

Psychosoziale Folgen sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche

Deborah F. Hellmann, Lisa M. Dinkelborg, Sandra Fernau

I. Einleitung

Das Leid von Betroffenen sexuellen Missbrauchs ist mit dem Ende der sexuellen Übergriffe nicht vorbei. Sexueller Missbrauch im Kindesalter wird als psychisches und physisches Trauma verstanden, welches ein größeres Ausmaß an Langzeitfolgen für Betroffene nach sich zieht als jede andere Form der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung (Whitelock, Lamb & Rentfrow, 2013). Die langfristigen Folgen für die individuelle Entwicklung und die psychische Gesundheit nach einer derartigen Traumatisierung wiegen schwer und beeinträchtigen häufig das gesamte Leben der Betroffenen (z. B. Haslbeck, 2007). Beispielhaft sei an dieser Stelle die Aussage einer betroffenen Person zu ihrem weiteren Lebensweg nach dem Missbrauch vorweggenommen, um die Schwere der Konsequenzen zu verdeutlichen, die sexuelle Gewalt in der Kindheit nach sich ziehen kann: „[...] 38 Jahre in Kliniken und Krankheit, fatale Lebenswege und literweise Tränen und Verzweiflung sowie zwei Suizidversuche [...]“ (Vpn 101).

Im vorliegenden Kapitel behandeln wir sowohl die unmittelbar mit dem Missbrauch einhergehenden als auch die langfristigen psychischen Folgen des sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche für die Betroffenen. Darüber hinaus werden die Auswirkungen des erlebten Missbrauchs auf die Bedeutung von Religion und Glauben für die Betroffenen sowie ihr weiteres kirchliches Engagement beschrieben und diskutiert. Zunächst erfolgt ein Überblick über die den zu berichtenden Ergebnissen zugrunde liegende Stichprobe. Eine ausführliche Beschreibung von Methode, Materialien und Stichprobe dieser Studie findet sich bei Fernau und Hellmann (2014) in Kapitel 3 dieses Bandes.

Auf den Aufruf des KFN zur Unterstützung bei der Aufklärung der sexuellen Missbrauchsfälle durch katholische Geistliche reagierten insgesamt $N = 113$ Betroffene mit der Einsendung eines ausgefüllten Fragebogens. In die Auswertungen gingen schließlich die Daten von $N = 104$ Personen ein, da die Angaben derjenigen Betroffenen, die zum Zeitpunkt der

Erstviktimsierung nicht minderjährig waren oder deren Täterinnen bzw. Täter nicht eindeutig als Geistliche der katholischen Kirche klassifiziert wurden, nicht in den Analysen berücksichtigt werden konnten.

Die resultierende Stichprobe wies einen Altersdurchschnitt von $M = 56.14$ Jahren ($SD = 10.33$) auf, wobei das Alter der Befragten zwischen 34 und 79 Jahren variierte.¹ Häufig waren Personen der Alterskategorie 50 bis 69 Jahre in der Stichprobe vertreten. Eine Besonderheit der vorliegenden Betroffenenbefragung betraf das Geschlechterverhältnis der Teilnehmenden. Lediglich ein Viertel der Personen (25.0 %; $n = 26$), die sich meldeten, um Angaben zu den erlebten sexuellen Misshandlungen durch katholische Geistliche zu machen, waren weiblich. Mit $n = 77$ (74.0 %; 1.0 % fehlende Werte, $n = 1$) erklärten sich vor allem männliche Betroffene bereit, an der Aufklärung der Missbrauchsvorfälle mitzuarbeiten. Aufgrund der Selbstselektion der Betroffenen in die Stichprobe kann dieses Geschlechtsverhältnis nicht als repräsentativ für alle Missbrauchsfälle durch katholische Geistliche in Deutschland eingestuft werden. Allerdings bestehen keine hinreichenden Gründe für die Annahme, dass männliche Betroffene häufiger als weibliche Betroffene dem Aufruf zur Teilnahme an dieser Studie gefolgt sein sollten. Gleichermaßen berichteten zum Beispiel die Deutsche Bischofskonferenz (2013) sowie Lueger-Schuster (2012) in ihrem Forschungsbericht zu Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche in Österreich, dass Jungen deutlich häufiger als Mädchen von sexualisierter Gewalt durch katholische Geistliche betroffen wären (siehe auch Hellmann, Dinkelborg, Wollinger & Fernau, 2014; Kap. 4 in diesem Band).

II. Unmittelbare Konsequenzen von sexuellem Missbrauch durch katholische Geistliche für die Betroffenen

Die Konsequenzen sexueller Gewaltviktimsierungen im Kindesalter äußern sich häufig in unterschiedlichen somatischen und psychischen Symp-

1 Die Abkürzung M steht für den Mittelwert (Durchschnitt, arithmetisches Mittel) aller Messwerte einer spezifischen Variable. In diesem Fall bezeichnet M das durchschnittliche Alter aller Befragten. SD bedeutet Standardabweichung (Streuung) und berechnet sich aus der Wurzel der Varianz (Summe der quadrierten Abweichungen der Messwerte vom Mittelwert M relativiert an der Anzahl aller Messwerte). Vereinfacht gesagt bildet die Standardabweichung die Unterschiedlichkeit der einzelnen Messwerte ab.

tomen, welche die Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensmuster der Betroffenen beträchtlich beeinflussen können (z. B. Herman, 1993; Terr, 1995). Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den mit dem sexuellen Missbrauch durch katholische Geistliche einhergehenden unmittelbaren Konsequenzen berichtet und diskutiert. Diesbezüglich wurden die Betroffenen gebeten, die Auftretenshäufigkeit von insgesamt 37 Items zu bewerten (siehe Anhang). Darüber hinaus hatten sie die Möglichkeit, für alle drei Arten von Konsequenzen zusätzliche Aspekte zu benennen, die zuvor nicht explizit abgefragt worden waren. Die berichteten Angaben basieren auf 95 bis 104 gültigen Antworten.

II.1 Unmittelbare emotionale Konsequenzen

Von den Befragten äußerten fünf Personen (4.8 %), in unmittelbarer Verbindung mit dem sexuellen Missbrauch *keinerlei* emotionale Auswirkungen erlebt zu haben.² Ein Großteil der Betroffenen hingegen berichtete von Gefühlen der Macht- und Hilflosigkeit (93.2 %; siehe Abbildung 1). Zudem benannten sie mehrheitlich Scham (87.2 %) und Ekelgefühle (87.4 %) in Zusammenhang mit dem Missbrauch. 82.8 % der Befragten empfanden die sexuellen Missbrauchshandlungen als erniedrigend. Ein Großteil der Betroffenen hatte während der Zeit des Missbrauchs bzw. unmittelbar danach die Gedanken an die Missbrauchshandlungen verdrängt (84.1 %) und wollte eigenen Angaben zufolge nicht darüber nachdenken. Damit einher ging der von mehr als drei Viertel (76.5 %) der Betroffenen berichtete Wunsch, vor allem davonzulaufen. Die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer eröffneten zudem, sowohl in gewohnter Umgebung (83.2 %) als auch im Umgang mit anderen Personen (80.4 %) Unsicherheit empfunden zu haben. Zusätzlich prägten Stress und Anspannung das Leben von 85.0 % der Befragten in unmittelbarer Folge des Missbrauchs. Diese Empfindungen waren möglicherweise verbunden mit der weit verbreiteten Sorge (76.0 %), dass jemand von dem sexuellen Missbrauch erfähre.

2 Bei retrospektiven Befragungen, die zum Teil sehr weit zurückliegende Erinnerungen thematisieren, ist immer auch die Möglichkeit einer verfälschten Erinnerung zu berücksichtigen (siehe z. B. Clancy & McNally, 2005; Hardt & Rutter, 2004).

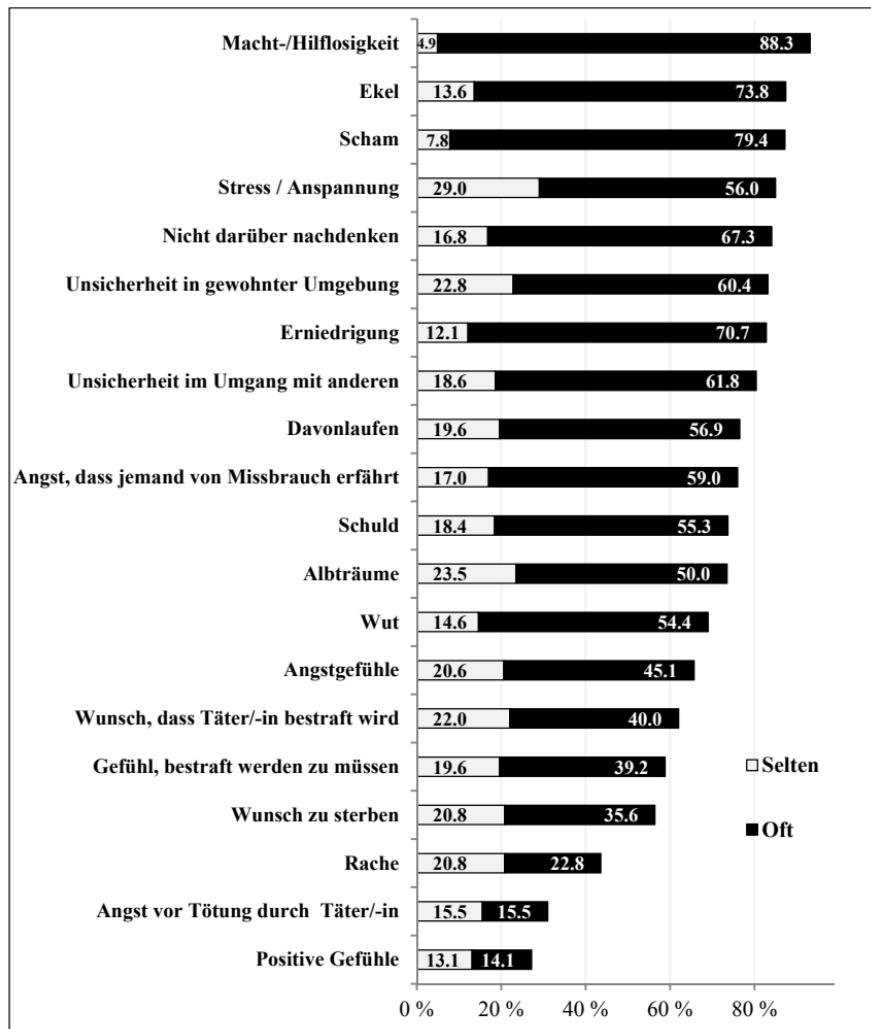


Abbildung 1. Angaben der Betroffenen zu den unmittelbaren emotionalen Konsequenzen des sexuellen Missbrauchs in gültigen Prozent ($N \geq 98$)

Auch Schuldgefühle (73.7 %) und das Gefühl, selbst bestraft werden zu müssen (58.8 %), herrschten unter den Befragten vor. Es ist anzunehmen, dass diese Empfindung, eine Strafe für das Erlebte zu verdienen, aus den paradox anmutenden typischen Schuld- und Schamgefühlen von Betroffenen sexuellen Missbrauchs resultierte (siehe z. B. Bottoms, Nielsen, Murray & Filipas, 2003; Ullman, 2002). Diese Gefühle münden zumeist in

extremer Selbstkritik und in der Verurteilung des eigenen Handelns im Missbrauchskontext (Lueger-Schuster, 2012).

Vielfach wurde des Weiteren berichtet, dass sowohl Albträume (73.5 %) als auch diverse starke Angstgefühle (65.7 %) mit der Visktimisierung einhergingen. Diese wurden bei drei von zehn Betroffenen durch die Angst intensiviert, von der Täterin bzw. dem Täter getötet zu werden. Das Ausmaß dieser emotionalen Belastungen offenbarte sich besonders darin, dass mehr als die Hälfte der Befragten (56.4 %) in unmittelbarem Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch den Wunsch zu sterben benannten. Zusätzlich wurden Wut auf die Delinquentinnen bzw. Delinquenten (69.0 %) und der Wunsch einer angemessen Bestrafung geäußert (62.0 %). Darauf aufbauend ist von Relevanz, dass mehr als zwei von fünf Befragten angaben, sich an den Täterinnen bzw. Tätern rächen zu wollen.

Deutlich seltener, doch immer noch von ungefähr einem Viertel der Betroffenen wurden positive Gefühle wie Wertschätzung durch Aufmerksamkeit berichtet. Auf den ersten Blick mag das Auftreten positiver Emotionen im Missbrauchskontext paradox erscheinen. Jedoch ist es möglich, dass die individuelle Zuwendung und Aufmerksamkeit im Rahmen des Missbrauchs gerade bei solchen Kindern, die ohne eine stabile primäre Bezugsperson aufwachsen, das erhöhte Bedürfnis nach Bindung (MacLean, 2003), Anerkennung und Zugehörigkeit (Youngleson, 1973) anspricht (siehe auch Ryan, 2009).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Erfahrung sexualisierter Gewalt durch katholische Geistliche unmittelbar starke negative Auswirkungen auf die emotionale Balance und Gesundheit der Minderjährigen hatte. Nahezu jede bzw. jeder Betroffene wurde in unmittelbarer Folge des Delikts von Ekel, Schamgefühlen sowie Macht- und Hilflosigkeit gequält.

II.2 Unmittelbare körperliche Konsequenzen

Die Option „Ich hatte keinerlei körperliche Folgen“ wurde von 24.0 % der Befragten genutzt, um mitzuteilen, dass sie in unmittelbarem Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch keine körperlichen Beeinträchtigungen erlebt hatten. Wie bei allen retrospektiven Befragungen ist hier sicherlich zu berücksichtigen, dass sich die Betroffenen unter Umständen nicht genau erinnern konnten, welche konkreten körperlichen Folgen durch den Missbrauch ausgelöst worden waren (z. B. Clancy & McNally, 2005; Hardt & Rutter, 2004).

Die Antwortkategorie „Sonstiges“ enthielt 23 Berichte, welche meist Magen-Darm-Beschwerden und Kopfschmerzen als weitere körperliche Folgen des Missbrauchs benannten. Diese Angaben stehen in Einklang mit aktuellen wissenschaftlichen Befunden: Whitelock et al. (2013) fanden in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass gastrointestinale Beschwerden eine typische körperliche Folge sexuellen Missbrauchs darstellen und bei Personen mit sexuellen Gewalterfahrungen generell häufiger auftreten als bei nicht-betroffenen Gleichaltrigen.

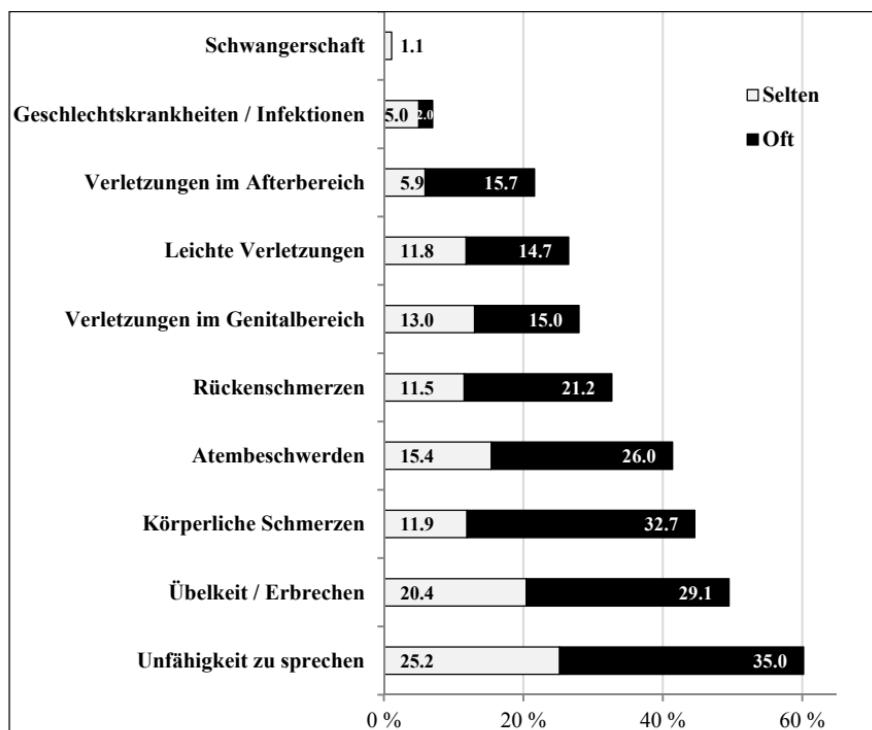


Abbildung 2. Angaben der Betroffenen zu den unmittelbaren körperlichen Konsequenzen des sexuellen Missbrauchs in gültigen Prozent ($N \geq 95$)

Am häufigsten gaben die Betroffenen durch Nutzung der Antwortkategorien „war selten der Fall“ und „war oft der Fall“ an, dass sie sich nicht in der Lage fühlten zu sprechen (60.2 %). Wie in Abbildung 2 veranschaulicht, wurde die Hälfte der Betroffenen von Übelkeit und Erbrechen geplagt, was möglicherweise durch die psychische Belastung und den emp-

fundenen Ekel infolge des sexuellen Missbrauchs hervorgerufen wurde. Fast ebenso häufig teilten die Betroffenen mit, dass körperliche Schmerzen (44.6 %) und Atembeschwerden (41.4 %) in direkter Verbindung zum sexuellen Missbrauch auftraten. Jede bzw. jeder dritte Befragte (32.7 %) äußerte zudem körperliche Beeinträchtigungen durch Rückenschmerzen.

