



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Wahrgenommene soziale Unterstützung und
posttraumatische
Folgestörungen nach Missbrauch durch TäterInnen aus der
katholischen Kirche

Verfasserin

Maria Asisa Butollo

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

*„Ein Freund, ein guter Freund,
das ist das Beste was es gibt auf der Welt,
ein Freund, ein guter Freund,
auch wenn die ganze Welt zusammenfällt.“
(Comedian Harmonists, 1930)*

Abstract

Soziale Unterstützung hilft schwere Erlebnisse und Erfahrungen zu bewältigen und trägt zu psychischem Wohlbefinden bei. Diese Diplomarbeit widmet sich Fragen die sich darauf beziehen, in welchem Ausmaß und in welcher Art wahrgenommene soziale Unterstützung (WSU) den Betroffenen von sexualisiertem, physischem und psychischen Missbrauch durch TäterInnen innerhalb der katholischen Kirche in Österreich (n=185) geholfen hat. Die Betroffenen gaben auf dem für die Diplomarbeit erstellten „WSU-Fragebogen“ an, wie sehr sie sich in der Vergangenheit unterstützt fühlten und heute und wie sie sich heute unterstützt fühlen. Diese Daten wurden mit den Ergebnissen des Brief-Symptom-Inventory (Franke, 2000) und der PCL-C (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) in Zusammenhang gestellt. Somit konnten generalisierende Aussagen über die Funktion der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in den Bereichen wahrgenommene emotionale Unterstützung, wahrgenommene praktische Unterstützung und wahrgenommene soziale Integration gemacht werden und deren Zusammenhang mit Gesundheit betrachtet werden. Diese Bereiche wurden über verschiedene Zeitpunkte, vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen, in den Wochen nach den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen und heute, erfragt. Die Ergebnisse zeigen einen starken Zusammenhang zwischen der WSU zum heutigen Zeitpunkt und psychischer Belastung (Cohen's $d = 1.03$) sowie Traumasymptomatik (Cohen's $d = -.953$) und, dass je mehr wahrgenommene soziale Unterstützung nach den Missbrauchs-/Gewalterfahrungen vorhanden war, desto weniger Traumasymptome ($d = 0,44$) in der heutigen Zeit bestehen.

Keywords: wahrgenommene soziale Unterstützung, Posttraumatische Belastungsstörung, Missbrauch, emotionale Unterstützung, soziale Integration, praktische Unterstützung

Danksagung

Als erstes möchte ich mich bei Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster und dem großartigen Projektteam bedanken, ohne das die Diplomarbeit nicht möglich gewesen wäre. Das sind namentlich Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, Dr. Reinhold Jagsch, Mag. Viktoria Kantor, Mag. Dina Weindl, Mag. Yvonne von Moy sowie Mag. Matthias Knefel. Danke Yvonne für die großartige Vor- und Zusammenarbeit.

Die Diplomarbeit innerhalb des wissenschaftlichen Projektes wäre auch ohne die Teilnahme von fast 500 von Missbrauch und Gewalt betroffenen Personen nicht möglich gewesen. Mein Dank gilt ganz besonders den Personen, welche den Mut aufbrachten, in vielen Fällen nach jahrzehntelanger Zeit von ihren Erfahrungen zu berichten. Vielen Dank, dass Sie sich als Spezialisten und Spezialistinnen bereiterklärten, an diesem Projekt teilzunehmen.

Auch danke ich meiner Familie (The Butollo Flock) vor allem den Eltern Andrea und Willi für die lebenslange und bedingungslose Unterstützung. Nun, am Ende meiner Diplomarbeit ist mir klarer als jemals zuvor, welcher Wert mir dadurch Geschenk ist.

Ich danke meinen lieben Freundinnen und Freunden, die mich emotional und praktisch unterstützten und deren soziale Integration ich über meine Lebensspanne genießen durfte.

Und last but not least danke ich Roland Pichler (Ché), dessen soziale Unterstützung ich jeden Tag wahrnehmen darf, der Vorbild in der Konsequenz im Schreiben war und Coach und Motivator in schwierigen Phasen.

Inhalt

Danksagung	3
1. Einleitung	7
2. Wahrgenommene soziale Unterstützung bei vulnerablen Gruppen	9
2.1 Definitionen der sozialen Unterstützung	9
2.1.1 Definitionsbezogene Problematik.	9
2.1.2 Bedeutung von sozialer Unterstützung.....	10
2.1.3 Perceived Social Support versus Social Support.	11
2.2 Aktuelle Forschung zu wahrgenommener sozialer Unterstützung	14
2.2.1 (Wahrgenommene) soziale Unterstützung und psychische Gesundheit.	14
2.2.2 (Wahrgenommene) soziale Unterstützung und Traumasymptomatik.	15
2.3 Modelle	17
2.3.1 Das Buffering Model.	17
2.3.2 Das Main Effect Model	19
2.2.3 Das Berkman-Modell.	20
3. (Kindes-)Missbrauch und die Folgen	23
3.1 Definitionen von Kindesmisshandlung.....	23
3.2 Folgen von Kindesmisshandlung.....	24
3.3 Prävalenzen und Folgen von sexualisiertem Kindesmissbrauch	26
3.4 Prävalenzen und Folgen von physischem Kindesmissbrauch	29
3.5 Prävalenzen und Folgen von emotionalem Kindesmissbrauch.....	30
4. Projektbeschreibung: Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche	32
5. Hypothesen	34
Hypothese 1:	35
Hypothese 2:	35
Hypothese 3:	36
Hypothese 4:	36
Hypothese 5:	37
6. Instrumente	38
6.1 Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei Betroffenen von Missbrauchs-/Gewalterlebnissen.....	38
6.2 Brief Symptom Inventory	39
6.3 PTSD Check List – Civilian Version.....	41
7. Methoden der Auswertung	42
7.1 Korrelationen.....	42

7.2 Varianzanalyse: ANOVA	42
7.3 Multiple Regression.....	43
8. Beschreibung der Stichprobe	44
8.1 Demographische Daten der Stichprobe.....	44
8.2 Psychopathologische Charakteristika der Stichprobe	45
8.3 Verteilung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.....	46
9. Ergebnisse	47
9.1 Faktorenanalyse des WSU-Fragebogens	47
9.1.1 WSU vor den Missbrauchs- /Gewalterlebnissen.....	47
9.1.2 WSU nach den Missbrauchs- /Gewalterlebnissen.	48
9.1.3 WSU zum heutigen Zeitpunkt.	49
9.1.4 Einstellung zu sozialer Unterstützung.	49
9.1.5 Beistand von Personen.....	49
9.2 Zusammenhang WSU mit BSI und PCL-C: Hypothese 1	50
9.3 Zusammenhang der WSU zu verschiedenen Zeitpunkten mit BSI und PCL-C: Hypothese 2	50
9.4 Zusammenhang der WSU mit den Skalen des BSI und der PCL-C verschiedenen Dimensionen und Zeitpunkten der WSU: Hypothese 3.....	51
9.5 Varianzanalyse der WSU nach belastenden Erlebnissen mit BSI und PCL-C: Hypothese 4.	53
9.6.. Geschlechtsunterschiede der WSU nach belastenden Erlebnissen bezüglich BSI und PCL-C: Hypothese 5	55
9.7 Explorative Ergebnisse: Einstellungen zu sozialer Unterstützung	57
10. Ergebniszusammenfassung und Interpretation	59
11. Diskussion	67
11.1 Bezug auf die Definitionsproblematik.....	67
11.2 Kausalitäten von Trauma und WSU.....	67
11.3 Praktische Unterstützung und psychische Gesundheit.....	69
11.4 WSU und Einstellung.....	69
11.5 Schweregrad des Traumas	70
12. Limitationen.....	72
13. Implikationen für die Praxis	74
Literatur.....	75
Anhang.....	90
Anhang 1: Faktorenanalyse	90
Anhang 2: Die Fragebogenbatterie	98
Anhang 3: Projektaufklärung.....	104

<i>Anhang 4: Einverständniserklärung</i>	<i>108</i>
<i>Anhang 5: Verschwiegenheitserklärung</i>	<i>109</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>113</i>

Die Diplomarbeit wurde unter Einhaltung der Richtlinien der APA (American Psychological Association, 2010) geschrieben.

Die Diplomarbeit ist Teil des Projekts „Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche in Österreich“. Das Projekt ist registriert im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS; WHO-Registrierung). Finanziert wurde die vorliegende Studie durch ein Stipendium des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank, Projektnummer 14362.

Teilweise fließen die Daten in die Diplomarbeit von Yvonne von Moy (Disclosure und soziale Reaktionen bei Betroffenen von Missbrauch durch Vertreter der katholischen Kirche) ein.

1. Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit entstand im Rahmen des Projekts: „Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche in Österreich“. Die Zusammenarbeit mit dem Projekt bot die Möglichkeit, Forschung zu dem gesellschaftlich äußerst relevanten Thema des Missbrauchs innerhalb der katholischen Kirche zu betreiben.

Soziale Unterstützung als Forschungsthema in der Psychologie hat die Hochphase der Aktualität in den späten 1980er Jahren bis heute. Aus diesem Grund werden neben aktuellen Forschungsergebnissen auch die „Klassiker“ der sozialen Unterstützung einbezogen und die Entwicklung der Theorien schemenhaft nachgezeichnet. Um diesem facettenreichen Konstrukt auf die Schliche zu kommen, lohnt sich ein Blick auf die Geschichte der Forschung zur sozialen Unterstützung und deren Entwicklung.

Im Rahmen der Diplomarbeit kann zum Thema (wahrgenommene) soziale Unterstützung bedauerlicher Weise nicht erschöpfend recherchiert werden. Eine Schnellsuche über den Universitätsbibliothekservice „Metalib“ im Bereich Psychologie/Sozialwissenschaften, zu den Begriffen „Perceived Social Support“ oder „Social Support“ im September 2011, ergab 32.899 beziehungsweise 199.813 Treffer. Somit basiert die vorliegende Arbeit theoretisch auf Ergebnissen und Meilensteinen, welche für die Entwicklung der Forschung relevant sind und immer noch Geltung haben sowie auf Metaanalysen.

Gesellschaftlich relevant ist das Thema Kindesmissbrauch und soziale Unterstützung einerseits aus versorgungstechnischen Gründen, die das Gesundheits- und Sozialsystem in Österreich und anderen europäischen Staaten betreffen. Beispielsweise wenn es um die Frage geht, wie mit Kindern umgegangen werden soll oder welche Faktoren wichtig sind, um Kinder nach diesen grauenvollen und extremen Erlebnissen, sinnvoll und effizient zu unterstützen. Die soziale Unterstützung muss einbezogen werden, wenn es um Fragen geht, die Ver-

sorgungseinrichtungen betreffen und innerhalb dieser um Behandlung von schon verursachten Traumata und um Prävention innerhalb dieser Einrichtungen.

Andererseits hat das Thema gesellschaftliche Relevanz bezüglich der katholischen Kirche in Österreich. Dass die Fälle von sexualisiertem, physischem und emotionalem Missbrauch aufgekommen sind, hat die AnhängerInnen der katholischen Kirche und Welt erschüttert. Doch gerade in der patriarchal organisierten Kirchenstruktur, in welcher Sexualität unter den WürdenträgerInnen negiert und unter den strengen Gläubigen abseits von Fortpflanzung als Sünde betrachtet wird, passierten diese paradox erscheinenden Missbrauchstaten.

Wie kann es dazu kommen, dass in dieser Gemeinschaft sexualisierter Missbrauch so lange unter der Oberfläche eines gesellschaftlichen Bewusstseins gehalten wird? Das Bild des Priesters als unantastbar und unfehlbar wurde oftmals aufrechterhalten, auch wenn Vermutungen, Indizien oder sogar Beweise gegen ihn vorliegen. Im komplexen System der Orts- oder Glaubensgemeinschaften wurden häufig die TäterInnen geschützt und Betroffene zum Schweigen gebracht. Ganz nach dem Grundsatz: „Was es nicht geben darf, das gibt es auch nicht“.

Doch es gibt Fälle, in denen die Gemeinschaft doch unterstützt hat. In der vorliegenden Diplomarbeit wird die Rolle der sozialen Unterstützung aus Sicht der Betroffenen beschrieben und Unterschiede im menschlichen Erleben beschrieben, die sich als Folge von mehr oder weniger sozialer Unterstützung ergeben.

2. Wahrgenommene soziale Unterstützung bei vulnerablen Gruppen

2.1 Definitionen der sozialen Unterstützung

2.1.1 Definitionsbezogene Problematik.

Die Erkenntnis von sozialer Unterstützung als Voraussetzung für ein gutes Leben erscheint trivial, so geläufig ihre Bedeutung auch ist. Soziale Unterstützung ist ein seit über hundert Jahren untersuchtes Konstrukt, zu welchem dementsprechend viele Definitionen existieren. 1989, genau einhundert Jahre nachdem Durkheim die empirische Forschung zu sozialer Unterstützung begründete, kritisieren Schwarzer und Leppin, dass es „weder einen Konsens über die theoretische Konzeptualisierung des Gegenstandes social support noch über dessen mögliche Operationalisierungen“ gebe (Schwarzer & Leppin, 1989, S. 12). 1993 findet Anton Laireiter 42 Formen der sozialen Unterstützung, von nur acht verschiedenen Autoren und Autorinnen Sheldon Cohen sagt dazu im Jahre 2000:

“Social support is often used in a broad sense, referring to any process through which social relationships might promote health and well-being” (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000, S.4)

2006 kritisieren Guay und KollegInnen genau dieses Problem immer noch. Es zeigen sich gleichzeitig widersprüchliche Forschungsergebnisse zu dem Thema (vgl. Breslau & Kessler, 2001; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Cloitre, 2001; Guay, 2006; Laireiter, 1993; Ozer, 2003; Sommer & Fydrich, 1989). Diese beiden Punkte sind nicht unabhängig voneinander zu sehen. Werden die Konstrukte auf verschiedene Arten und Weisen definiert, ist es klar, dass die Forschung uneinheitliche Ergebnisse liefert. Naheliegend ist eine Wirkung von uneinheitlicher Operationalisierung auf die Ergebnisse der zahlreichen Studien zu sozialer Unterstützung. Wichtig ist nach Sheldon Cohen (2000) jedoch, das Wesen heilender sozialer Unterstützung zu untersuchen, um wirksa-

me Interventionen zu entwickeln. Wie wirkt soziale Unterstützung und welche Form sozialer Unterstützung hat positive Auswirkung auf mentale Gesundheit? Um es mit den Worten von Sheldon Cohen zu sagen: „[...] how do our social ties ‚get inside‘ our bodies?“ (S. Cohen, 2001, S. 6).

2.1.2 Bedeutung von sozialer Unterstützung.

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter der Abwesenheit von positiver sozialer Unterstützung Einsamkeit verstanden. Einsamkeit hat zwei Dimensionen, eine ist positiv konnotiert, ethymologisch hergeleitet von „mit sich selbst identisch sein“ (Elbing, 1991, S. 4) und bietet die Möglichkeit von Entfaltung, Selbstgestaltung und vertiefter Kommunikation, ist sogar Voraussetzung für konstruktive soziale Teilnahme (ebd.). Elbing zitiert Karl Jaspers folgendermaßen: „Ich kann nicht ich selbst werden, ohne in Kommunikation zu treten und nicht in Kommunikation treten, ohne einsam zu sein“ (Jaspers, 1948 zit. in Elbing 1991, S.4). Die zweite Facette des Einsamkeitsbegriffs ist negativ konnotiert und wird auch als „vereinsamt sein“ bezeichnet. Sie meint das psychische Erleben, die Wahrnehmung, von Trennung oder „den Verlust sozialen Eingebundenseins und sozialer Wertigkeit der eigenen Person“ (Elbing, 1991, S. 5). Bei negativer Einsamkeit, also bei wahrgenommener fehlender sozialer Unterstützung, geht es um die Wahrnehmung und das Empfinden von Isolation und nicht um die bloße Abwesenheit anderer Personen. Ein neutralerer Begriff der fehlenden sozialen Unterstützung ist der von „Alleinsein“, was die Abwesenheit von Menschen bezeichnet. Hier finden wir keine negative und subjektive, sondern eine objektive Färbung (ebd.). Die für die Psychologie wichtigere Dimension ist die emotionale und subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung (WSU) also die Abwesenheit von Einsamkeit als Gefühl der Isolation und weniger die Anzahl von sozialen Bindungen (Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007; Lakey & Orehek, 2011).

2.1.3 *Perceived Social Support versus Social Support.*

Modernere Forschung widmet sich häufig der Dimension der erhaltenen Unterstützung oder received support. Hierbei wird meist mittels Fragebogen erfasst, wie viele Personen in einem bestimmten Zeitraum verschiedene Unterstützungsleistungen erbrachten (Haber et al., 2007). In dieser Diplomarbeit wird die wahrgenommene soziale Unterstützung untersucht. Haber und sein Team (2007) errechneten in einer Metaanalyse eine Effektstärke einer Korrelation von $r = .35$ zwischen erhaltener und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Das zeigt zwar eine leichte Überlappung der beiden Konstrukte auf, jedoch keinen starken Zusammenhang. Anlehnend an Barrera (1986), sowie Lakey und Drew (1997) differenzieren die Autoren die beiden Konstrukte:

“[...] received support measures instruct raters to recall specific examples of behaviour rather than general impressions, they are thought to more accurately reflect actual support provided by the environment than other types of support measures (Barrera, 1986, zit. in Haber et al., 2007, S.133).

Demgegenüber stellen Lakey und Drew die Definition des perceived support:

“By contrast, perceived support measures may be subject to individual differences in perceptual, judgment, and memory process that may result in idiosyncratic perception of supportive events [...]“ (Lakey & Drew, 1997, zit. in Haber et al., 2007, S. 134)

Wichtig an dieser Definition ist, dass wahrgenommene soziale Unterstützung von subjektiven personeninternen Prozessen abhängt. Die erhaltene soziale Unterstützung kann mit dem spezifischen Abfragen von Beispielen jedoch nicht eindeutig erhoben werden. Die genannten Prozesse, vor allem Gedächtnisprozesse, spielen eine wichtige Rolle beim „recall“ der Information. Wie Lakey und Orehek anführen, kommt es auf die persönliche Geschichte

der sozialen Unterstützung an, ob die einzelnen unterstützenden Einheiten (Taten, Ratschläge etc.) als viel oder wenig soziale Unterstützung gewertet werden (Lakey & Orehek, 2011).

Jeder Mensch misst die soziale Unterstützung aus der Umwelt am Maßstab einer subjektiven und individuellen Basisrate. Dazu kommt, dass Wahrnehmung und Gedächtnis nicht voneinander unabhängig sondern in Interaktion sind und somit wird jede Angabe auf einem Fragebogen immer durch den Filter der Wahrnehmung gekennzeichnet sein. Auf der methodischen Ebene zeigt sich eine höhere Interraterobjektivität bezüglich received support im Vergleich zu perceived support, die erhaltene soziale Unterstützung ist also das objektivere Konstrukt (J. L. Cohen, Lakey, Tiell, & Neeley, 2005). Genau das ist wohl auch der springende Punkt. Es geht nicht um die objektive Unterstützung, sondern um die subjektive Einschätzung der Person als gut oder weniger gut unterstützt. Jay L. Cohen und sein Team stellten 2005 fest, dass perceived support, im Gegensatz zu received support, mit mental health in Zusammenhang steht. Der objektivierbare received support, hat mit mental health weniger Verbindung (Klauer, Knoll, & Schwarzer, 2007; Vangelisti, 2009). Um die erhaltene soziale Unterstützung nach empirischen Kriterien zufriedenstellend zu erfassen, wäre es von Nöten, andere Personen als Informationsquelle miteinzubeziehen oder andere Methoden wie die Messung von Netzwerken heranzuziehen. Guay (2006) spricht sich für die Verwendung von multimethodologischen Ansätzen aus, in welchen Verhaltensbeobachtungen sowie Fragebögen zum Einsatz kommen sollten.

Nach Haber wirkt erhaltene soziale Unterstützung nur dann, wenn dadurch die wahrgenommene Unterstützung modifiziert wird. In anderen Worten, nur wenn die soziale Unterstützung als solche bewusst registriert wird (Haber et al., 2007) und im Verhältnis zum gewohnten Standard als positiv bewertet wird (Lakey & Orehek, 2011), nützt sie für die Stressbewältigung. Somit ist die wahrgenommene soziale Unterstützung, das Gefühl unterstützt zu werden, der ausschlaggebende Faktor. In diesem Punkt stimmten Wethington und Kessler

schon 1986 überein (zit. in S. Cohen, 2000). Aus diesen Gründen wird die Bezeichnung „wahrgenommene soziale Unterstützung“ (WSU) verwendet, was dem englischen Begriff „perceived support“ entspricht. Im Rahmen der Diplomarbeit wird die wahrgenommene soziale Unterstützung in drei Teilbereichen erhoben.

2.1.4 Differenzierung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Es werden in der Literatur diverse Differenzierungen der sozialen Unterstützung vorgenommen. Durch die sinngemäße Ordnung der Konstrukte nach Art der Unterstützungsleistung, ergeben sich drei entscheidende Blöcke:

Der erste Block beinhaltet Definitionen, die der instrumentellen Unterstützung ähnlich sind (Cutrona & Russel, 1990; Cohen & Hoberman, 1983; House, 1981 zit. in Laireiter, 1993). Synonym verwendet werden die Begriffe praktische Unterstützung (Sommer & Fydrich, 1989), die instrumentelle Hilfe/aktive Pflege (Cobb, 1979), die praktische Hilfe (Barrera & Ainley, 1983; Vaux, Riedel & Stewart 1987 zit. in Laireiter, 1993), functioning support (Guay, 2006) und die materielle Unterstützung (Cobb, 1976; Barrera & Ainley 1983 zit. in Laireiter, 1993). In dieser Dimension geht es inhaltlich um die Frage nach Personen, die Hilfsleistungen im Alltag verrichten, sowie konkrete Hilfsleistungen wie Sachgüter oder körperliche Hilfe anbieten. Für die Diplomarbeit wird der Begriff „praktische Unterstützung“ (PU) für diesen Bereich gewählt.

Als zweiter Block kann die emotionale Anteilnahme (House zit. in Sarason 1985) und die emotionale Unterstützung (Cobb, 1979; House, 1981; Cutrona & Russel, 1990; Vaux, Riedel & Stewart, 1987 zit. in Lairaiter, 1993) gesehen werden. In eine ähnliche Bedeutungsrichtung gehen die Begriffe Selbstwertunterstützung (Weiss, 1974; Cobb, 1979; Cohen & Hoberman, 1983; Cutrona & Russell, 1990; zit. in Laireiter 1993) oder esteem support (Cloitre, 2001). Die gemeinsame Bedeutung der Begriffe ist „Beistand leisten“, „für jemanden

da sein“ oder „trösten“ und „zuhören“. Im Folgenden wird der Begriff „emotionale Unterstützung“ (EU) für diese Bedeutungsdimension verwendet.

Eine weitere oft genannte Richtung der sozialen Unterstützung stellt die soziale Integration dar (Cutrona & Russell, 1990; zit. in Laireiter 1993; Schulz & Schwarzer, 2003). Für diesen Begriff gibt es wiederum eine Reihe von Synonymen: Geselligkeit, Kontakt (Weiss, 1974; zit. in Laireiter 1993), Netzwerkunterstützung (Cobb, 1979; zit. in Laireiter 1993), Beisammensein (Schulz & Schwarzer, 2003), social embeddedness (Sommer & Fydrich, 1989), structural support (Guay, 2006) oder positive soziale Interaktion (Barrera & Ainley 1983; zit. in Laireiter 1993). Die Bedeutung der Begriffe geht in die Richtung von: sich in einem Netzwerk aufgehoben fühlen oder sich von einem Netzwerk unterstützt fühlen. Der Begriff „soziale Integration“ (SI) wird als dritte Dimension der sozialen Unterstützung verwendet.

