-,088	,113	-,037		
3 Konstante	,337	,026		,001	-,001
3 Komb_s_1	-,087	,113	-,037		
4 Konstante	,333	,025		,000	,000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 55*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe C – Folgeclusters (N=448)*

Schritt und Variable	B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1 Konstante	,300	,029		,011	,005
1 Komb_k_1	-,153	,088	-,083		
1 Komb_e_1	-,087	,106	-,040		
1 Komb_s_1	,088	,116	,036		
2 Konstante	,305	,028		,010	,005
2 Komb_k_1	-,153	,088	-,083		
2 Komb_e_1	-,092	,106	-,042		
3 Konstante	,300	,027		,008	,006
3 Komb_k_1	-,167	,087	-,091		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 56*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe D – Folgeclusters (N=448)*

Schritt und Variable	B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1 Konstante	,274	,029		,006	,000
1 Komb_k_1	-,148	,088	-,080		
1 Komb_e_1	,037	,106	,017		
1 Komb_s_1	-,012	,116	-,005		
2 Konstante	,273	,028		,006	,002
2 Komb_k_1	-,148	,088	-,080		

	Komb_e_1	,037	,106	,017		
3	Konstante	,275	,027		,006	,004
	Komb_k_1	-,142	,087	-,077		
4	Konstante	,261	,026		,000	,000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 57*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf den PTSD-Score – Folgencluster (N=448)*

Schritt und Variable	B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1 Konstante	1,195	,063		,017	,011
Komb_k_1	-,524	,192	-,130		
Komb_e_1	-,004	,232	-,001		
Komb_s_1	-,068	,253	-,013		
2 Konstante	1,195	,061		,017	,013
Komb_k_1	-,525	,189	-,130		
Komb_s_1	-,068	,252	-,013		
3 Konstante	1,191	,060		,017	,015
Komb_k_1	-,524	,189	-,130		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 58*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen einer Form auf Symptomgruppe B (PCL-C) (N = 185)*

Schritt und Variable	B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1 Konstante	14,646	,458		,024	,008
Komb_k_1	,028	1,485	,001		
Komb_e_1	,847	2,054	,031		
Komb_s_1	3,518	1,684	,155		
2 Konstante	14,648	,441		,024	,014
Komb_e_1	,852	2,033	,031		
Komb_s_1	3,519	1,679	,155		
3 Konstante	14,688	,429		,023	,018
Komb_s_1*	3,478	1,673	,153		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 59*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe C (PCL-C) (N = 185)*

Schritt und Variable	B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1 Konstante	17,332	,574		,025	,008
Komb_k_1	-,781	1,837	-,032		
Komb_e_1	1,034	2,707	,029		
Komb_s_1	4,113	2,003	,154		
2 Konstante	17,367	,565		,024	,013
Komb_k_1	-,684	1,815	-,028		
Komb_s_1	4,070	1,995	,153		
3 Konstante	17,305	,539		,023	,018
Komb_s_1*	4,080	1,990	,153		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 60*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf Symptomgruppe D (PCL-C) (N = 185)*

Schritt und Variable		B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1	Konstante	13,068	,426		.045	.029
	Komb_k_1	1,750	1,424	,091		
	Komb_e_1	-2,381	1,914	-,092		
	Komb_s_1	3,489	1,511	,170		
2	Konstante	13,199	,413		.037	.026
	Komb_e_1	-2,074	1,900	-,080		
	Komb_s_1	3,494	1,513	,170		
3	Konstante	13,101	,404		.030	.025
	Komb_s_1*	3,592	1,511	,174		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 61*Einfluss spezifischer Tat-Kombinationen auf den PCL-C-Score (N = 185)*