Auch Schmerzen, Blutungen oder Verletzungen im After- bzw. Genitalbereich (21.6 % bzw. 28.0 %) gingen vielzählig mit dem Erleben sexueller Gewalt einher. Zudem gaben mehr als ein Viertel (26.5 %) der Betroffenen an, leichte Verletzungen davongetragen zu haben, welche keine oder nur eine kurze ambulante ärztliche Versorgung erfordert hatten. Von schwerwiegenden und langwierigen körperlichen Beeinträchtigungen durch Geschlechtskrankheiten und Infektionen waren 7.0 % der Befragten betroffen. In einem Fall wurde von einer Schwangerschaft berichtet.

Bezüglich der unmittelbaren körperlichen Konsequenzen bleibt festzuhalten, dass der sexuelle Missbrauch bei den Betroffenen neben Sprachlosigkeit auch vielzählige einschneidende physische Beeinträchtigungen hinterließ. Insgesamt müssen die unmittelbaren Auswirkungen sexualisierter Gewalt durch Geistliche der katholischen Kirche auf das körperliche Wohlbefinden der Minderjährigen als gravierend eingestuft werden.

II.3 Unmittelbare verhaltensrelevante Konsequenzen

Die Erfassung der verhaltensrelevanten Folgen des sexuellen Missbrauchs verlief äquivalent zur Vorgehensweise bei den emotionalen und körperlichen Folgen. Auf Basis von mindestens 102 gültigen Antworten wurde analysiert, wie häufig die Geschädigten acht zu bewertende verhaltensrelevante Auffälligkeiten bei sich wahrnahmen. Lediglich sechs Befragte (5.8 %) gaben an, keinerlei verhaltensrelevante Veränderungen infolge der sexuellen Misshandlungen erlebt zu haben. Vier von fünf Betroffenen legten hingegen Einschränkungen in der sozialen Interaktion (z. B. „Ich zog mich zurück“ oder „Ich änderte mein Verhalten gegenüber anderen Menschen“) als unmittelbare Folge des sexuellen Missbrauchs dar (siehe Abbildung 3).

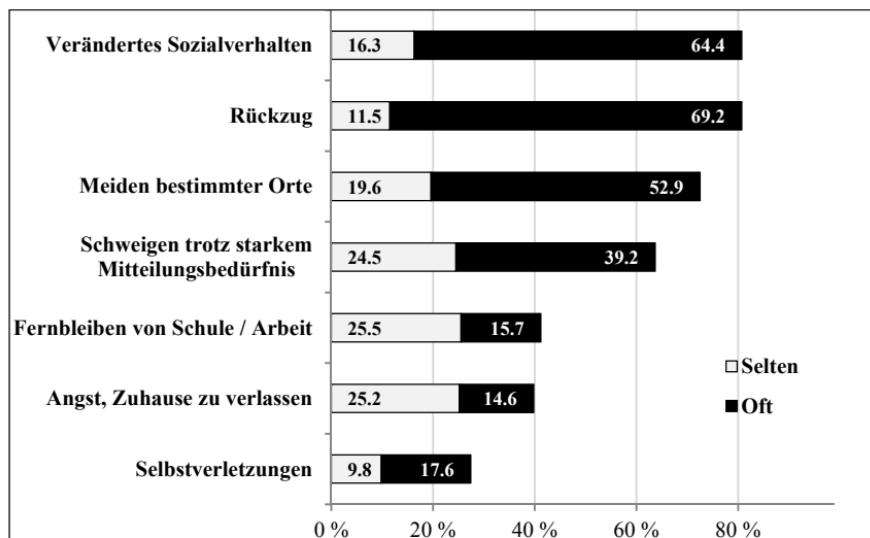


Abbildung 3. Angaben der Betroffenen zu den unmittelbaren verhaltensrelevanten Konsequenzen des sexuellen Missbrauchs in gültigen Prozent ($N \geq 102$)

Besonders häufig berichteten die Befragten, dass sie bestimmte Orte meiden (72.5 %). Fast zwei Drittel der Betroffenen teilten mit, dass sie sich über die Missbrauchserfahrung zwar austauschen wollten, sich dazu aber nicht überwinden konnten. Ebenso wurde der Alltag einiger Geschädigter immens eingeschränkt, da sie aufgrund der Missbrauchserfahrungen nicht in der Lage waren, ihr Zuhause zu verlassen (39.8 %) oder zur Schule bzw. zur Arbeit zu gehen (41.2 %). Selbstverletzendes Verhalten, das in der Fachliteratur als Indikator schwerer psychischer Probleme bezeichnet wird (z. B. Brunner, 2009), wurde in der vorliegenden Studie von 27.4 % der Betroffenen in direktem Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch berichtet. Auch in der Kategorie der sonstigen verhaltensspezifischen Folgen wurden Symptome psychischer Krankheitsbilder benannt: Die Betroffenen schilderten sowohl enorme Einschränkungen aufgrund diverser Ängste und Beziehungsstörungen als auch multiple Verdrängungsmechanismen. Zusätzlich stellten die Befragten die Ausprägung überangepasster und aggressiver Verhaltensweisen bei sich fest. Diese psychischen und sozialen Funktionsstörungen wurden in der Literatur ebenfalls als häufige Folge sexuellen Missbrauchs im Kindesalter klassifiziert (z. B. Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Vigil & Geary, 2008).

Besonders stark wirkte sich die Erfahrung sexualisierter Gewalt folglich auf Veränderungen im Verhalten der Minderjährigen aus. Gerade das vielzählige Auftreten von sozialem Rückzug und stark verändertem Sozialverhalten kann langfristig soziale Beziehungen beeinträchtigen und die Lebensqualität weitreichend mindern. Ein andauernder sozialer Rückzug sowie selbstverletzendes Verhalten gelten als Indikatoren psychischer Störungen (z. B. Petermann & Nitkowski, 2008), sodass von schwerwiegen- den verhaltensrelevanten Konsequenzen des sexuellen Missbrauchs gesprochen werden muss.

II.4 Faktoren, die das Ausmaß der erlebten unmittelbaren Folgen beeinflussen

In einem nächsten Schritt haben wir geprüft, welche individuellen Faktoren die erlebten unmittelbaren Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs noch verstärken bzw. ob in diesem Zusammenhang gewissermaßen Protektivfaktoren existierten, die das Ausmaß erlebter Auswirkungen ab- schwächen. Beispielsweise ist anzunehmen, dass die Stärke der empfundenen emotionalen, körperlichen und verhaltensrelevanten Folgen bei Betroffenen, die innerhalb eines institutionellen Kontexts (Heime, Internate) viktimisiert worden waren, besonders hoch war, da deren Kindheit in besonderem Maße von multiplen tiefgreifenden Stressoren geprägt wurde (z. B. Boroske-Leiner, Hofmann & Sack, 2008; Gahleitner, 2009).³ Zusätzlich ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass die sexuelle Gewalterfahrung im engsten sozialen Nahraum dieser Minderjährigen stattfand und mit hoher Wahrscheinlichkeit durch eine fürsorgeberechtigte Person erfolgte, wodurch gravierende Traumatisierungen ausgelöst werden können (z. B. Beitchman et al., 1992).

In Einklang mit diesen Überlegungen benannten die Betroffenen, die innerhalb eines institutionellen Kontexts viktimisiert worden waren, in der vorliegenden Befragung deskriptiv insgesamt ein höheres Ausmaß an unmittelbaren emotionalen, körperlichen und verhaltensrelevanten Belastun-

3 Zwar sind Heime vs. Internate als Missbrauchskontexte nicht zwangsläufig gleichzusetzen. Da es sich in beiden Fällen jedoch um einen institutionellen Kontext handelt, wurden diese beiden Kategorien in einigen Auswertungen zusammengefasst. Wenn die Analysen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Betroffenen ergaben, die innerhalb von Heim- vs. Internatskontexten viktimisiert worden waren, erfolgten entsprechende separate Ergebnisdarstellungen.

gen durch den sexuellen Missbrauch (siehe Tabelle 1). Den Angaben der Betroffenen zum Einsatz physischer Gewalt in Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch entsprechend (siehe Hellmann et al., 2014; Kap. 4 in diesem Band) litten Kinder und Jugendliche im Heimkontext am stärksten unter den unmittelbaren körperlichen Folgen des sexuellen Missbrauchs, $t(49) = 2.61, p = .012, d = 0.76$.⁴

Tabelle 1. Durchschnittlich erlebte unmittelbare emotionale, körperliche und verhaltensrelevante Folgen in Abhängigkeit vom Missbrauchskontext ($N \geq 103$)

	Missbrauchskontext		
	Heim ($n = 31$)	Internat ($n = 20$)	Nicht-institutionell ($n \geq 52$)
Emotionale Folgen	$M = 14.19$ ($SD = 5.45$)	$M = 13.70$ ($SD = 5.72$)	$M = 13.54$ ($SD = 4.23$)
Körperliche Folgen	$M = 4.45$ ($SD = 2.99$)	$M = 2.30$ ($SD = 2.70$)	$M = 2.57$ ($SD = 2.54$)
Verhaltensrelevante Folgen	$M = 4.16$ ($SD = 2.02$)	$M = 3.95$ ($SD = 2.24$)	$M = 3.96$ ($SD = 1.84$)

Gleichzeitig lassen sich die im Heimkontext gehäuft aufgetretenen körperlichen Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch auf das signifikant erhöhte Vorkommen von analen bzw. vaginalen Penetrationen bei Betroffenen, die in diesem Kontext viktimisiert worden waren, zurückführen im Vergleich zu Personen, die zur Zeit des Missbrauchs in einem Internat oder einem außerinstitutionellen Kontext gelebt hatten (siehe Hellmann et al., 2014; Kap. 4 in diesem Band). Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass Täterinnen bzw. Täter im Heim-

4 Mit dem t -Test lässt sich untersuchen, ob ein Unterschied zwischen zwei Stichproben-Mittelwerten zufällig oder statistisch bedeutsam ist. Der p -Wert liefert in diesem Zusammenhang Informationen über die Wahrscheinlichkeit, dass die beobachtete Teststatistik unter Annahme der Nullhypothese den beobachteten oder einen extremeren Wert annimmt. Als Wahrscheinlichkeitsmaß kann p zwischen 0 und 1 variieren. Legt man ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ zugrunde, kann man ab einem p -Wert von $\leq .050$ von statistischer Signifikanz sprechen. Bei dem Kennwert d (Cohen's d) handelt es sich um ein Effektstärkenmaß für die Bedeutsamkeit eines beobachteten Unterschieds. Nach Cohen (1988) gelten Werte bis $d = 0.20$ als kleine, Werte bis $d = 0.50$ als mittlere und Werte ab $d = 0.80$ als große Effekte.

kontext insgesamt körperlich gewalttätigere Formen sexuellen Missbrauchs anwandten. Gestützt wird diese Interpretation dadurch, dass Betroffene, die zum Missbrauchszeitpunkt in einem Heim oder Internat gelebt hatten, signifikant häufiger physische Gewalt durch ihre primären Erziehungspersonen erfahren hatten ($M = 2.83$, $SD = 1.40$) als Betroffene aus nicht-institutionellen Kontexten ($M = 1.91$, $SD = 0.86$), $t(101) = 4.05$, $p < .001$, $d = 0.80$. Weitere Analysen ergaben, dass dieser Unterschied vor allem auf die Angaben derjenigen Betroffenen zurückzuführen ist, die innerhalb eines Heimkontexts viktimisiert worden waren (Heimkontext: $M = 3.43$, $SD = 1.26$; Internatskontext: $M = 1.94$, $SD = 1.11$), $t(48) = 4.28$, $p < .001$, $d = 1.26$.

Ebenso hatte das Geschlecht der Betroffenen einen Einfluss auf das Ausmaß der emotionalen, körperlichen und verhaltensrelevanten Folgen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Missbrauch wahrgenommen worden waren. In der Fachliteratur wird berichtet, dass Frauen infolge eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit besonders starke Konsequenzen erleben (z. B. Beitchman et al., 1992; MacMillan et al., 2001). Auch den vorliegenden Ergebnissen zufolge empfanden weibliche Betroffene tendenziell stärkere unmittelbare emotionale, körperliche und verhaltensrelevante Belastungen als männliche (siehe Tabelle 2). Dies traf wiederum vor allem auf die körperlichen Folgen des sexuellen Missbrauchs zu: Diese wurden von den weiblichen Betroffenen signifikant häufiger benannt als von den männlichen, $t(101) = 2.07$, $p = .041$, $d = 0.47$.

Tabelle 2. Durchschnittlich erlebte unmittelbare emotionale, körperliche und verhaltensrelevante Folgen in Abhängigkeit vom Geschlecht der Betroffenen ($N \geq 102$)

	Weibliche Betroffene ($n = 26$)	Männliche Betroffene ($n \geq 76$)
Emotionale Folgen	$M = 14.35$ ($SD = 4.16$)	$M = 13.53$ ($SD = 5.14$)
Körperliche Folgen	$M = 4.08$ ($SD = 3.07$)	$M = 2.77$ ($SD = 2.69$)
Verhaltensrelevante Folgen	$M = 4.19$ ($SD = 1.79$)	$M = 3.94$ ($SD = 2.02$)

Anhand von multivariaten Analysen ließen sich darüber hinaus zusätzliche Prädiktoren für die unterschiedlichen unmittelbaren Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs bestimmen.⁵ Die Auswahl der betrachteten Prädiktoren wurde zum einen aufgrund der bereits dargestellten bivariaten Ergebnisse getroffen (Geschlecht, Missbrauchskontext, Anzahl unterschiedlicher Tathandlungen, Missbrauchsdauer; siehe auch Hellmann et al., 2014; Kap. 4 in diesem Band). Zum anderen richtete sich die Auswahl nach theoretischen Überlegungen. Beispielsweise schien es plausibel anzunehmen, dass zum Missbrauchszeitpunkt jüngere Betroffene gravierendere unmittelbare Folgen des Missbrauchs davontrügen und dass eine hohe subjektive Bedeutsamkeit von Religion und Glauben (zur Zeit vor dem Missbrauch) möglicherweise aufgrund des verletzten Vertrauens in Gott mit stärkeren direkten emotionalen Konsequenzen einherginge (z. B. Benkert & Doyle, 2009; Haslbeck, 2007). Darüber hinaus wurden einige Prädiktoren als Kontrolle bzw. aus explorativen Gründen in die Analyse mit aufgenommen (Bekanntschaft zwischen Täterin bzw. Täter und der Familie der Betroffenen, Erstellen pornografischen Materials, Drogenkonsum durch Betroffene und / oder Täterin bzw. Täter).

5 Der Vorteil multivariater Analysen gegenüber bivariaten Analysen besteht darin, dass der Einfluss mehrerer Variablen gleichzeitig untersucht werden kann. Hier wurde eine multivariate Regressionsanalyse berechnet, um festzustellen, welche der betrachteten Prädiktoren (Vorhersagevariablen; hier z. B. Betroffenengeschlecht und Erstviktimsierungsalter) mit dem Kriterium (gemessene / abhängige Variable; hier emotionale, körperliche und verhaltensrelevante Folgen) zusammenhängen. Bei β handelt es sich um den standardisierten Regressionskoeffizienten eines Prädiktors. Er kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen und beinhaltet die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem jeweiligen Prädiktor und dem Kriterium. R^2 ist ein Maß für die Effektstärke des gesamten Regressionsmodells. Es variiert ebenfalls zwischen 0 und 1 und informiert über das Ausmaß der insgesamt aufgeklärten Varianz. Weiterführende Erläuterungen finden sich beispielsweise bei Bortz (2005).