Die WSU wird in die oben angeführten drei Teilbereiche untergliedert: wahrgenommene emotionale Unterstützung (EU), wahrgenommene praktische Unterstützung (PU) und wahrgenommene soziale Integration (SI) (vgl. Schwarzer, R., 2007). Diese Dimensionen wurden im Fragebogen des F-SozU als unabhängig bestätigt und zeigen hohe Reliabilitäten ($\alpha = .81 - \alpha = .93$) (Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer, & Brähler, 1999).

2.2 Aktuelle Forschung zu wahrgenommener sozialer Unterstützung

2.2.1 (Wahrgenommene) soziale Unterstützung und psychische Gesundheit.

Der Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit ist seit langem „securely established“ (Kawachi & Berkman, 2001). Perceived support wird als Schutzfaktor vor Stress und Belastungen der Umwelt, um die psychische Gesundheit aufrecht zu erhalten, gesehen. In diesem Zusammenhang gibt es starke Belege bezüglich eines Zusammenhangs von wahrgenommener sozialer Unterstützung und major depression (Moak & Agrawal, 2010;

Seeds, Harkness, & Quilty, 2010). Stice, Ragan und Randall veröffentlichten 2004 eine Langzeitstudie mit adäquaten Ergebnissen. Sie gaben an, dass vor allem die Dimension „eingeschränkte Zukunft“ innerhalb der Depression von der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung betroffen sei. Den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Depression begründeten Korkeila und sein Team mit dem höheren Risiko belastender life events durch fehlende soziale Unterstützung (Korkeila et al., 2010). Moak und Agrawal (2010) fanden deutliche Belege für einen Zusammenhang zwischen einem höheren Level der WSU und generalisierter Angststörung, Panikstörung, Sozialphobie, spezifischer Phobie, manischer Störung und Suizidversuchen sowie einer Reihe von körperlichen Problemen. Hyde, Gorka, Manuck und Hariri fanden 2011 heraus, dass die Trait-Angst bezogene Aktivität der Amygdala durch perceived support moderiert wurde. Hier wurde zumindest ein Anfang gesetzt, um wahrgenommene soziale Unterstützung auch auf der neurologischen Ebene verstehen zu lernen.

2.2.2 (Wahrgenommene) soziale Unterstützung und Traumasymptomatik.

Innerhalb des Projektes „Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche“, wird das „Multifaktorielle Rahmenmodell“ (Maercker, 2009) als Grundlage der traumatologischen Betrachtungen herangezogen. Das Modell beschreibt die Facetten von Traumatisierung und zeigt Faktoren, welche einen Beitrag zum Gesundheitszustand von Personen, die extremen Stress erleben, haben. Dazu gehören Risiko-, beziehungsweise Schutzfaktoren. WSU ist, dem Main und Buffering Model nach, zu den Schutzfaktoren zu zählen. Zu den Faktoren zählen die Art des traumatischen Events sowie gesundheitsfördernde und aufrechterhaltende Faktoren. Soziale Anerkennung ist im Bereich gesundheitsfördernde Faktoren von Maercker eingeordnet und gehört zum Themengebiet „social reactions“. Dieses Themengebiet wurde im Rahmen des Projekts von Yvonne von Moy bearbeitet (2012).

AutorInnen von Metaanalysen werden mit der Kritik konfrontiert, welche als „Apples and Oranges“ bekannt ist. Die Kritik meint, dass in Metaanalysen oft Dinge verrechnet werden, welche unterschiedlich definiert sind und die Ergebnisse somit an Reliabilität verlieren (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009; Cooper, Hedges, & Valentine, 2009). Für das Thema soziale Unterstützung ist es jedoch eine Chance, ein großes, wenn auch möglicherweise unscharfes Gesamtbild zur vielfältigen und breiten Forschung im Bereich der sozialen Unterstützung, zu bekommen.

Drei Metaanalysen brachten den Wert von (wahrgenommener) sozialer Unterstützung bezüglich Traumasymptomatik auf den Punkt. Brewin und KollegInnen fanden in den untersuchten 77 Studien, dass fehlende soziale Unterstützung der größte Risikofaktor ($ES=.40$) für PTSD ist (Brewin et al., 2000). Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell und Field (2012) werteten fehlenden social support als Risikofaktor der Umwelt und bestätigten diese Annahme auf Basis von 64 Studien. Ozer und ihr Team (2003) fanden in der Metaanalyse über 68 Studien, eindeutige Effekte bezüglich sozialer Unterstützung als stärksten Schutzfaktor ($ES=.28$) auf die Symptomatik von Psychotraumatologie. Auch wenn in diesen Metaanalysen social support untersucht wurde, sind diese Untersuchungen in einem ersten Schritt definitiv hilfreich. Der stärkste Prädiktor aus 145 Studien zur Vorhersage von PTSD nach DSM IV war social support. Weiterer Schritte bedarf es bezüglich der Ordnung der Studien zu sozialer Unterstützung. Interessant wäre es der These nachzugehen, ob sich die Widersprüche der Untersuchungsergebnisse auflösen, wenn die Konstrukte der sozialen Unterstützung nach inhaltlichen Gesichtspunkten geordnet würden.

Auf die von Kessler angesprochene Problematik bezüglich der Interpretation des Kausalzusammenhangs von sozialer Unterstützung in korrelativen Ergebnissen (Kessler, Price, & Wortman, 1985) gaben Kaniasty und Norris 2008 in einer Längsschnittuntersuchung Antwort und entkräfteten den Verdacht, die Wirkung von wahrgenommener sozialer Unterstützung auf

Traumasyntomatik wäre eine Messung der Beziehungsfähigkeit von Traumatisierten. Somit kann fehlende WSU als echter, kausal zu interpretierender Risikofaktor für PTSD angesehen werden (ebd.), beziehungsweise vorhandene WSU als Schutzfaktor (Stith et al., 2009). WSU scheint eher bei der Besserung der Symptome wichtig zu sein, als bei der Prävention (Robinaugh et al., 2011). Vor allem die WSU nach den traumatischen Erfahrungen scheint für die Bewältigung traumatischer Erfahrungen hilfreich zu sein. Für diesen Moment postulieren Kaniasty und Norris (2008) den Kausalzusammenhang, aus einem Strukturgleichungsmodell berechnet, zwischen der Zeit nach den traumatischen Erlebnissen und der Traumasymptomen.

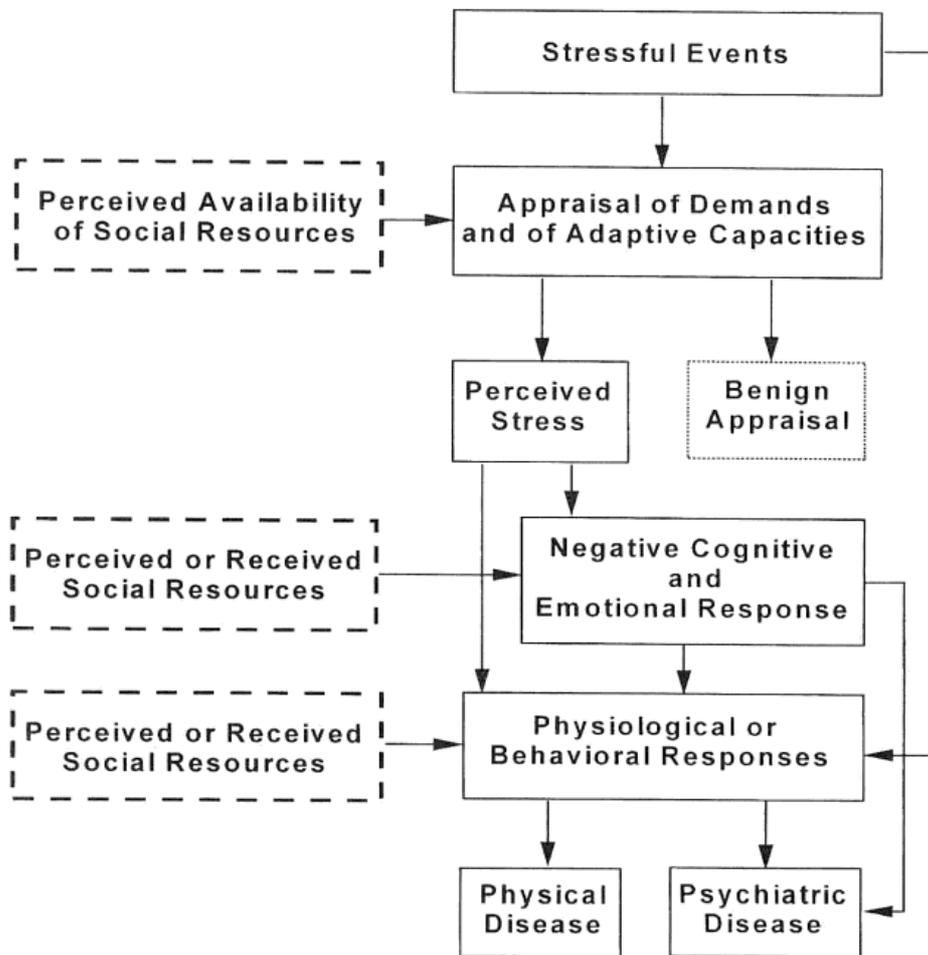
2.3 Modelle

Die Definitionen zu sozialer Unterstützung sind umfangreich, Modelle sind überschaubar. Zwei Modelle der sozialen Unterstützung sind besonders hervorzuheben: Das Buffering Model und das Main Effect Model (Cloitre, 2001; S. Cohen, Wills, 1985).

2.3.1 Das Buffering Model.

Das Buffering Model beschreibt eine „Schutzschildfunktion“ sozialer Unterstützung gegenüber Stressoren. In der weiteren Untersuchung wird das Buffering Model als Grundlage dienen, da in der folgenden Studie die Wirkung auf Stressverarbeitung untersucht wird.

Abbildung 1 Das Buffering Model von Cohen, 2000



Das Buffering Model ist entnommen aus Cohen, S., Underwood, L., G., & Gottlieb, B., H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention - A Guide for Health and Social Scientists*. (eds). New York: Oxford University Press, S.13

Durch das Buffering Model wird beschrieben, welche Abschwächung Stress durch wahrgenommene soziale Unterstützung erfährt: sie wirkt auf die Bewertung der persönlichen adaptiven Fähigkeiten, auf die negative kognitive und emotionale Rückmeldung und auf die physische Antwort oder Verhaltensanpassung (Cohen, 2000). Die Wirkung von sozialer Unterstützung kommt unter Stress zur Geltung (Kawachi & Berkman, 2001).

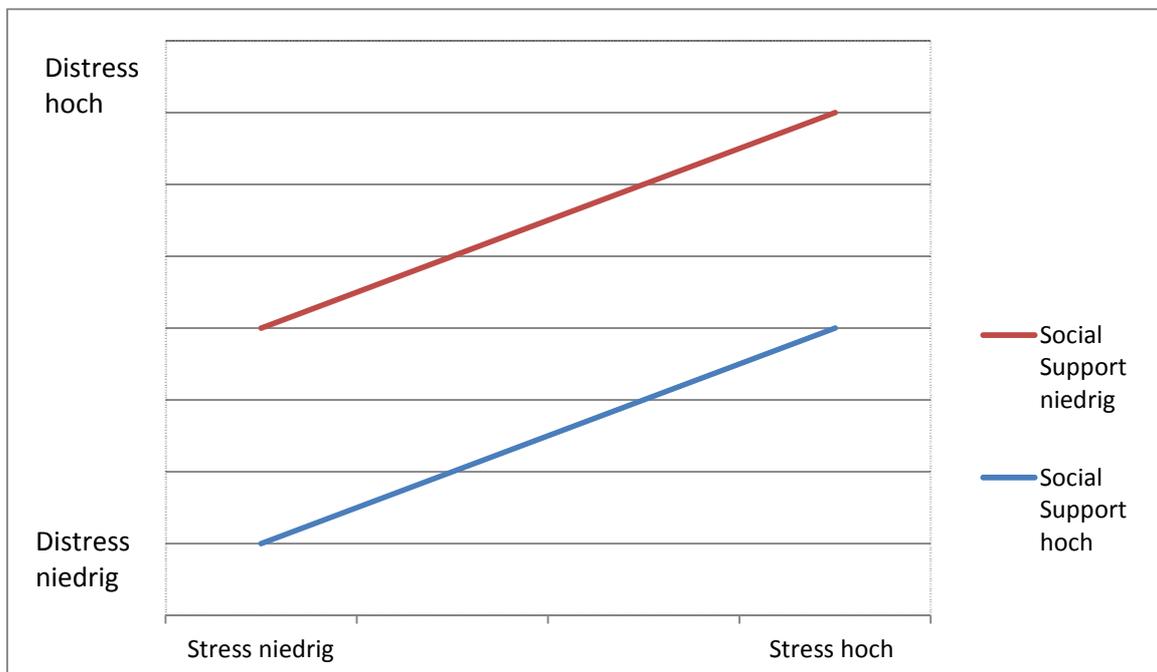
Nach Lakey und Orehek lässt sich das Buffering Model in fünf Sätzen beschreiben: Menschen erleben ein stressvolles Event als Bedrohung und bemerken einen Mangel an adä-

quaten Antworten (primary und secondary appraisal). Dieser Event erhöht das Risiko von geringer mental health. Soziale Unterstützung ist eine stabile Ressource, die Stress, über die Beeinflussung von der Bewertung des Events und des Copingverhaltens, abfedert. Wahrgenommene soziale Unterstützung ist von der persönlichen Geschichte der erhaltenen Unterstützung abhängig. Soziale Unterstützung ist dann effektiv, wenn der Support den Bedarf, der durch den Stressor aufkommt, deckt (Lakey & Orehek, 2011).

2.3.2 Das Main Effect Model

Das Main Effect Model (Haupteffekt Modell) geht davon aus, das Netzwerk selber würde einen Effekt auf Wohlbefinden, Selbstwert oder stabiles Rollenverhalten haben. Ebenso wie das Buffering Model, wurde das Main Effect Model von zahlreichen Studien belegt (Cloutre, 2001).

Abbildung 2 Das Haupteffekt Modell



Haupteffekt Modell entnommen aus Schwarzer, R. und Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe, S.33

Die Abbildung 2 zeigt zwei voneinander unabhängige Variablen. Social Support hilft im Main Effect Model immer in gleichem Maße, egal wie hoch das Stresserleben ist. Somit kommt es auch bei sehr hohem Stress mit hohem social support nicht zu hohem Distress. Das Main Effect Model wirkt ungeachtet dessen, ob Stress vorhanden ist oder nicht (Kawachi & Berkman, 2001).

Anschaulich ziehen Ozer, Best, Lipsey und Weiss in ihrer Metaanalyse von 2003, einen Vergleich der sozialen Unterstützung mit dem menschlichen Immunsystem:

„[...] psychological difficulties, perhaps also manifested in or as a consequence of poorer social support, after exposure to a traumatic stressor. It is tempting to make an analogy to the flu or infectious disease: Those whose immune systems are compromised are at greater Risk of contracting a subsequent illness“ (Ozer, 2003, S. 68).

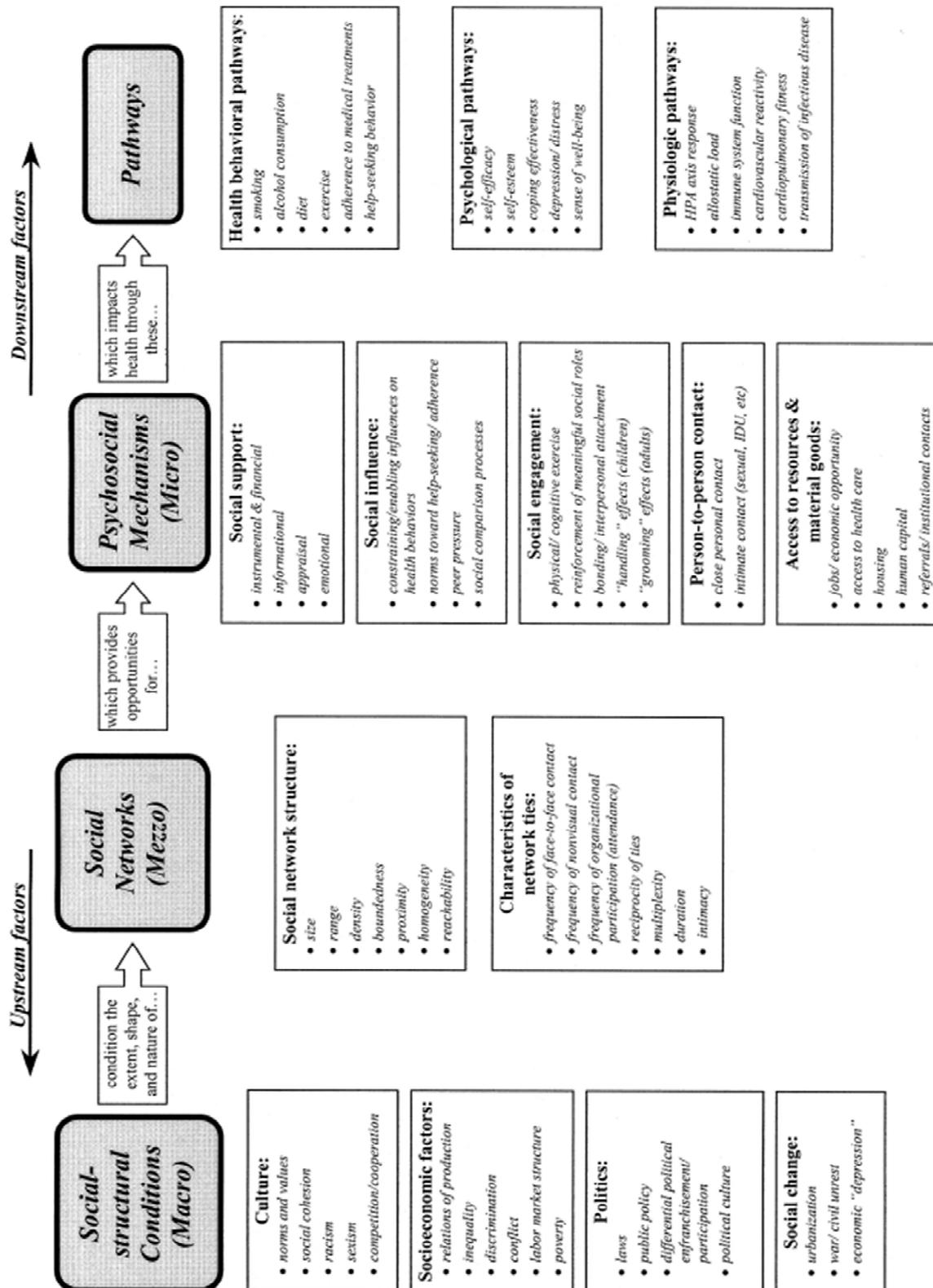
Ist das Immunsystem geschwächt oder fehlt social support, ist der Organismus anfälliger, falls es zu einer Attacke beziehungsweise zu Stress kommt.

Die Ergebnisse des Vergleichs der beiden Modelle sind nicht einheitlich (El-Bassel, Guterma, Bargal, & Su, 1998; Fried & Tiegs, 1993; Lakey & Orehek, 2011). Betonenswert ist, dass diese Modelle viel zu vereinfacht sind, um die Komplexität von wirkungsvoller sozialer Unterstützung adäquat darzustellen. Es sind vielmehr diejenigen, welche in der Literatur, möglicher Weise auch aufgrund ihrer Einfachheit am häufigsten zitiert werden (W. Butollo, A. Butollo, & M. A. Butollo, persönliches Gespräch, 27. Oktober, 2012).

2.2.3 Das Berkman-Modell.

Berkman Glass, Brissette und Seeman (2000) geben einen umfassenden Überblick der Forschung zu sozialer Unterstützung seit Durkheim 1889. Ein Kernbereich ihrer Arbeit ist ein modernes Modell der sozialen Unterstützung, in welchem sie soziale Unterstützung in einen weiteren Kontext einbetten.

Abbildung 3 Modell von Berkman, Glass, Brissette und Seeman



Modell entnommen aus Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, S. 847

In diesem Rahmenmodell unterscheiden die AutorInnen die Makroebene der Social Structural Conditions, unter welche die Kultur, die soziokulturellen oder politischen Bedingungen zählen, die in Mesoebene, unter welche die sozialen Netzwerke zählen und die Microebene, welche die Teilbereiche emotionale Unterstützung oder praktische Unterstützung beinhalten. Eine weitere Ebene sind die sogenannten „Pathways“, welche personeninterne Faktoren beinhalten. Das Modell erweitert den Blickwinkel und erklärt Zusammenhänge zwischen den Ebenen. So ist das Netzwerk zwar nicht von sich aus unterstützend, ist jedoch Voraussetzung dafür, dass soziale Unterstützung möglich wird. Das Buffering Model und das Main Effect Model sind auf der Microebene einzuordnen. Zentral ist die Kontextualisierung von sozialer Unterstützung. Wahrgenommene soziale Unterstützung ist von multiplen Faktoren, angefangen von gesellschaftlichen Bedingungen, Politik und Gesetzen bis hin zu personeninternen Faktoren wie Selbstwirksamkeit und der Fähigkeit Hilfe zu mobilisieren abhängig.

3. (Kindes-)Missbrauch und die Folgen

3.1 Definitionen von Kindesmisshandlung

Das Forschungsteam unter Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster erhob die Auswirkungen von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen, durch VertreterInnen der katholischen Kirche in Österreich. Im Allgemeinen wird die Bedeutung von Kindesmissbrauch (engl. child abuse) in die drei Unterkategorien sexualisiert, psychisch und emotional unterteilt. Häufig wird in Praxis und Forschung Vernachlässigung (neglect) als eigenständige Dimension hinzugenommen (Leeb, Lewis, & Zolotor, 2011; Sedlak, 2010). Den Überbegriff der Kategorien Missbrauch und Vernachlässigung stellt im Englischen der Begriff Misshandlung (engl. maltreatment).

Kindesmissbrauch wird definiert als Missbrauch in einem Alter von weniger als 18 Jahren (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008).

Physical Abuse wird von Leeb definiert als:

„[...] intentional use of physical force against a child that results in, or has the potential to result in, physical injury.“ (Leeb et al., 2008, S. 14).

Einen wichtigen Zusatz für das Projekt folgt von Leeb in einem Zitat der „Administration for Children and Families (ACF)“:

„Physical abuse can result from discipline or physical punishment (ACF, 2002)“ (zit. in Leeb, 2011, S. 2)

Für Sexual Abuse ist die Definition des Modified Maltreatment Classification System (MMCS) heranzuziehen:

„Sexual Abuse is coded when any sexual contact or attempt at sexual contact occurs between a caregiver or other responsible adult and a child, for purposes of the caregiver’s sexual gratification or financial benefit“ (English, & the Longscan Investigators, 1997, S. 12)

Und unter emotionalem oder psychischem Kindesmissbrauch ist laut Gavin folgendes zu verstehen:

„[...] any kind of abuse that is psychological rather than physical in nature, including verbal abuse, constant criticism, intimidation, manipulation, and a refusal to be pleased“ (Gavin, 2011, S. 504).

Es ist eine nicht möglich, zu definieren was als missbräuchliches Verhalten von Seiten der Betroffenen angesehen wird. Bei der Arbeit mit Betroffenen muss die jeweilige Definition der Betroffenen gelten. Dennoch wurden möglichst allgemein gültige Definitionen als Orientierung für den Leser / die Leserin angeführt.

3.2 Folgen von Kindesmisshandlung

Folgen von sexualisiertem, physischem und emotionalen Kindesmissbrauch sind körperliche als auch psychische Probleme und Störungen. Widom konnte zeigen, dass Kindesmissbrauch und Vernachlässigung mit major depressive disorder (nach DSM III-R) im jungen Erwachsenenalter zusammenhängen. Kombinationen von sexualisiertem und physischem Missbrauch im Kindesalter stellen eine höhere Gefahr für eine lebenslange major depression dar (Widom, DuMont, & Czaja, 2007). Der Zusammenhang von Kindesmisshandlung mit rezidivierenden und beständigen depressiven Episoden ist mit einer Metaanalyse belegt (Nanni, Uher, & Danese, 2012).