Schritt und Variable		B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1	Konstante	45,165	1,344		.029	.012
	Komb_k_1	,944	4,431	,016		
	Komb_e_1	-2,148	6,340	-,026		
	Komb_s_1	10,673	4,863	,166		
2	Konstante	45,237	1,296		.028	.017
	Komb_e_1	-1,951	6,254	-,023		
	Komb_s_1	10,679	4,849	,166		
3	Konstante	45,153	1,265		.028	.022
	Komb_s_1*	10,763*	4,829	,167		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 62*Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe B – Folgencluster (N = 448)*

Schritt und Variable		B	SE B	β	R ²	ΔR ²
1	Konstante	,323	,029		.009	-.003
	Komb1	,162	,090	,104		
	Komb2	-,066	,089	-,042		
	Komb3	-,055	,092	-,032		
	Komb4	,040	,098	,021		
2	Komb5	-,019	,102	-,009		
	Konstante	,322	,028		.009	.000
	Komb1	,160	,089	,103		
	Komb2	-,066	,089	-,042		
	Komb3	-,056	,092	-,033		
3	Komb4	,039	,098	,021		
	Konstante	,323	,028		.008	.001
	Komb1	,167	,087	,107		
	Komb2	-,060	,087	-,038		
4	Komb3	-,051	,091	-,030		
	Konstante	,321	,028		.007	.003
	Komb1	,153	,083	,098		
5	Komb2	-,072	,084	-,045		
	Konstante	,316	,027		.006	.004
6	Komb1	,119	,073	,077		
	Konstante	,333	,025		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 63

Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe C – Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	,291	,030		.008	-.003
Komb1	-,006	,093	-,004		
Komb2	-,161	,092	-,099		
Komb3	,058	,095	,033		
Komb4	,086	,101	,045		
Komb5	,012	,105	,005		
2 Konstante	,290	,029		.008	-.001
Komb2	-,163	,087	-,101		
Komb3	,057	,092	,032		
Komb4	,085	,099	,044		
Komb5	,011	,104	,005		
3 Konstante	,291	,029		.008	.002
Komb2	-,162	,087	-,100		
Komb3	,058	,091	,033		
Komb4	,086	,099	,045		
4 Konstante	,294	,029		.007	.003
Komb2	-,145	,082	-,089		
Komb4	,097	,097	,051		
5 Konstante	,299	,028		.005	.003
Komb2	-,116	,077	-,071		
6 Konstante	,283	,026		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 64

Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe D – Folgencluster (N = 448)

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	,274	,029		.014	.003
Komb1	,026	,092	,016		
Komb2	-,090	,091	-,055		
Komb3	-,033	,094	-,019		
Komb4	-,134	,100	-,070		
Komb5	,160	,105	,075		
2 Konstante	,275	,029		.014	.005
Komb2	-,082	,087	-,051		
Komb3	-,027	,091	-,015		
Komb4	-,128	,098	-,067		
Komb5	,164	,103	,077		
3 Konstante	,274	,029		.014	.007
Komb2	-,090	,082	-,056		
Komb4	-,133	,097	-,070		
Komb5	,161	,103	,075		
4 Konstante	,266	,028		.011	.007
Komb4	-,169	,091	-,088		
Komb5	,146	,102	,068		
5 Konstante	,275	,027		.006	.004
Komb4	-,153	,090	-,080		

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 65*Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe D – Folgencluster (N = 448)*

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	1,151		.008	-.003
	Komb1	,115	,033		
	Komb2	-,365	-,103		
	Komb3	,039	,010		
	Komb4	,085	,020		
2	Komb5	,112	,024		
	Konstante	1,152		.008	-.001
	Komb1	,125	,036		
	Komb2	-,357	-,101		
	Komb4	,090	,021		
3	Komb5	,115	,024		
	Konstante	1,156		.007	.001
	Komb1	,144	,041		
	Komb2	-,339	-,096		
	Komb5	,117	,025		
4	Konstante	1,161		.007	.002
	Komb1	,162	,046		
	Komb2	-,333	-,094		
5	Konstante	1,173		.005	.003
	Komb2	-,256	-,072		
6	Konstante	1,138		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 66*Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe B – PCL-C (N = 185)*