Tabelle 3. Faktoren, die das Erleben unmittelbarer emotionaler, körperlicher und verhaltensrelevanter Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs beeinflussten (standardisierte β -Koeffizienten)

	Emotionale Folgen	Körperliche Folgen	Verhaltensrelevante Folgen
Betroffenen-geschlecht^a	-.207*	-.328***	-.135
Missbrauchskontext ^b	-.067	-.164	.016
Missbrauchsdauer ^c	-.087	-.121	-.162
Erstviktimsie-rungsalter^d	-.036	-.291**	-.006
Religion / Glauben^e	.268*	.125	.153
Bekanntheit Tä-ter(in)/ Familie ^f	-.026	.059	-.005
Religiöser Kontext^g	.082	.206*	.023
Anzahl unter-schiedlicher Tathandlungen^h	.414***	.365**	.398**
Drogeneinfluss ⁱ	-.093	-.093	-.108
Pornografie ^j	-.169	-.063	-.189
Zusammenfassung	<i>R² = .303, F(10, 86) = 3.31***</i>	<i>R² = .402, F(10, 86) = 5.11***</i>	<i>R² = .229, F(10, 86) = 2.26*</i>

Anmerkungen. ^a 1 = Weiblich, 2 = Männlich; ^b 1 = Institutioneller Kontext, 2 = Nicht-institutioneller Kontext; ^c 0 bis 14 Jahre; ^d 3 bis 17 Jahre; ^e Persönliche Bedeutung von Religion und Glauben vor dem sexuellen Missbrauch von 1 (völlig unwichtig) bis 4 (sehr wichtig); ^f Käntte die Familie der Betroffenen die Täterin bzw. den Täter? 1 = Ja, 2 = Nein; ^g Einbettung der Missbrauchshandlungen in eine religiöse Handlung: 1 = Nein, 2 = Ja; ^h 1 bis 14; ⁱ 1 = Täter(in) und / oder Betroffene(r) mindestens einmal, 2 = Weder Täter(in) noch Betroffene(r) jemals; ^j 1 = (Möglichlicherweise) wurde pornografisches Material erstellt; 2 = Definitiv wurde kein pornografisches Material erstellt
* $p \leq .050$; ** $p \leq .010$; *** $p \leq .001$

Erwartungsgemäß stiegen alle drei Arten von direkten Beeinträchtigungen mit der Anzahl der unterschiedlichen Missbrauchshandlungen, welche die Betroffenen erlebt hatten (siehe Tabelle 3). Zudem zeigte sich, dass Frau-

en an den unmittelbaren emotionalen und körperlichen Auswirkungen des Missbrauchs stärker litten als Männer. Diese Befunde stehen in Einklang mit zuvor berichteten bivariaten Analysen sowie der einschlägigen Fachliteratur (z. B. Beitchman et al., 1992; MacMillan et al., 2001). Die persönliche Bedeutung von Religion und Glauben hing insofern mit den unmittelbaren Auswirkungen des Missbrauchs zusammen, als Betroffene mit einer ausgeprägten Religiosität vor dem sexuellen Missbrauch stärkere emotionale Folgen der Viktimisierung erlebten. Ein höheres Ausmaß an körperlichen Folgen war zudem mit der Einbettung der Missbrauchshandlung(en) in einen religiösen Kontext (z. B. Beichte) assoziiert. Darüber hinaus sank das Ausmaß der erlebten körperlichen Folgen mit dem Erstviktimisierungsalter der Betroffenen. Mit anderen Worten berichteten diejenigen Betroffenen, die früher in ihrem Leben missbraucht worden waren, in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Missbrauch stärkere körperliche Beeinträchtigungen.

III. Langfristige psychische Konsequenzen von sexuellem Missbrauch durch katholische Geistliche für die Betroffenen

Wie im vorigen Abschnitt bereits angeklungen ist, wirkt sich das Erleben sexueller Gewalt in der Kindheit unmittelbar schwer traumatisierend auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen aus. Solche Traumatisierungen können jedoch auch den weiteren Lebensweg stark beeinträchtigen (z. B. Harnach, 2011). In diesem Abschnitt erfolgt die Beschreibung und Diskussion der Ergebnisse zu den langfristigen Konsequenzen des Missbrauchs mit Blick auf die derzeitige psychische Gesundheit der Betroffenen.

III.1 Posttraumatische Belastungen

Sexueller Missbrauch im Kindesalter gilt in der wissenschaftlichen Literatur als eine schwerwiegende traumatische Erfahrung, die vor allem das Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stark erhöht (z. B. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Insbesondere physische Angriffe in Form von sexualisierter Gewalt zählen zu den bedeutendsten Auslösern einer PTBS: Mehr als die Hälfte der Betroffenen bilden infolge sexuellen Missbrauchs pathogene Verhaltensmuster aus; ins-

besondere bei Kindern wirken dem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen traumatisierend (Wittchen & Hoyer, 2011).

Um das Vorliegen einer PTBS abbilden zu können, haben wir die *Post-traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-C; Teegen, 1997; siehe auch Höcker & Mehnert, 2012) verwendet, ein Selbstbeurteilungsmaß, das in der psychotraumatologischen Forschung standardmäßig eingesetzt wird. Die PCL-C erfragt die im Kriterienkatalog des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen angeführten 17 Symptome einer PTBS aus den Bereichen Intrusion, Vermeidung und „Hyperarousal“. Die Befragten wurden gebeten, 17 verschiedene Probleme (z. B. „Wiederkehrende und sich aufdrängende belastende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder vom sexuellen Missbrauch“) anhand einer fünfstufigen Skala von 1 („gar nicht“) bis 5 („äußerst“) danach zu bewerten, wie sehr sie sich dadurch während des letzten Monats gestört gefühlt hatten. Nach der so genannten Cutoff-Wert-Methode werden Summenscores der gesamten PCL-C ab einem bestimmten Wert (z. B. ≥ 44 , Cook, Elhai & Areán, 2005; Ruggiero, Del Ben, Scotti & Rabalais, 2003; oder ≥ 50 , Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996; Cordova, Studts, Hann, Jacobsen & Andrykowski, 2000) als Indikation einer PTBS kategorisiert.

Von den im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Betroffenen berichtete ein Großteil so starke psychische Belastungen, dass die Ausprägung einer PTBS indiziert schien. Nach der Cutoff-Wert-Methode erfüllten 64.4 % der Betroffenen zum Befragungszeitpunkt die Diagnosekriterien einer PTBS bei einem Summenscore von mindestens 44. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der Fachliteratur: Der Zusammenhang zwischen erlebtem sexuellem Kindesmissbrauch und anhaltender Traumatisierung bei den Betroffenen wurde wiederholt aufgezeigt (z. B. Craine, Henson, Colliver & MacLean, 1988; Fitzpatrick et al., 2010; Lindberg & Distad, 1985; siehe auch Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci, Genuis & Violato, 2001).

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte auch Lueger-Schuster (2012) in ihrer Studie zu sexuellem Missbrauch im Rahmen der katholischen Kirche in Österreich: In knapp der Hälfte der Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch durch katholische Geistliche lag dort eine PTBS vor (siehe auch Fegert et al., 2011). In diesem Zusammenhang wiesen zum Beispiel Bottoms et al. (2003) darauf hin, dass sich sexueller Missbrauch durch Geistliche zwar prinzipiell nicht von sexuellem Missbrauch durch andere Täterinnen bzw. Täter untersiede, die Konsequenzen für das spätere psychische Befinden jedoch besonders gravierend wären, wenn es sich bei den Delinquentinnen bzw. Delinquenten um Geistliche handelte.

Anzumerken ist, dass das Risiko von Frauen, nach einem Trauma eine Belastungsstörung zu entwickeln, im Allgemeinen höher ist als das von Männern (z. B. Kessler et al., 1995; MacMillan et al., 2001; Ullman & Filipas, 2005). In der vorliegenden Betroffenenbefragung hingegen wurden keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Ausprägung der PTBS festgestellt, $\chi^2(1, N = 103) = 1.22, p = .269$,⁶ wobei sich die Unterschiede deskriptiv in die erwartete Richtung abzeichneten (weibliche Betroffene: 73.1 %; männliche Betroffene: 61.0 %). Dies könnte möglicherweise mit der Stichprobenrekrutierung zusammenhängen: Da die Betroffenen sich selbst meldeten, um ihre Erfahrungen preiszugeben, wurde keine repräsentative Stichprobe generiert. Möglicherweise waren die sehr stark betroffenen Frauen nicht gewillt oder nicht in der Lage, initiativ tätig zu werden und an der Befragung teilzunehmen. Ebenso ist es möglich, dass sich besonders die schwer von den Folgen des sexuellen Missbrauchs betroffenen männlichen Teilnehmer durch den medialen Aufruf zur Aufklärung der Missbrauchsfälle an Minderjährigen durch katholische Geistliche angesprochen fühlten. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Befunde zu den Geschlechtereffekten bei der Entwicklung einer PTBS infolge erlebten sexuellen Kindesmissbrauchs zum Teil widersprüchlich sind. Beispielsweise existieren auch wissenschaftliche Studien, in denen die benannten Geschlechtereffekte nicht auftraten (siehe z. B. Finkelhor, 1990; Kessler, Davis & Kendler, 1997).

Die PTBS umfasst diverse Symptome, welche in der Regel einen starken Leidensdruck für die Erkrankten bedeuten. Die Betroffenen berichten von belastenden Träumen, Flashbacks und physiologischen Reaktionen bei Erinnerungen an das traumainduzierende Ereignis (Wittchen & Hoyer, 2011). Im Folgenden werden die Angaben der Betroffenen zu den einzel-

6 Mithilfe eines χ^2 -Tests lässt sich unter anderem bestimmen, ob ein Unterschied zwischen zwei Gruppen bezüglich eines bestimmten Merkmals besteht. Der χ^2 -Wert stellt dabei ein Maß für die Abweichung vom Erwartungswert dar. Unter Berücksichtigung der Freiheitsgrade und der Stichprobengröße kann geprüft werden, ob ein Merkmal unabhängig von den betrachteten Gruppen variiert. Bei zweistufigen nominalen (dichotomen) Variablen dient der ϕ -Koeffizient als Effektstärkenmaß. Er variiert zwischen 0 und 1 und bildet die Stärke des beobachteten Zusammenhangs ab. Konventionell gelten Werte bis $\phi = .100$ als kleine, Werte bis $\phi = .300$ als mittlere und Werte ab $\phi = .500$ als große Effekte. Bei nominalen Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen kann zum Beispiel Cramér's Index (CI; auch Cramér's V) als Effektstärkenmaß verwendet werden. Weiterführende Erläuterungen finden sich beispielsweise bei Bortz (2005).

nen PTBS-Bereichen Intrusion, Vermeidung und „Hyperarousal“ im Detail berichtet, um auch die spezifischen Merkmale der PTBS zu verdeutlichen.

Wiederkehrende belastende Erinnerungen (Intrusionen)

Eine PTBS wird unter anderem aufgrund des ungewollten Wiedererlebens von Sequenzen der traumatisierenden Erfahrung von den Betroffenen als extrem belastend erlebt. Da die Erkrankten zumeist nicht in der Lage sind, die Erinnerungen als Teil der Vergangenheit einzustufen, kann der Eindruck entstehen, sich aktuell wieder in der traumatischen Situation zu befinden (Wittchen & Hoyer, 2011). Das Wiedererleben kann diverse Ausprägungen annehmen, denn die Erinnerungen, Gedanken und Bilder können sowohl im Alltag als auch im Traum auftreten. Ebenso kann es zu Gefühlen starker Verunsicherung und Verwirrung kommen, wenn die Betroffenen an die Vorgänge der sexuellen Missbrauchshandlung erinnert werden. Diese Konfusion wurde in der vorliegenden Befragung beispielsweise durch das Item „Wiederkehrende belastende Träume vom sexuellen Missbrauch“ erfasst. Diese Intrusionen gehen oftmals mit starken physiologischen Reaktionen einher und kann eine immense psychische Belastung für die Betroffenen darstellen.

Genau diese Einschätzung spiegelten auch die Berichte der Befragten wider. Lediglich knapp ein Viertel der Betroffenen (24.2 %) fühlte sich eigenen Angaben zufolge während des letzten Monats „gar nicht“ in irgendeiner Form durch wiederkehrende und sich aufdrängende belastende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder von dem Missbrauch gestört. Gleichzeitig erlebte fast jede bzw. jeder Vierte in diesem Zeitraum „äußerste“ Störungen durch das Wiedererleben der traumatisierenden Erfahrungen (24.0 %). Zusätzlich gaben fast zwei von zehn Betroffenen (19.1 %) an, sich „ziemlich“ durch die Intrusionen gestört gefühlt zu haben, während weitere 17.6 % eine „mäßige“ Belastung durch das Wiedererleben schilderten. Folglich war mit insgesamt 75.8 % der Großteil der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in irgendeiner Form durch die Intrusionen beeinträchtigt (für einen Überblick siehe Abbildung 4).

Die stärksten Reaktionen traten in den Antworten auf das Item „Sich durcheinander fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an den sexuellen Missbrauch erinnert wurden“ auf. Diesbezüglich gaben mit 53.9 % mehr als die Hälfte der Betroffenen an, dass sie sich dadurch innerhalb des letzten Monats „ziemlich“ bzw. „äußerst“ gestört gefühlt hatten. Vor dem Hinter-

grund, dass der Missbrauch zum Befragungszeitpunkt im Mittel rund 45 Jahre zurücklag, verdeutlichen diese Angaben noch einmal das enorme Ausmaß der psychischen Belastungen, die durch diese Viktimisierung(en) ausgelöst wurden.

Vermeidung

Die im vorigen Abschnitt beschriebenen Sequenzen des akuten Wiedererinnerns und -erlebens der Missbrauchserfahrungen werden häufig durch diverse internale (Gedanken, Gefühle) oder externe (Orte, Gerüche) Reize ausgelöst, die durch Assoziationen mit dem traumatisierenden Erlebnis verknüpft sind. Das im Folgenden thematisierte Vermeidungsverhalten verfolgt das Ziel, genau solche Situationen zu umgehen. Die Betroffenen verdrängen oft großräumig alle mit dem traumainduzierenden Ereignis in Verbindung stehenden Reize. Somit werden sowohl jegliche Gedanken und Gefühle als auch Situationen und Aktivitäten gemieden, die in irgendeiner Art und Weise mit dem sexuellen Missbrauch verknüpft sein könnten. Wichtige Aspekte des Traumas können sogar soweit verdrängt werden, dass sie für die Betroffenen gar nicht mehr erinnerbar sind. Dieser Fakt wird zum Beispiel durch Zustimmung zur Aussage „Meiden von Aktivitäten oder Situationen, die an den sexuellen Missbrauch erinnern“ erfasst.

Insgesamt stellten mit 74.8 % mehr als drei Viertel der Betroffenen innerhalb des letzten Monats vermeidende Verhaltensweisen in irgendeiner Form bei sich fest. Entsprechend waren 25.2 % der betroffenen Personen eigenen Angaben zufolge davon „gar nicht“ betroffen. Verhältnismäßig selten wurden „wenige“ Belastungen durch Vermeidung benannt (13.5 %). „Mäßige“ Beeinträchtigungen berichteten 15.6 % der Geschädigten. Besonders häufig schilderten die Betroffenen „ziemliche“ bzw. „äußerste“ Störungen des Alltags durch die Vermeidung bestimmter Situationen (23.9 % bzw. 21.8 %; ein Überblick über diese Häufigkeiten findet sich in Abbildung 4).

Als sehr starke Einschränkung der Lebensqualität wurde beispielsweise die Vermeidung sämtlicher Aktivitäten und Situationen beschrieben, die Parallelen zum Tatgeschehen aufweisen könnten. Diese Angaben der Betroffenen decken sich mit der Feststellung, dass die Symptome einer PTBS schwerwiegende Beeinträchtigungen im sozialen bzw. beruflichen und in anderen Funktionsbereichen erzeugen (Wittchen & Hoyer, 2011). Dies ist nachvollziehbar, da alle Vorgänge des Alltags auf mögliche Paral-

lelen zur traumatischen Erfahrung geprüft und die Aktivitäten entsprechend modifiziert werden müssen.