Die Differenzierung der einzelnen Formen von Missbrauch ist für die Forschung interessant, in der Praxis sind die Formen selten isoliert anzutreffen (Dong et al., 2004; Sugaya et al., 2012). Riggs und Kaminski errechneten einen korrelativen Zusammenhang von $r = .641$ zwischen emotionalem und physischem Missbrauch sowie von $r = .283$ zwischen emotionalem und sexualisiertem Missbrauch (Riggs, 2010). Fergusson und Kollegen zeigten einen Zusammenhang von CSA (child sexual abuse) und CPA (child physical abuse) von $r = .20$ auf (Fergusson et al., 2008). Bonomi und ihr Team fanden Ergebnisse in einer Studie 2008 an 3.568 erwachsenen Frauen, dass diejenigen welche sexualisierten und physischen Missbrauch vor dem 18. Lebensjahr erlebten, deutlich höhere Werte bezüglich major depression, akuter Depression und somatischen Symptomen zeigten, als diejenigen, welche keinen Missbrauch erlebten. Die Ausprägung der genannten Symptome waren durch die Kombination von sexualisiertem und physischem Missbrauch signifikant höher als die jener Frauen, welche entweder sexualisierten oder physischen Missbrauch in der Kindheit ausgesetzt waren (Bonomi, 2008). Cloitre und KollegInnen konnten nachweisen, dass männliche Betroffene von physischem und sexualisiertem Missbrauch nicht häufiger entweder Täter oder Opfer im Erwachsenenalter wurden. Die Männer wurden jedoch signifikant häufiger Täter und Opfer im späteren Leben, wenn sie Missbrauch erfahren hatten. Ursache dafür ist das gewaltsame Umfeld, in welchem Kinder erwachsen werden und später die Gewalt weiter tragen (Cloitre, 2001). Social Support wirkt nach Stith als Schutzfaktor für CPA (Stith et al., 2009). Cicchetti und Toth erwähnen, dass Kinder, welche Misshandlungen erfahren haben, Defizite in der Identifizierung, im Ausdruck und im Verständnis von Emotionen aufweisen (Cicchetti & Toth, 2005).

Die Differenzierung der einzelnen Teilbereiche von Misshandlung ist wesentlich, um die unterschiedlichen Wirkweisen und Spezifika der Teilbereiche von Missbrauch zu erkennen. Im Folgenden wird auf die Teilbereiche von Misshandlung speziell eingegangen.

3.3 Prävalenzen und Folgen von sexualisiertem Kindesmissbrauch

Bei Vergewaltigungen oder Missbrauch wird in der Arbeit der Begriff „sexualisierte Gewalt“ verwendet, da durch den Begriff einerseits der Machtmissbrauch und die Gewaltkomponente der Taten in den Vordergrund gestellt wird und andererseits die Betroffenenperspektive eingenommen wird.

Die Prävalenzen von sexualisiertem Kindesmissbrauch variieren stark nach Geschlecht. Für Europa errechneten Stoltenborgh und ihr Team in einer Metaanalyse (N = 60 000) eine Prävalenz für Europa für Mädchen mit 13,5% und für Buben mit 5,6% (Stoltenborgh, 2011). Die weltweite Prävalenz, wenn die Kriterien der “National Incidence Study of Child Abuse and Neglect” (Sedlak, 2010; Westat, 1981) als Kriterium für die Definition herangezogen werden, ergeben die Prävalenzen für Mädchen 21,2% und für Buben 10,7% (A. J. Sedlak, 2001). Als Referenzwerte für Österreich sind die Daten der Gewaltprävalenz-Studie Österreich 2011 wertvoll. Als Prävalenz gibt die Studie an, dass Frauen zu 27,7% von sexualisierter Gewalt in der Kindheit betroffen sind und Männer zu 12% (Kapella, Baierl, Rille-Pfeiffer, Geserick, & Schmidt, 2011). Die vorliegende Diplomarbeit wird die Probleme bezüglich des Einflusses von sozialer Unterstützung und im speziellen Kontext der katholischen Kirche untersuchen. Innerhalb der untersuchten Stichprobe gibt es drei Mal mehr männliche Teilnehmer, was die Bedeutung dieser Stichprobe unterstreicht.

Chen und KollegInnen fanden in ihrer Metaanalyse, welche 37 empirische Längsschnittstudien im Zeitraum von 1980 bis 2008 verrechnet, Zusammenhänge zwischen CSA und Angststörungen, Essstörungen, posttraumatischer Belastungsstörung, Schlafstörungen und Suizidversuchen mit starken bis sehr starken und signifikanten Effektstärken (Chen et al., 2010).

Die wohl bedeutendste Studie aus der Metaanalyse von Chen war die Arbeit von

Fergusson und Kollegen. Diese fanden in einer 25 Jahre dauernden Längsschnittstudie heraus, dass das Risiko von CSA und CPA signifikant mit sozioökonomischen, Familien- und individuellen Faktoren korrelieren (Fergusson et al., 2008). Darunter wurden Faktoren wie Intelligenz Quotient, Drogenmissbrauch oder sozioökonomischer Status bei der Geburt verstanden. Das Hauptergebnis war, dass sich nach Konstanthalten des sozioökonomischen Status, ein starker Zusammenhang von CSA und Major Depression, anti-soziale Persönlichkeitsstörung, Substanzabhängigkeit und Suizidversuchen (alle nach DSM-IV) zeigte. Einen moderaten Zusammenhang zeigte CSA mit Angststörungen und Suizidgedanken (ebd.). Für CPA waren die Ergebnisse nicht so eindeutig, es zeigten sich nur noch starke Effekte und Signifikanzen für den Zusammenhang mit der Major Depression, wenn die sozioökonomischen, Familien- und individuellen Faktoren konstant gehalten wurden, die anderen DSM-IV Störungen haben eher mit den genannten Faktoren korreliert, als mit CPA.

Dube und Team konnten zeigen, dass sexualisierter Missbrauch im Kindesalter die Wahrscheinlichkeit für Alkoholmissbrauch, illegalen Substanzmissbrauch, Suizidversuchen, momentanen Beziehungsschwierigkeiten erhöhte, sowie die Wahrscheinlichkeit AlkoholikerInnen zu heiraten und aktuelle Familienprobleme zu haben. Diese Risiken waren über die Geschlechter konstant, jedoch bei Frauen etwas stärker ausgeprägt (Dube et al., 2005).

Wolfe und Kolleginnen fanden ähnliche Resultate in einer Studie, in welcher Männer befragt wurden, die innerhalb einer religiösen Institution sexualisiert missbraucht wurden. Sie fanden neben PTSD auch Alkoholabhängigkeit und Störungen in der Affektregulation als typische Folgen (Wolfe, Francis, & Straatman, 2006).

Allgemein wird für das Auftreten von PTSD die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (HHN-Achse) als Erklärung herangezogen. Für sexualisierten Kindesmissbrauch stellen Ducci et al. einen Zusammenhang mit dem Enzym Monoaminoxidase A, bezüglich CSA, für den Grad der Psychopathologie her. Geringe Aktivität der Monoaminoxi-

dase A linked polymorphe Region (MAOA-LPR) soll die Vulnerabilität für psychosoziale Nachteile erhöhen (Ponniah & Hollon, 2009), also die Anfälligkeit für psychische Störungen steigern.

Eine weitere Folge von sexualisiertem Missbrauch fanden Ben-Ezra und KollegInnen. Die Hälfte der Frauen ihrer Stichprobe, welche eine Vergewaltigung erlebt hatten, änderte ihre religiöse Weltanschauung von gläubig jüdisch zu säkular (Ben-Ezra et al., 2010). Die Funktion von Religion bezüglich PTSD ist ambivalent. Einerseits wird Glaube als positiv für Bewältigung von traumatischen Erlebnissen (Shaw, Joseph, & Linley, 2005) und posttraumatic growth (Gerber, Boals, & Schuettler, 2011) gesehen. Jedoch werden die Studien, welche diese Ergebnisse zeigen auf methodischer Ebene kritisiert. Spiritualität ist Bestandteil des Konstruktes posttraumatic growth und somit ist keine Unabhängigkeit der Konstrukte gegeben, was zu Scheinkorrelationen bei den Messungen führt (Joseph, 2011). Andererseits wird durch die Zuwendung zu einer Religionsgemeinschaft das Level an social support erhöht (Shaw, Joseph, & Linley, 2005), was eine mögliche Ursache für die Verbesserung der PTSD Symptomatik ist. Religiosität ist somit eine Mediatorvariable.

Ein Review von Hillberg aus dem Jahre 2011 widmete sich den zahlreichen Metaanalysen, welche den Zusammenhang von sexualisiertem Kindesmissbrauch und mental health im Erwachsenenalter berechneten. Das Ergebnis zeigt, dass es in allen untersuchten Metaanalysen Belege für CSA als Risikofaktor für eine höhere Vulnerabilität bezüglich der Entwicklung von verschiedenen Arten von psychiatrischen Störungen gibt. Im Zusammenhang von CSA und Depression stimmten vier Metaanalysen überein, Selbstwertminderung konnten drei Metaanalysen nachweisen, psychologische Anpassungsstörungen zeigten fünf Metaanalysen auf, Suizidgedanken waren in drei Metaanalysen angegeben und Suizidgedanken und – handlungen wurden in drei Metaanalysen gefunden. Zu nennen sind Nachweise aus einzelnen Metaanalysen vom Zusammenhang von CSA zu Borderline Persönlichkeitsstörung, posttrau-

matischer Belastungsstörung, traumatischen Stresssymptomen und Substanzabhängigkeit (Hillberg, Hamilton-Giachritsis, & Dixon, 2011).

3.4 Prävalenzen und Folgen von physischem Kindesmissbrauch

Die Prävalenzen von körperlicher Gewalt in der Kindheit in Österreich liegen bei 72,6% für Frauen und 73,7% für Männer (Kapella et al., 2011). Die Mehrheit der Personen, welche CPA erlebt hatten, berichten auch von sexualisierten oder psychischen Missbrauch sowie Vernachlässigung (Sugaya et al., 2012). In einer Metaanalyse fanden Stith und ihr Team heraus, dass die deutlichsten Risikofaktoren für körperliche Gewalt gegen Kinder, elterninterne oder familieninterne Faktoren waren (Stith et al., 2009). Auch in katholischen Heimen waren die internen (Macht-)Mechanismen und Erziehungsmethoden Ursache für die Gewalt und nicht das Verhalten der Kinder. Physischer Missbrauch steht in Zusammenhang mit geringerer Lebensqualität, Beeinträchtigungen im Bereich mental health, und geringerer positiver Befindlichkeit und Verträglichkeit (Bonomi, 2008). Verglichen mit CSA zeigt CPA zwar geringere Auswirkungen auf mental health im Erwachsenenalter, jedoch muss zusätzlich die Wirkung des Familienkontextes einbezogen werden, in welchem die Gewalt stattfindet (Fergusson et al., 2008). Zusammenhänge fanden Fergusson und Kollegen zwischen CPA und Depression, Suizidversuchen und der „overall rate of mental disorders“ (ebd.). Runyon und Kenny fanden einen negativeren Attributionsstil bei Kindern, welche CPA im Vergleich zu CSA erlebt hatten. Die Autorinnen führen diese Ergebnisse auf das Klima in der Familie zurück. Zusätzlich war ein Ergebnis der Studie, dass Kinder, welche CPA erlebten, eine geringere Rate von PTSD aufwiesen als Personen, welche CSA erleben mussten (Runyon & Kelly, 2002). Probleme im Bereich mental health werden über eine latente internalisierte und externalisierte Dimensionen mediiert. Insofern als die Zusammenhänge von CPA mit PTSD, Aufmerksamkeits-Defizit Hyperaktivitäts Syndrom, Panikstörung, Nikotinabhängigkeit, generali-

sierter Angststörung, Drogenmissbrauch und Major Depression, deswegen besteht, weil die Störungen einen ähnlichen ätiologischen Verlauf haben könnten (Sugaya et al., 2012). Die AutorInnen schlagen vor, dass CPA Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Hippocampus, Störungen im präfrontalem Cortex und erhöhtes Aktivitätsniveau in der Amygdala nach sich ziehen und dadurch das erhöhte Auftreten der Störungen miteinander erklärt wird (ebd). Im Bereich der biologischen Komponenten von Misshandlung ist noch ein großer Erklärungsbedarf vorhanden.

Nicht nur Defizite resultieren für Kinder aus physischen Gewalterfahrungen. CPA wirkt sich auf Informationsverarbeitung von Emotionen aus. Kinder, welche CPA erlebten, reagieren und erkennen Ärger in Gesichtern schneller, als Kinder ohne CPA Erfahrung (Pollak & Sinha, 2002; Pollak, Vardi, Putzer Bechner, & Curtin, 2005). Begründung dafür ist die traurige Notwendigkeit für Kinder in einem gewalttätigen Umfeld Ärger oder Feindseligkeit im frühen Stadium erkennen zu lernen, um möglicher Weise reagieren zu können.

3.5 Prävalenzen und Folgen von emotionalem Kindesmissbrauch

Die Prävalenz für psychische Gewalt in der Kindheit liegt in Österreich, dem Gewaltprävalenzbericht zufolge, bei 74,8% für Frauen und 72,8% für Männer.

Gavin definiert emotionalen Missbrauch als solchen, welcher eher psychologischer als körperlicher Natur ist und aus verbalem Missbrauch, ständiger Kritik, Bedrohung, Manipulation und Verweigerung von Lob besteht (Gavin, 2011). Child emotional abuse ist weniger sichtbar als physische Gewalt oder sexualisierter Missbrauch. Child emotional abuse wirkt sich negativ auf die Lebenszufriedenheit der Betroffenen aus (ebd). Riggs und Kaminski stellen fest, dass emotionaler Missbrauch mit einem unsicheren Beziehungsstil im Erwachsenenalter und mit Beziehungsangst zusammenhängt (Riggs, 2010)

3.6 *Complex PTSD*

Die aktuelle Debatte über die Folgen von Kindesmissbrauch und Gewalt gegen Kinder ist geprägt von der Debatte bezüglich der Diagnose von „Complex Posttraumatic Stressdisorder“. So setzten sich auch Cook und et al. aus folgendem Grund für die Diagnose der Complex PTSD ein: „The diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) does not capture the developmental effects of complex trauma exposure“ (Cook et al., 2005, S. 390). Stattdessen trafen nach den Kriterien des DSM-IV Diagnosen wie Depression, Aufmerksamkeits-Defizit Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Verhaltensstörung mit oppositionellem Verhalten, Bindungsstörung, Angststörung, Essstörung, Schlafstörung, Störungen in Kommunikation, Trennungsangst und Reaktive Bindungsangst zu, obwohl diese Störungen als Teil der posttraumatic stress disorder gewertet werden müssen. Im in Kürze erscheinenden DSM V wird die Diagnose des Complex PTSD nicht enthalten sein. Resick und ihr Team führten eine Validitätsstudie zum Konstrukt der CPTSD durch und fordern klarere und einheitlichere Definitionen sowie weitere Evidenzen bezüglich Validität des Konstrukt und Reliabilität der Messungen zu CPTSD (Resick et al., 2012). Judith Herman, welche das Konzept aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis, entwickelte (Herman, 1992) tritt auch heute noch für die Einführung der CPTSD als Diagnosekriterium nach DSM ein (Herman, 2012).

4. Projektbeschreibung: Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche

Der Skandal um sexuellen Missbrauch innerhalb der katholischen Kirche erreichte im Jahr 2002 in den USA den Höhepunkt. Es gab in den frühen 1990er Jahren zwar schon etwa 1000 Berichte sexualisierten Missbrauchs innerhalb der katholischen Kirche, jedoch verstummte der Aufschrei wieder. Im Jahr 2002 verdichteten sich die Fälle, sodass das John Jay College of Criminal Justice New York mit einer Aufklärung der Fälle beauftragt wurde (John Jay College, 2004).

Auch in Österreich mehrten sich die Berichte von Betroffenen. Die globale Dimension des Problems und der Unmut über den Umgang der katholischen Kirche mit dem Missbrauchsskandal brachte den Stein in Österreich in Rollen. Kardinal Schönborn gründete im April des Jahres 2010 die „Unabhängige Opferschutzkommission“ (UOK) und unterstellte sie Waltraut Klasnic. Das Projekt „Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche“ unter der Leitung von Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster begleitete die angestrebte Aufarbeitung der Missbrauchsfälle durch die UOK wissenschaftlich. Das Projekt startete im August 2011 durch die Initiative von Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster mit einer Laufzeit von 14 Monaten. Ein Ethikvotum des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin bestätigte die Vertretbarkeit von Fragestellungen und Methoden. MitarbeiterInnen des Projekts waren Mag. Viktoria Kantor, Mag. Dina Weindl sowie Dr. Reinhold Jagsch und Yvonne Moy. Ich selbst, Asisa Butollo, arbeitete im Rahmen der Diplomarbeit an dem Projekt mit.

Es meldeten sich innerhalb der ersten 2 Jahre seit dem die UOK ins Leben gerufen wurde 1244 Menschen, um in das Entschädigungsverfahren aufgenommen zu werden. Es wurden bis zum Zeitpunkt der letzten Veröffentlichung der UOK im April 2012 acht Millionen Euro und 23.500 Therapiestunden an 702 Betroffene ausgezahlt. Die Opferschutzkom-

mission stellte keine juristischen Kriterien als Maßstab zur Entschädigung, dieses Vorgehen wäre wegen Verjährung in den meisten Fällen nicht sinnvoll gewesen. Es wurde untersucht, ob die Betroffenen Personen zur selben Zeit am selben Ort waren wie die angegebenen Täterinnen oder Täter.

Die UOK bat 795 Personen um das Einverständnis zur wissenschaftlichen Verarbeitung der von der UOK erhobenen Daten (siehe Anhang 2). Das Einverständnis (Einverständniserklärung siehe Anhang 3) zur passiven Teilnahme an der Studie erteilten 455 Personen, 7 Personen mussten aus formalen Gründen exkludiert werden. Somit flossen die Daten von 448 Personen in die Studie ein. Von den 235 Personen, welche einer aktiven Studienteilnahme zugesagt hatten, wurden 185 Fragebögen retourniert. Zusätzlich wurden 48 Tiefeninterviews geführt (Lueger-Schuster, Kantor, Weindl, Jagsch, Moy, Butollo, Knepfel, 2012).

Die Ziele der Studie waren die „Untersuchung und Darstellung der psychischen, körperlichen und sozialen Auswirkungen von Traumatisierungen durch Gewalt“ durch Repräsentanten der katholischen Kirche und die Entwicklung von Richtlinien für Kommissionen und Einrichtungen, welche Betroffenenarbeit leisten (Lueger-Schuster, 2012).

Psychologische Forschung mit ähnlicher Ausrichtung fand in den Jahren 2009 bis 2010 in Irland statt (Carr et al., 2010; Fitzpatrick et al., 2010; Flanagan-Howard et al., 2009).

5. Hypothesen

Ein Ergebnis der Längsschnittuntersuchung von Kaniasty und Norris (2008) ergab, dass der Zeitpunkt nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen für eine positive Entwicklung der PTSD Symptomatik entscheidend. Auch für die Notfallpsychologie, die Akutbetreuung sowie für die Traumatherapie von besonderer Bedeutung ist die Rolle der WSU direkt in den Wochen nach den Missbrauchs- / Gewalterlebnissen auf Traumasymptomatik und Gesundheit (Hausmann, 2010). Da die wahrgenommene soziale Unterstützung zu drei verschiedenen Zeitpunkten erhoben wird, ist es möglich festzustellen, zu welcher Zeit die wahrgenommene soziale Unterstützung wesentlich für die Entwicklung von welchen Symptomatiken (BSI, PCL-C) ist. Literaturgeleitet wird erwartet, dass sich vor allem Effekte der WSU nach den Missbrauchs und Gewalterlebnissen auf die Skalen des BSI bezüglich den Depression und Somatisierung zeigen werden sowie auf alle Kriterien der PCL-C.

Es wird erwartet, dass die WSU nicht mit allen Skalen der BSI und allen Kriterien der PCL-C in gleichem Maße zusammenhängt. Darum wird die Betrachtung der drei einzelnen Dimensionen der sozialen Unterstützung bezüglich Bedeutsamkeit für die Skalen des BSI und die Unterkriterien der PCL-C folgen. Aus den drei Dimensionen der WSU zu den drei Zeitpunkten ergeben sich sieben Kombinationen (da praktische Unterstützung nur zum Zeitpunkt nach den Erlebnissen in Bezug auf die Erlebnisse erhoben wird). Somit ergeben sich in Kombination mit den Unterskalen des BSI 70 Kombinationen und mit den Kriterien B, C, und D der PCL-C 21 Kombinationen, welche einseitig betrachtet werden. Außerdem kann beobachtet werden, ob, wann und welche Art der WSU sich auf die Diagnose der PTSD nach DSM IV zusammenhängen. Es wird angenommen, dass sich die WSU nicht in gleichem Maße auf die Skalen und Kriterien verteilt.

Da WSU nach den Missbrauch-/Gewalterlebnissen eine entscheidende Rolle für die Entwicklung von Psychopathologie spielt, wird dieser Bereich genauer in den Hypothesen 4.1 und 4.2 untersucht. Eine weitere Differenzierung der Hypothese 4 wird durch die Variable Geschlecht durchgeführt.

Da in der Literatur Uneinigkeit darüber besteht, inwieweit Geschlechtsunterschiede bezüglich WSU vorkommen (Breslau, 2002; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000) soll untersucht werden, ob es in vorliegender Stichprobe einen Unterschied zwischen den Geschlechtern gibt, inwieweit WSU positive Auswirkungen hat.

Hypothese 1:

H1: Von Missbrauch/ Gewalt betroffene Personen, die höhere soziale Unterstützung wahrgenommen haben, weisen geringere Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands/ der Traumasymptomatik auf, als Personen, die wenig soziale Unterstützung wahrgenommen haben.

H0: Von Missbrauch/ Gewalt betroffene Personen, die höhere soziale Unterstützung wahrgenommen haben, weisen keine geringeren Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands/ der Traumasymptomatik auf, als Personen, die wenig soziale Unterstützung wahrgenommen haben.

Hypothese 2:

H1: Es zeigen sich Effekte der WSU auf psychische Belastung und Traumasymptomatik, speziell zu dem Zeitpunkt *WSUnach*.

H0: Es zeigen sich keine Effekte der *WSU* auf psychische Belastung und Traumasymptomatik, speziell zu dem Zeitpunkt *WSUnach*.

Hypothese 3:

H1: WSU wirkt sich zu den verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlichem Ausmaß auf die Skalen des BSI aus.

H0: WSU wirkt sich zu den verschiedenen Zeitpunkten nicht auf die Skalen des BSI aus.

H1²: WSU wirkt sich zu den verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlichem Ausmaß auf die Kriterien der PCL-C und die potentielle Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aus.

H0²: WSU wirkt sich zu den verschiedenen Zeitpunkten nicht auf die Kriterien der PCL-C und die potentielle Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aus.

Hypothese 4:

H1: Je mehr *WSUnach* vorhanden war, desto weniger allgemeine Stressbelastung besteht zum heutigen Zeitpunkt.

H0: Es besteht kein Unterschied in allgemeiner psychischer Stressbelastung zum heutigen Zeitpunkt, je mehr *WSUnach* vorhanden war.

H1: Je mehr *WSUnach* vorhanden war, desto weniger Traumasymptome bestehen zum heutigen Zeitpunkt.

H0: Es besteht kein Unterschied in der Traumasymptomatik zum heutigen Zeitpunkt, je mehr *WSUnach* vorhanden war.

Hypothese 5:

H1: Es gibt einen Geschlechtsunterschied bezüglich der Wirkung von WSU auf Traumasymptome und psychischer Belastung

H0: Es gibt keinen Geschlechtsunterschied bezüglich der Wirkung von WSU auf Traumasymptome und psychischer Belastung.