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1	Konstante	14,786		.014	-.014
	Komb1	-1,039	-,063		
	Komb2	1,802	,095		
	Komb3	1,041	,054		
	Komb4	-1,022	-,051		
	Komb5	1,338	,059		
2	Konstante	14,814		.012	-.010
	Komb1	-,689	-,042		
	Komb2	1,873	,099		
	Komb4	-,862	-,043		
	Komb5	1,345	,059		
3	Konstante	14,764		.010	-.006
	Komb2	1,606	,085		
	Komb4	-1,051	-,053		
	Komb5	1,314	,058		
4	Konstante	14,710		.008	-.003
	Komb2	1,328	,070		
	Komb5	1,152	,051		
5	Konstante	14,780		.005	.000
	Komb2	1,386	,073		
6	Konstante	14,918		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 67*Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe C – PCL-C (N = 185)*

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	17,662	,594		.012	-.017
Komb1	-1,153	1,896	-,057		
Komb2	-1,171	1,982	-,051		
Komb3	3,019	2,282	,117		
Komb4	-,223	2,137	-,009		
Komb5	-,042	2,136	-,002		
2 Konstante	17,659	,581		.012	-.011
Komb1	-1,154	1,890	-,057		
Komb2	-1,170	1,976	-,051		
Komb3	3,017	2,273	,117		
Komb4	-,229	2,108	-,009		
3 Konstante	17,652	,575		.012	-.005
Komb1	-1,189	1,858	-,059		
Komb2	-1,215	1,927	-,053		
Komb3	3,004	2,263	,117		
4 Konstante	17,593	,567		.009	-.002
Komb1	-1,552	1,763	-,076		
Komb3	2,801	2,236	,109		
5 Konstante	17,460	,546		.005	-.001
Komb3	1,826	1,941	,071		
6 Konstante	17,605	,524		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 68*Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf Symptomgruppe D – PCL-C (N = 185)*

Schritt und Variable	B	SE B	β	R ²	ΔR^2
1 Konstante	13,305	,447		.013	-.015
Komb1	-,016	1,426	-,001		
Komb2	1,289	1,510	,071		
Komb3	1,019	1,593	,056		
Komb4	-1,856	1,548	-,099		
Komb5	,028	1,621	,001		
2 Konstante	13,304	,440		.013	-.010
Komb2	1,285	1,461	,071		
Komb3	1,013	1,461	,056		
Komb4	-1,858	1,521	-,099		
Komb5	,028	1,615	,001		
3 Konstante	13,305	,431		.013	-.004
Komb2	1,286	1,457	,071		
Komb3	1,013	1,457	,056		
Komb4	-1,855	1,504	-,099		
4 Konstante	13,358	,423		.010	-.001
Komb2	1,504	1,421	,083		
Komb4	-1,610	1,460	-,086		
5 Konstante	13,458	,413		.004	-.002
Komb4	-1,145	1,393	-,061		
6 Konstante	13,357	,394		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 69*Einfluss von Tat-Kombinationen gemischter Formen auf den PCL-C-Score (N = 185)*

Schritt und Variable	B	SE B	Beta	R ²	ΔR ²
1	Konstante	45,753		.008	-.021
	Komb1	-2,787	-,058		
	Komb2	1,573	,029		
	Komb3	5,505	,092		
	Komb4	-2,153	-,036		
	Komb5	1,219	,019		
2	Konstante	45,817		.008	-.015
	Komb1	-2,761	-,057		
	Komb2	1,560	,028		
	Komb3	5,552	,093		
	Komb4	-1,977	-,033		
3	Konstante	45,874		.007	-.010
	Komb1	-2,442	-,051		
	Komb3	5,828	,097		
	Komb4	-1,604	-,027		
4	Konstante	45,804		.007	-.005
	Komb1	-2,803	-,058		
	Komb3	5,698	,095		
5	Konstante	45,578		.004	-.001
	Komb3	3,922	,065		
6	Konstante	45,891		.000	.000