Als Teil der diversen Vermeidungsverhaltensweisen trat bei einem Großteil der Betroffenen der sogenannte abgeflachte Affekt auf. Das Symptombild des abgeflachten Affekts wird beispielsweise durch das Item „Sich gefühlsmäßig abgestumpft fühlen oder nicht fähig zu sein, zärtliche Gefühle für nahe stehende Personen zu empfinden“ abgebildet und äußert sich meist durch einen verminderten Affektspielraum und ein gesenktes Interesse an zuvor bedeutungsvollen Dingen; soziale Interaktionen und Bindungen werden als gelöst und distanziert wahrgenommen (Wittchen & Hoyer, 2011). Die Betroffenen der vorliegenden Befragung berichteten diese Symptome in hohem Ausmaß. Zum Beispiel schilderten insgesamt 42.7 % aller Geschädigten, innerhalb des letzten Monats „ziemlich“ bzw. „äußerst“ darunter gelitten zu haben, dass sie sich emotional abgestumpft fühlten. Auch diese Ergebnisse betonen die langanhaltenden Auswirkungen und enormen Beeinträchtigungen, die das Erleben sexueller Gewalt in der Kindheit nach sich zieht.

Übererregung („Hyperarousal“)

Weiterhin zeichnet sich die PTBS durch eine nervöse Übererregung aus, auch „Hyperarousal“ genannt. Diese Symptomgruppe umfasst neben Ein- und Durchschlafstörungen besonders eine erhöhte Reizbarkeit, welche zum Beispiel durch das Item „Ungewöhnlich reizbar sein oder Wutausbrüche haben“ erfasst wird. Zusätzlich gehören Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen in diesen Bereich. Der Alltag der Erkrankten wird oft durch eine immens erhöhte Wachsamkeit und Aufmerksamkeit (Hypervigilanz) geprägt. Diese ist eng gekoppelt mit den häufig auftretenden übermäßigen Schreckreaktionen, welche in der Regel wiederum starke physiologische Erregungen mit sich bringen.

Die Analyse der mittleren Häufigkeiten ergab, dass auch die Belastungen durch Übererregung für die Betroffenen sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche immens waren. Zwei Drittel der Geschädigten (66.2 %) wurden mindestens „mäßig“ durch „Hyperarousal-Symptome“ beeinträchtigt. Dabei benannten rund zwei von zehn betroffenen Personen (19.4 %) „mäßige“ Belastungen durch die Symptome der nervösen Übererregung, weitere 23.7 % bzw. 23.1 % der Betroffenen legten sogar eine „ziemliche“ bzw. „äußerste“ Beeinträchtigung der Lebensqualität durch diese Symptome dar. Besonders hervorzuheben sind die starken Belastun-

gen aufgrund von Anspannung („Immer auf der Hut oder angespannt sein“), die von 53.9 % der Betroffenen mindestens „ziemlich“ häufig benannt wurden. Während insgesamt mehr als drei Viertel der Geschädigten auf verschiedenen Intensitätsniveaus durch die Symptome der nervösen Übererregung belastet waren, gaben im Mittel lediglich 23.3 % der Betroffenen an, keinerlei Indikatoren von „Hyperarousal“ bei sich festgestellt zu haben. Auch anhand dieser Symptomgruppe werden folglich die enormen psychischen Langzeitfolgen des erlebten sexuellen Missbrauchs deutlich. Einen Überblick über die in diesem und den vorangegangenen Abschnitten berichteten Häufigkeiten der drei Symptomkategorien der PTBS bietet Abbildung 4.

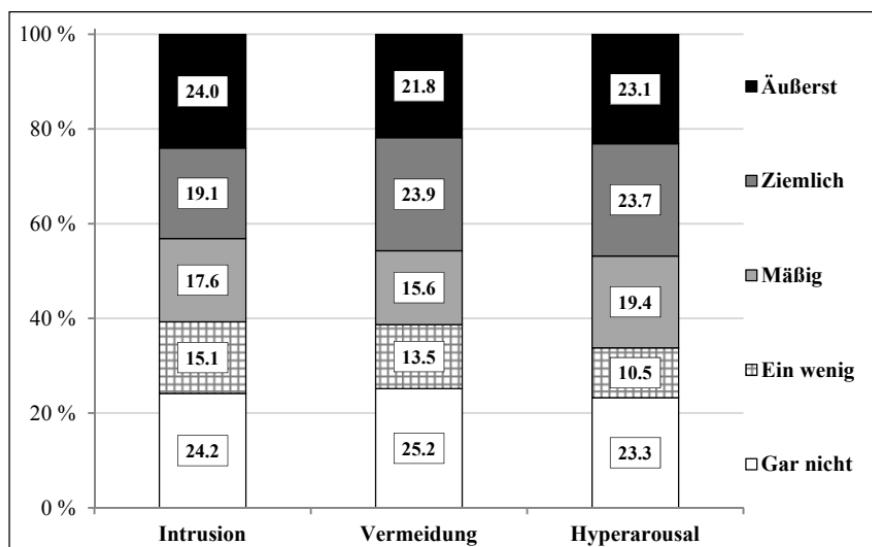


Abbildung 4. Angaben der Betroffenen zu den Items der Subskalen Instruktion, Vermeidung und Hyperarousal der PCL-C in gültigen Prozent ($N \geq 102$)

III.2 Weitere psychische und physische Langzeitfolgen des sexuellen Missbrauchs

Aus der wissenschaftlichen Fachliteratur ist bekannt, dass erlebte sexuelle Gewalt im Kindesalter neben einer PTBS oft zu zusätzlichen psychischen Beschwerden führt (siehe z. B. Polusny & Follette, 1995). Gleichzeitig geht eine PTBS häufig mit weiteren psychischen Störungen einher. Bei

solchen sogenannten Komorbiditäten handelt es sich meist um affektive Störungen wie Depressionen, um Angststörungen oder um Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit (z. B. Kessler et al., 1995). Bottoms et al. (2003) zufolge sind die psychischen Langzeitfolgen besonders stark ausgeprägt, wenn der sexuelle Missbrauch in einem religionsspezifischen Zusammenhang stattgefunden hat. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Betroffenenbefragung zu diesen Aspekten spezifischer thematisiert.

Potenzielle Langzeitfolgen des sexuellen Missbrauchs in Form von physischen und psychischen Beeinträchtigungen wurden im vorliegenden Rahmen mithilfe von fünf Subskalen des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Franke, 2000) erfasst. Mit den sogenannten BSI-Skalen lassen sich spezifische physische und psychische Belastungen abbilden, die innerhalb der letzten sieben Tage erlebt wurden. Im vorliegenden Kontext waren die Skalen Somatisierung, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus von Interesse, da diese bereits in anderen Befragungen mit Betroffenen sexuellen Missbrauchs erfolgreich eingesetzt wurden (z. B. Bottoms et al. 2003; Lueger-Schuster, 2012). Die Skala „Somatisierung“ erfasst psychische Belastungen, die durch die Wahrnehmung körperlicher Dysfunktion entstehen. Diese Items beinhalten daher grundlegende körperliche Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen. Die Items der Skala „Depressivität“ umfassen einfache Traurigkeit bis hin zur klinisch manifesten Depression. Die Skala „Phobische Angst“ enthält Items, die situationsgebundene Angstsymptome erfassen, von einem leichten Bedrohungsgefühl bis hin zur massiven phobischen Angst. Mit den Items zum „Paranoiden Denken“ können Gefühle des Verfolgtwerdens abgebildet werden. Diese Skala erstreckt sich von Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu paranoidem Denken. Die Items der Skala „Psychotizismus“ messen Symptome des psychotischen Formenkreises, sie beschreiben das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zu psychotischen Episoden.

Insgesamt umfasst das BSI 53 Items zu unterschiedlichen Symptomen. Die fünf ausgewählten Subskalen beinhalteten zusammen 28 Items. Die Betroffenen sollten jeweils anhand einer fünfstufigen Skala von 1 („gar nicht“) bis 5 („sehr stark“) bewerten, wie sehr sie in den vergangenen sieben Tagen unter dem entsprechenden Aspekt gelitten hätten.

Eine Person gilt dem Test-Manual zufolge als psychisch auffällig, wenn ihre T-Werte (standardisierten Messwerte) von mindestens zwei Skalen größer als 62 sind oder ihr Gesamtskalenwert größer als 62 ist. T-Werte zwischen 25 und 60 entsprechen den Prozenträngen bis zu 84 %. Konkret bedeutet dies, dass sich 84 % der Personen einer normierten Vergleichs-

stichprobe bezüglich ihrer Selbsteinschätzung der innerhalb der letzten sieben Tage erlebten Belastungen in diesem Bereich befinden. Franke (2000) zufolge fallen die Werte von zwei Dritteln der Normstichprobe in den T-Wert-Bereich zwischen 40 und 60. Daher gelten Personen erst dann als stark belastet oder klinisch auffällig, wenn ihr standardisierter Belastungswert mindestens bei 63 liegt.

In der vorliegenden Befragung konnten den benannten Kriterien zufolge 83.3 % der Betroffenen als stark psychisch belastet identifiziert werden. Das heißt, diese Befragten wiesen auf mindestens zwei BSI-Skalen einen normierten T-Wert ≥ 63 auf. Vergleichbare Ergebnisse traten beispielsweise in der Befragung zu sexuellem Missbrauch durch katholische Geistliche in Österreich auf (Lueger-Schuster, 2012).

Ebenso wie bezüglich der Verbreitung von PTBS infolge erlebter sexueller Gewalt in der Kindheit finden sich in der Fachliteratur gewöhnlich Geschlechtereffekte mit Blick auf die psychische Belastung insofern, als weibliche Betroffene hier höhere Ausprägungen berichten als männliche (z. B. Benishek, Bieschke, Stöffelmayr, Mavis & Humphreys, 1992; Lueger-Schuster, 2012; Meyerson, Long, Miranda & Marx, 2002). In der vorliegenden Befragung traten diese Effekte wiederum nicht auf, $\chi^2(1, N = 102) < 1$, wobei bei weiblichen Betroffenen deskriptiv häufiger eine klinische Auffälligkeit im Sinne der verwendeten BSI-Skalen vorlag als bei männlichen Betroffenen (88.5 % vs. 81.6 %). Dies galt ebenfalls bei der Betrachtung der einzelnen Skalen (alle $p > .312$).

Die insgesamt außerordentlich hohe Belastung trat erwartungsgemäß auch auf den einzelnen BSI-Skalen auf. Diese detaillierten Ergebnisse werden im Folgenden beschrieben.

Psychische Belastungen aufgrund der Wahrnehmung körperlicher Dysfunktionen (Somatisierung)

Betroffene erdulden häufig noch nach vielen Jahren psychische Auswirkungen der sexuellen Missbrauchserfahrungen (MacMillan et al., 2001). Beispielsweise leiden sie unter psychischen Belastungen aufgrund der Wahrnehmung körperlicher Dysfunktionen, welche sie in bedeutsamer Weise in ihren sozialen, privaten oder sonstigen Funktionen einschränken. Gerade kritische Lebensereignisse wie sexuelle Übergriffe sind eine häufige Ursache von Somatisierungsstörungen (Wittchen & Hoyer, 2011).

Die körperlichen Beschwerden legen zumeist eine medizinische Erkrankung nahe, während eine medizinische Diagnose keinerlei organische

Ursachen für die Symptome identifizieren kann (Wittchen & Hoyer, 2011). Die Beschwerden reichen von Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen über Herz- und Brustschmerzen bis hin zu Schwierigkeiten beim Atmen (Franke, 2000). Auch Taubheit und Kribbeln sowie Schwächegefühle in einzelnen Körperteilen stellen typische Symptome dar.

Die zum Symptombild der Somatisierung gehörenden Fragen wurden den Anweisungen des Test-Manuals (Franke, 2000) entsprechend zusammengefasst und als Symptomgruppe ausgewertet. Insgesamt wiesen 59.8 % der Betroffenen einen normierten T-Wert von 63 oder mehr auf und galten somit als stark belastet. Ähnliche Ergebnisse fand beispielsweise Lueger-Schuster (2012) in ihrer Studie.

Im Vergleich mit den bisher berichteten Ergebnissen zu psychischen Belastungen fällt auf, dass knapp die Hälfte der Betroffenen (47.6 %) im Mittel keine Somatisierungssymptome benannte. Gleichzeitig erlebte fast jede bzw. jeder dritte Betroffene (30.9 %) mindestens „ziemliche“ Belastungen dieser Art in der zurückliegenden Woche. Besonders stark waren die Befragten eigenen Angaben zufolge durch Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen belastet: Hier schilderten insgesamt 40.8 % der Teilnehmenden „ziemliche“, „starke“ oder „sehr starke“ Beeinträchtigungen.

Psychische Belastung aufgrund von depressiven Symptomen

Betroffene sexuellen Missbrauchs im Kindesalter sind besonders anfällig für die Ausprägung depressiver Symptome (z. B. Jumper, 1995; siehe auch Polusny & Follette, 1995), denn die Vulnerabilität für die Entwicklung einer Depression kann schon in der Kindheit durch kritische Lebensereignisse wie Vernachlässigung und Missbrauchserfahrungen deutlich erhöht werden (Bifulco, Brown, Moran, Ball & Campbell, 1998). Während fast jeder Mensch im Laufe seines Lebens vereinzelt depressive Indikatoren wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit erlebt, spricht man von einer Depression erst, wenn diese und andere Beschwerden eine bestimmte Dauer, Persistenz und Intensität überschreiten (Wittchen & Hoyer, 2011). Die Beschwerden der Depression umfassen beispielsweise ein gesunkenes Interesse am allgemeinen Leben und verminderte Motivations- sowie Energieressourcen (Franke, 2000). Eine steigende, ausgeprägte Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit bis hin zur Suizidalität weisen ebenso auf die Ausprägung einer Depression hin (Wittchen & Hoyer, 2011).

Die Angaben der Betroffenen wurden wiederum dem Test-Manual entsprechend ausgewertet (Franke, 2000). Demzufolge galten drei Viertel der befragten Betroffenen sexuellen Kindesmissbrauchs durch katholische Geistliche in der vorliegenden Studie als stark belastet durch depressive Beschwerden (75.5 %). Diese drastischen, den Lebensalltag immens beschränkenden Symptome wurden in der vorliegenden Betroffenenbefragung im Mittel von fast der Hälfte der Geschädigten als „ziemlich“ bis „sehr stark“ berichtet (46.9 %), wobei vor allem ausgeprägte Einsamkeitsgefühle und Schwermut vorherrschten. Sehr starke Symptomausprägungen wurden von 15.2 % der Befragten beschrieben, vorrangig unter Angabe von Einsamkeitsgefühlen und Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft.

Psychische Belastung aufgrund von phobischen Ängsten

Kindesmissbrauch ist ein existenzbedrohender Einschnitt in das Leben der Minderjährigen, der die Entwicklung des Gespürs für Gefahren immens beeinflusst (Briere & Elliott, 1994). Es wird angenommen, dass der frühe sexuelle Missbrauch eine Überschätzung von Gefahren erzeugt, welche die Annahmen des Kindes über sich selbst und die Welt modifiziert (Stein et al., 1996). Die daraus potenziell resultierende, erhöhte Ängstlichkeit bei Betroffenen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen wird im Folgenden fokussiert. Phobische Ängste reichen von einem latenten Gefühl der Bedrohung bis hin zu andauernder unangemessener Furcht (Franke, 2000), welche die Betroffenen in ihrem Lebensalltag deutlich beeinträchtigen kann (Wittchen & Hoyer, 2011). Diese Furcht kann zum Beispiel durch bestimmte Personen, Orte, Situationen oder Gerüche ausgelöst werden. Das Beispielitem „[Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter] der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden?“ verdeutlicht, dass die Betroffenen zumeist mit Flucht- und Vermeidungsverhalten auf die angstauslösenden Reize reagieren (Franke, 2000). Insgesamt waren 70.6 % der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer den Kriterien des Test-Manuals entsprechend (Franke, 2000) auffällig stark durch phobische Ängste belastet.

Im Mittel schilderten mehr als ein Drittel der Betroffenen (34.1 %), „ziemlich“ bis „sehr stark“ unter Angstattacken bei Konfrontationen mit bestimmten Personen, Orten oder Situationen zu leiden. Gleichzeitig waren durchschnittlich 52.0 % der Geschädigten in dieser Hinsicht mit Blick auf die zurückliegenden sieben Tage eigenen Angaben zufolge beschwer-

defrei. Besonders häufig wurde angegeben, mindestens „ziemlich“ unter einer „Abneigung gegen Menschenmengen, zum Beispiel beim Einkaufen oder im Kino“ zu leiden (45.6 %). Insgesamt ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass zwar etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen keine phobischen Ängste schilderten, die restlichen 48.0 % aber je nach Ausmaß der Beschwerden und dem Symptom der Angststörung aufgrund des sexuellen Missbrauchs immens in ihrem Lebensalltag eingeschränkt waren.