6. Instrumente

6.1 Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei Betroffenen von Missbrauchs-/ Gewalterlebnissen

Der **WSU-Fragebogen** wurde theoriegeleitet (Schulz & Schwarzer, 2003; Sommer & Fydrich, 1989) erstellt und fragt danach, ob sich von Missbrauch und Gewalt betroffene Personen gut unterstützt fühlen und fühlten. Die wahrgenommene soziale Unterstützung wird in den Teildimensionen „emotionale unterstützung“ (EU), „praktische unterstützung“ (PU) und „soziale Integration“ (SI) erfragt.

Nach der theoriegeleiteten Auswahl der Teildimensionen von sozialer Unterstützung war der nächste Schritt, freie Überlegungen zur Itemkonstruktion des Fragebogens anzustellen. Zuerst wurden diejenigen Items auf Karten geschrieben, die für wahrgenommene soziale Unterstützung bei Missbrauchs- und Gewalterlebnissen relevant sind. Diese wurden sowohl nach Teildimensionen, als auch nach Zeitpunkten gruppiert. Aus diesen Gruppen wurde der Fragebogen zusammengestellt.

Im WSU-Fragebogen wird die wahrgenommene soziale Unterstützung retrospektiv bezüglich verschiedener Zeitpunkte erhoben. Der erste Teil widmet sich der Zeit vor den Missbrauchs-/ Gewalterlebnissen, im zweiten Teil wird die soziale Unterstützung in den Wochen nach den Missbrauchs-/ Gewalterfahrungen erfragt und im dritten Teil die WSU heute. Beispielsweise wird das Item: „Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte“ dreimal zu verschiedenen Zeitpunkten gestellt. Es folgen Fragen zur Einstellung zu sozialer Unterstützung, wie beispielsweise die Frage: „Ich sehe nicht ein warum ich anderen Menschen helfen soll“. Die vier genannten Teilbereiche werden mit Hilfe einer fünfstufigen Likertskala erfasst. Der letzte Teil des Fragebogens soll erheben, wer in den Wochen vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen Beistand leistete. Personen im familiären Kreis sowie Personen in Institu-

tionen konnten hierbei angegeben werden. Zusätzlich wird Raum für eigene Angaben gegeben.

Der WSU-Fragebogen wurde mit den Originaldatensätzen einer Faktorenanalyse unterzogen, um die Einheitlichkeit der Faktoren zu belegen, sowie Aussagen über die Varianz und die Stichhaltigkeit der theoriegeleiteten Items machen zu können. Die Faktorenanalyse ergab sehr gute Faktorladungen auf den Teildimensionen und den Zeitpunkten der WSU (siehe Kapitel 9 Ergebnisse und Anhang).

6.2 Brief Symptom Inventory

Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist eine Kurzform der Symptom Checklist (SCL-90-R) und wurde für psychiatrische und nicht psychiatrische Settings entwickelt (Franke, 2000). Auf neun verschiedenen Dimensionen und mit drei zusätzlichen Summenscores, kann die psychische Belastung bezüglich Distress von Personen im Vergleich zur Normpopulation angegeben werden (Derogatis, 1994; Kessler et al., 1985). Auch die deutsche Version der SCL wurde bezüglich Gütekriterien untersucht und die SCL als valides und reliables Instrument befunden (Franke, 2000; Prati & Pietrantonio, 2009; Swickert & Owens, 2010). Jedoch muss angemerkt werden, dass die neunstufige Dimensionalisierung zur deutschen Version des SCL nicht durchgehend repliziert werden konnte und sich Hessel und ihr Team eher für einen Globalfaktor aussprechen (Prati & Pietrantonio, 2009). Dennoch sollen die einzelnen Dimensionen vorgestellt werden und in die Auswertung einfließen, da die Dimensionen zumindest für die deutsche Version von den AutorInnen des BSI im „Wechselspiel von Theorie und Praxis“ (G. H. Franke, 2000) entstanden und für die Praxis von hoher Bedeutsamkeit sind.

Die Skalen des BSI sind: Somatisierung (SOMA), körperliche Symptome mit „hoher Prävalenz bei Störungen mit funktioneller Ätiologie“ (Franke, 2000, S. 11), Zwanghaftigkeit (ZWAN), Symptome, welche mit Zwangshandlungen, Gedanken und Impulsen zusammen-

hängen, die dritte Skala misst die „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (UNSI) und fragt nach Minderwertigkeitsgefühlen, Selbstunsicherheit und negativen Erwartungen bezüglich Kommunikation mit anderen. Depressivität (DEPR) soll mit sechs Items „Traurigkeit bis hin zur schweren klinisch manifesten Depression“ (ebd.) erhoben werden, die Skala „Ängstlichkeit“ (ANGS) erhebt „somatisch spürbare Nervosität“ (ebd.) plus kognitive Komponenten. Aggressivität (AGGR) misst den Umgang mit Ärger und Aggression, Skala sieben, phobische Angst (PHOB) erhebt gerichtete Furcht vor Personen, Plätzen, Objekten oder Situationen, Paranoides Denken (PARA) misst den Grad an Argwohn und Misstrauen bis hin zu paranoidem Denken und die Skala Psychotizismus (PSYC) fragt nach dem Grad von psychotischem Erleben, angelehnt an Eysenck (1968). Vier Items fragen zusätzlich nach spezifischen Symptomen (Appetit, Schlaflosigkeit, Schuldgefühle, Gedanken an den Tod) (Franke, 2000).

Drei Summenscores des BSI können als globale Kennwerte ausgewertet werden. Der erste zeigt den Grad an grundsätzlicher psychischer Belastung (GSI), der zweite, „Positive Symptom Distress Index“ (PSDI) misst „Intensität der Antworten“ und der dritte, „Positive Symptom Total“ (PST), gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Das BSI ist ein weit verbreitetes psychologischen Verfahren, welches seine Qualität einerseits in der Praxis unter Beweis stellt und andererseits gute Evidenz aufweist (Franke, 2000; Prati & Pietrantonio, 2009; Swickert & Owens, 2010).

6.3 PTSD Check List – Civilian Version

Die PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C) ist ein auf das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV), (APA, 2000) basiertes Screeningverfahren, welches in 17 Items die Kriterien B (Intrusionen), C (Vermeidung) und D (Hyperarousal) bezüglich PTSD Symptomatik im letzten Monat erfragt. Das Kriterium A, die Konfrontation mit einem traumatischen Erlebnis und die Reaktion mit Hilflosigkeit, Furcht und Entsetzen, wird durch die PCL-C nicht erfragt sondern vorausgesetzt. Ein Item gilt als positiv beantwortet, wenn auf der 5 stufigen Likert-Skala ein Wert größer als 2 angegeben wird. Die PCL-C bildet die Diagnosekriterien des DSM IV ab. Es muss ein Item des Kriterium B positiv gewertet werden, drei Items des Kriterium C und zwei Items des Kriterium D, um die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003) zu stellen (Weathers, 1993).

Nach Weathers (1993) zeichnet sich die PCL-C durch eine hohe Retest-Reliabilität von 0.96 und Validität 0.64 aus (zit. in: Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996). Ebenso ist die Spezifität 0.864 und Sensitivität 0.778 hoch und die PCL-C kann somit gut zwischen PTBS PatientInnen und gesunden Probandinnen unterscheiden. (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, & Forneris, 1996).

7. Methoden der Auswertung

Die Diplomarbeit wurde in erster Linie mit quantitativen Methoden ausgewertet, dafür wurden die Daten aus der Fragebogenbatterie verwendet. Ergebnisse bezüglich der Hypothesen wurde mit den Methoden der Korrelation (Pearson und Spearman), der Multiplen Regression und der ANOVA überprüft (Field, 2009). Zusätzlich wurden die explorativ aus den Clearingberichten und Interviewgesprächen gewonnenen Informationen überblicksartig dargestellt.

7.1 Korrelationen

In den Fällen, in welchen die Voraussetzung der Normalverteilung erfüllt war, wurde die Pearson Korrelation verwendet. Das geschah um einen Zusammenhang zwischen den interessierenden Variablen zu benennen. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse herzustellen wurden die Effektstärken nach Cohen berechnet.

Da die Normalverteilungen der Dimensionen WSU vor den Missbrauch-/Gewalterlebnissen und WSU heute nicht gegeben waren, wurde statt der Korrelation nach Pearson, Spearman's Rangkorrelation verwendet, da diese weniger sensitiv auf die Verletzung der Voraussetzung der Normalverteilung reagiert (Kowalski, 1972).

7.2 Varianzanalyse: ANOVA

Eine ein- und zweifache Varianzanalyse wurde für die Dimension *WSUnach* berechnet. Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen wurde mit Levene-Tests bestätigt, die Normalverteilung wurde graphisch bestätigt. Für die ANOVA wurden, je nach Quartilen, Gruppen von Personen gebildet, welche kaum, wenig, etwas und viel WSU bekamen. Somit konnten die Gruppen mit Hilfe von Mittelwertsvergleichen genauer untersucht werden. Diese

Gruppenmittelwerte wurden anschließend auf ihren Zusammenhang mit mentaler Gesundheit hin untersucht. Anschließend folgte eine Kontrastanalyse der Mittelwerte.

7.3 Multiple Regression

Zur genaueren Untersuchung der Haupteffekte wurde die Methode der multiplen Regression gewählt. Die Methode der multiplen Regression war die Ausschlussmethode, nicht relevante Variablen werden durch dieses Verfahren aus dem Modell ausgeschlossen. Die Relevanz der einzelnen Variablen kann somit berechnet werden.

8. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe kann insgesamt als sehr vulnerabel bezeichnet werden. In der Literatur werden vulnerable Personen als solche bezeichnet, welche das erhöhte Risiko von geringerer physischer, psychischer und/oder sozialer Gesundheit haben (Aday, 1994). Somit mussten für die Stichprobe besondere Kriterien für den Umgang mit den Personen gelten. Das Ethikvotum bestätigte die Auswahl der Fragebögen und die Durchführung des Projektplanes.

8.1 Demographische Daten der Stichprobe

Ein Kriterium der Stichprobe ist die ungewöhnliche Geschlechterverteilung für das Thema Missbrauch und Gewalt. Vor allem im Bereich des sexualisierten Missbrauchs sind in den bisherigen Studien Stichproben an Frauen vorherrschend. Die Geschlechterverteilung bestand aus 75,7% Männern ($n = 339$) und 24,3% Frauen ($n = 109$), was einem Überhang der Männer von 25% gegenüber der Geschlechtsverteilung innerhalb der Bevölkerung in Österreich entspricht (Lueger-Schuster et al., 2012). Der Altersdurchschnitt beträgt 55,09 Jahre ($SD = 10,50$), es bestehen keine signifikanten Altersunterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb der Stichprobe.

Die höchste abgeschlossene Ausbildung verteilt sich wie folgt. 46,1% der Personen ($n = 142$) haben eine Lehre oder eine Berufsbildende mittlere Schule absolviert, 17,2% ($n = 53$) haben einen Hochschulabschluss. Aus der Tabelle 1 wird deutlich, dass die Frauen der Stichprobe im Bereich des Bildungsstatus benachteiligt sind. So weisen nur 11,1% ($n = 8$) der Frauen einen Hochschulabschluss auf, demgegenüber stehen 19,1% ($n = 45$) der Männer mit Hochschulabschluss. Gleichzeitig haben 20,8% ($n = 15$) der Frauen lediglich die Pflichtschule absolviert gegenüber 9,7% ($n = 23$) der Männer (ebd).

Tabelle 1

Ausbildungsstatus

	gesamt	männlich	weiblich	<i>p</i>
keine	11 (3,6%)	8 (3,4%)	3 (4,2%)	0,087
Pflichtschule	38 (12,3%)	23 (9,7%)	15 (20,8%)	
Lehre, BMS	142 (46,1%)	112 (47,5%)	30 (41,7%)	
Matura	64 (20,8%)	48 (20,3%)	16 (22,2%)	
Hochschule	53 (17,2%)	45 (19,1%)	8 (11,1%)	

Note. MD = 140. Entnommen aus Lueger-Schuster et al. (2012). *Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche. Abschlussbericht.* S. 36.

8.2 Psychopathologische Charakteristika der Stichprobe

Aus der Stichprobe wiesen 71,6% (n = 131) einen GSI Wert des Brief-Symptom Inventory auf, welcher über dem Cutoff für auffällig hohe Beeinträchtigung im Vergleich zur Normalpopulation liegt. Der weibliche Anteil der Stichprobe ist mit 83,7% (n = 36) gegenüber der männlichen Stichprobe benachteiligt 67,9% (n = 95).

Von den 185 Personen die die Fragebogenbatterie ausfüllten erfüllen 90 Personen (48,9%) bei Voraussetzung des A Kriteriums die Kriterien für eine Diagnose von PTSD. Das betrifft 63,6% der Frauen und 44,3% der Männer (ebd). Bekannt ist, dass PTSD bei Frauen gehäuft vorkommt, was möglicher Weise auf die verschiedenen Arten von traumatischen Erfahrungen zurückzuführen sein kann, da es für Männer und Frauen einen Unterschied in der Wahrscheinlichkeit gibt, von verschiedenen Arten von Traumata betroffen zu sein und ver-

schiedene belastende Erlebnisse unterschiedliche Wahrscheinlichkeit haben, zu Traumatisierung zu führen (Stein, Walker, & Forde, 2000).

8.3 Verteilung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung

Die Verteilung der WSU zeigt, dass vor allem die wahrgenommene emotionale Unterstützung nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen stark zurückgegangen ist. Besonders bemerkenswert ist, dass 94,4 % der Personen angaben, in Bezug auf die praktische Unterstützung der Missbrauch-/ Gewalterlebnisse nicht gut unterstützt worden zu sein. Nur 18,6 % der Personen geben an heute nicht gut emotional unterstützt zu sein und 20,7% gaben an heute keine soziale Integration zu erfahren.

Tabelle 2

Häufigkeiten der fehlenden wahrgenommenen sozialen Unterstützung

Dimension	WSU vor		WSU nach		WSU heute	
	%	n	%	n	%	n
EU	54,1	99	82,2	120	18,6	34
SI	41,2	75	54,7	98	20,7	38
PU			94,4	168		

Note. Wahrgenommene soziale Unterstützung wurde als fehlend gewertet, wenn weniger als die Hälfte der möglichen Punkte im WSU-Fragebogen angegeben wurden.

9. Ergebnisse

9.1 Faktorenanalyse des WSU-Fragebogens

Im Rahmen der Faktorenanalyse wurde eine Hauptkomponentenanalyse mittels orthogonaler Rotation (Varimax mit Kaiser-Normalisierung) durchgeführt (vgl. Field 2009). Zusätzlich wurden die Reliabilitäten der einzelnen Bereiche des WSU-Fragebogens berechnet. Die Faktorenanalyse entstand mit der freundlichen Hilfe von Dr. Reinhold Jagsch. Für die tabellarische Übersicht der vollständigen Ergebnisse der Faktorenanalyse siehe Anhang 1.

9.1.1 WSU vor den Missbrauchs- /Gewalterlebnissen

Der erste Teil des Fragebogens widmet sich den Fragen zu sozialer Unterstützung vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen. In der Faktorenanalyse zeigt sich im Ergebnis ein Faktor, die Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin ergibt einen Wert von $KMO = .84$ (siehe Anhang 1, Tabelle 10). Der Bartlett-Test auf Sphärizität ($\chi^2(15) = 869.02$ $p < .001$) zeigt, dass die korrelativen Zusammenhänge zwischen der einzelnen Items deutlich groß genug für eine Hauptkomponentenanalyse sind. Es wird eine Varianz von 71.33 % der Gesamtvarianz erklärt. Die soziale Unterstützung wurde somit in einem großen Teil erklärt. Die Komponenten der Hauptkomponentenanalyse liegen zwischen 0.75 und 0.90.

Da der Fragebogen theoriegeleitet aus zwei Faktoren besteht, wurde die Faktorenanzahl in einem weiteren Schritt manuell festgelegt. Durch die Festlegung auf zwei Faktoren kann insgesamt 82.8 % der Varianz erklärt werden. In Tabelle 11 (siehe Anhang) der rotierten Komponenten ist zu sehen, dass die Items, der Theorie entsprechend, die Faktoren abbilden. Die Reliabilität hat einen Wert von Cronbach Alpha .92.

9.1.2 WSU nach den Missbrauchs- / Gewalterlebnissen.

Der Fragebogenteil, der sich den Wochen nach den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen widmet, besteht aus 9 Items. Ein Item (Item10) wegen zu geringem Eigenwert entfernt.

Es zeigt sich im Ergebnis drei Faktoren, die Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin ergibt einen Wert von .73. Der Bartlett-Test auf Sphärizität ($\chi^2(36) = 812.85 p < .001$) ergibt ein zufriedenstellendes Maß für eine sinnvolle Hauptkomponentenanalyse. Zwar bilden sich bei einer nach dem Eigenwert > 1 organisierten Faktorenanalyse drei Faktoren ab, es sind jedoch nicht diejenigen, welche durch die theoretischen Vorüberlegungen zu erwarten wären (SI, EU, PU). In einer genaueren Analyse wurde eine Faktorenanalyse mit einem Faktor (WSU nach) berechnet. Das Item 10 wurde aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen, da die Faktorladung unter dem Cutoff Wert von .40 liegt (Faktorladung = .29). Inhaltlich ist die Extraktion sinnvoll, der Wortlaut heißt: „Niemand hat mir in Bezug auf die Missbrauchs-/Gewalterlebnisse geholfen“. Das Item wurde theoriegeleitet der praktischen Unterstützung (PU) zugeordnet. Einerseits ist das Item jedoch zu allgemein zu verstehen, da der Begriff „geholfen“ nicht nur auf die PU gewertet werden kann, andererseits wurde möglicherweise durch die doppelte Verneinung im Antwortformat Verwirrung hervorgerufen und das Item könnte falsch verstanden worden sein.

Die Faktorenanalyse wurde ohne das Item 10 erneut durchgeführt und es ergaben sich folgende Werte: Die Ergebnisse der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin sowie der Bartlett-Test auf Sphärizität und das Signifikanzniveau nach Bartlett bleiben konstant.

Der Fragebogenteil WSU nach erklärt 72.8 % der Gesamtvarianz. Es ergeben genau diejenigen Faktoren in der rotierten Komponentenmatrix hohen Faktorladungen, welche den Unterkategorien der WSU nach den Missbrauch-/Gewalterlebnissen (EU, SI und PU) entsprechen (siehe Tabelle 12 im Anhang1). Die Reliabilität der WSU nach ergibt einen Wert von Cronbach Alpha = .82.

9.1.3 WSU zum heutigen Zeitpunkt.

Im dritten Teil des Fragebogens wird die WSU heute erhoben. Der Bartlett-Test auf Sphärizität ($\chi^2(15) = 879.92 p < .001$) zeigt, dass mit diesen korrelativen Zusammenhängen eine Hauptkomponentenanalyse sinnvoll ist. Das Maß von KMO = .86 ist zufriedenstellend. Es ergibt sich ein Faktor mit Komponenten von .82 bis .89. Als einzelner Faktor wird eine Varianz von 72.81 % erklärt. Auch dieser Teil des Fragebogens wurde theoriegeleitet erstellt und hinsichtlich der Faktoren EU und SI konstruiert. Die erklärte Varianz durch zwei rotierte Faktoren ergibt 83.2 %. Es zeigen sich genau diejenigen Faktoren, welche durch die Konzeption zu erwarten waren. Die genauen Ergebnisse sind in den Tabellen 13 und 14 des Anhangs widergegeben. Die Reliabilität nach Cronbach Alpha hat einen Wert von .93.

9.1.4 Einstellung zu sozialer Unterstützung.

Anschließend wurden Fragen erhoben, welche die Einstellung zu sozialer Unterstützung auf einer Likertskala erfragen. Die Fragen richteten sich auf die Themen: Vertrauen in Menschen, Legitimation über Probleme zu klagen und Hilfsbereitschaft für andere. Die Faktorenanalyse zeigt drei Faktoren mit dem Eigenwert > 1 . Der Bartlett-Test auf Sphärizität ($\chi^2(28) = 449.47 p < .001$) zeigt, dass mit diesen korrelativen Zusammenhängen eine Hauptkomponentenanalyse sinnvoll ist. Das Maß von KMO = .65 ist ausreichend. Es wird eine Gesamtvarianz von 67.53 % erklärt. Für eine Übersicht des Fragebogens siehe Anhang 1 Tabelle 15.

9.1.5 Beistand von Personen.

Der letzte Teil des Fragebogens erhebt, wer in den Wochen vor den M/G Erlebnissen Beistand leistete. Personen im familiären Kreis sowie Personen innerhalb der Institutionen

konnten angegeben werden. Zusätzlich war Raum für eigene Angaben gegeben. Aufgrund des dichotomen Antwortformats wurde auf eine Faktorenanalyse verzichtet.

9.2 Zusammenhang WSU mit BSI und PCL-C: Hypothese 1

Um die Hypothese 1 zu prüfen, wurden in einem ersten Schritt die Pearson-Korrelationen zwischen dem Summenscore der verschiedenen Zeitpunkte der WSU und einerseits dem Globalmaß des BSI (GSI) sowie andererseits dem Summenscore der PCL-C gebildet:

Die Korrelation des Gesamtsummenwerts der WSU mit dem GSI ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang mittleren Effektmaßes zwischen der sozialen Unterstützung vor den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen, danach und heute, sowie den Werten im BSI, $r = -.26$ (einseitig) bei $p < .01$. $d = -.53$. Die Korrelation des Gesamtsummenwerts der WSU mit dem der PCL-C ergab einen hochsignifikanten Zusammenhang von $r = -.36$ (einseitig) $p < .01$. $d = -.77$. Die Ergebnisse des Summenscores zeigen einen negativen Zusammenhang mittlerer Effektstärke bezüglich des GSI und mittlerer bis hoher Effektstärke bezüglich des Summenscores der PCL-C. Das negative Vorzeichen benennt die erwartete Richtung der Wirkung der WSU. Je mehr WSU über die Lebensspanne, desto weniger Symptome bestehen zum heutigen Zeitpunkt.

9.3 Zusammenhang der WSU zu verschiedenen Zeitpunkten mit BSI und PCL-C:

Hypothese 2

Die Bedeutung der WSU zu den einzelnen Zeitpunkten (vor, nach, heute) und in den verschiedenen Dimensionen (EU, SI, PU) zu den einzelnen Zeitpunkten wurde in einem zweiten Schritt mit Spearman Korrelationen, genauer untersucht. Die Korrelationen der Unterdimensionen der sozialen Unterstützung mit den Globalen Werten des BSI und PCL-C finden

sich in Tabelle 3. Zu den korrelativen Ergebnissen wurden die Effektstärken nach Cohen berechnet.

Tabelle 3

Korrelation nach Spearman in Effektstärken nach Cohen der WSU zu verschiedenen Zeitpunkten mit den Werten des BSI und der PCL-C

Skala	WSU vor	WSU nach	WSU heute
BSI	-.25*	-.45**	-.95**
PCL-C	-.33*	-.55**	-1.03**

Note. * $p < .05$; ** $p < .001$. $N = 185$

Tabelle 3 zeigt, dass die Effekte größer werden, je näher sie in der Zukunft liegen. Die Voraussetzung der Normalverteilung (NV) ist für die WSU vor den Missbrauchs-/ Gewalterlebnissen und die WSU zum heutigen Zeitpunkt nicht gegeben. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde auch für die Skala WSU nach trotz gegebener NV, die Werte der Spearman Korrelation angegeben. Die Werte, die zu der Zeit vor den M/G Erlebnissen angegeben wurden, zeigen einen Zusammenhang geringer Effektstärke mit den Symptomen. Etwas stärker zeigen sich die Zusammenhänge bezüglich der WSU nach den belastenden Erlebnissen. Die WSU heute ergibt starke Korrelationen und die höchste bezüglich der Werte der PCL-C. Hier ergibt Cohen's d eine hohe Effektstärke, der Zusammenhang des BSI zeigt ebenfalls einen großen Effekt. Die Ergebnisse sind aus einer partiellen Korrelation mit Kontrolle der jeweils nicht beachteten Zeitpunkte, beziehungsweise Dimension, der WSU gewonnen.