*p < .05. **p < .01. ***p < .001

Tabelle 70*Varianzanalyse Zusammenfassung des Einflusses von Polyviktimsierung (N = 185)*

Variable	QS	MS	F(2, 172)	p	η ²
PCL-C Score					
Zwischen den Gruppen	1547.890	773.945	2.968	.054	.033
Innerhalb der Gruppen	44845.047	260.727			

Tabelle 71*Mittelwerte des PCL-C Scores als Funktion der Gruppenzugehörigkeit*

	Gruppen					
	niedrige PV (n = 47)		mittlere PV (n = 75)		hohe PV (n = 53)	
	M	SD	M	SD	M	SD
PCL-C Score	41.150	16.304	46.88	16.226	48.70	16.329

Tabelle 72*Varianzanalyse für die Effekte von Polyviktimsierung auf den PCL-C Score (N = 185)*

Variable	QS	MS	F(2, 182)	p	η^2
Sexuell					
Zwischen den Gruppen	13.816	6.908	3.547	.031*	.033
Innerhalb der Gruppen	354.422	1.947			
Körperlich					
Zwischen den Gruppen	0.287	0.144	0.040	.960	.000
Innerhalb der Gruppen	646.772	3.554			
Emotional					
Zwischen den Gruppen	13.999	7.000	2.728	.068	.029
Innerhalb der Gruppen	466.995	2.566			
Gesamtscore Taten					
Zwischen den Gruppen	35.523	17.762	2.577	.079	.028
Innerhalb der Gruppen	1254.239	6.891			

Tabelle 73*Gruppenzugehörigkeit als Funktion der Tatenanzahl*

	Gruppen					
	Volle PTBS (n = 68)		Subsyndromale PTBS (n = 28)		Keine PTBS (n = 89)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Anzahl sexueller Tatencluster	1.370 _a	1.381	1.710	1.357	1.970 _a	1.418
Anzahl körperlicher Tatencluster	1.790	1.671	1.750	2.171	1.710	1.944
Anzahl emotionaler Tatencluster	1.930	1.558	1.430	1.345	2.220	1.704

Note: Mittelwerte in einer Reihe mit dem gleichen Index sind signifikant unterschiedlich voneinander.

CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben

Name	Doris Rittmannsberger
Staatsbürgerschaft	Österreich

Ausbildung

seit WS 2007	Diplomstudium Psychologie, Universität Wien
seit WS 2011	Psychotherapeutisches Propädeutikum, Universität Wien
WS 2011/12	Auslandssemester an der Universidad de Chile, Santiago
2002-2006	Stiftsgymnasium Melk

Berufliche und relevante Erfahrungen

22. 11. – 31. 12. 2010	6-Wochen Praktikum für das Psychologiestudium am Neurologischen Labor des Otto-Wagner-Spitals
2. – 6. 6. 2011	Mitarbeit beim 12. Kongress der European Society of Traumatic Stress Studies an der Universität Wien „Psychotraumatology and Human Rights“
11. 6. – 31. 8. 2012	Volontariat an der Universität Wien: Mitarbeit am Projekt „Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der Katholischen Kirche“
3. 9. – 12.10.2012	6-Wochen Praktikum für das psychotherapeutische Propädeutikum bei OMEGA Graz, Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration

Fortbildungen

11. 10. 2012	Abschlusskonferenz „Empowering immigrant women to end violence“
19. – 20. 10. 2012	Wissenschaftliche Tagung der AVM „Trauma und Traumatherapie“
6. – 9. 6. 2013	13. Kongress der European Society of Traumatic Stress Studies „Trauma and its Clinical Pathways: PTSD and beyond“