Psychische Belastung aufgrund von Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühlen (Paranoides Denken)

Auch Symptome in Zusammenhang mit stark erhöhtem Misstrauen in interpersonellen Beziehungen und ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühlen belasten Betroffene sexuellen Missbrauchs häufig (Briere & Elliott, 1994; Jumper, 1995). Menschen, deren Intimsphäre und Selbstbestimmung im Rahmen des Missbrauchs tiefgreifend missachtet wurde, neigen zu erhöhter Feindseligkeit, gesteigertem Argwohn und einer immensen Angst vor einem weiteren Autonomieverlust (Franke, 2000). Diese misstrauischen Kognitionen werden in der klinischen Psychologie als „Paranoides Denken“ betitelt. Das Item „[Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter] dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann?“ erfasst zum Beispiel die erklärte Skepsis gegenüber anderen Personen. Diese Skepsis wird durch die Annahme eigener Unzulänglichkeit ergänzt. Minderwertigkeitsgefühle manifestieren sich beispielsweise in dem Gefühl, ständig beobachtet zu werden oder das Gesprächsthema anderer Menschen zu sein.

Insgesamt erreichten in der vorliegenden Befragung 76.5 % der Betroffenen einen normierten T-Wert von 63 oder mehr und waren den Kriterien des Test-Manuals zufolge durch paranoides Denken auffällig stark belastet. Im Vergleich mit den mittleren Häufigkeiten aller im vorliegenden Rahmen verwendeten BSI-Skalen wiesen die Befragten hier im Mittel die häufigsten Belastungen auf: Lediglich 29.6 % der Betroffenen fühlten sich durchschnittlich „gar nicht“ durch paranoides Denken beeinträchtigt. Mit 48.3 % berichtete im Mittel fast jede bzw. jeder zweite Betroffene, mindestens „ziemlich“ beispielsweise unter gesteigertem Misstrauen oder erhöhten Minderwertigkeitsgefühlen zu leiden. Als besonders belastend wurden das Gefühl, „dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden“, und das Gefühl, „dass man den meisten Leuten nicht trauen kann“, dargestellt. Es bleibt festzuhalten, dass insgesamt sieben von zehn

Betroffenen diese pathologischen Symptome berichteten und das paranoide Denken damit eine sehr verbreitete psychologische Langzeitfolge des sexuellen Missbrauchs darstellte.

Psychische Belastung aufgrund von verzerrten Gedanken (Psychotizismus)

Eine Belastung durch verzerrte Gedanken umfasst Veränderungen in der Wahrnehmung und dem Denken, die sich beispielsweise in Form von unorganisierten und nicht rationalen Kognitionen ausdrückt. Eine Person, die auf Basis solcher Veränderungen fehlerhafte Schlussfolgerungen aus realen Situationen oder Gegebenheit zieht, ohne dabei Einsicht in den pathologischen Charakter selbiger zu gewinnen, weist Merkmale einer psychotischen Störung auf (Wittchen & Hoyer, 2011). Diese hat neben den Einschränkungen in der Wahrnehmung und dem Denken auch Auswirkungen auf das Bewusstsein und das Ich-Erleben der Erkrankten (Wittchen & Hoyer, 2011). Eine Störung des Ich-Erlebens ist beispielsweise durch das Gefühl charakterisiert, jemand könne in die eigenen Gedanken eingreifen (Leube & Pauly, 2008). Das Item „[Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter] der Idee, dass irgendjemand Macht über ihre Gedanken hat?“ veranschaulicht diese Kognition. Auch starke Einsamkeitsgefühle, obwohl man sich in Gesellschaft befindet, sowie das Empfinden, keine tiefgreifenden zwischenmenschlichen Verbindungen eingehen zu können, werden mit der Psychotizismus-Skala erfasst (Franke, 2000).

Insgesamt litten 70.6 % der Betroffenen nach den Kriterien des Test-Manuals auffällig stark an psychotischen Symptomen. Besonders traf dies auf den Eindruck zu, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können. Davon waren eigenen Angaben zufolge mehr als zwei Drittel der Befragten mindestens „ziemlich“ betroffen. Im Durchschnitt äußerten mehr als die Hälfte der Betroffenen (53.7 %), die erfragten psychotischen Beschwerden bei sich wahrgenommen zu haben. Neben dem Eindruck, keine Nähe zu anderen Personen aufbauen zu können, waren hier Einsamkeitsgefühle vorherrschend, die auch in Gesellschaft fortbestanden (59.2 %). Obwohl im Mittel 46.3 % der Befragten keinerlei Leidensdruck durch die vorgestellten psychotischen Symptome aufwiesen, unterstreichen diese Ergebnisse die enormen psychischen Langzeitfolgen für Betroffene sexuellen Missbrauchs, da schon eine geringe Ausprägung derart pathologischer Symptome schwerwiegende subjektive Beeinträchtigungen mit sich bringen können (siehe z. B. Beitchman et al., 1992).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in allen der im vorliegenden Rahmen erfassten Bereiche der BSI-Skalen mehr als die Hälfte der Betroffenen als hoch belastet identifiziert wurden. Zu Vergleichszwecken sind diese Ergebnisse in Tabelle 4 überblicksartig zusammengefasst.

Tabelle 4. Anteile der Betroffenen mit hohen psychischen BSI-Belastungen insgesamt und nach Geschlecht in gültigen Prozent (N = 102)

	Gesamt (N = 102)	Männliche Betroffene (n = 76)	Weibliche Betroffene (n = 26)	p
Somatisierung	59.8 %	60.5 %	57.7 %	.799
Depressivität	75.5 %	76.3 %	73.1 %	.740
Phobische Angst	70.6 %	69.7 %	73.1 %	.747
Paranoides Denken	76.5 %	78.9 %	69.2 %	.313
Psychotizismus	70.6 %	68.4 %	76.9 %	.411

Anmerkungen. Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die jeweiligen Anteile der Befragten, die mit einem T-Wert ≥ 63 dem Test-Manual (Franke, 2000) zufolge als stark belastet galten.

Lueger-Schuster (2012) verwendete in ihrer Befragung Betroffener sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche in Österreich ebenfalls die BSI-Skalen. Daher bot sich ein direkter Vergleich an dieser Stelle an. Während in der vorliegenden Studie keine signifikanten Geschlechterunterschiede zu verzeichnen waren, traten diese bei Lueger-Schuster abgesehen von der Somatisierung in allen vier anderen Bereichen auf. Die Häufigkeiten der als stark belastet identifizierten Betroffenen waren sich hingegen recht ähnlich, wobei in der österreichischen Befragung vor allem in den Bereichen Phobische Angst und Psychotizismus niedrigere Werte auftraten. Dort waren wiederum besonders die weiblichen Betroffenen stark durch den sexuellen Missbrauch belastet.

III.3 Wechselwirkungen mit anderen Faktoren

In den vorangegangenen Abschnitten hat sich gezeigt, dass sich das Erleben sexueller Gewalt in der Kindheit und Jugend auch noch lange Zeit nach dem Ende des Missbrauchs auf das psychische und physische Wohlbefinden der Betroffenen auswirken kann. Nun stellt sich die Frage, ob

zum einen bestimmte Faktoren bestehen, die das Ausmaß der erlebten Konsequenzen noch verstärken können. Zum anderen ist von besonderem Interesse, inwiefern möglicherweise sogenannte Protektivfaktoren existieren, welche die Betroffenen vor den erlebten Konsequenzen gewissermaßen schützen bzw. deren Stärke abschwächen.

Vielfach wurde in der Literatur berichtet, dass Frauen stärker unter den Konsequenzen sexuellen Kindesmissbrauchs leiden als Männer (z. B. Beitchman et al., 1992; Kessler et al., 1995; MacMillan et al., 2001). Dies traf in der vorliegenden Befragung weder auf das Bestehen einer PTBS, noch auf psychische oder physische Belastungen zu, die mithilfe der BSI-Skalen erfasst worden waren. Da bezüglich der unmittelbaren Folgen des sexuellen Missbrauchs der Kontext, innerhalb dessen die Viktimisierung stattgefunden hatte, als verstärkender Faktor identifiziert werden konnte, sollte diese Variable auch mit Blick auf die langfristigen Folgen betrachtet werden. Zudem wurde das Erleben von Gewalt in der Kindheit durch die Eltern bzw. die primären Erziehungspersonen als potenziell beeinträchtigende Variable in Betracht gezogen.

Sowohl das Aufwachsen in einem Heim als auch physische Übergriffe durch die Eltern bzw. die primären Erziehungspersonen gelten als Lebensereignisse, die Traumatisierungen erzeugen können. Demzufolge kann man bei Betroffenen, die ihre Kindheit oder Jugend in einem Heim verbrachten und dort sexuellen Missbrauch erleben mussten sowie bei Betroffenen, die in ihrer Kindheit elterliche Gewalt und zusätzlich sexuellen Missbrauch erfuhren, von multiplen Traumatisierungen sprechen. Empirisch konnte bereits nachgewiesen werden, dass der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und psychischen Störungen im Erwachsenenalter durch das Erleben weiterer Traumata in der Kindheit verstärkt wird (z. B. Banyard, Williams & Siegel, 2001). Betroffene, die multiple Traumatisierungen aufweisen, berichten im Erwachsenenalter eine geringere Lebenszufriedenheit (Whitelock et al., 2013) und ein signifikant erhöhtes Ausmaß psychischer Beschwerden (Banyard et al., 2001).

Demgegenüber ist anzunehmen, dass verstärkte positive Zuwendung in der Kindheit durch die Eltern bzw. die primären Erziehungspersonen sowie die sogenannte individuelle Resilienz schützend vor späteren psychischen Beeinträchtigungen wirken. Bei der Resilienz handelt es sich um ein Konstrukt, um zu erklären, warum Personen unterschiedlich stark auf vergleichbare, traumatisierende Erlebnisse reagieren (Rutter, 1995). Mit anderen Worten bezeichnet Resilienz die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen (Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß & Brähler, 2005). Um das Ausmaß der indi-

viduellen Resilienz abbilden zu können, wurde in der vorliegenden Befragung der RS-11 eingesetzt (Schumacher et al., 2005). Er enthält elf Fragen zur Akzeptanz des Selbst und des eigenen Lebens sowie Aussagen zur persönlichen Kompetenz, die anhand einer siebenstufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ zu bewerten sind. Beispielsweise wird die Zustimmung zu dem Item „Normalerweise schaffe ich alles irgendwie“ erhoben.

Tabelle 5. Durchschnittliche aktuelle psychische Belastung im Sinne einer PTBS (PCL-C Summenscore) und im Sinne der BSI-Skalen (relativierter GSI) in Abhängigkeit vom Missbrauchskontext ($N \geq 103$)

	Missbrauchskontext		
	Heim ($n = 31$)	Internat ($n \geq 19$)	Nicht-institutionell ($n = 53$)
PTBS-Summenscore	$M = 61.19$ ($SD = 17.91$) ^a	$M = 43.90$ ($SD = 18.11$) ^b	$M = 48.87$ ($SD = 15.27$) ^b
Relativierter GSI	$M = 1.84$ ($SD = 0.94$) ^a	$M = 1.02$ ($SD = 0.81$) ^b	$M = 1.21$ ($SD = 0.71$) ^b

Anmerkungen. Mittelwerte mit verschiedenen Indizes unterscheiden sich signifikant bei $p < .005$ (Bonferroni-korrigierte paarweise Vergleiche).

Um Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit psychischer Langzeitfolgen sexuellen Missbrauchs in Abhängigkeit vom Missbrauchskontext aufzudecken zu können, wurden zwei Varianzanalysen berechnet.⁷ In Einklang mit den zuvor explizierten Überlegungen zeigte sich, dass Betroffene, die innerhalb eines Heimkontexts viktимиert worden waren, sowohl ein höheres Risiko einer späteren PTBS, $F(2, 103) = 8.00, p = .001, \eta_p^2 = .137$, als auch ein erhöhtes Risiko weiterer physischer und psychischer Auffälligkeiten aufwiesen, $F(2, 102) = 8.14, p = .001, \eta_p^2 = .140$ (siehe Tabel-

⁷ Mithilfe einer Varianzanalyse (F -Test) können Unterschiedshypothesen getestet werden. Die zentrale Prüfgröße ist der F -Wert. Wenn F einen kleineren Wert als 1 annimmt, bestehen mit einer im Vorfeld festgelegten Wahrscheinlichkeit zwischen den verglichenen Gruppen keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf die betrachtete Variable. Die Größe eines beobachteten Effekts lässt sich unter anderem anhand der Effektstärke η_p^2 bestimmen. Weiterführende Erläuterungen finden sich beispielsweise bei Bortz (2005).

le 5).⁸ Diese Betroffenen litten folglich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit im (späten) Erwachsenenalter unter einer PTBS und anderen klinisch relevanten Auffälligkeiten. Gleichzeitig ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich dieser Risiken zwischen Betroffenen, die innerhalb eines Internatskontexts viktimisiert worden waren, und Betroffenen, die in einem nicht-institutionellen Kontext missbraucht worden waren (beide $p > .773$).

Erwartungsgemäß hing darüber hinaus das Erleben physischer Gewalt in der Kindheit durch Eltern oder primäre Erziehungspersonen mit dem Risiko einer PTBS, $r(103) = .412$, $p < .001$,⁹ und anderen psychischen Auffälligkeiten im Sinne der BSI-Skalen, $r(102) = .393$, $p < .001$, zusammen. Entsprechend bestand für Betroffene sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche, die zusätzlich physische Gewalt durch ihre Eltern bzw. primären Erziehungspersonen erfahren hatten, ein höheres Risiko, später unter psychischen Auffälligkeiten im Sinne der BSI-Skalen oder einer PTBS zu leiden.

Mithilfe von multivariaten Analysen konnte zum einen dem Zusammenwirken der bereits betrachteten Faktoren und zum anderen dem Einfluss weiterer Variablen auf das Risiko psychischer Langzeitfolgen von in der Kindheit erlebter sexueller Gewalt nachgegangen werden (siehe Tabelle 6). Die Auswahl der betrachteten Prädiktoren richtete sich wiederum einerseits nach den zuvor berichteten Ergebnissen (z. B. Betroffenengeschlecht, Missbrauchskontext) und andererseits nach den bereits explizierten theoretischen Überlegungen (z. B. Resilienz).

Vergleichbar mit den unmittelbaren Folgen erwies sich hier für beide Arten von langfristigen Auswirkungen der Gewaltviktимierung die Anzahl der unterschiedlichen Tathandlungen als stärkster Prädiktor. Mit anderen Worten stiegen mit der Anzahl der unterschiedlichen erlebten Tathandlungen die Risiken von PTBS im Erwachsenenalter und weiterer psychischer Auffälligkeiten im Sinne der BSI-Skalen. Erwartungsgemäß hing auch in diesen Analysen die durch Eltern bzw. primäre Erziehungsperso-

8 Als abhängige Variablen bzw. Kriterien wurde in diesen und den folgenden Analysen der Summenscore aller PCL-C-Items bzw. ein an der Anzahl der erfassten BSI-Skalen relativierter globaler Kennwert (GSI) verwendet.

9 Beim Korrelationskoeffizienten r handelt es sich um ein Maß für den Zusammenhang zwischen zwei Variablen. Er variiert zwischen 0 und 1. Je größer r ist, desto stärker hängen die betrachteten Variablen zusammen. Bei der Interpretation von r ist zu beachten, dass aufgrund eines statistisch bedeutsamen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen nicht auf Kausalität geschlossen werden kann. Weitere Erläuterungen finden sich zum Beispiel bei Bortz (2005).

nen in der Kindheit erlebte körperliche Gewalt mit beiden späteren psychischen Auffälligkeiten zusammen.