9.4 Zusammenhang der WSU mit den Skalen des BSI und der PCL-C verschiedenen

Dimensionen und Zeitpunkten der WSU: Hypothese 3

70 korrelative Ergebnisse der WSU mit dem BSI sind in Tabelle 4 angeführt. Negative Korrelationen zeigen, dass mehr WSU mit weniger Symptomen in Zusammenhang steht.

Tabelle 4

Korrelationen nach Spearman: WSU zu verschiedenen Zeitpunkten und Dimensionen mit Skalen des BSI

Skalen	VOR		NACH			HEUTE	
	EU	SI	EU	SI	PU	EU	SI
Somatisierung	-.15*	-.11	-.18*	-.25**	.03	-.31**	-.37**
Zwanghaftigkeit	-.01	.01	-.09	-.14*	.27	-.28**	-.35**
Unsicherheit	-.05	-.07	-.12	-.24**	-.01	-.29**	-.35**
Depression	-.11	-.12	-.19**	-.20**	-.03	-.34**	-.43**
Angst	-.11	-.12	-.12*	-.23**	-.04	-.27**	-.35**
Aggressivität	.05	.00	.01	-.17*	-.01	-.20**	-.32**
Phobische Angst	-.07	-.09	-.13*	-.25**	-.03	-.25**	-.28**
Paranoides Denken	-.17*	-.19**	-.19**	-.27**	-.00	-.36**	-.40**
Psychotizismus	-.06	-.06	-.15*	-.24**	.01	-.39**	-.41**
GSI	-.11	-.11	-.16*	-.25**	.01	-.35**	-.42**

Note. EU = Wahrgenommene emotionale Unterstützung, SI = Wahrgenommene soziale Integration, PU = Wahrgenommene praktische Unterstützung;

* $p < .05$; ** $p < .001$.

Die SI ist nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen und heute die wirkungsvollste Dimension bezüglich der Angaben der BSI Symptomatik. Es gibt keinen Zusammenhang mit der PU und den Dimensionen des BSI. Bei der Skala Zwanghaftigkeit zeigt sich sogar eine paradoxe positive Tendenz. Die PU würde somit keine oder sogar eine negative Wirkung für die Bewältigung der Erlebnisse ergeben. Die Höhe der Skala paranoides Denken steht zu jedem Zeitpunkt in einem negativen Zusammenhang mit der SI.

Tabelle 5 Zeigt die Korrelationen von PCL-C und WSU zu verschiedenen Zeitpunkten und Dimensionen der WSU.

Tabelle 5

Korrelationen nach Spearman: WSU zu verschiedenen Zeitpunkten und Dimensionen mit den Kriterien der PCL-C

CRT	VOR		NACH			HEUTE	
	EU vor	SI vor	EU nach	SI nach	PU nach	EU heute	SI heute
B	-.12	-.10	-.25**	-.24**	.01	-.28**	-.38**
C	-.06	-.05	-.26**	-.20**	-.11	-.26**	-.32**
D	-.09	-.12	-.13*	-.15*	.02	-.29**	-.35**
PTSD	-.07	-.08	-.20**	-.12	-.04	-.27**	-.34**

Note. CRT = Kriterium; B = Wiedererleben; C = Vermeidung/Taubheit; D = Hyperarousal; PTSD = Diagnosekriterien B, C und D erfüllt * $p < .05$; ** $p < .01$.

Die Traumasymptomatik steht in starkem Zusammenhang mit der *EU nach* und *EU heute*, sowie der *SI nach* und *heute*. Die Richtung des Zusammenhangs entspricht demjenigen, welcher in den Hypothesen prognostiziert wurde. *EU nach*, *EU heute* und *SI heute* zeigen einen Zusammenhang mit einer späteren Diagnose in PTSD nach DSM IV.

9.5 Varianzanalyse der WSU nach belastenden Erlebnissen mit BSI und PCL-C:

Hypothese 4

Die Hypothese 4 wurde mit Varianzanalysen (ANOVA) der sozialen Unterstützung nach den Missbrauchs- /Gewalterlebnissen (SN) geprüft, um festzustellen, ob es eindeutige Trends gibt und wie sich die Werte verteilen. Eine Analyse der Kontraste wurde angefügt, um genauere Aussagen über das Verhältnis der Gruppen zueinander treffen zu können. Hierzu wurden,

je nach Perzentilen, Gruppen von Personen gebildet, welche keine (0-7 Punkte), ein wenig (8-12 Punkte), etwas (13-16 Punkte) und viel (17-34 Punkte) WSU im Fragebogen angaben.

Hier wird deutlich, dass sich die letzte Gruppe über 17 Punkte erstreckt. Das ist auf die Besonderheit der Stichprobe zurückzuführen. Sehr wenige Betroffene gaben an, sehr viel Unterstützung in der Zeit nach den Missbrauchs-/ Gewalterlebnissen bekommen zu haben. Aus diesem Grund gestaltet sich die Verteilung der Perzentile in dieser Form. Die Homogenität der Varianzen sowie die Normalverteilung der WSU nach sind gegeben.

Es zeigte sich ein nicht signifikanter negativer Effekt von WSU nach belastenden Erlebnissen auf das Ausmaß an Symptomatik im Globalwert des BSI (GSI). $F(3,167) = 2,54$ $p = .058$, $d = 0,38$. Es gab jedoch einen signifikanten linearen Trend auf psychische Belastung $F(1,167) = 5,37$ $p < .05$, $d = 0,35$. Bezüglich der Subskalen des BSI war der Effekt der WSU nach auf die Skalen Paranoides Denken, $F(3,168) = 4,00$ $p < .01$, $d = .53$, Depressivität, $F(3,167) = 2,95$ $p < .05$, $d = 0,46$ und Somatisierung, $F(3,168) = 2,78$ $p < .05$, $d = 0,45$ signifikant gegeben. Es zeigte sich ein signifikanter Effekt von WSU nach auf das Ausmaß der Traumasymptomatik, $F(3,168) = 2,71$ $p < .05$, $d = 0,44$. Außerdem ergab die Varianzanalyse einen signifikanten linearen Trend $F(1,168) = 7,47$ $p < .01$ $d = 0,42$ der WSU nach auf die Traumasymptomatik.

Die Analyse der Varianzen der Kriterien der PCL-C zeigte, dass sich WSU nach signifikant auf das Ausmaß der Symptome in den Kriterien B, $F(3, 166) = 3,21$ $p < .05$, $d = 0,48$ und C, $F(3, 162) = 2,69$ $p < .05$, $d = 0,45$ auswirkt, nicht jedoch auf das Kriterium D, $F(3, 166) = 1,14$ $p > .05$.

Eine Kontrastanalyse wurde herangezogen, um die Gruppen miteinander zu vergleichen. Dabei wurde im ersten Kontrast diejenige Gruppe mit der meisten WSU verglichen, und zwar mit den anderen drei Gruppen, welche weniger WSU angegeben haben. Da es der Idealnorm entspricht, als Kind soziale Unterstützung zu bekommen, wird die Gruppe mit der

meisten Unterstützung als Referenzwert gesetzt. Im zweiten Kontrast wird die Gruppe mit der meisten Unterstützung mit den beiden Gruppen verglichen, die wenig und etwas WSU bekommen. Der dritte Kontrast misst den Unterschied zwischen den beiden Gruppen mit viel und etwas WSU.

Der GSI zeigt in der Analyse des ersten, $t(167) = 2,25 p < .05$ und zweiten Kontrasts $t(167) = 2,06 p < .05$ signifikante Unterschiede, jedoch unterscheiden sich die Gruppen mit viel und etwas WSU nicht mehr signifikant, $t(1678) = 1,00 p > .05$.

Die geplanten Kontraste ergaben, dass sich die WSU nach belastenden Erlebnissen positiv auf die Traumasymptomatik bezüglich des ersten Kontrastes, der Vergleich zwischen der Gruppe mit viel zur Gruppe mit etwas, wenig und kaum WSU nach, auswirkt $t(168) = 2,05 p < .05$. Die Kontraste 2 und 3 zeigten keine Signifikanzen.

9.6 Geschlechtsunterschiede der WSU nach belastenden Erlebnissen bezüglich BSI und PCL-C: Hypothese 5

Um die Hypothese 5 zu prüfen wurden eine faktorielle ANOVA sowie eine Multiple Regression durchgeführt.

Die zweifache Varianzanalyse zeigt einen signifikanten Haupteffekt auf den Wert des GSI, $F(1,163) = 5.79 p < .05$ hat. Geschlecht ist zum Vorteil der männlichen Stichprobe ausschlaggebend für die Höhe des Werts des GSI. Es zeigte sich kein Wechselwirkungseffekt zwischen WSU nach Missbrauch-/ Gewalterlebnissen, Geschlecht und Gesundheit, $F(3, 163) = .741 p > .05$.

Bezüglich Traumasymptomatik zeigten sich vergleichbare Ergebnisse. Der Haupteffekt von Geschlecht zeigt eine starke Tendenz $F(1, 164) = 3.86 p = .51$. Der Haupteffekt der WSU nach auf die Traumasymptomatik, ist nicht signifikant mit $F(3, 164) = .687 p > .05$ und auch der Wechselwirkungseffekt zeigt keine Signifikanz, $F(3, 164) = 1.23 p >$

.05. Das heißt, dass die Wirkung von WSU nach belastenden Erlebnissen bei Frauen und Männern statistisch nicht nachweisbar unterschiedlich auf Trauma Symptome wirkt. Je nach Geschlecht, verändert sich die Höhe des Summenwertes der PCL-C, zum Nachteil der weiblichen Stichprobe.

Um das Ausmaß der Geschlechtsunterschiede zu interpretieren wurde eine Multiple Regression durchgeführt (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6

Ergebnisse der Multiplen Regression

	GSI			PCL-C		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Konstante	1.01	0.22		29.19	4.44	
WSU nach	- 0.02	0.01	- 0.17	- 0.50	0.16	- 0.23
Geschlecht	0.34	0.14	0.19	5.30	2.19	0.14

Note. PCL-C meint den Summenscore der PCL-C; B ist der unstandardisierte Koeffizient; SE B ist der Standardfehler; Beta ist der standardisierte Koeffizient

Der Faktor Geschlecht weist in die Richtung stärkerer Belastung von Frauen bezüglich der Werte des BSI und der PCL-C. Steigt der Summenscore der WSU nach Missbrauch-/ Gewalterlebnissen um eine Einheit, dann sinkt der GSI um 0.02 Punkte beziehungsweise um 0.17 Standardabweichungen. Für eine Einheit mehr soziale Unterstützung des Summenscores nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen, sinken die angegebenen Werte der PCL-C um 0,5 Punkte beziehungsweise um 0,23 Standardabweichungen. Weiteres zeigt sich aus den Korrelationen von Geschlecht mit WSU nach $r = -0.18$, dass Frauen weniger WSU nach den belastenden Erlebnissen berichteten als Männer.

9.7 Explorative Ergebnisse: Einstellungen zu sozialer Unterstützung

Die relevanten Ergebnisse bezüglich Einstellungen zu sozialer Unterstützung und Gesundheit werden in den Tabellen 7 und 8 wieder gegeben.

Tabelle 7

Korrelationen und Effektstärken nach Cohen des Einstellungstems „Ich traue den Menschen im Allgemeinen“ und Skalen des BSI

	<i>r</i>	<i>Cohen's d</i>
Somatisierung	-.25**	-.51
Zwang	-.24**	-.49
Unsicherheit	-.29**	-.60
Depressivität	-.32**	-.67
Angst	-.39**	-.85
Aggressivität	-.34**	-.73
Phobische Angst	-.34**	-.73
Paranoides Denken	-.47**	1.07
Psychotizismus	-.37**	-.79
GSI	-.41**	-.91

Note. *r* = Korrelationskoeffizient nach Spearman; *d* = Cohen's *d*; **p* < .05; ***p* < .001.

In Tabelle 7 wird deutlich, dass das Item, welches allgemeines Vertrauen in die Menschen abfragt, deutliche Korrelationen auf allen Skalen zeigt. Je mehr den Menschen allgemein vertraut wird, desto besser sind die Werte bezüglich psychischer Belastung auf allen

Ebenen. Auch das Gesamtmaß GSI zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit einer hohen Effektstärke mit der Frage nach Vertrauen im Allgemeinen.

Tabelle 8

Effektstärken nach Cohen der Korrelationen von Einstellungssitems mit den Werten der PCL-C sowie Diagnose PTSD

	Kriterium B	Kriterium C	Kriterium D	Diagnose PTSD
Ich traue den Menschen im Allgemeinen	-.70**	-.62**	-.67**	-.64**
Ich sehe nicht ein warum ich anderen Menschen helfen soll	.21	.27*	.39**	.41**

Note. r = Korrelationskoeffizient nach Spearman; d = Cohen's d ; * $p < .05$; ** $p < .001$. Diagnose = Diagnosekriterien B, C und D erfüllt.

In Tabelle 8 sind diejenigen Ergebnisse aufgelistet, welche deutliche und signifikante Effekte zeigen. Auch in dieser Tabelle sind die stärksten Zusammenhänge mit dem Vertrauen in die Mensch im Allgemeinen zu finden. Der negative Zusammenhang zeigt an, dass mehr Vertrauen mit weniger Symptomen einhergeht. Personen, welche eine Diagnose PTSD bekommen würden oder ausgeprägte Werte bezüglich Kriterien C und D angeben, geben auch eher an nicht einzusehen, warum sie anderen Menschen helfen sollten.

10. Ergebniszusammenfassung und Interpretation

Wahrgenommene soziale Unterstützung über die Lebensspanne hängt negativ mit dem Ausmaß der Symptome im Bereich psychische Belastung und Traumasymptomatik zusammen. Der Zusammenhang mit dem Ausmaß der Traumasymptomatik fällt stärker aus, als derjenige mit psychischer Belastung. Die Ergebnisse der Korrelationen zeigen etwas höhere Werte, verglichen mit denjenigen in der Literatur (Brewin et al., 2000; Ozer, 2003). Der Zusammenhang der WSU über die Zeit mit der Traumasymptomatik war höher als der mit psychischer Belastung.

Somit kann die Hypothese 1 beibehalten werden, die Nullhypothese wird verworfen. In der Differenzierung (Tabellen 3 - 5) wird deutlich, dass es in vielen erfassten Bereichen von Symptomatiken einen Bruch gibt, welcher sich in der Wirkung der WSU vor und nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen äußert. Dieser spiegelt sich in der SI am deutlichsten wieder, zeigt sich jedoch auch bezüglich der Variable „emotionale Unterstützung“ in Bezug auf Traumasymptome. Somit ist es nach belastenden Erlebnissen besonders wichtig, in einem sozialen Gefüge eingebettet zu sein.

Außerdem zeigt sich, dass die praktische Unterstützung bezüglich den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen nicht signifikant mit dem heutigen Zustand der Betroffenen zusammen hängt, jedoch die soziale Integration in deutlichem Ausmaß. Das hieße also, dass diejenigen, denen aktiv geholfen wurde, keinen besseren Gesundheitszustand zeigen und in der Dimension Zwanghaftigkeit sogar tendenziell stärker belastet seien. Diese Annahme ist jedoch aufgrund der Stichprobenverteilung nicht gerechtfertigt. Zwar wurde aufgrund der verletzen Voraussetzung der Normalverteilung die Korrelation nach Spearman berechnet, bei der extremen Schiefe der Verteilung kann jedoch auch die Rangkorrelation die Ergebnisse nur verzerrt abbilden. Es gaben 82,6 % der Betroffenen an, dass sie gar keinen oder kaum Schutz bezüglich der Gewalt und des Missbrauchs bekommen haben. Diese sehr schiefe Verteilung

stellt das Ergebnis in einem ersten Schritt in Frage. Nur auf 2,8 Prozent trifft sehr zu, dass Personen Auswege mit ihnen aus der Situation suchten oder, dass Personen Schutz für die Betroffenen boten. Somit ist dieser schwache Wert der praktischen Unterstützung, in einem zweiten Schritt, vielmehr beschreibend zu interpretieren. Der Wert sagt in erster Linie aus, wie selten Auswege gesucht wurden, um Kindern in Missbrauchs-/Gewaltsituationen zu helfen oder wie selten Schutz geboten wurde.

Des Weiteren ist aus den Ergebnissen (Tabelle 3 bis 5) zu lesen, dass die WSU umso stärker mit Traumasymptomatik und psychischer Belastung in Zusammenhang steht, je näher sie an der Gegenwart liegt. Dieses Ergebnis widerspricht der Hypothese 2. Eine Erklärungsmöglichkeit sind Erinnerungseffekte. Jedoch ist der nicht interpretierbare Kausalzusammenhang der Korrelationen zusätzlich inhaltlich zu beachten. Eine mögliche Erklärung wäre auch, dass diejenigen Personen, die wenige Symptome zeigen, heute bessere Beziehungen haben. Somit würde in dieser Erhebung, banal gesagt, die Beziehungsfähigkeit von Traumatisierten gemessen. Dieser Punkt fließt sicher in das Ergebnis mit ein. Die dritte Möglichkeit ist die der Wechselwirkung zwischen WSU, psychischer Belastung und Traumasymptomatik. So kann die Veränderung durch die Traumatisierung im Umfeld auf Unverständnis treffen und die Umweltreaktionen wiederum zu Rückzug bei den Betroffenen führen. Die letzte Möglichkeit, ist diejenige der Beeinflussung beider Variablen durch eine dritte, nicht erhobene Variable. Eine derartige Variable könnte Stigmatisierung durch das Geschehene seitens des sozialen Umfelds sein. In der Literatur wird die Wirkung von WSU auf den Gesundheitszustand umfassend und multimethodisch belegt, beispielsweise in einer Längsschnittuntersuchung, die von 1999 bis 2008 durchgeführt wurde (Kaniasty & Norris, 2008). Entsprechend wird auch in dieser Diplomarbeit davon ausgegangen, dass sich WSU nach den Missbrauch-/Gewalterlebnissen positiv auf die Gesundheit auswirkt. Die starken Effekte der WSU zum heutigen Zeit-

punkt zeigen, dass die Wahrnehmung von sozialer Integration und emotionaler Unterstützung im „hier und jetzt“ zu besserer mental health führt.

Hypothese 2 verworfen, die WSU nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen zeigt nicht den stärksten Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und der Traumasymptomatik.

Bei der Analyse der Tabelle 4 zeigt sich, dass die EU heute und SI heute auf allen Skalen des BSI signifikante Korrelationen zeigen. Hier spiegeln sich die Werte der oben genannten Ergebnisse wieder. Die Erklärungen zur Interpretation der Korrelation bezüglich Kausalität ist entsprechend. Auf den Unterdimensionen sind die Skalen Somatisierung, Depressivität und paranoides Denken genauer zu betrachten. Ein funktionierendes Umfeld (SI) wirkt als Schutzfaktor gemäß dem Haupteffekt Modell, bezüglich paranoidem Denken, phobischer Angst, Somatisierung, sozialer Unsicherheit und Angst vor allem nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen. Die EU nach den Erlebnissen zeigt einen schwächeren Zusammenhang als SI, am stärksten bezüglich Depressivität, gefolgt von Somatisierung. Auch hier gelten die Überlegungen bezüglich der nicht feststellbaren Kausalitäten durch die Methode der Korrelation, jedoch wird theoriegeleitet die Wirkrichtung von WSU auf Gesundheit, als die am ehesten gültige, herangezogen. Die PU nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen steht nicht in Zusammenhang mit den Skalen des BSI.

Hypothese 3.1 wird als nicht widerlegt angesehen und kann aufrecht erhalten bleiben: WSU nach den Erlebnissen wirkt zu den verschiedenen Zeiten in unterschiedlichem Maße auf die Dimensionen des BSI.

Tabelle 5 zeigt auch die Steigerung der Effekte mit zunehmender Zeit. Auch die wirkungslosen Werte der praktischen Unterstützung zeigen sich erneut. Abgesehen davon ist der negative Zusammenhang zwischen SI heute und Traumasymptomen am deutlichsten. Sozial integriert zu sein scheint somit besonders wichtig zu sein, um wenige Symptome zu haben.

Für die Kriterien B (Wiedererleben) und C (Vermeidung und Taubheit) und D (Hyperarousal) zeigt zum heutigen Zeitpunkt die SI den stärksten Zusammenhang, nach den Missbrauch-/Gewalterlebnissen Erlebnissen ist für den Zusammenhang mit den Kriterien B und C die EU am wichtigsten und für Kriterium D die SI. Bemerkenswert ist, dass die EU nach den belastenden Erlebnissen, sowie die EU heute und die SI heute einen Zusammenhang mit einer Diagnose der PTSD, gestellt nach den Kriterien der PCL-C, aufweisen. Die Hypothese 3.2 wird beibehalten und die Nullhypothese wird verworfen.

Die Varianzanalyse zeigte, dass zwar für WSU nach den belastenden Erlebnissen auf das Globalmaß des BSI (GSI) knapp kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden konnte, jedoch ein linearer negativer Trend, welcher aussagt, dass pro steigendem Level der WSU, die Belastung abnimmt. Die Hypothese 4.1 wird somit verworfen, es zeigt sich kein eindeutiger linearer Effekt der WSU nach den Missbrauch-/Gewalterlebnissen auf Belastbarkeit.

Die WSU hatte auf die Subskalen paranoides Denken, Depressivität und Somatisierung einen Effekt. Die Kontraste zeigen, dass der Effekt in der erwarteten Richtung besteht und WSU nach den belastenden Erlebnissen eine positive Wirkung für geringe Belastung hat. Es kann den Ergebnissen zufolge interpretiert werden, dass die WSU nach Missbrauch-/Gewalterfahrungen positiv für die Bewältigung psychischer Belastung in den genannten Bereichen ist. Somit kann die Hypothese 1.4.1 in den genannten Bereichen beibehalten werden, nicht jedoch für das Gesamtmaß GSI.

Die Ergebnisse der ANOVA sagen bezüglich Traumasymptomatik aus, dass es einen Effekt von WSU direkt nach belastenden Erlebnissen auf Traumasymptome im heutigen Leben gibt. Der signifikante negative lineare Trend bedeutet, dass das Ausmaß der Traumasymptomatik, pro ansteigenden Level der WSU, abnimmt. Wahrgenommene soziale Unterstützung ist positiv für die Bewältigung von Traumasymptomen. Die Hypothese 4.2 wird beibehalten.

Die Analyse der Varianzen bezüglich der Kriterien des DSM IV ergab ein überraschendes Ergebnis. So war der Effekt von WSU nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen auf die Kriterien B und Kriterium C hypothesenkonform signifikant und in mittlerer Effektstärke, was in Zusammenhang mit der Analyse der linearen Trends, als positive Wirkung pro Level der WSU auf das Ausmaß der Symptomatik gesehen werden kann. Überraschend war jedoch, dass die WSU auf das Kriterium D keinerlei Wirkung hatte. Die ständige Überaktivierung und Wachsamkeit konnte durch wahrgenommene soziale Unterstützung nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen nicht gemildert werden.

In der zweifachen Varianzanalyse zeigte sich die Wirkung von Geschlecht signifikant. Dies entspricht Ergebnissen in der Literatur, wonach weibliches Geschlecht das Risiko erhöht eine PTSD Diagnose gestellt zu bekommen. In der Ausdifferenzierung der Skalen und Kriterien zeigt sich, dass für die männliche Stichprobe die Skalen Depressivität und Unsicherheit sowie in den Kriterien B und C einen signifikanten Effekt zeigen. Das heißt, dass Männer von der WSU in diesen Bereichen profitieren können. Die fehlenden Signifikanzen in der weiblichen Stichprobe, sind einerseits auf die geringe Anzahl an Personen zurückzuführen. Es müssten schon sehr große Effekte sein, um bei einer kleinen Anzahl an Personen, Signifikanzen zu zeigen. Andererseits ist es natürlich möglich, dass Frauen von WSU nach belastenden Erlebnissen weniger profitieren können als Männer. Weitere Forschung in diesem Bereich wäre spannend, um dieser Theorie nachgehen zu können.