Tabelle 6. Faktoren, die das Risiko psychischer Langzeitfolgen erlebten sexuellen Missbrauchs in der Kindheit beeinflussten (standardisierte β -Koeffizienten)

	PTBS-Summenscore	Relativierter GSI
Betroffenengeschlecht^a	-.181⁺	< .001
Missbrauchskontext ^b	-.111	-.088
Missbrauchsdauer ^c	-.129	.002
Erstviktimsierungsalter ^d	-.118	-.020
Religiöser Kontext ^e	.054	.060
Anzahl unterschiedlicher Tathandlungen^f	.350**	.280*
Gewalt^g	.270*	.289*
Resilienz^h	-.259**	-.291**
Zuwendung ⁱ	.062	.098
Zusammenfassung	<i>R</i> ² = .357, <i>F</i> (9, 85) = 4.68***	<i>R</i> ² = .346, <i>F</i> (9, 85) = 4.46***

Anmerkungen. ^a 1 = Weiblich, 2 = Männlich; ^b 1 = Institutioneller Kontext, 2 = Nicht-institutioneller Kontext; ^c 0 bis 14 Jahre; ^d 3 bis 17 Jahre; ^e Einbettung der Missbrauchshandlungen in eine religiöse Handlung: 1 = Nein, 2 = Ja; ^f 1 bis 14; ^g Körperliche Gewalt durch Eltern bzw. primäre Erziehungspersonen in der Kindheit erlebt (Mittelwert), 1 bis 5; ^h Summenwert (11 bis 77); ⁱ In der Kindheit durch Eltern bzw. primäre Erziehungspersonen erfahrene Zuwendung (Mittelwert), 1 bis 5. ⁺ *p* = .068; * *p* ≤ .050; ** *p* ≤ .010; *** *p* ≤ .001

Als Schutzfaktor zeichnete sich die individuelle Resilienz ab, da eine hohe Resilienz mit einem insgesamt geringeren Ausmaß an BSI-Symptomen und PTBS-Symptomen einherging. Folglich milderte eine hohe Resilienz, also eine starke psychische Widerstandskraft und Selbstwirksamkeitserwartung, das Risiko, starke und andauernde psychische Belastungen aufgrund des erlebten Missbrauchs auszubilden. Eine protektive Wirkung der Zuwendung durch Eltern bzw. primäre Erziehungspersonen ließ sich hingegen nicht nachweisen. Diesen Ergebnissen zufolge schützte die im Kindes- und Jugendalter erlebte positive Zuwendung durch nahe Bezugsper-

sonen die Betroffenen nicht vor späteren psychischen Beeinträchtigungen infolge des sexuellen Missbrauchs.

Insgesamt stehen die Befunde der vorliegenden Befragung größtenteils in Einklang mit den von anderen Autorinnen und Autoren berichteten Forschungsergebnissen (siehe z. B. Lueger-Schuster, 2012). Abschließend ist festzuhalten, dass die langfristigen Folgen des erlebten sexuellen Missbrauchs für die Betroffenen erheblich waren. Besonders deutlich wird dies, wenn man die Komorbiditäten, also das gemeinsame Auftreten der in dieser Studie erfassten Folgen, betrachtet (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7. Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs auf die aktuelle psychische Befindlichkeit der Betroffenen in gültigen Prozent (N = 102)

	PTBS-Summenscore		
	≥ 44	< 44	Gesamt
BSI-Gesamt	(T-Wert ≥ 63)	62.75 %	14.71 %
	(T-Wert < 63)	1.96 %	20.59 %
	Gesamt	64.71 %	35.30 %
			100 %

Legt man zur PTBS-Diagnose einen Cutoff-Wert des Summenscores von ≥ 44 zugrunde und betrachtet die entsprechende PTBS-Verbreitung in Abhängigkeit von dem Vorliegen psychischer Belastungen aufgrund eines T-Werts von ≥ 63 in den BSI-Skalen, wird ersichtlich, dass insgesamt bei lediglich 15 Personen (14.7 %) *weder* eine PTBS, *noch* eine Auffälligkeit im Sinne der BSI-Skalen vorlag. Mit anderen Worten litten in der vorliegenden Befragung 85.3 % der Betroffenen von sexuellem Missbrauch im Kindes- oder Jugendalter auch im Mittel noch 45 Jahre nach der Victimisierung unter deren Folgen. Dieser Befund steht ebenfalls in Einklang mit vergleichbaren Studien: Beispielweise berichteten Carr et al. (2010) in ihrer Stichprobe eine Quote von 82 % psychischer Auffälligkeiten infolge sexuellen Missbrauchs im religiösen Kontext (siehe auch z. B. Wolfe, Francis & Straatman, 2006).

IV. Folgen des sexuellen Kindesmissbrauchs für die Religiosität der Betroffenen

Im Folgenden stellen wir die Ergebnisse der Auswirkungen des widerfahrenen Missbrauchs auf die spätere Religiosität bzw. die Einstellungen der Betroffenen zu Glauben und Kirche sowie auf ihre religionsbezogenen Verhaltensweisen dar. Betroffene sexuellen Missbrauchs erleben oft einen starken Vertrauensverlust und Gefühle des Verrats, besonders wenn die sexuellen Übergriffe durch eine vertraute Person erfolgen (Bange, 1995). Da in der vorliegenden Betroffenenbefragung die Täterinnen bzw. Täter die katholische Kirche repräsentierten, lag es nahe, dass die Gefühle des Verrats und ausgenutzten Vertrauens auf die Kirche und den Glauben projiziert wurden (Doyle, 2006). Diese Einschätzung wurde beispielsweise von Haslbeck (2007, S. 7) pointiert ausgedrückt: „Für Traumatisierte wird vor allem eines zum Problem: der Vertrauensverlust – in die eigenen Fähigkeiten, zu den Mitmenschen, in die Lebenseinstellung. Das brüchig gewordene Vertrauen in die Welt bezieht sich auch und gerade auf Gott“.

IV.1 Einstellungen zu Glauben, Religion und Kirche

Die vorliegenden Angaben der Betroffenen spiegelten die soeben dargestellten Überlegungen prinzipiell wider. Rückblickend berichteten insgesamt 67.0 % der Befragten, dass ihnen persönlich Religion und Glaube in der Zeit bis zum sexuellen Missbrauch wichtig bzw. sehr wichtig gewesen waren, entsprechend empfand ein Drittel der Geschädigten Religion und Glauben rückblickend bereits vor dem Beginn des sexuellen Missbrauch als eher bzw. völlig unwichtig. Die Bedeutung von Religion und Glauben war den Angaben der Betroffenen zufolge zum Befragungszeitpunkt signifikant zurückgegangen, $t(102) = 6.12, p < .001, d = 0.79$. Das heißt, zum Zeitpunkt der Befragung, also zwischen 20 und 64 Jahren nach dem Beginn der sexuellen Übergriffe durch katholische Geistliche, bezeichnete nur noch in etwa ein Drittel der Betroffenen Religion und Glauben als eher bzw. sehr wichtige Bestandteile ihres Lebens. Anscheinend hatte der sexuelle Missbrauch durch die Vertreterinnen und Vertreter der katholischen Kirche einen Einfluss auf die Einstellungen der Betroffenen zu Religion und Glauben. In Tabelle 8 sind diese Zusammenhänge veranschaulicht.

Tabelle 8. Persönliche Bedeutsamkeit von Religion und Glauben bis zum Zeitpunkt des sexuellen Missbrauchs und zum Befragungszeitpunkt in gültigen Prozent (N = 103)

		Religion und Glaube heute		
		(eher) unwichtig	(eher) wichtig	Gesamt
Religion und	(eher unwichtig)	25.2 %	7.8 %	33.0 %
Glaube vor dem	(eher) wichtig	38.8 %	28.2 %	67.0 %
Missbrauch	Gesamt	64.0 %	36.0 %	100 %

Ein Viertel der Betroffenen teilte mit, sowohl vor als auch nach den sexuellen Übergriffen keinen starken Bezug zu Religion und Glauben gehabt zu haben. Ins Auge fällt zudem jene vergleichsweise kleine Gruppe von Befragten (7.8 %), in deren Leben Religion und Glaube vor der Tat keine große Rolle spielte, die nach der Tat jedoch offensichtlich Halt darin fanden. Besonders hervorzuheben ist die Schilderung von 38.8 % der Betroffenen, die berichteten, dass sie dem Glauben und der Religion vor dem sexuellen Missbrauch eine hohe Relevanz zugeschrieben hatten, sich nach der sexuellen Gewalterfahrung hingegen eher davon abwandten. Bei fast jeder bzw. jedem dritten Befragten wurde die Gläubigkeit eigenen Angaben zufolge gar nicht durch die erlebten Missbrauchshandlungen beeinflusst.

Neben den eher allgemeinen Fragen nach der Bedeutung von Religion und Glauben beantworteten die Betroffenen vier spezifischere Items zu wahrgenommener Unterstützung und Trost durch den Glauben und die Kirche zum Zeitpunkt der Befragung. Die Angaben der Befragten präsentierte ein divergentes Bild (siehe Abbildung 5).

Insgesamt berichteten knapp drei von zehn Betroffenen (29.0 %), dass sie Unterstützung und Trost im Glauben fänden (siehe Abbildung 5, Abschnitt A). Insbesondere war auffällig, dass eine Differenzierung zwischen dem Vertrauen in die Institution Kirche (Abschnitt B) und dem Vertrauen in Gott (Abschnitt C) erfolgte. Nur insgesamt 4.0 % der Geschädigten bekundeten Vertrauen in die Kirche, während 43.6 % äußerten, Vertrauen in Gott zu haben. Während sich die Antworten zwischen den vier Items recht ähnlich waren (Cronbach's $\alpha = .82$), erfuhr das Item „Ich habe Vertrauen in die Kirche“ mit 83.2 % besonders viel Ablehnung. Weiterhin indizierte der Fakt, dass zwei von fünf Betroffenen berichteten, sich besser allein als im Rahmen des Gottesdienstes auf das Gespräch mit Gott einlassen zu

können (Abschnitt D), dass das kirchlich organisierte Praktizieren von Religiosität einem individuellen Ausleben von Glauben gewichen war.

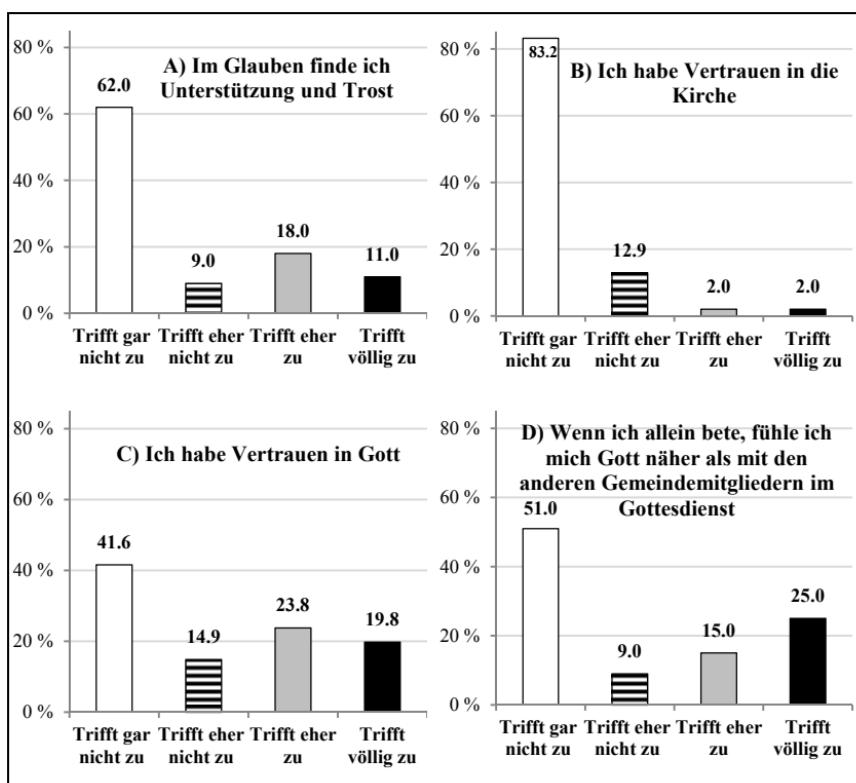


Abbildung 5. Mittlere Häufigkeiten der vier Items zu wahrgenommener Unterstützung durch Trost durch Glauben und die Kirche zum Befragungszeitpunkt in gültigen Prozent ($N \geq 100$)

Dieses Postulat einer Individualisierung und Privatisierung von Religion wurde bereits vielfach diskutiert (z. B. Kaufmann, 1989; Luckmann, 1967) und fand sich nicht nur in den Einstellungen, sondern auch in den religionsbezogenen Verhaltensweisen der Betroffenen wieder, wie in den folgenden Abschnitten dargestellt wird. Die Befunde zur religiösen Einstellung zeigen vor allem einen deutlichen Rückgang kirchenbezogener Religiosität. Außerdem wurde ersichtlich, dass der religiöse Glaube im Allgemeinen und der persönliche Glaube an Gott trotz einer häufig stattfinden-

den Abwendung von der katholischen Kirche für viele Betroffene noch eine Rolle spielt.

IV.2 Verhaltensweisen mit Bezug zu Glauben, Religion und Kirche

Der angesprochenen Tendenz zu Individualisierung und Privatisierung von Religion entsprechend zeigte sich eine stärkere Abnahme der Kirchenbesuche, $t(103) = 17.47, p < .001, d = 2.49$, im Vergleich zur Abnahme der Häufigkeit von Gebeten, $t(103) = 10.14, p < .001, d = 1.31$. Insgesamt hatte sich die Häufigkeit beider Verhaltensweisen den rückblickenden Angaben der Betroffenen zufolge seit dem Missbrauch stark verändert.

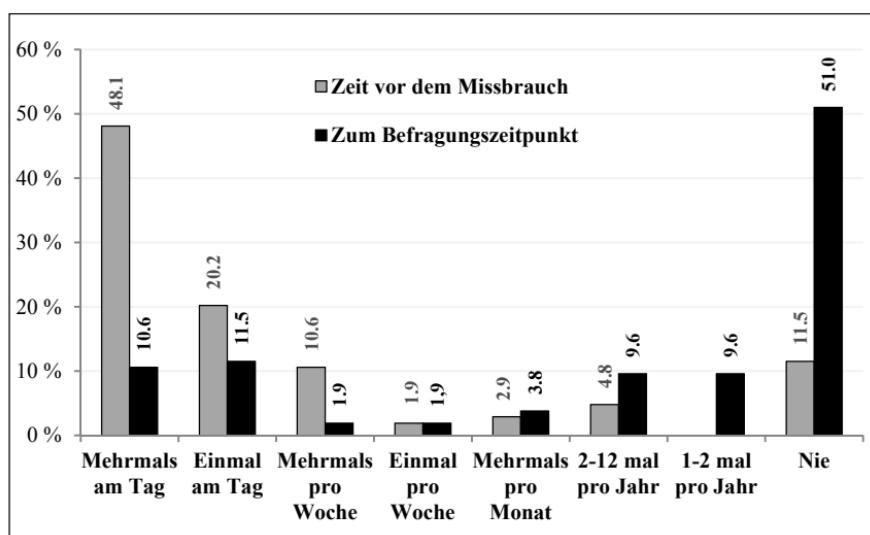


Abbildung 6. Antworten der Betroffenen auf die Frage, wie häufig sie zu der Zeit vor dem sexuellen Missbrauch und heute beteten in gültigen Prozent ($N = 104$)

Abbildung 6 veranschaulicht, wie sich die Häufigkeit des Gebets nach der Missbrauchserfahrung entwickelte. Sehr deutlich ist zu sehen, dass sich mehr als zwei Drittel der Befragten (68.3 %) vor der sexuellen Missbrauchserfahrung mehrmals täglich oder zumindest einmal pro Tag im Gebet an Gott wandten. Zum Befragungszeitpunkt beteten hingegen nur noch gut zwei von zehn Betroffenen mindestens täglich (22.1 %). Die

Abwendung vom Beten zeigt sich besonders, wenn man den Anstieg an Personen betrachtet, die lediglich ein- bis zweimal pro Jahr oder nie das Zwiegespräch mit Gott suchten: Während nur 11.5 % der Befragten berichteten, vor dem sexuellen Missbrauch seltener als zwei- bis zwölfmal pro Jahr oder nie gebetet zu haben, schilderten dies 60.6 % der Betroffenen für die Zeit nach der sexuellen Misshandlung.

Einschränkend ist an dieser Stelle und ebenso für die folgenden Angaben zur Häufigkeit der Kirchenbesuche anzumerken, dass aus den Berichten nicht klar hervorgeht, inwiefern die Betroffenen sich zu der Zeit bis zum sexuellen Missbrauch auf freiwilliger Basis entsprechend verhalten haben. Gerade für diejenigen Betroffenen, die ihre Kindheit oder Jugend (teilweise) im Heim oder Internat verbracht haben, ist davon auszugehen, dass die verhältnismäßig großen Häufigkeiten jener religiösen Verhaltensweisen auf die in diesen Institutionen geltenden Vorschriften zurückzuführen sind. Darüber hinaus ist auch bei Befragten, die in ihren Herkunftsfamilien aufgewachsen sind, eine Beeinflussung durch die elterlichen religiösen Einstellungen und kirchenbezogenen Verhaltensweisen anzunehmen.

Noch deutlicher stellte sich die Datenlage zur Häufigkeit der Gottesdienst- bzw. Kirchenbesuche dar (siehe Abbildung 7). In überwiegender Mehrheit (83.7 %) berichteten die Betroffenen, in der Zeit vor dem sexuellen Missbrauch mindestens einmal pro Woche aus religiösem Anlass die Kirche besucht zu haben. Bei der Betrachtung der Häufigkeiten, mit denen die Betroffenen nach den sexuellen Gewalthandlungen den Weg zur Kirche fanden, wurde eine abnehmende Tendenz sichtbar. Ein mindestens täglicher Kirchenbesuch, welcher zuvor von 14.5 % der Geschädigten geschildert wurde, erfolgte nach dem Missbrauch durch niemanden mehr. Ebenso sank die Anzahl der wöchentlichen Kirchgängerinnen und Kirchgänger um 25 Prozentpunkte auf 4.8 %. Immens verstärkt wurde diese Entwicklung dadurch, dass 76.0 % der Befragten eröffneten, nie oder nur ein- bis zweimal pro Jahr in die Kirche zu gehen.

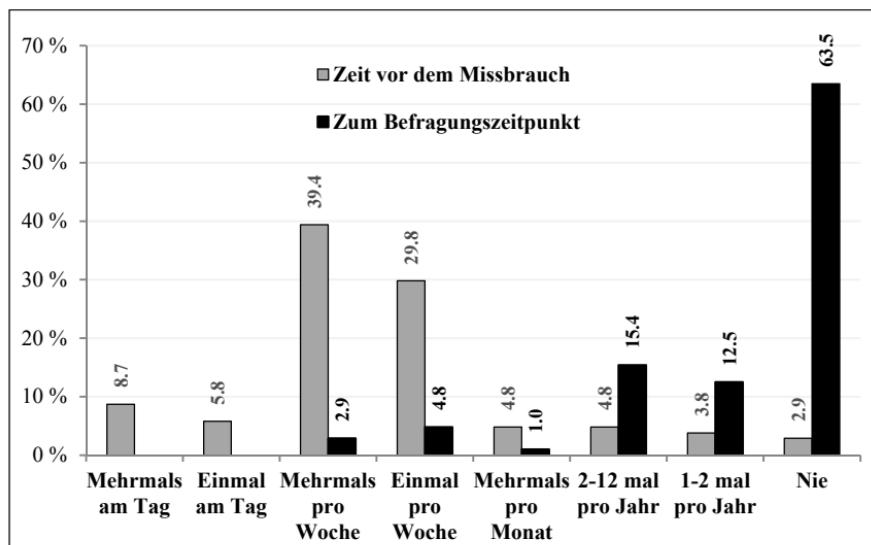


Abbildung 7. Kategorisierte Antworten der Betroffenen auf die Frage, wie häufig sie zu der Zeit vor dem sexuellen Missbrauch und heute die Kirche besuchten und beteten in gültigen Prozent ($N = 104$)

Abhängigkeiten der durchschnittlichen Häufigkeit des Kirchenbesuchs vom Geschlecht oder dem Missbrauchskontext ließen sich weder für die Zeit vor dem Missbrauch, noch für den Erhebungszeitpunkt nachweisen, alle $p > .077$. Allerdings ergab eine messwiederholte Varianzanalyse, dass neben dem generellen Rückgang in der Häufigkeit der Kirchenbesuche, $F(1, 102) = 320.90$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .759$, eine Interaktion mit dem Missbrauchskontext vorlag, $F(1, 102) = 5.79$, $p = .018$, $\eta_p^2 = .054$ (siehe Abbildung 8): Konkret war für Betroffene, die zum Missbrauchszeitpunkt in einem institutionellen Kontext (Heim oder Internat) gelebt hatten, ein stärkerer Rückgang in der Häufigkeit der Kirchenbesuche zu verzeichnen.

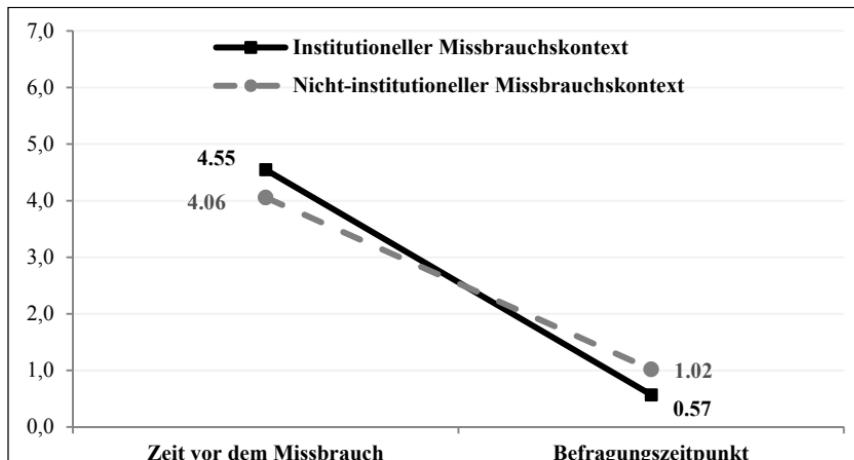


Abbildung 8. Mittlere Häufigkeit der Kirchenbesuche (0 = nie bis 7 = mehrmals am Tag) in der Zeit vor dem Missbrauch vs. zum Befragungszeitpunkt in Abhängigkeit vom Missbrauchskontext ($N = 104$)

Als weiterer Verhaltensindikator wurde das Engagement der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in kirchlichen Aktivitäten ermittelt. Diesbezüglich war eine ebenso drastische Abnahme zu verzeichnen. Ein Großteil der Geschädigten (68.7 %) gab an, in der Kindheit bis zum Missbrauch an diversen kirchlichen Aktivitäten teilgenommen zu haben. Die Betroffenen berichteten überwiegend vom Engagement in einem oder mehreren kirchlichen Aufgabenbereichen, wobei besonders häufig die Teilnahme an Messdienergruppen angeführt wurde (48.5 %).¹⁰ Insgesamt benannten lediglich 17.3 % der Befragten, dass sie in der Zeit bis zum sexuellen Missbrauch an keinerlei kirchlichen Aktivitäten partizipiert hatten. Diese Verteilung hatte sich zum Befragungszeitpunkt mehr als umgekehrt: Aktuell schilderte mit 84.6 % der Großteil der Betroffenen, an keinerlei kirchlichen Aktivitäten mehr teilzunehmen.

Die vorliegenden Ergebnisse indizieren, dass die Betroffenen sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche insbesondere Abstand von der katholischen Kirche und kirchlichen Aktivitäten genommen haben. Die Tendenz, dass der sexuelle Missbrauch durch Geistliche die Häufigkeit von Gottesdienstbesuchen und die Teilnahme an kirchlichen Aktivitäten

10 Da die Befragten hier die Möglichkeit hatten, mehrere Aktivitäten zu benennen, addieren sich die Häufigkeiten zu mehr als 100 % auf.

deutlich reduziert, konnte bereits in anderen Studien festgestellt werden. Beispielsweise führte McLaughlin (1994) als Begründung für eine unmittelbare Distanzierung von der Kirche die Angst vor Re-Viktimisierungen an. Gleichzeitig ließ sich ein Einfluss der sexuellen Übergriffe auf die persönliche Beziehung zu Gott dort ebenso wie in der vorliegenden Befragung nicht eindeutig nachweisen.

Aufgrund der beobachteten mehrheitlichen Abwendung von der katholischen Kirche und den damit verbundenen traditionellen Handlungen und Ritualen stellte sich die Frage, wie viele der Betroffenen zum Befragungszeitpunkt aus der katholischen Kirche ausgetreten waren. Von den $n = 94$ Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern mit (ursprünglich) römisch-katholischer Konfession teilten mehr als zwei Drittel (69.9 %) mit, dass sie die katholische Kirche verlassen hatten, 30.1 % hingegen waren zum Befragungszeitpunkt noch Mitglied. Von den insgesamt $n = 65$ Befragten, die aus der Kirche ausgetreten waren, hatten sich sechs Personen einer evangelischen und eine Person einer anderen Glaubensgemeinschaft angeschlossen, während 59 Personen (88.1 %) keiner anderen Religion beigetreten waren.

Die Kirchenaustritte erfolgten in den Jahren 1961 bis 2013, wobei besonders eine Häufung in der vergleichsweise kurzen Zeitspanne von 2010 bis 2013 auffiel: Zwischen 1961 und 1969 waren in der vorliegenden Stichprobe vier Kirchenaustritte (6.3 %) zu verzeichnen, von 1970 bis 1979 traten 13 Betroffene (20.6 %) eigenen Angaben zufolge aus der katholischen Kirche aus, zwischen 1980 und 1989 waren es 12 Personen (19.0 %) und im Zeitraum von 1990 bis 1999 wandten sich 11 Befragte (17.5 %) von der katholischen Kirche ab. Während zwischen 2000 und 2009 in der vorliegenden Stichprobe mit insgesamt vier (6.3 %) auffällig wenige Kirchenaustritte zu verzeichnen waren, vollzogen allein zwischen 2010 und 2013 eigenen Angaben zufolge 19 Betroffene (30.6 %) den Kirchenaustritt. Voraussichtlich hing die beobachtete Kirchenaustrittswelle seit 2010 mit dem in diesem Jahr aufgekommenen medialen Interesse an den Missbrauchsfällen in kirchlichen Kontexten zusammen, welches auch das Ausmaß der sexuellen Übergriffe durch katholische Geistliche und die Reaktionen der Kirche publik machte.

Eine vergleichbare Entwicklung ist den deutschlandweiten Statistiken zu Austritten aus der katholischen Kirche zu entnehmen. Genau wie die Betroffenenbefragung berichtete beispielsweise das Statistische Bundesamt vor 1970 von nur wenigen Austrittszahlen (Eicken, Schmitz-Veltin & Statistisches Amt der Landeshauptstadt Stuttgart, 2010). Auch die leichte Verringerung im Ausmaß der Austritte zwischen 2000 und 2009 und der

sprunghafte Anstieg seit 2010 spiegelten sich in den deutschlandweiten Statistiken zum Austritt aus der katholischen Kirche wider (Deutsche Bischofskonferenz & Evangelische Kirche in Deutschland, 2013).

Die hier beschriebene, partiell stattfindende Abwendung von der katholischen Kirche und teils auch dem Glauben selbst ist jedoch nicht ausschließlich auf die sexuellen Missbrauchserfahrungen der Betroffenen zurückführbar. Die präsentierten Ergebnisse und Aussagen sind unter anderem aufgrund der allgemein zu konstatierenden Abnahme von (kirchlich gebundener) Religiosität innerhalb der Gesellschaft zu relativieren. Der gesamtgesellschaftliche Bedeutungsverlust kirchlich institutionalisierter Religiosität ist beispielsweise an den seit 1956 stetig steigenden Austrittszahlen und an einem deutlichen, linearen Rückgang der Taufquoten in der katholischen Kirche erkennbar (Eicken et al., 2010).

Auf den ersten Blick scheinen die Befunde zur Religiosität den Ergebnissen der qualitativen Interviewstudie zu widersprechen, in welcher insbesondere ein häufig anzutreffender Rückgriff auf religiöse Glaubensvorstellungen im Umgang mit den sexuellen Missbrauchserfahrungen herausgearbeitet wurde (siehe Fernau, 2014; Kap. 5 in diesem Band). Dabei ist jedoch zu bedenken, dass die vorliegenden quantitativen Befragungsdaten einer selektiven Stichprobe entstammen und somit keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität beanspruchen können. Gleiches gilt selbstverständlich für die qualitativen Befunde, auf Grundlage derer grundsätzlich keine Aussagen über Häufigkeiten bzw. mengenmäßige Verteilungen getroffen werden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der qualitativen Untersuchung prinzipiell ein anders geartetes Erkenntnisinteresse verfolgt wird: Es stehen nicht ausschließlich die Intentionen der Betroffenen, ihre subjektiven Deutungen und Einstellungen im Zentrum der Betrachtung, sondern gerade auch nicht-intendierte Inhalte und das ihnen kognitiv-reflexiv unzugängliche Erfahrungswissen, auf das sie zurückgreifen. Daher können hier vielfältigere, differenzierte und auch unbeabsichtigte Prozesse eines Festhaltens an katholischen Glaubensvorstellungen rekonstruiert werden. Derartige tieferliegende Sinnstrukturen sind im Rahmen von Fragebogenuntersuchungen nicht operationalisierbar und quantitativ nicht messbar, weshalb sich die oberflächlich unterschiedlichen Befunde der beiden Studien nicht zwangsläufig widersprechen.

V. Fazit

Das Ziel dieses Kapitels bestand darin, einen grundlegenden Überblick über die im Rahmen der KFN-Betroffenenbefragung erfassten unmittelbaren und anhaltenden Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche zu geben. Insgesamt stellte sich – in Einklang mit vielen Befunden aus der wissenschaftlichen Fachliteratur – heraus, dass sowohl die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Missbrauchsgeschehen stehenden Folgen als auch die langfristigen Konsequenzen in Form von psychischen Belastungen immens waren. Darüber hinaus wirkte sich der erlebte Missbrauch erwartungsgemäß auf die späteren Einstellungen zu Religion und Kirche und das religionsbezogene Verhalten der Betroffenen aus.

V.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt erlebten mehr als neun von zehn Betroffenen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Missbrauch erhebliche emotionale Konsequenzen, beispielsweise in Form von gefühlter Macht- oder Hilflosigkeit. Gut ein Viertel der Befragten benannte in diesem Rahmen auch das Erleben positiver Gefühle, zum Beispiel durch verstärkte Zuwendung und Aufmerksamkeit. Bei den direkten körperlichen Folgen des Missbrauchs herrschten die Unfähigkeit (darüber) zu sprechen und gastrointestinale Beschwerden vor. Rund ein Viertel der Betroffenen schilderte keinerlei direkte körperliche Konsequenzen des Missbrauchs. Mehr als acht von zehn Befragten änderten ihr Sozialverhalten oder zogen sich zurück, mehr als ein Viertel berichtete von Selbstverletzungen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch.

Mit Blick auf die langfristigen Auswirkungen der Viktimisierungen bleibt festzuhalten, dass insgesamt fast neun von zehn Befragten in irgendeiner Form zum Befragungszeitpunkt unter seelischen Beschwerden litten. Besonders häufig wurden Vermeidungssymptome im Sinne einer PTBS sowie depressive Symptome und paranoides Denken berichtet. Das Risiko psychischer Langzeitfolgen wurde unter anderem durch die Anzahl der unterschiedlichen erlebten Tathandlungen sexueller Gewalt und physische Gewalt durch die Eltern bzw. primären Erziehungspersonen in der Kindheit erhöht. Protektive Funktion hatte in diesem Zusammenhang die individuelle Resilienz.

Erwartungsgemäß hatte der sexuelle Missbrauch in der Rückschau ebenfalls Auswirkungen auf die Einstellungen der Betroffenen zu Religion und Kirche sowie auf ihre religionsbezogenen Verhaltensweisen. Am besten wird dieser Zusammenhang durch die hohe Anzahl an Kirchenaustritten der Betroffenen veranschaulicht: Fast sieben von zehn Befragten, die römisch-katholisch getauft worden waren, hatten die katholische Kirche zum Erhebungszeitpunkt durch einen Kirchenaustritt verlassen.

IV.2 Abschließende Bemerkungen

Die in diesem Kapitel berichteten Daten zeichnen ein drastisches, aber mit Blick auf vergleichbare Forschungsergebnisse realistisches Bild der verheerenden Auswirkungen, die sexueller Kindesmissbrauch durch katholische Geistliche auf die Betroffenen haben kann. Benkert und Doyle (2009) zufolge erleben Betroffene sexuellen Missbrauchs durch Geistliche prinzipiell die gleichen Folgen wie andere Missbrauchsbetroffene. Aufgrund der besonderen Kultur, in welcher der Missbrauch stattfindet, beständen darüber hinaus jedoch besondere Effekte, da die klerikale Kultur die Reaktionen auf den sexuellen Missbrauch auf mehreren Ebenen bestimme (siehe auch Bottoms et al., 2003). Benkert und Doyle beschreiben, dass die kirchliche Kultur die missbrauchenden Geistlichen schütze, während die Betroffenen von der Gesellschaft exkludiert würden. Dies wiederum verschlimmere nicht nur die Folgen des Missbrauchs für die Betroffenen, sondern sorge für eine sekundäre Traumatisierung.