Das Ergebnis, dass Frauen weniger WSU nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen erfuhren als Männer, kann entweder darauf zurückzuführen sein, dass Frauen eine höhere Erwartung bezüglich WSU haben oder darauf, dass sie wirklich weniger WSU bekamen. Andrews, Brewin und Rose fanden 2003 dass Männer und Frauen mit der positiven sozialen Unterstützung gleich zufrieden waren und keine Unterschiede im Ausmaß berichteten, jedoch erlebten Frauen mehr negative Reaktionen von Freunden und Familie. Die Analyse der Ge-

schlechtsunterschiede zeigt, dass Männer mit weniger WSU in den Skalen Unsicherheit, Depression und im GSI Beeinträchtigungen zeigen sowie bezüglich der Kriterien B und C mehr Symptome angeben. Die Effektstärken sind beachtlich, mittlere Effekte konnten aufgezeigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass Männer schwerere Symptome im Bereich Wiedererleben und Vermeidung angeben, wenn sie sich nach den Missbrauch-/ Gewalterlebnisse wenig unterstützt fühlten. Hinzu kommt, dass Männer eher zu Depressivität, sozialer Unsicherheit und einer geringeren Belastbarkeit neigen, wenn nach Missbrauch-/ Gewalterlebnisse wenig soziale Unterstützung wahrgenommen wird. Bei Frauen sind keine signifikanten Beeinträchtigungen zu finden. Dieses Ergebnis wird auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt. Je geringer die Stichprobengröße ist, desto größer müssen die Effekte sein, um Signifikanzen aufzuzeigen.

Die Ergebnisse der multiplen Regression zeigen jedoch, dass sowohl Geschlecht, als auch WSU nach Missbrauch-/ Gewalterlebnissen zur Erklärung des Modells signifikant beitragen. Da beide Variablen zur Erklärung der Varianz beitragen, wird die Hypothese beibehalten. Wahrgenommene soziale Unterstützung und Geschlecht haben einen Einfluss auf das Ausmaß von Traumasymptomatik und Belastbarkeit.

Explorative Ergebnisse:

Die Tabellen 7 und 8 zeigen klare Zusammenhänge zwischen Fragen zur Einstellung und psychischen Belastungsdimensionen des BSI. Das Item, welches nach allgemeinem Vertrauen in die Menschen fragt, ist am deutlichsten mit allen Störungsdimensionen des BSI und der PCL-C korreliert. Nicht überraschend ist, dass die Skala paranoides Denken am deutlichsten mit dem Item in Zusammenhang steht, fehlendes Vertrauen ist in diesem Fall symptomatisch für das Krankheitsbild. Bemerkenswert ist dennoch, dass fehlendes Vertrauen bezüglich der Menschen im Allgemeinen für alle Skalen des BSI und die Kriterien der PCL-C sowie der Diagnose der PTSD, so deutlich ausfällt. Die Effektstärken für das Item „Vertrauen in die

Menschen im Allgemeinen“ sind durchgehend mittlerer bis starker Ausprägung. Weniger Vertrauen haben diejenigen Personen, welche mehr Symptome zeigen oder umgekehrt. Diejenigen welche mehr Vertrauen zeigen, weisen ein geringeres Maß an Psychopathologie auf. Vertrauensfähigkeit ist somit Zeichen psychischer Belastbarkeit und mental health.

Für die Interpretation sind durch die bereits angesprochene Problematik der nicht zulässigen Kausalinterpretation folgende Varianten denkbar: Vertrauen beeinflusst die Psychopathologie, die Psychopathologie beeinflusst das Vertrauen, eine dritte Variable beeinflusst Psychopathologie und Vertrauen oder es besteht eine Wechselwirkung zwischen Vertrauen und Pathologie.

Für die Zusammenhänge mit der PCL-C ist bezeichnend, dass der stärkste Zusammenhang mit dem Kriterium D (Hyperarousal) besteht. Ist eine ständige Wachsamkeit, oder ist das „auf der Hut“ sein wie es die PCL-C abfragt eine Folge von fehlendem Vertrauen in die Menschen allgemein? Diesem Punkt wird im Kapitel 11 „Diskussion“ weitere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die explorativen Ergebnisse bezüglich des Vertrauens in die Menschen im Allgemeinen zeigten prägnante Ergebnisse. Die Deutung der Korrelation nach Spearman lässt jedoch noch Fragen offen. So kann die Richtung des Kausalzusammenhangs nicht bestimmt werden. Es bestehen folgende mögliche Deutungsoptionen: Personen, welche kein Vertrauen in die Menschen haben, nehmen weniger soziale Unterstützung wahr, als Personen, welche mehr Vertrauen in die Menschheit haben. Es kann eine Wechselwirkung bestehen zwischen Vertrauen und WSU oder beide Variablen werden durch einen weiteren Faktor beeinflusst. Oder wenig WSU im Leben bedingt die Einstellung zu Vertrauen in die Menschen. Letztere Option wird als wahrscheinlichste Option angesehen. Wer schon vor dem 18ten Lebensjahr einem Typ II Trauma ausgesetzt wurde, wie 50 % der Stichprobe, verliert nachvollziehbar das Vertrauen in die Menschheit.

Auch bezüglich der Frage, ob die Einstellung zu WSU einen Zusammenhang mit Gesundheit zeigt, waren die Ergebnisse bemerkenswert. Auch hier war das wichtigste Item 1, dasjenige mit der Frage nach Vertrauen in die Menschen. Es zeigten sich deutliche Zusammenhänge mit Belastbarkeit und Traumasymptomatik. Auch hier kann die Spearman Korrelation natürlich nicht kausal interpretiert werden. Es ist nicht auszuschließen, dass es einen Zusammenhang der Einstellung mit Gesundheit gibt. Jedoch bedarf es weiterer Exploration, um präzise und gerichtete Wirkungszusammenhänge zu benennen.

11. Diskussion

An dieser Stelle wird eine Auswahl aus den potentiell zu diskutierenden und zu klärenden Punkten vorgenommen und der Fokus auf einige relevante Themen der Diplomarbeit gelegt.

11.1 Bezug auf die Definitionsproblematik

In der vorliegenden Diplomarbeit zeigen entsprechende Korrelationen als in der Literatur (Brewin, 2000; Haber et al., 2007; Kaniasty & Norris, 2008; Ozer, 2003). Das kann auf die Problematik der uneinheitlichen Definitionen zurückzuführen sein, die vor allem in den Metaanalysen unumgänglich ist. In dieser Diplomarbeit dagegen wurde präzise auf die Definitionen und deren Herleitung geachtet, was sich auch in der Faktorenanalyse widerspiegelte.

Ganz präzise müsste die hier genannte WSU sogar „wiedergegebene wahrgenommene Unterstützung“ oder „recalled perceived social support“ heißen, denn mit diesem Begriff werden die immanenten Gedächtnisleistungen beschrieben und die Methode der Fragebogenerhebung im Begriff mit repräsentiert (W. Butollo, A. Butollo, & M. A. Butollo, persönliches Gespräch, 27. Oktober, 2012).

11.2 Kausalitäten von Trauma und WSU

Eine zu diskutierende Frage ist jene des starken Zusammenhangs zwischen WSU heute und Traumasyntomatik sowie der psychischen Belastung. In der Literatur wird von einer Wirkung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf Gesundheit ausgegangen (Cohen, 2000; Haber et al., 2007; Kaniasty & Norris 2008; Kawachi & Berkman, 2001; Korkeila et al., 2010; Lakey & Orhek, 2011; Maercker, 2009; Moak & Agrawal, 2010; Schwarzer & Lepin, 1989; Seeds, Harkness, & Quilty, 2010; Stice, Ragan, & Randall, 2004; Stith et al., 2009; Vangelisti, 2009). Das ist für die Zeit direkt nach den Missbrauch-/ Gewalterfahrungen eine

sinnvolle Hypothese. Vielleicht liegt es an dem Punkt, dass Betroffene sich durch traumatische Erlebnisse selbst verändern und somit soziale Kontakte schwerer über die Zeit aufrechterhalten sind, wenn starke Symptomatiken vorliegen. Kessler mutmaßte schon 1985, dass die geringe soziale Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen als Folge und nicht als Ursache der Störung zu sehen sei (Kessler et al., 1985). Möglicherweise bewirkt die Veränderung der Betroffenen, durch die Schlüsse welche durch die Traumatisierung gezogen werden und durch die verminderte Kontaktaufnahmebereitschaft eine Scheinkorrelation mit der sozialen Unterstützung. So beschreiben Butollo und Kolleginnen eine Schutzfunktion von Traumatisierten, die sich in vermindertem Kontaktangebot äußert. Vor allem in Bezug auf Typ II Traumata konnte dieses Verhalten in der deutschen und österreichischen Nachkriegsgesellschaft ab 1945 sowie in Bosnien nach dem Jugoslawienkrieg beobachtet werden (W. Butollo, Krüsmann, & Hagl, 2002). Die emotionale Resonanz auf äußere Ereignisse wird vermindert oder anders ausgedrückt, ein Schutzschild gegen innere Emotionen wird aufgebaut. Um auf das Zitat Jaspers zurückzukommen: „Ich kann nicht ich selbst werden, ohne in Kommunikation zu treten“ (Jaspers, 1948 zit. in Elbing, 1991, S4) so trifft doch dieser Ausdruck ganz genau auf das zurückgezogene dissoziierte Selbst zu, welches gespalten, mit dem Erlebten nicht mehr Selbst sein kann.

Dennoch gibt es Personen, die sich trotz der Traumatisierung unterstützt fühlten. Die Frage ist, was war bei diesen Personen anders? Waren die Erwartungen an das Umfeld geringen? War das Umfeld eindeutiger und hartnäckiger bei der Unterstützungsleistung? Wer kann unter welchen Umständen Kontakt aufnehmen, wenn kein Kontaktangebot gemacht wird? Diesen Punkten sollte weitere Beachtung geschenkt werden um möglichst effiziente Unterstützung organisieren zu können.

11.3 *Praktische Unterstützung und psychische Gesundheit*

Das paradox wirkende Ergebnis der fehlenden Wirkung der PU auf Gesundheit kann darauf zurückzuführen sein, dass die Schritte in Richtung Hilfestellung für Betroffene nicht förderlich waren. In einer Gesellschaft, welche die Betroffenen stigmatisierte, statt die Idee der kirchlichen TäterInnen ins öffentliche Bewusstsein zuzulassen, waren direkte Schritte in Richtung Schutz und Auswege aus der Missbrauchssituation in manchen Fällen ein gesellschaftlicher Ruin. In diesem Fall muss praktische Unterstützung differenzierter betrachtet werden. Die Fragestellungen könnten erweitert werden in Bezug auf das Thema „Schutz bieten“ und „positive soziale Konsequenzen“ auf die Hilfestellung. Es ist sicherlich ein gesellschaftliches Problem, dass es für die Angehörigen der Betroffenen so schwierig war, praktisch zu unterstützen. Gerade in diesem Themenbereich, in welchem die Vertreter der katholischen Kirche augenscheinlich als unfehlbare und geschlechts- und libidolos gesehen werden, müssen sich innerklerikale und gesellschaftliche Sichtweisen erweitern.

11.4 *WSU und Einstellung*

Bezüglich der Einstellungsfragestellungen bleiben einige Punkte offen. Ist Einstellung wirklich Disposition für psychische Störungen, ist sie Schutz oder Risikofaktor? Auffällig ist beispielsweise der Wert von $r = -.473$ auf der Skala Paranoides Denken. Hier ist Misstrauen gegenüber den Menschen ja kaum als Einstellung, jedoch eher als störungsimmanentes Symptom zu begreifen. Fehlendes Vertrauen in die Menschen ist nicht nur aus psychotraumatologischer, sondern auch aus lernpsychologischer Sicht völlig nachvollziehbar. Einerseits in den Fällen der katholischen Kinderheime, in welchen kein Vertrauen und keine Bindung zu Erwachsenen jemals gebildet werden konnte. Andererseits im Falle von sexualisiertem Missbrauch durch die Vertreter der katholischen Kirche, der das Moral und Glaubenssystem in vielen Fällen stark erschüttert haben musste. Missbrauch durch die Vertreter der moralischen

Instanz katholische Kirche führt zu kaum lösbaren Konflikten bei den vom Missbrauch Betroffenen. Interessant ist es auch der Frage nachzugehen, welche Rolle der Glaube allgemein bei der Veränderung der Einstellung und bezüglich psychischer Gesundheit spielt und wie diese Rolle durch den Missbrauch durch Protagonisten der Glaubensinstitution unterlaufen wird.

Die Ergebnisse zur Einstellung zu sozialer Unterstützung (Tabelle 7) legen nahe, dass sich bei den Korrelationen zumindest teilweise um Komorbiditäten oder Symptomüberlappungen von und mit PTSD handelt. Bei einer PTSD Quote von 50 % und einer Historie von schwerem sexualisiertem, körperlichem und/oder emotionalem Missbrauch, wird das Formenspektrum der posttraumatischen Belastungsstörung bis über die Grenzen hin erreicht (Resick et al., 2012). Bei der vorliegenden Studie können „Man Made Disaster“ als Ursache von PTSD angenommen werden. Somit ist das Vertrauen in mindestens einen Menschen von zumindest 50 % der Betroffenen mindestens einmal in ihrem Leben erschüttert worden. Es stellt sich hier eher die Frage, wie Vertrauen in die Menschen behalten werden konnte.

11.5 Schweregrad des Traumas

Ursprünglich war geplant zu untersuchen, ob soziale Unterstützung ein Schutzfaktor ist, der emotional und praktisch gut unterstützte sowie gut sozial integrierte Personen bewirkt, dass sie seltener und von weniger schwerem Missbrauch betroffen wären. Gerade in diesem speziellen Kontext, wo TäterInnen und Betroffene oft über lange Zeit Kontakt hatten (TäterInnen als Dorfpfarrer oder TäterInnen als Heimleiter), wäre diese Hypothese spannend zu testen gewesen. Allerdings hätte dafür ein Maß für den Schweregrad der traumatischen Ereignisse erstellt werden müssen. Kultalahti und Rosner meinen dazu:

„Die Stressorschwere (im Sinne von Schwere oder Ausmaß eines traumatisches Ereignisses) beinhaltet eine Reihe von Einzelfaktoren, die nicht unbedingt objektiv erfasst

werden können (sondern gleichzeitig immer eine individuelle subjektive Bewertung der Betroffenen beinhalten)“ (Kultalahti & Rosner, 2008, S. 213).

Im Rahmen des Projektes wurde für die Erstellung eines Maß für den Schweregrad der traumatischen Ereignisse umfangreich Literatur gesichtet (Felitti, 2002; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Myers et al., 2006; Runyon & Kelly, 2002; Ullman & Filipas, 2008). Diese Hypothese konnte jedoch nicht geprüft werden. Es wurde dagegen entschieden, ein von außen bewertetes Maß zu erstellen, da die Subjektivität der Traumaschwere im Vordergrund steht. Es wäre wichtig, weitere Forschung in diesem Bereich zu unternehmen. Eine Möglichkeit wäre, die Betroffenen zu befragen, wie schwer sie den Missbrauch erlebt hätten. Die subjektive Sicht darf in dieser Fragestellung auf keinen Fall aus den Augen gelassen werden. Entscheidungen und Berechnungen, die ein „objektiviertes“ Maß für den Schweregrad der Tat enthalten, können nur grob generalisieren und erfassen nicht die Komplexität und Individualität der einzelnen Personengeschichte vor ihrem persönlichen Hintergrund. Dennoch wäre es interessant in einer TäterInnenstudie zu untersuchen, ob für TäterInnen die Unterstützung von Betroffenen ein Hinderungsgrund für Übergriffe darstellt. Diese Option wäre eine eindeutige Wirkweise von sozialer Unterstützung auf physischem und direktem Weg.

12. Limitationen

Eine Einschränkung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse liegt in der Besonderheit der Anfallstichprobe des Projektes. Nur diejenigen Personen konnten zur Studie eingeladen werden, welche sich im Rahmen der Entschädigungen an die Klasnic Kommission gewandt haben. Es zeigt allerdings der Vergleich mit den Daten, die aus den Clearingberichten erhoben wurden, dass zwischen denen, welche die Fragebogenbatterie ausfüllten und denjenigen, welche die Zustimmung der Studie der Clearingberichte erteilte kein nachweisbarer Unterschied feststellbar war (Lueger-Schuster, 2012). Edwards fand keine belegbaren Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern in einer Studie über Betroffene von Kindesmissbrauch (Edwards et al., 2001).

Erwähnt werden soll die nicht zu vernachlässigende Anzahl an Personen welche sich suizidierten. In den Berichten kommen des Öfteren Suizidversuche der Betroffenen vor, sowie Berichte über andere Betroffene, welche sich das Leben nahmen.

Zum Punkt der Diagnoseerstellung durch die PCL-C muss gesagt werden, dass in dieser Arbeit davon ausgegangen wird, dass jede Person, welche sich im Entschädigungsprozess an die Kommission gewandt hat, das Kriterium A nach DSM IV erfüllt. Das heißt, dass jede Person einem Ereignis intensiver Bedrohung ausgesetzt war und in diesem Zusammenhang als Reaktion Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen erlebte. Die These scheint gewagt zu sein, jedoch wird aus den Clearingberichten deutlich, wie entsetzlich die Erlebnisse der damaligen Kinder waren. Es bleibt die Limitation bestehen, dass nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, dass jeder der Betroffenen das Kriterium A wirklich erfüllt.

Eine weitere Limitation betrifft die retrospektive Befragung zur damals wahrgenommenen sozialer Unterstützung. Eigentlich sollte von retrospektiver WSU gesprochen werden, wenn ein Fragebogen in dieser Weise vorgelegt wird. Es ist ein Unterschied in der momentanen Wahrnehmung und der Wahrnehmung der Zeit die Jahre bis Jahrzehnte zurück liegt. Hen-

ry und Team fanden heraus, dass es nur einen geringen Zusammenhang zwischen prospektiven und retrospektiven Berichten von psychosozialen Faktoren gibt (Henry, Moffitt, Caspi, Langley, & Silva, 1994).

Somit wäre es korrekter, von recalled perceived support (RPS) zu sprechen. Gerade Wahrnehmungsprozesse in Zusammenhang mit depressiven Verstimmungen oder der Major Depression können die Vergangenheit verzerren und somit die Erhebung beeinflussen.

Zur retrospektiven Erfassung von CSA kann demgegenüber jedoch gesagt werden, dass retrospektive Selbstberichte die Geschehnisse eher unterschätzen als überschätzen (Dong et al., 2004; Hardt & Rutter, 2004; Widom et al., 2007). Dube, Williamson, Thompson, Felitti & Anda kamen jedoch zu dem Ergebnis, dass die gegebenen Antworten bezüglich Adverse Childhood Experiences zu zwei Testzeitpunkten gut bis sehr gut übereinstimmten (Dube et al., 2005).

13. Implikationen für die Praxis

Zum Abschluss ist es der Autorin wichtig zu unterstreichen, wie wichtig die WSU für die psychische Gesundheit und für das Selbst sein ist. Auch wenn die Idee von vermindertem Kontaktangebot und geringer Kontaktaufnahme von Traumatisierten angesprochen wurde, heißt das natürlich nicht, dass Schuld zugeschoben werden soll. Der wichtige Anteil der sozialen Integration an Reduktion von Traumasymptomen und psychischer Belastung zeigt, dass eine Möglichkeit, Menschen mit traumatischen Erfahrungen zu unterstützen das „Da Sein“ ist. Auch wenn nicht viel gesprochen wird, hilft es, ein stützendes Umfeld zu bieten, welches Sicherheit bietet und in welchem Betroffene sich wohl fühlen. In vielen Fällen müssen keine Berge versetzt werden, es muss jemand da sein. Wo keine Familien für Kinder bereit stehen, so wie es für viele der an der Studie beteiligten Betroffenen der Fall war, muss ein soziales Netz geschaffen werden, das Kindern soziale Integration bietet und die Kontaktaufnahme ermöglicht, zu dem Zeitpunkt wann sie gewünscht wird.

Literatur

- Aday, L. A. (1994). Health Status of Vulnerable Populations. *Annual Review of Public Health, 15*, 487-509.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text rev)*. Whashington, DC; Author.
- Andrews, B., Brewin, C., & Rose, S. (2003). Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-427.
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Sternberg, D., Berkley, D., Eldar, H., Glidai, Y, Moshe, L., & Shrira, A. (2010). Losing My Religion: A Preliminary Study of Changes in Belief Pattern After Sexual Assault. *Traumatology, 16*(2), 7-13.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*, 843-857.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy, 34*(8), 669-673.
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P. and Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect, 32*, 693-701.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. West Sussex: John Wileys & Sons Ltd.

Breslau, N. (2002). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 5(1), 34-40.

Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50(9), 699-704.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.

Butollo, W., Krüsmann, M., & Hagl, M. (2002). *Leben nach dem Trauma*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., White, M., Daly, M., & Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse & Neglect*, 34(7), 477-489.

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629.

- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409–438.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., Portera, L. (2001). Consequences of Childhood Abuse Among Male Psychiatric Inpatients: Dual Roles as Victims and Perpetrators. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 47-61.
- Cohen, J. L., Lakey, B., Tiell, K., & Neeley, L. C. (2005). Recipient-provider agreement on enacted support, perceived support, and provider personality. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychol Assess, 17*(3), 375-378.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention - A Guide for Health and Social Scientists*. (eds). New York: Oxford University Press.
- Cohen, S. (2001). Social relationships and health: Berkman & Syme [1979]. *Advances in Mind-Body Medicine, 17*, 4-6.
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 290-298.

- Cooper, H., Hedges, L. V., & Valentine, J. C. (2009). *The Handbook of Synthesis Research and Meta-Analysis* (Vol. 2). New York: Russel Sage Foundation.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784.
- 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.
- Edwards, V. J. , Anda, R. F. , Nordenberg, D. F., Felitti, V. J., Williamson, D. F., & Wright, J. W. (2001). Bias assessment for child abuse survey:factors affecting probability of response to a survey about childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 307–312.
- El-Bassel, N., Guterman, N., Bargal, D., & Su, K.-H. (1998). Main and Buffering Effects of Emotional Support on Job- and Health Related Strains: A National Survey of Israeli Social Workers. *Employee Assistance Quarterly*, 13(3), 1-18.
- Elbing, E. (1991). *Einsamkeit: Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze*. Göttingen: Hogrefe.

- English, D. J. & the LONGSCAN Investigators (1997). Modified Maltreatment Classification System (MMCS). Retrieved from <http://www.iprc.unc.edu/longscan/>
- Felitti, V. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44-47.
- 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),
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.
- Fitzpatrick, M., Carr, A., Dooley, B., Flanagan-Howard, R., Flanagan, E., Tierney, K., White, M., Daly, M., Shevlin, M., Egan, J. (2010). Profiles of adult survivors of severe sexual, physical and emotional institutional abuse in Ireland. *Child Abuse Review*, 19(6), 387-404. doi: 10.1002/car.1083
- Flanagan-Howard, R., Carr, A., Shevlin, M., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Tierney, K., White, M., Daly, M., Egan, J. (2009). Development and initial validation of the institutional child abuse processes and coping inventory among a sample of Irish adult survivors of institutional abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 586-597.
- Franke, G. H. (2000). *BSI - Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Fried, Y., & Tiegs, R. B. (1993). The main effect model versus buffering model of shop steward social support: A study of rank-and-file auto workers in the U.S.A. *Journal of Organizational Behavior, 14*, 481-493.

Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Brähler, E. (1999). *Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU). Manual*. Göttingen: Hogrefe.

Gavin, H. (2011). Sticks and Stones May Break My Bones: The Effects of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma Violence Abuse, 20*(5), 503-529.

Gerber, M., Boals, A., & Schuettler, D. (2011). The Unique Contributions of Positive and Negative Religious Coping to Posttraumatic Growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality, 3*(4), 298-307.

Guay, S., Billette, V., Marchand, A. (2006). Exploring the Links Between Posttraumatic Stress Disorder and Social Support: Processes and Potential Research Avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 327-338.

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 39*(1-2), 133-144.

- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273.
- Hausmann, C. (2010). *Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien: Fakultas wuw.
- Henry, B., Moffitt, T., Caspi, A., Langley, J., & Silva, P. (1994). On the 'remembrance of things past': A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, 6(2), 92-101.
- Herman, J. (2012). CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al. (2012). *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 256-257.
- Herman, J. (Ed.). (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror* New York: Basic Books.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of Meta-Analyses on the Association Between Child Sexual Abuse and Adult Mental Health Difficulties: A Systematic Approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 38-49.
- Hyde, L. W., Gorka, A., Manuck, S. B., & Hariri, A. R. (2011). Perceived social support moderates the link between threat-related amygdala reactivity and trait anxiety. *Neuropsychologia*, 49(4), 651-656.

John Jay College. (2004). *The nature and scope of sexual abuse of minors by catholic priests and deacons in the United States 1950-2002*. Washington DC: USCCB.

Joseph, S. (2011). Religiosity and posttraumatic growth: a note concerning the problems of confounding in their measurement and the inclusion of religiosity within the definition of posttraumatic growth. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(8), 843-845. doi: 10.1080/13674676.2011.609162

Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 274-281.

Kapella, O., Baierl, A., Rille-Pfeiffer, C., Geserick, C., & Schmidt, E. M. (2011). *Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern*. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF).

Kawachi, I., & Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.

Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). PTSD in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 1048-1060.

- Klauer, T., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2007). Soziale Unterstützung: Neue Wege in der Forschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *15*(4), 141-142. doi: 10.1026/0943-8149.15.4.141
- Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., Koskenvuo, K., & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders*, *127*(1–3), 130-138.
- Kowalski, C. J. (1972). On the Effects of Non-Normality on the Distribution of the Sample Product-Moment Correlation Coefficient. *Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)*, *21*(1), 1-12.
- Kultalahti, T. T., & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, *17*(4), 210-218.
- Laireiter, A. (1993). *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung - Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational Regulation Theory: A New Approach to Explain the Link Between Perceived Social Support and Mental Health. *Psychological Review*, *118*(3), 482-495.

Leeb, R. T., Lewis, T., & Zolotor, A. J. (2011). A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454-468

Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, & Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved from Agency named website http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf

Lueger-Schuster, B. (2012). Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche in Österreich. Retrieved from <http://homepage.univie.ac.at/brigitte.lueger-schuster/>

Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Jagsch, R., Moy, Y., Butollo, M. A., Knefel, M., (2012). *Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche*. Abschlussbericht. Retrieved from http://ppcms.univie.ac.at/fileadmin/usermounts/luegerb8/Abschlussbericht_20121207.pdf

Maercker, A. (2009). Psychologische Modelle. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 3, 34-49. Berlin: Springer.

Moak, Z. B., & Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*, 32(2), 191-201.

- Moy, Y. Disclosure und soziale Reaktionen bei Betroffenen von Missbrauch durch Vertreter der katholischen Kirche. Diplomarbeit, Universität Wien, Wien.
- Myers, H. F., Wyatt, G. C., Loeb, T. B., Carmona, J. V., Warda, U., Longshore, D., Rivkin, I., Chin, R., & Liu, H. (2006). Severity of child sexual abuse, post-traumatic stress and risky sexual behaviors among HIV-positive women. *AIDS and Behavior*, *10*(2), 191-200.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, *196*, 141-151.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(1), 52-73.
- Pollak, S. D., & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognitions of facial expressions of emotion. *Developmental Psychology*, *38*, 784-791.
- Pollak, S. D., Vardi, S., Putzer Bechner, A. M., & Curtin, J. J. (2005). Physically Abused Children's Regulation of Attention in Response to Hostility. *Child Development*, *76*(5), 968-977.
- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depression and Anxiety*, *26*(12), 1086-1109.

Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma, 14*(5), 364-388.

Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241-251.

Riggs, S. A. (2010). Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(1), 5-51.

Robinaugh, D. J., Marques, L., Traeger, L. N., Marks, E. H., Sung, S. C., Gayle Beck, J., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(8), 1072-1078.

Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Runyon, M. K., & Kelly, M. C. (2002). Relationship of Attributional Style, Depression and Posttrauma Distress Among Children who Suffered Physical or Sexual Abuse. *Child Maltreatment, 7*(3), 254-264.

- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevison- DSM - IV - TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, U., & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49(2).
- Schwarzer, R. und Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Sedlak, A. J. (2001). A History of the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect. *National Center on Child Abuse and Neglect (DHHS), Washington, DC*
- Sedlak, A. J. (2010). Fourth national Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4). *National Center on Child Abuse and Neglect (DHHS), Washington, DC*
- Seeds, P. M., Harkness, K. L., & Quilty, L. C. (2010). Parental Maltreatment, Bullying, and Adolescent Depression: Evidence for the Mediating Role of Perceived Social Support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(5), 681-692.
- Sommer, G., & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie.
- Stein, M., B., Walker, J., R. , & Forde, D., R. . (2000). Genderdifferences in susceptibility to posttraumaticstressdisorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 619-628.

Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective Relations Between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support? *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 155-159.

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A.,

McPherson, M., & Dees, E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*(1), 13-29.

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), 79-10.

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.

Swickert, R., & Owens, T. (2010). The interaction between neuroticism and gender influences the perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences, 48*(4), 385-390.

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 32*(2), 122-138.

Ullman, S., & Filipas, H. H. (2008). Ethnicity and Child Sexual Abuse Experiences of Female College Students. *Child Sexual Abuse, 14*(3), 67-89.

Vangelisti, A. L. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 39-51.

Westat, I., Rockville, MD. (1981). National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect NIS-1. *National Center on Child Abuse and Neglect (DHHS), Washington, DC*

Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49-56.

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.

Anhang

Anhang 1: Faktorenanalyse

Tabelle 9

Faktorladungen des WSU-Fragebogens mit rotierter Komponentenmatrix durch Varimax Rotation

Item	WSU vor	WSU heute	WSU nach
2. Es gab Menschen, auf die ich mich verlassen konnte.	0,90	0,04	0,14
3. Bei Problemen gab es jemanden, mit dem/mit der ich reden konnte.	0,87	0,03	0,09
1. Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte.	0,84	0,11	0,11
5. Durch mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich sicher.	0,80	0,07	0,28
4. In meinem Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich wohl.	0,79	0,08	0,30
6. Es fallen mir spontan Menschen aus der Zeit vor den Missbrauchs- /Gewalterlebnissen ein, mit denen ich gerne Zeit verbrachte.	0,73	0,20	0,03
5. Durch mein Umfeld fühle ich mich sicher.	0,06	0,88	0,13
4. In meinem Umfeld fühle ich mich wohl.	0,06	0,85	0,01
2. Es gibt Menschen, auf die ich mich verlassen kann.	0,02	0,85	0,10
3. Bei Problemen gibt es jemanden, mit dem/mit der ich reden kann.	0,12	0,84	0,04

1. Es gibt Menschen, denen ich vertraue.	0,06	0,83	0,13
6. Es fallen mir spontan Menschen ein, mit denen ich gerne Zeit verbringe	0,19	0,81	0,02
1. Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte.	0,41	0,06	0,70
5. Durch mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich sicher.	0,30	0,09	0,70
4. In meinem Umfeld (Freunden/ Bekannten/Familie) fühlte ich mich wohl.	0,20	0,09	0,70
2. Es gab Menschen, auf die ich mich verlassen konnte.	0,42	0,13	0,69
3. Ich konnte mit jemandem über den Missbrauch/die Gewalt reden.	-0,01	0,01	0,66
9. Es gab Personen, die mir Schutz vor weiterem Missbrauch/ vor weiterer Gewalt boten	-0,04	0,00	0,64
8. Es gab Personen, die mit mir nach Auswegen aus der Missbrauchs-/ Gewaltsituation suchten	-0,03	-0,13	0,62
6. Ich hatte den Eindruck, dass mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) mir aus dem Weg ging.	0,09	0,16	0,44
7. Von meinem Umfeld (Familie/Freunde/Bekannte) fühlte ich mich ausgeschlossen	0,15	0,13	0,42
Eigenwerte	4,63	4,43	3,79
% der Varianz	22,02	21,07	18,04
Cronbach alpha	.92	.93	.82

Note. Fett gedruckt sind Faktorladungen > .40

Tabelle 10

Hauptkomponentenanalyse WSU vor den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen

Item	Komponente WSU vor
2. Es gab Menschen, auf die ich mich verlassen konnte.	.902
3. Bei Problemen gab es jemanden, mit dem/mit der ich reden konnte.	.869
4. In meinem Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich wohl.	.847
1. Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte.	.845
5. Durch mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich sicher.	.844
6. Es fallen mir spontan Menschen aus der Zeit vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen ein, mit denen ich gerne Zeit verbrachte.	.754
% der Gesamtvarianz	71,33%

Note. Umkodierung der Variablen fand statt. Fett gedruckt sind Faktorladungen > .40

Tabelle 11

Hauptkomponentenanalyse der WSU vor mit rotierter Komponentenmatrix durch Varimax Rotation

Item	Komponente	
	EU	SI
1. Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte.	.901	.278
2. Es gab Menschen, auf die ich mich verlassen konnte.	.862	.400
3. Bei Problemen gab es jemanden, mit dem/mit der ich reden konnte.	.786	.433
5. Durch mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich sicher.	.323	.887
4. In meinem Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich wohl.	.329	.884
6. Es fallen mir spontan Menschen aus der Zeit vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen ein, mit denen ich gerne Zeit verbrachte.	.448	.624
% der Varianz	43,08	39,72

Note. Umkodierung der Variablen fand statt. Fett gedruckt sind Faktorladungen > .40

Tabelle 12

Hauptkomponentenanalyse WSU nach mit theoriegeleiteter Faktorenanzahl

Item	Komponente		
	SI	EU	PU
4. In meinem Umfeld (Freunden/ Bekannten/Familie) fühlte ich mich wohl.	.792	.281	.187
7. Von meinem Umfeld (Familie/Freunde/Bekannte) fühlte ich mich ausgeschlossen	.776	.068	-.076
6. Ich hatte den Eindruck, dass mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) mir aus dem Weg ging.	.748	.043	.006
5. Durch mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich sicher.	.675	.361	.272
1. Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte.	.220	.911	.173
2. Es gab Menschen, auf die ich mich verlassen konnte.	.277	.894	.117
3. Ich konnte mit jemandem über den Missbrauch/die Gewalt reden	.000	.591	.472
8. Es gab Personen, die mit mir nach Auswegen aus der Missbrauchs-/ Gewaltsituation suchten.	.077	.113	.879
9. Es gab Personen, die mir Schutz vor weiterem Missbrauch/ vor weiterer Gewalt boten	.070	.220	.818
% der Varianz	26,45	25,05	20,78

Note. Rotierte Komponentenmatrix. Methode Varimax mit Kaiser Normalisierung. Umkodierung der Variablen fand statt. Fett gedruckt sind die Ladungen > .40

Tabelle 13

Hauptkomponentenanalyse WSU heute mit Eigenwertkriterium

Item	Komponente WSU heute
5. Durch mein Umfeld fühle ich mich sicher.	.887
3. Bei Problemen gibt es jemanden, mit dem/mit der ich reden kann.	.861
2. Es gibt Menschen, auf die ich mich verlassen kann.	.853
1. Es gibt Menschen, denen ich vertraue.	.850
4. In meinem Umfeld fühle ich mich wohl.	.847
6. Es fallen mir spontan Menschen ein, mit denen ich gerne Zeit verbringe	.821
% der Gesamtvarianz	72,81

Note. Umkodierung der Variablen fand statt. Fett gedruckt sind die Ladungen > .40

Tabelle 14

Hauptkomponentenanalyse des WSU heute mit rotierter Komponentenmatrix durch Varimax Rotation

Item	Komponente	
	SI	EU
4. In meinem Umfeld fühle ich mich wohl.	.895	.274
5. Durch mein Umfeld fühle ich mich sicher.	.852	.380
6. Es fallen mir spontan Menschen ein, mit denen ich gerne Zeit verbringe	.719	.429
3. Bei Problemen gibt es jemanden, mit dem/mit der ich reden kann.	.624	.582
2. Es gibt Menschen, auf die ich mich verlassen kann.	.358	.887
1. Es gibt Menschen, denen ich vertraue.	.348	.882
% der Varianz	44,68	38,46

Note. Umkodierung der Variablen fand statt. Fett gedruckt sind die Ladungen > .40

Tabelle 15

Hauptkomponentenanalyse der Einstellungsfragen zu Sozialer Unterstützung

Item	Komponente		
	Klagen / Beschwerden anerkennen	Vertrauen in andere	Fehlende Bereitschaft zu Sozialer Unterstützung
2. Frauen sollten nicht über ihre Probleme klagen	,932	,119	,108
3. Männer sollten nicht über ihre Probleme klagen	,930	,119	,153
4. Ich finde, die Menschen sollten sich nicht beschweren	,479	-,126	,419
5. Im Allgemeinen verlasse ich mich nicht auf andere Menschen	,200	,833	-,167
1. Ich traue den Menschen im Allgemeinen	,015	-,758	-,180
6. Ich komme gut ohne andere Menschen zurecht	,000	,657	,338
7. Jeder Mensch muss selbst schauen, wo er bleibt	,057	,316	,774
8. Ich sehe nicht ein, warum ich anderen Menschen helfen soll	,251	,039	,710
% der Varianz	25,853	23,056	18,625
Cronbach Alpha	.75	-.55	.50

Note. Rotierte Komponentenmatrix. Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Faktorladungen > .40 sind fett gedruckt.

Anhang 2: Die Fragebogenbatterie

INSTRUKTION – BITTE SORGFÄLTIG DURCHLESEN:

VIELEN DANK, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen!

Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen bewusst **Zeit**. Lesen Sie sich die Fragen und Antworten **genau durch**.

Sollten Sie Zweifel oder Fragen haben, melden Sie sich bitte telefonisch bei uns: 01/4277-47545
Wir werden versuchen, Sie dabei bestmöglich zu unterstützen!

Bei dieser Befragung gibt es **keine richtigen oder falschen Antworten**. Wichtig ist, dass Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit ankreuzen. Lesen Sie darum alles genau durch und beantworten Sie die Fragen langsam und der Reihe nach.

Beantworten Sie bitte **alle** vorgegeben Fragen auf **allen** Seiten. Für die wissenschaftliche Auswertung ist es erforderlich, dass **keine Frage versehentlich ausgelassen** wird. Natürlich steht es Ihnen aber frei, einzelne Fragen nicht zu beantworten, wenn Sie das **nicht möchten** (s. Begleitbrief)!

Jede Frage hat mehrere Antwortmöglichkeiten. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit an (s. Beispiel)!
Beispiel:

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft sehr zu
Ich fühle mich müde.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nach Beendigung des Fragebogens bitten wir Sie, nochmals zu kontrollieren, ob Sie **alle Seiten** ausgefüllt haben. Danach stecken Sie bitte den fertig ausgefüllten Fragebogen in das bereits frankierte, beigelegte Antwortkuvert und senden es an uns zurück.

Wir bedanken uns noch einmal ganz herzlich für Ihre Teilnahme!



Instruktion: Es folgen nun Fragen zu Ihrem sozialen Umfeld. Die Fragen beziehen sich auf 3 unterschiedliche Zeitpunkte. VOR, kurz NACH dem Missbrauch, sowie in der Gegenwart. Bitte achten Sie darauf, auf welchen Zeitpunkt sich die Fragen konzentrieren.

Bitte denken Sie an die Zeit **VOR** den ersten Missbrauchs-/Gewalterfahrungen durch die Mitarbeiter/Innen der katholischen Kirche. Beantworten Sie die Aussagen so, wie Sie sich persönlich erinnern können.

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft sehr zu
3. Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte.	<input type="radio"/>				
4. Es gab Menschen, auf die ich mich verlassen konnte.	<input type="radio"/>				
5. Bei Problemen gab es jemanden, mit dem/mit der ich reden konnte.	<input type="radio"/>				
6. In meinem Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich wohl.	<input type="radio"/>				
7. Durch mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich sicher.	<input type="radio"/>				
8. Es fallen mir spontan Menschen aus der Zeit vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen ein, mit denen ich gerne Zeit verbrachte.	<input type="radio"/>				

Bitte denken Sie jetzt an die Wochen **NACH** den ersten Missbrauchs-/Gewalterlebnissen. Beantworten Sie die Aussagen so, wie Sie sich persönlich erinnern können.

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft sehr zu
1. Es gab Menschen, denen ich vertrauen konnte.	<input type="radio"/>				
2. Es gab Menschen, auf die ich mich verlassen konnte.	<input type="radio"/>				
3. Ich konnte mit jemandem über den Missbrauch/die Gewalt reden.	<input type="radio"/>				



6

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft sehr zu
4. In meinem Umfeld (bei Freunden/ Bekannten/Familien) fühlte ich mich wohl.	<input type="radio"/>				
5. Durch mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) fühlte ich mich sicher.	<input type="radio"/>				
6. Ich hatte den Eindruck, dass mein Umfeld (Freunde/Bekannte/Familie) mir aus dem Weg ging.	<input type="radio"/>				
7. Von meinem Umfeld (Familie/Freunde/Bekannte) fühlte ich mich ausgeschlossen.	<input type="radio"/>				
8. Es gab Personen, die mit mir nach Auswegen aus der Missbrauchs-/ Gewaltsituation suchten.	<input type="radio"/>				
9. Es gab Personen, die mir Schutz vor weiterem Missbrauch/ vor weiterer Gewalt boten.	<input type="radio"/>				
10. Es hat mir niemand in Bezug auf die Missbrauchs-/Gewalterlebnisse geholfen.	<input type="radio"/>				

Bitte denken Sie jetzt an Ihr Leben HEUTE. Überlegen Sie, ob Sie den Aussagen ganz allgemein zustimmen würden.

	trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	teils/teils	trifft etwas zu	trifft sehr zu
1. Es gibt Menschen, denen ich vertraue.	<input type="radio"/>				
2. Es gibt Menschen, auf die ich mich verlassen kann.	<input type="radio"/>				
3. Bei Problemen gibt es jemanden, mit dem/ der ich reden kann.	<input type="radio"/>				
4. In meinem Umfeld fühle ich mich wohl.	<input type="radio"/>				
5. Durch mein Umfeld fühle ich mich sicher.	<input type="radio"/>				
6. Es fallen mir spontan Menschen ein, mit denen ich gerne Zeit verbringe.	<input type="radio"/>				

Bitte beantworten Sie die folgenden Einstellungsfragen, je nach dem, was Sie von den Aussagen halten.

	stimme gar nicht zu	stimme kaum zu	teils/teils	stimme etwas zu	stimme sehr zu
1. Ich traue den Menschen im Allgemeinen.	<input type="radio"/>				
2. Ich finde, die Menschen sollten sich nicht beschweren.	<input type="radio"/>				
3. Männer sollten nicht über ihre Probleme klagen.	<input type="radio"/>				
4. Frauen sollten nicht über ihre Probleme klagen.	<input type="radio"/>				
5. Im Allgemeinen verlasse ich mich nicht auf andere Menschen.	<input type="radio"/>				
6. Ich komme gut ohne andere Menschen zurecht.	<input type="radio"/>				
7. Jeder Mensch muss selbst schauen, wo er/sie bleibt.	<input type="radio"/>				
8. Ich sehe nicht ein, warum ich anderen Menschen helfen soll.	<input type="radio"/>				

Bitte denken Sie noch einmal an die Wochen nach den Missbrauchs-/Gewalterfahrungen. Bitte kreuzen Sie an, welche Personen Ihnen beistanden bzw. ob diese überhaupt für Sie verfügbar waren.

In den Wochen nach dem Missbrauch standen mir folgende Personen bei:

	ja	nein	gab es nicht		ja	nein	gab es nicht
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erzieher/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schuldirektor/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschwister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arzt/Ärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwandte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinderschutzbehörde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freund/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polizei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehrer/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kirchenmitarbeiter/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere: _____

7

Instruktion: Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal auftreten. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem in den letzten 7 Tagen belastet hat.

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="radio"/>				
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="radio"/>				
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="radio"/>				
4. dem Gefühl, dass Andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="radio"/>				
5. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="radio"/>				
7. Herz- oder Brustschmerzen	<input type="radio"/>				
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="radio"/>				
9. Gedanken sich das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>				
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="radio"/>				
11. schlechtem Appetit	<input type="radio"/>				
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>				
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos sind	<input type="radio"/>				
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="radio"/>				
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="radio"/>				

9



10

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
16. Einsamkeitsgefühlen	<input type="radio"/>				
17. Schermmut	<input type="radio"/>				
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>				
19. Furchtsamkeit	<input type="radio"/>				
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="radio"/>				
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="radio"/>				
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber Anderen	<input type="radio"/>				
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="radio"/>				
24. dem Gefühl, dass Andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>				
25. Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="radio"/>				
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="radio"/>				
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn, Zug	<input type="radio"/>				
29. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>				
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="radio"/>				
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="radio"/>				
32. Leere im Kopf	<input type="radio"/>				

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>				
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="radio"/>				
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="radio"/>				
36. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>				
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>				
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>				
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="radio"/>				
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="radio"/>				
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="radio"/>				
42. starker Befangenheit im Umgang mit Anderen	<input type="radio"/>				
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="radio"/>				
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="radio"/>				
45. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="radio"/>				
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="radio"/>				
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="radio"/>				
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch Andere	<input type="radio"/>				

11



12

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="radio"/>				
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="radio"/>				
51. dem Gefühl, dass die Leuten Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="radio"/>				
52. Schuldgefühlen	<input type="radio"/>				
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>				

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Instruktion: Hier finden Sie eine Liste von Problemen und Beschwerden, wie Menschen manchmal auf belastende Lebenserfahrungen reagieren. Bitte denken Sie nun an sich selbst und geben Sie an, wie sehr Sie diese Probleme im letzten Monat als störend empfunden haben.

	gar nicht	ein wenig	mittel- mäßig	ziemlich	äußerst
1. Wiederholte beunruhigende Erinnerungen , Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit.	<input type="radio"/>				
2. Wiederholte beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit.	<input type="radio"/>				
3. Plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie sie wiedererleben würden).	<input type="radio"/>				
4. Sich sehr aufgebracht fühlen , wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden.	<input type="radio"/>				
5. Auftreten von körperlichen Reaktionen (z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden.	<input type="radio"/>				
6. Vermeiden , über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen.	<input type="radio"/>				
7. Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben.	<input type="radio"/>				
8. Mühe , sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern .	<input type="radio"/>				
9. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben.	<input type="radio"/>				
10. Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen fühlen.	<input type="radio"/>				
11. Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen.	<input type="radio"/>				
12. Das Gefühl haben, als ob Ihre Zukunft irgendwie vorzeitig beendet wird.	<input type="radio"/>				

13



14

	gar nicht	ein wenig	mittel- mäßig	ziemlich	äußerst
13. Mühe, ein- oder durchzuschlafen .	<input type="radio"/>				
14. Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben.	<input type="radio"/>				
15. Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren .	<input type="radio"/>				
16. „ Über-aufmerksam “ oder wachsam oder auf der Hut sein.	<input type="radio"/>				
17. Sich nervös oder leicht erschreckbar fühlen.	<input type="radio"/>				

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Zum Abschluss würden wir Sie noch um ein paar allgemeine Daten bitten:

*(Anm.: Diese Informationen dienen der **Analyse und Interpretation der Ergebnisse**. Es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person getroffen werden. In der Darstellung der Ergebnisse steht dann beispielsweise „55% der Befragten sind männlich, 45% sind weiblich“ oder „Anhand der Ergebnisse lässt sich in der Gesamtpopulation kein Zusammenhang zwischen einer optimistischen Lebenseinstellung und der Schulbildung vermuten“ – Dies sind fiktive Beispiele, die in keinem Bezug zur tatsächlichen Untersuchung stehen und nur dem besseren Verständnis dienen).*

Geschlecht männlich weiblich

Alter: _____

Familienstand: ledig in Partnerschaft lebend geschieden verwitwet

Höchste abgeschlossene Ausbildung

- Kein Pflichtschulabschluss
- Pflichtschule (inkl. 9. Schuljahr)
- Lehre
- Berufsbildende mittlere Schule (ohne Matura)
- Höhere Schule (z.B. Gymnasium (AHS), Höhere Technische Lehranstalt (HTL), Handelsakademie (HAK), inkl. Kollegs und Abiturientenlehrgänge)
- Hochschulverwandte Lehranstalt (z.B. Pädagogische Akademie)
- Universität, Hochschule

Derzeitige berufliche Tätigkeit

- Pensionist/in
- Angestellte/r
- Arbeiter/in
- Beamter/Beamtin
- Selbstständig
- Student/in
- Lehrling/ in Ausbildung

Anhang 3: Projektaufklärung

Unabhängige
Opferschutzanwaltschaft



universität
wien

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

Möglicherweise wurden Sie in den vergangenen Wochen bereits auf ein Forschungsprojekt der Universität Wien aufmerksam, das sich mit der **wissenschaftlichen Aufarbeitung und Dokumentation der Gewalt und des Missbrauchs in der der katholischen Kirche** beschäftigt. Das vorliegende Schreiben wird an alle Personen gesendet, die sich in den vergangenen Monaten an die Unabhängige Opferschutzanwaltschaft bzw. Unabhängige Opferschutzkommission (UOA/UOK) gewendet haben.