Daher sollten Möglichkeiten der Traumabehandlung und spezifischen Psychotherapie bei der Diskussion um Entschädigung der Betroffenen und Wiedergutmachung im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Lueger-Schuster (2012) empfahl in diesem Zusammenhang das Beibehalten symbolischer Entschädigungszahlungen – allerdings immer vor dem Hintergrund, dass finanzielle Entschädigung allein das Leid der Missbrauchten nicht wiedergutmachen könne.

Diesbezüglich forderte beispielsweise die Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in ihrem Abschlussbericht unter anderem den umfassenden Ausbau der (Trauma-)Therapieangebote sowie die Schließung der Versorgungslücken für betroffene Jungen und Männer, ältere Erwachsene, Betroffene mit Migrationshintergrund und Geschädigte in ländlichen Regionen (Bergmann, 2011). Ihre Forderungen zielen in erster Linie auf eine Verkürzung der Wartezeiten bis zur Behandlung ab. Gleichzeitig solle die Möglichkeit gegeben sein, die Stundenkon-

tingente bei Bedarf zu erhöhen. Ihrem Abschlussbericht zufolge verlangten auch die Verantwortlichen in den Beratungsstellen selbst eine bessere Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit durch bundesweite Kampagnen und zielführende Öffentlichkeitsarbeit, um das gesellschaftliche Bild von sexuellem Missbrauch adäquat zu verändern. Denn oftmals sei dort „ein verzerrtes Bild über Gewalterfahrungen und ihre Folgen“ vorherrschend (Bergmann, 2011, S. 95). Zudem komme der erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit eine besondere Bedeutung zu, da diese eine Voraussetzung für das Wissen um potenzielle Informationsstellen und Beratungsangebote für die Betroffenen darstelle.

In diesem Zusammenhang ist des Weiteren zu bedenken, dass Kinder in Fällen von sexuellem Missbrauch – wenn sie sich überhaupt jemandem anvertrauen (siehe Wollinger, Dinkelborg & Baier, 2014; Kap. 7 in diesem Band) – häufig ihnen nahestehenden Personen aus dem Alltag wie beispielsweise einer Lehrerin oder einem Lehrer davon erzählen (siehe z. B. Langmeyer & Entleitner, 2011). Dabei handelt es sich möglicherweise nicht immer um eine in diesem Bereich speziell weitergebildete Lehrkraft. Langmeyer und Entleitner (2011) fordern daher, dass nicht nur die Gesprächskompetenzen von Vertrauenslehrkräften gestärkt werden, sondern dass alle Lehrkräfte dazu befähigt werden müssten, als potenzielle Ansprechpersonen zur Verfügung zu stehen.

Abschließend möchten wir bei der Interpretation der im vorliegenden Kapitel berichteten Ergebnisse zu bedenken geben, dass korrelative Zusammenhänge nicht kausal interpretiert werden dürfen. Das heißt, aus dem Ergebnis, dass erlebte Gewalt in der Kindheit durch die eigenen Eltern oder die primären Erziehungs Personen mit einem höheren Risiko einer PTBS einhergeht, darf nicht abgeleitet werden, dass die körperliche Gewalt eine spätere PTBS kausal bedingt bzw. auslöst. Ebenso bedeutet eine hohe Zuwendung durch die Eltern in der Kindheit nicht notwendigerweise, dass ein erlebter sexueller Missbrauch durch einen katholischen Geistlichen eine PTBS in jedem Fall verhindert (hätte) – in solchen Fällen besteht lediglich ein geringeres Risiko und auch diese Reduktion kann unter Umständen durch zusätzliche Faktoren bedingt sein, die in der vorliegenden Befragung nicht erfasst wurden.

Gerade mit Blick auf die Fragen, welche sich auf die Kindheit und Jugend der Betroffenen bezogen (z. B. unmittelbare Folgen des sexuellen Missbrauchs, Häufigkeit von Kirchgängen), ist zu berücksichtigen, dass diese Ereignisse teilweise bis zu mehr als 60 Jahre zurückliegen. Entsprechend muss die Möglichkeit verzerrter Erinnerungen in Betracht gezogen werden. Zudem waren religiöse Praktiken und Rituale sowie die Teilnah-

me an kirchlichen Aktivitäten in der Kindheit und Jugend voraussichtlich nicht ausschließlich selbstbestimmt, sondern durch elterliche religiöse Einstellungen und kirchenbezogene Verhaltensweisen beeinflusst. Beispielsweise schilderten die Befragten sehr häufig, dass ihren Eltern die Vermittlung von Religion und Glauben im Rahmen der Erziehung wichtig bzw. sehr wichtig gewesen wäre. Ebenso wurde in zahlreichen Elternhäusern der regelmäßige Besuch des Gottesdienstes durch die Eltern vorgelebt und somit unter Umständen auch vorgegeben: Mehrheitlich berichteten die Befragten, dass ihre Eltern mehrmals täglich bis mindestens einmal wöchentlich aus religiösem Anlass die Kirche besucht hätten. Für diejenigen Betroffenen, die ihre Kindheit oder Jugend (teilweise) im Heim oder Internat verbracht haben, ist umso mehr davon auszugehen, dass die verhältnismäßig großen Häufigkeiten religiöser Verhaltensweisen in der damaligen Zeit auch durch die in diesen Institutionen geltenden Vorschriften mitbedingt wurden. Obwohl insgesamt eine deutliche Abnahme vor allem der kirchlich ritualisierten Religiosität von der Kindheit (Zeit bis zum Missbrauch) bis zum Befragungszeitpunkt (Zeit nach dem Missbrauch) ersichtlich wurde, kann diese Veränderung also nicht ausschließlich auf die sexuellen Missbrauchserfahrungen durch katholische Geistliche zurückgeführt werden. Zusätzlich sollten auch gesamtgesellschaftliche Veränderungen in Bezug auf die Bedeutung von Kirche und Religion sowie das Ausmaß religiöser Erziehung als Einflussfaktoren bedacht werden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der zugrunde liegenden Stichprobe nicht um ein repräsentatives Abbild der Betroffenen sexuellen Missbrauchs durch katholische Geistliche handelt – sowohl bezüglich der Zusammensetzung der Betroffenenstichprobe hinsichtlich der Einstellung zu Glauben und Kirche als auch hinsichtlich der Auswirkungen der Victimisierungserfahrungen. Mit Blick auf die unmittelbaren und anhaltenden Folgen des Missbrauchs ist zum einen denkbar, dass solche Betroffene, deren Fälle sich objektiv oder subjektiv betrachtet „weniger schlimm“ gestalteten, möglicherweise nicht auf den Beteiligungsauftruf des KFN reagiert haben. Eventuell ist ihnen nicht bewusst geworden, dass es sich bei dem, was mit ihnen passiert ist, um sexuellen Missbrauch gehandelt hat. Unter Umständen haben sie auch, da sie die sexuellen Übergriffe für sich selbst als „weniger schlimm“ bewertet haben, beschlossen, das Geschehene „abzuhaken“ oder fühlten sich vom Aufruf des KFN gar nicht erst angesprochen. Zum anderen darf die Möglichkeit nicht vernachlässigt werden, dass gerade diejenigen Betroffenen, die besonders gravierenden Victimisierungen ausgesetzt waren, nicht in der rekrutierten Stichprobe zu finden sind. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich

diese Personen beispielsweise zum Befragungszeitpunkt in einem Heim oder einer anderen Pflegeeinrichtungen befanden – möglicherweise gerade aufgrund der schwerwiegenden anhaltenden Folgen des Missbrauchs. Eventuell wollten sie aufgrund ihrer Belastungen auch eine erneute Auseinandersetzung mit dem Thema vermeiden. Mit Blick auf die offenen Beschreibungen der Betroffenen und ihren Angaben zu suizidalen Tendenzen ist des Weiteren zu bedenken, dass die besonders schwer belasteten Betroffenen unter Umständen aufgrund eines Suizids nicht mehr leben.

Literatur

- Bange, D. (1995). Sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen. In B. Marquardt-Mau (Hrsg.), *Schulische Prävention gegen sexuelle Kindesmißhandlung* (S. 31-54). Weinheim: Beltz.
- Banyard, V. L., Williams, L. M. & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 697-715.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D. & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Benishek, L. A., Bieschke, K. J., Stöffelmayr, B. E., Mavis, B. E. & Humphreys, K. A. (1992). Gender differences in depression and anxiety among alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 4, 235-245.
- Benkert, M. & Doyle, T. P. (2009). Clericalism, religious duress and its psychological impact on victims of clergy sexual abuse. *Pastoral Psychology*, 58, 223-238.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Moran, P., Ball, C. & Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28, 39-50.
- 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, 669-673.
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 192-199.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bottoms, B. L., Nielsen, M., Murray, R. & Filipas, H. (2003). Religion-related child physical abuse: Characteristics and psychological outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 8, 87-114.
- Briere, J. N. & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4, 54-69.

- Brunner, R. (2009). *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Carr, A., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Flanagan-Howard, R., Tierney, K., ... & Egan, J. (2010). Adult adjustment of survivors of institutional child abuse in Ireland. *Child Abuse and Neglect*, 34, 477-489.
- Clancy, S. A. & McNally, R. J. (2005). Who needs repression? Normal memory processes can explain “forgetting” of childhood sexual abuse. *The scientific review of mental health practice: Objective investigations of controversial and unorthodox claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 4, 66-73.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cook, J. M., Elhai, J. D. & Areán, P. A. (2005). Psychometric properties of the PTSD Checklist with older primary care patients. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 371-376.
- Cordova, M. J., Studts, J. L., Hann, D. M., Jacobsen, P. B. & Andrykowski, M. A. (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 301-319.
- Craine, L. S., Henson, C. H., Colliver, J. A. & MacLean, D. G. (1988). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 300-304.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Deutsche Bischofskonferenz (2013). *Bericht zum Abschluss der Tätigkeit der Hotline der Deutschen Bischofskonferenz für Opfer sexuellen Missbrauchs Teil 1 und 2*. Verfügbar unter http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2012/2013-008d_Taetigkeitsbericht-Hotline_Teil-1.pdf und http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2012/2013-008e-Taetigkeitsbericht-Hotline_Teil-2.pdf [22.11.2013]
- Deutsche Bischofskonferenz & Evangelische Kirche in Deutschland (2013). *Anzahl der Kirchenaustritte in Deutschland nach Konfessionen von 1992 bis 2012*. Verfügbar unter <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/4052/umfrage/kirchen-austritte-in-deutschland-nach-konfessionen/> [25.11.2013]
- Doyle, T. P. (2006). Clericalism: Enabler of clergy sexual abuse. *Pastoral Psychology*, 54, 189-213.
- Eicken, J., Schmitz-Veltin, A. & Statistisches Amt der Landeshauptstadt Stuttgart. (2010). Die Entwicklung der Kirchenmitglieder in Deutschland. *Wirtschaft und Statistik*, 6, 576-589.
- Fegert, J., Rassenhofer, M., Schneider, T., Seitz, A., König, L. & Spröber, N. (2011). *Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs*. Ulm: Universitätsklinikum Ulm.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 325-330.

- 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, 387-404.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsch Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Gahleitner, S. B. (2009). *Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer komplexen Traumatisierung*. Berlin: Runder Tisch Heimerziehung.
- 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, 260-273.
- Harnach, V. (2011). Sexueller Missbrauch aus der Perspektive der Opfer. In M. Baldus & R. Utz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch in pädagogischen Kontexten* (S. 117-142). Wiesbaden: VS.
- Haslbeck, B. (2007). *Sexueller Missbrauch und Religiosität: Wenn Frauen das Schweigen brechen*. Münster: LIT Verlag.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex post-traumatic syndrome (DESNOS). In R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213-228). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Höcker, A. & Mehnert, A. (2012). Posttraumatische Belastung bei Krebspatienten: Validierung der deutschen Version der Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 21, 68-79.
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse and Neglect*, 19, 715-728.
- Kaufmann, F. X. (1989). *Religion und Modernität: Sozialwissenschaftliche Perspektiven*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kessler, R. C., Davis, C. G. & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Langmeyer, A. & Entleitner, C. (2011). Ein erschreckend häufiger Verdacht. *DJ Impulse*, 95, 4-8.
- Leube, D. & Pauly, K. (2008). Ich-Störungen – Psychologie. In T. Kircher & S. Gauggel (Hrsg.), *Neuropsychologie der Schizophrenie* (S. 484-495). Berlin: Springer.
- Lindberg, F. H. & Distad, L. J. (1985). Posttraumatic stress disorders in women who experienced childhood incest. *Child Abuse and Neglect*, 9, 329-334.

- Luckmann, T. (1967). *The invisible religion: The problem of religion in modern society*. New York, NY: Macmillan.
- Lueger-Schuster, B. (2012). *Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche*. Wien: Universität Wien.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y.-Y. & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878-1883.
- McLaughlin, B. R. (1994). Devastated spirituality: The impact of clergy sexual abuse on the survivor's relationship with God and the church. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 1, 145-158.
- Meyerson, L. A., Long, P. J., Miranda, R. & Marx, B. P. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 26, 387-405.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Petermann, F. & Nitkowski, D. (2008). Selbstverletzendes Verhalten – Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf. *Der Nervenarzt*, 79, 1017-1022.
- Polusny, M. A. & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 143-166.
- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R. & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist – Civilian version. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 495-502.
- Rutter, M. (1995). Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 7, 75-88.
- Ryan, S. (2009). *Report of the Commission to Inquire into Child Abuse*. Dublin: Stationery Office.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16-39.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G. & Forde, D. R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.
- Teegen, F. (1997). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) des National Center for PTSD*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Terr, L. C. (1995). Childhood traumas. An outline and overview. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology* (pp. 301-319). New York, NY: Plenum.

- Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*, 89-121.
- Ullman, S. E. & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect, 29*, 767-782.
- Bergmann, C. (2011). *Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindermissbrauchs, Dr. Christine Bergmann*. Berlin: Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Vigil, J. M. & Geary, D. C. (2008). Developmental consequences of childhood sexual abuse. In M. J. Smith (Ed.), *Child sexual abuse: Issues and challenges* (pp. 33-45). New York, NY: Nova Science.
- Whitelock, C. F., Lamb, M. E. & Rentfrow, P. J. (2013). Overcoming trauma: Psychological and demographic characteristics of child sexual abuse survivors in adulthood. *Clinical Psychological Science, 1*, 351-362.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- 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 and Neglect, 30*, 205-212.
- Youngeson, M. L. (1973). The need to affiliate and self-esteem in institutionalized children. *Journal of Personality and Social Psychology, 26*, 280-286.

Anhang

Befragungsmaterial zur Erfassung der unmittelbaren emotionalen, körperlichen und verhaltensrelevanten Konsequenzen des sexuellen Missbrauchs

Emotionale Folgen	War nie der Fall	War selten der Fall	War oft der Fall
Ich fühlte mich erniedrigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich geekelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich geschämt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich machtlos oder hilflos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich in meiner gewohnten Umgebung unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich im Umgang mit anderen Menschen unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bekam Albträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte starke Angstgefühle, die sich z. B. in Zittern oder Schweißausbrüchen äußerten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Angst, dass jemand von dem erfährt, was mir passierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Angst, dass die Person, die das getan hat, versuchen könnte, mich zu töten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich schuldig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass ich bestraft werden müsste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte vor allem davonlaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte nicht darüber nachdenken, was mir passierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war wütend auf die Person, die das getan hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war gestresst oder angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mich an der Person rächen, die das getan hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte, dass die Person bestraft wird, die das getan hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte positive Gefühle (z. B. Gefühle der Wertschätzung durch Aufmerksamkeit, die mir zuteilwurde).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche körperlichen Folgen waren <u>unmittelbar</u> mit dem sexuellen Missbrauch verbunden?			
Körperliche Folgen	War nie der Fall	War selten der Fall	War oft der Fall
Übelkeit oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfähigkeit zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Verletzungen, die keine oder nur eine kurze ambulante ärztliche Versorgung erfordert haben bzw. erfordert hätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen, Blutungen oder Verletzungen im Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen, Blutungen oder Verletzungen im Afterbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten / Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche auf Ihr Verhalten bezogenen Folgen waren <u>unmittelbar</u> mit dem sexuellen Missbrauch verbunden?			
Verhaltensmäßige Folgen	War nie der Fall	War selten der Fall	War oft der Fall
Ich änderte mein Verhalten gegenüber anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zog mich zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mied bestimmte Orte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte für einige Zeit nicht mehr zur Schule gehen oder arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Angst, mein Zuhause zu verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fing an, mich selbst zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte mich jemandem darüber sprechen, traute mich aber nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte nennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>