Wir möchten Ihnen gerne ausführlich über dieses neue Forschungsprojekt berichten und wenden uns mit der Bitte um Ihre Unterstützung an Sie. Wir streben eine objektive, wissenschaftlich fundierte Darstellung der Erlebnisse und der psychischen Folgen an, mit dem Ziel ein **Gesamtbild der Vorkommnisse und der Folgen für die Opfer** zu erarbeiten.

Da die UOA/UOK Ihre Daten selbstverständlich nicht – ohne Ihre Zustimmung – an Dritte weitergibt, ist die UOA so freundlich **unser Anliegen an Sie weiterzuleiten**. Alle Personen, die sich auf der Suche nach Unterstützung an die UOA gewendet haben, werden von uns kontaktiert. Auch wenn die UOA und unser Forschungsteam unterschiedliche Bestrebungen verfolgen, so teilen wir ein übergeordnetes Ziel: Ihre persönlichen Schicksale zu erfahren und zu verstehen, wie es Ihnen heute geht. Dabei konzentriert sich die Universität Wien auf die systematische Untersuchung psychologischer Aspekte der erlebten Gewalt.

Uns ist die Schwere und Tragweite Ihrer Erlebnisse bewusst, daher legen wir großen Wert auf ein möglichst behutsames Vorgehen. Zu unserem Forschungsteam gehören mehrere ausgebildete klinische PsychologInnen, die Ihnen selbstverständlich für Fragen zur Verfügung stehen.

Im Folgenden möchten wir Ihnen gerne unsere Studie und das weitere Vorgehen vorstellen.

Wer wir sind

Wir sind ein eigenständiges, autonomes Universitätsprojekt, unabhängig von Kirche oder UOA. Unser Forschungsprojekt wird finanziert durch den Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank. Zwei internationale Gutachter haben unser Projekt bewertet, und ein Gremium hat sich zur Förderung des Projektes entschieden.

Die Leiterin des Projekts, Frau Ass.-Prof. Brigitte Dr. Lueger-Schuster, hat jahrelange Erfahrung im Bereich der Psychotraumatologie. Zu ihren Forschungsgebieten und praktischen Arbeitsbereichen zählen unter anderem psychosoziale Auswirkungen traumatischer Erfahrungen, Bewältigungsstrate-

gien von Opfern psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt, Akutversorgung nach Großschadensereignissen (z.B. Tsunamis, Zugunglücke), Psychotraumatologie und Menschenrechte. Ein großes Forschungsanliegen sind ihr die Zusammenhänge zwischen erlebten Gewalttaten und deren Folgen für die Opfer. Antworten auf diese Fragen können dazu beitragen, notwendige Therapie- und Präventionsmaßnahmen für Betroffene zu entwickeln.

Die Studie

Wir führen eine wissenschaftliche Studie zur Aufarbeitung und Dokumentation der Gewalt und des Missbrauchs in der katholischen Kirche durch. Wir streben eine objektive, wissenschaftlich fundierte Darstellung der Erlebnisse und der psychischen Folgen an, mit dem Ziel, ein Gesamtbild der Vorkommnisse und der Folgen für die Opfer zu erarbeiten. Die Mitglieder unseres Projektteams sind sehr gut geschult und erfahren. Ein sensibles Vorgehen in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Personen, die großes Leid erlebt haben, hat für uns oberste Priorität.

Unser Forschungsvorhaben verfolgt zwei wesentliche Ziele:

1. Zum einen widmen wir uns den psychischen, körperlichen und sozialen **Auswirkungen von Traumatisierungen** durch psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt. Beispielsweise versuchen wir Antworten auf folgende Fragen zu finden: Welche Probleme sind möglicherweise für die Betroffenen entstanden? Was hilft (bzw. hat Betroffenen geholfen) die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten? Wie gehen Betroffene heute mit alltäglichen Stresssituationen um? Wie geht es den Betroffenen heute?
2. Zum anderen ermöglicht unsere Forschung Rückmeldungen an die UOA/UOK. Dies wird beitragen, die Qualität der Vorgehensweise zu optimieren, um daraus **Richtlinien für Einrichtungen zu entwickeln, an die sich Opfer hilfesuchend wenden**.

Um Antworten auf dieses Forschungsvorhaben zu bekommen, würden wir Ihnen gerne einen von uns, auf Basis internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellten, **Fragebogen** zusenden.

Fragebogenuntersuchungen sind in der psychologischen Forschung eine gut etablierte Vorgehensweise. Dabei erhalten alle StudienteilnehmerInnen die gleichen Fragebögen, die dazu dienen eine Gesamtdarstellung der Erlebnisse abzubilden, um so zu wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zu gelangen. Die Bearbeitung dieser Fragebögen wird in etwa *eine Stunde* in Anspruch nehmen.

Auf die Wahrung der **Anonymität** unserer StudienteilnehmerInnen legen wir allergrößten Wert. Alle Auskünfte, die Sie uns erteilen, werden anonym und ohne Möglichkeit zur Rückverfolgung auf Ihre persönlichen Daten gespeichert und verarbeitet.

Um in Zukunft weiteres Leid lindern und wenn möglich verhindern, bzw. um den entsprechenden Beitrag zu diesem Vorhaben leisten zu können, bitten wir Sie darum, uns in der Gewinnung der dafür erforderlichen Erkenntnisse zu unterstützen.

Vorgehensweise und Kontaktaufnahme

Anbei finden Sie *zwei* Dokumente:

1. Mit der „Verschwiegenheitserklärung“ der UOA/UOK bitten wir Sie, uns zu erlauben, die bereits von der UOA/UOK gesammelten Daten in unserer Studie verwenden zu dürfen. Selbstverständlich werden ihre Angaben **anonym** behandelt (siehe Punkt: **Informationen zum Datenschutz**).
2. Des Weiteren streben wir eine objektive Erhebung der Geschehnisse und deren Folgen auf wissenschaftlicher Ebene an, um individuelles Leid in der Gesamtheit darzustellen. Wir bitten Sie zu entscheiden ob Sie mittels **Fragebögen**, über Ihre mit den Erlebnissen in Zusammenhang stehenden Erfahrungen, berichten möchten. Wenn Sie Interesse haben, an dieser Untersuchung teilzunehmen, bitten wir Sie zusätzlich zur erwähnten „Verschwiegenheitserklärung“ die beiliegende „Einverständniserklärung“ zu unterschreiben und an uns zu retournieren.

Nachdem wir Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme erhalten haben, bzw. es uns von den MitarbeiterInnen der UOA weitergeleitet wurde, freuen wir uns, mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu dürfen.

Alle Informationen, die Sie uns zur Verfügung stellen, unterliegen unseren strengen **Datenschutzbestimmungen**:

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Untersuchung werden Ihre personenbezogenen Daten in **anonymisierter** Form auf einem elektronischen Datenträger gespeichert und ausgewertet. Zu diesem Datenträger hat ausschließlich das Forschungsteam Zugang. Dieses unterliegt der **Schweigepflicht** und ist darüber hinaus verpflichtet, die Daten keinesfalls an Dritte weiterzugeben. Die Bearbeitung, Auswertung, Interpretation und Veröffentlichung erfolgt mit **anonymisierten** Daten, es werden keine detaillierten Einzelfälle dargestellt. Dadurch sind keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich.

Wir möchten uns im Vorhinein dafür bedanken, dass Sie Verständnis für die wissenschaftliche Aufarbeitung der Gewalt und des Missbrauchs innerhalb der katholischen Kirche aufbringen, und würden uns sehr freuen, wenn Sie bereit wären mitzuwirken.

Mit freundlichen Grüßen,

Für das Forschungsteam



Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Vorgehensweise:

Bitte senden Sie die beiden unterschriebenen Dokumente (Verschwiegenheitserklärung bzw. zusätzlich die Einverständniserklärung, wenn Sie Interesse haben, an der Studie teilzunehmen) im beigelegten Rücksendekuvert an die UOA (*Bösendorferstrasse 4/3/Tür 18, 1010 Wien*).

Bei Erhalt der Unterlagen per **e-Mail**: Bitte drucken Sie die Dokumente aus, **unterschreiben** und senden Sie sie mit dem Betreff Projekt „Opferschutz“ an die e-Mail-Adresse der UOA:

office@opfer-schutz.at oder per Post an die obengenannte Adresse.

Wenn Sie Fragen zur oben beschriebenen Studie haben, können Sie sich gerne an die Studienleiterin Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster oder eine MitarbeiterIn des Projektteams wenden:

<p><u>Name der Studienleitung:</u></p> <p>Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster</p>	<p><u>Kontakt:</u></p> <p><i>Fakultät für Psychologie der Universität Wien Institut für klinische, biologische und differentielle Psychologie: Liebiggasse 5 - 1010 Wien</i></p> <p>Tel: +43/1/4277-47245 e-mail: opferschutz@univie.ac.at</p>
---	--

Anhang 4: Einverständniserklärung



Einverständniserklärung

zur Studienteilnahme bei Projekt „Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche“

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, an der Studie „Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche“ der Universität Wien teilzunehmen.

Ich habe die Informationen zur Studienteilnahme vollständig gelesen und weiß, dass ich die Möglichkeit habe, mich mit projektbezogenen Fragen an das Forschungsteam zu wenden bzw. habe dies bereits getan.

Mir ist bewusst, dass die Studienteilnahme absolut freiwillig ist und ich von der Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen zurücktreten kann. Durch ein Zurücktreten werden mir keinerlei Nachteile entstehen.

Ich weiß, dass meine personenbezogenen Daten in anonymisierter Form verarbeitet werden und aus den Ergebnissen der Studie keinerlei Rückschlüsse auf meine Person gezogen werden können.

Mir ist bewusst, dass alles, was ich im Rahmen dieser Studie erzähle, streng vertraulich behandelt wird. Alle Angaben werden ausschließlich anonymisiert, ohne Nennung meines Namens, weiterverarbeitet.

Ich bin damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen des Forschungsprojekts mit mir Kontakt aufnehmen und meine Kontaktdaten – mit meinem Einverständnis – von der UOA beziehen.

Name des/r Teilnehmers/in (bitte in Blockbuchstaben)

Datum

Unterschrift des/r Teilnehmers/in

----- **Vorgehensweise:**

Bitte senden Sie die unterschriebene Einverständniserklärung im beigelegten Rücksendekuvert an die UOA (Bösendorferstrasse 4/3/Tür 18 – 1010 Wien).

Bei Erhalt der Unterlagen per e-Mail: Bitte drucken Sie das Dokument aus, **unterschreiben** und senden Sie es mit dem Betreff Projekt „Opferschutz“ an die e-Mail Adresse der UOA

office@opfer-schutz.at oder per Post an die oben genannte Adresse.

*Anhang 5: Verschwiegenheitserklärung***VERSCHWIEGENHEITSERKLÄRUNG**

Die unabhängige Opferschutzanwaltschaft (UOA), die Unabhängige Opferschutzkommission (UOK) und alle ihre MitarbeiterInnen sind zur absoluten Verschwiegenheit, insbesondere über sensible persönliche Daten, die ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit für die UOA bekannt werden, verpflichtet. Sämtliche Beratungen der UOK sind vertraulich. Die UOA und die UOK sind auf die im Dokumentationsdatenblatt enthaltenen Angaben zur Betreuung und Abwicklung der einzelnen Angelegenheiten angewiesen. Informationen, die einzelnen Personen im Rahmen der Tätigkeit für die UOA oder die UOK anvertraut werden und für die Tätigkeit der UOA und der UOK notwendig sind, werden an die UOA und UOK weitergeleitet.

Die UOA und die UOK haben sich verpflichtet, die ihnen anvertrauten Daten sorgfältig zu verwahren und unbefugten Dritten keinen Zugang zu diesen Daten zu ermöglichen. Nach Beendigung der UOA und der UOK werden die Daten so verwahrt, dass eine missbräuchliche Verwendung derselben ausgeschlossen und der Schutz der Privatsphäre gewährleistet ist.

Die UOA und die UOK beabsichtigen eine wissenschaftliche Auswertung der anvertrauten Daten in anonymisierter Form, um die Hintergründe und die typischen Abläufe der einzelnen Angelegenheiten zu beleuchten und Strategien zu entwickeln, die derartige Vorfälle in Zukunft verhindern helfen.

Ich bin mit der wissenschaftlichen Auswertung meiner Daten einverstanden.

Ich bin mit der wissenschaftlichen Auswertung meiner Daten nicht einverstanden.

Wien am _____

Anhang 6: Allgemeine Instruktion



Sehr geehrte/r

Herzlichen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an der Studie „*Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche*“ entschieden haben. Durch Ihre Hilfe unterstützen Sie uns bei der Beantwortung wichtiger Forschungsfragen, die in Zukunft wesentliche Beiträge zur Vorbeugung von Gewalthandlungen und zur Behandlung der damit verbundenen Folgen leisten werden.

Wir sind uns bewusst, dass die Auseinandersetzung mit negativen Lebensereignissen eine Belastung darstellen kann. Wir möchten Sie daher noch einmal daran erinnern, dass wir Sie auch gerne persönlich oder telefonisch bei der Beantwortung der Fragebögen **begleiten** (s. Kontakt)!

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit verschiedenen **Bereichen psychischen Erlebens**:

Erlebnisse und Erfahrungen, die man in Kindheit und Jugend macht – gleich ob diese positiv oder negativ sind, können die weitere Entwicklung und damit das Leben beeinflussen. Wie Sie bereits unserer vorangegangenen Aussendung entnehmen konnten, sollen die folgenden Fragebögen Aufschluss zu verschiedenen Fragestellungen geben, die sich mit den Auswirkungen von Gewalt und Missbrauch beschäftigen. Im Rahmen der Studie ist es wissenschaftlich wichtig, Sie zu fragen, wie sich die von Ihnen gemachten traumatischen Erfahrungen z.B. auf die folgenden Bereiche ausgewirkt haben: *Optimismus/Pessimismus, psychische Widerstandskraft, Bewältigungsfähigkeit von Stresssituationen*. Des Weiteren möchten wir Sie zu den Auswirkungen, die das *Erzählen* oder *Berichten* über die erlebten Vorfälle hat, befragen. Außerdem möchten wir Ihnen Fragen stellen, ob und welche *Unterstützung durch Freunde, Familie oder andere Personen* für Sie hilfreich war – oder gewesen wäre – um mit den traumatischen Erlebnissen (eher) zu recht zukommen.

Die Bearbeitung der Fragebögen wird in **etwa eine Stunde** in Anspruch nehmen.

Unsere Fragebögen

Für unsere Studie verwenden wir mehrere verschiedene Fragebögen, die wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit zu einem Fragebogenset zusammengefügt haben. Sie erkennen die einzelnen Fragebögen anhand der **aufsteigenden Nummerierung** (links, neben den einzelnen Fragen) und der sich **verändernden Anleitung zum Ausfüllen**. Die verschiedenen Fragebögen beschäftigen sich mit unterschiedlichen Themengebieten und wurden bereits in zahlreichen internationalen Forschungsprojekten eingesetzt.

Das Fragebogenset ist mit einer Nummer versehen (rechts, oben). Diese dient einer späteren Zuordnung – da wir keine Namen speichern – und sichert damit eine korrekte Dateneingabe.

Wir möchten Sie bitten, **jede einzelne Frage** zu beantworten und darauf zu achten, dass **keine Frage versehentlich ausgelassen** wird. Denn dies ist wichtig, um zu wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zu gelangen. Je mehr Antworten Sie geben, desto besser ist es für das Ergebnis.

Allerdings möchten wir nochmals erwähnen, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und Sie die (einzelnen) Fragen nicht beantworten müssen bzw. jederzeit von Ihrem Recht Gebrauch machen können, von der Teilnahme zurückzutreten!

Darüber hinaus haben Sie im letzten Abschnitt des Fragebogens, bei „Was ich Ihnen sonst noch gerne mitteilen möchte“, die Möglichkeit, uns zu schreiben, was Ihnen vielleicht am Herzen liegt oder Ihrer Meinung nach noch gesagt gehört.

Bitte senden Sie die ausgefüllten Fragebögen im beigefügten Rücksendekuvert an die im Kontakt angeführte Adresse!

Wir möchten uns nochmals für Ihre Teilnahme bedanken und Sie darauf hinweisen, dass Sie sich jederzeit mit Fragen an uns wenden können!

Herzlichen Dank!

Für das Forschungsteam,



Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

KONTAKT:

Fakultät für Psychologie der Universität Wien
Institut für klinische, biologische und differentielle Psychologie
Liebiggasse 5
1010 Wien
Tel: +43/1/4277-47545
e-mail: opferschutz@univie.ac.at

Sollten Sie uns persönlich nicht erreichen, so hinterlassen Sie bitte Ihren Namen und Ihre Telefonnummer auf dem Anrufbeantworter – wir rufen Sie verlässlich zurück!

Alle Informationen, die Sie uns zur Verfügung stellen, unterliegen unseren strengen **Datenschutzbestimmungen**:

Im Rahmen dieser wissenschaftlichen Untersuchung werden Ihre personenbezogenen Daten in **anonymisierter** Form auf einem elektronischen Datenträger gespeichert und ausgewertet. Zu diesem Datenträger hat ausschließlich das Forschungsteam Zugang. Dieses unterliegt der **Schweigepflicht** und ist darüber hinaus verpflichtet, die Daten keinesfalls an Dritte weiterzugeben. Die Bearbeitung, Auswertung, Interpretation und Veröffentlichung erfolgt mit **anonymisierten** Daten, es werden keine detaillierten Einzelfälle dargestellt. Dadurch sind keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich.

Weitere rechtliche Bestimmungen:

Sie haben die Möglichkeit, sich mit projektbezogenen Fragen an das Forschungsteam zu wenden.

Die Studienteilnahme ist **freiwillig** und Sie haben jederzeit die Möglichkeit von der Teilnahme, ohne Angabe von Gründen, zurückzutreten. Durch ein Zurücktreten, werden Ihnen keinerlei Nachteile entstehen.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausbildungsstatus.....	45
Tabelle 2: Häufigkeiten der fehlenden wahrgenommenen sozialen Unterstützung.....	46
Tabelle 3: Korrelation nach Spearman in Effektstärken nach Cohen von BSI und PCL-C.....	51
Tabelle 4: Zusammenhang der WSU mit Skalen des BSI.....	52
Tabelle 5: Zusammenhang WSU und Kriterien der PCL-C.....	53
Tabelle 6: Multiple Regression zur Analyse der Haupteffekte	56
Tabelle 7: Einstellung und WSU.....	57
Tabelle 9: Faktorladungen des WSU-Fragebogens mit rotierter Komponentenmatrix durch.....	92
Tabelle 8: Einstellung und Werte von BSI und PCL-C.....	58
Varimax Rotation.....	91
Tabelle 10: Hauptkomponentenanalyse WSU vor den Missbrauch-/ Gewalterlebnissen.....	93
Tabelle 11: Hauptkomponentenanalyse der WSU vor mit rotierter Komponentenmatrix durch Varimax Rotation.....	94
Tabelle 12: Hauptkomponentenanalyse WSU nach mit theoriegeleiteter Faktorenanzahl.....	95
Tabelle 13: Hauptkomponentenanalyse WSU heute mit Eigenwertkriterium.....	96
Tabelle 14: Hauptkomponentenanalyse des WSU heute mit rotierter Komponentenmatrix durch Varimax Rotation.....	97
Tabelle 15: Hauptkomponentenanalyse der Einstellungsfragen zu Sozialer Unterstützung....	97

Abbildungen

Abbildung 1 Das Buffering-Model (Cohen, 2000)	18
Abbildung 2: das Haupteffekt Modell (Schwarzer & Leppin 1989).....	19
Abbildung 3 Modell von Berkman et al. (2000)	21

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name Maria Asisa Butollo



Schul- und Berufsausbildung:

1994-2004 Besuch des Lion-Feuchtwanger Gymnasiums in München

2004-2005 Studium am Geschwister Scholl Institut für Human- und Geisteswissenschaften in den Fächern Geschichte, Ethnologie, Politikwissenschaften

2005-2013 Universität Wien: Diplomstudiengang Psychologie

Oktober 2010 und Jänner 2011 Zertifikate des österreichischen Berufsverbandes für Psychologen und Psychologinnen (BÖP): „Notfallpsychologie“ und „Psychologische erste Hilfe für Laien“

Feber bis Juni 2013 Ausbildung zur Traumatherapeutin und Traumaberaterin am Münchner Institut für Traumatherapie

Ehrenamtliche Tätigkeiten/Volunteriate:

Mitarbeit an der französischen Zeitung „Cactus“ 2004 in Paris
Gründungsmitglied der Zeitungen „Kactus“ 2004 in Berlin und „Kactüss“ 2006 in Wien

	Gründungsmitglied der Zeitschrift „Project-X“
	Chefredaktionsmitglied der Universitätszeitung: PROGRESS
	Mitglied der Gruppe SIA (Stressfrei in Aktion): Thema der Gruppe war Trauma in Zusammenhang mit ehrenamtlichen Engagement und Burnout in selbstverwalteten Organisationen
<u>Berufserfahrung:</u>	
Feber - Juni 2011	Praktikum im Fach klinische Psychologie zur Organisation des "12th European Congress on Traumatic Stress" ECOTS
Juni 2011	Teilnahme am „European Congress on Traumatic Stress“ ECOTS
Oktober 2011- Feber 2013	Studienassistentin im Institut für klinische Psychologie bei Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster
Oktober 2012- Feber 2013	Diplomarbeit in Zusammenarbeit mit dem Projekt: Psycho-traumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche
Mai 2012 - April 2013	Projektmitarbeit beim Forschungsprojekt: Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in Einrichtungen des Landes Niederösterreich
<u>Fähigkeiten:</u>	Gute Kenntnisse in Typo3 (Content-Management-Framework für Homepages)
	Ausbildung und gute Fähigkeiten in Statistik
	Fließendes Englisch in Wort und Schrift
	Gute Kenntnisse mit Microsoft Excel
<u>Hobbies:</u>	WenDo, Fußball, Lesen, Schreiben