



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Scham- und Schuldgefühle und die psychischen
Auswirkungen sexualisierter Gewalt:
Systematischer Review und Metaanalyse

Verfasserin

Kerstin Bohr

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, April 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin / Betreuer: Senior Lecturer Mag. Dr. Ulrich Tran

Danksagung

Ich bedanke mich auf diesem Wege besonders bei meinem Diplomarbeitsbetreuer Hr. Mag. Dr. Ulrich Tran, der mich mit seiner Geduld, Flexibilität und seinem jederzeit offenen Ohr bei der Themenfindung und Fertigstellung dieser Diplomarbeit sehr unterstützt hat. Besonderer Dank gilt auch Ass.-Prof. MMag. DDDr. Martin Voracek für seine überaus freundliche und unterstützende Art den DiplomandInnen gegenüber. Von Herzen danke ich einer der stärksten Frauen die ich kenne, meiner Mutter Heidemarie Bohr.

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG	9
1.1 Sexualisierte Gewalt.....	10
1.2 Posttraumatische Belastungsstörung	11
1.2.1 Klassifikation des Traumas.....	12
1.2.2 Hauptsymptomgruppen.....	13
1.2.3 Komplexe PTBS.....	14
1.2.4 Risiko- und Schutzfaktoren	15
1.2.5 Komorbidität.....	17
1.3 Depression	18
1.3.1 Klassifikation depressiver Störungen	18
1.3.2 Schutz- und Risikofaktoren	20
1.3.3 Komorbidität.....	22
1.4 Selbstbewertende Emotionen Scham und Schuld	22
1.4.1 Scham und Schuld im Kontext sexueller Gewalt	25
1.5 Stand der Forschung.....	25
1.6 Zielsetzung und Hypothesen.....	28
2 METHODE	31
2.1 Literatursuche	31
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	32
2.3 Bestimmung der Moderatorvariablen	33
2.4 Datenaufbereitung.....	33
2.5 Durchführung der Metaanalysen	34
3 RESULTATE	37
3.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe	37
3.1 Erhebungsinstrumente.....	43
3.1.1 Erhebung des Merkmals Schuldgefühl	43
3.1.2 Erhebung des Merkmals Scham.....	48
3.2 Metaanalysen	49
3.2.1 Selbstbeschuldigung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)....	49
3.2.2 Selbstbeschuldigung und Depression	50
3.2.3 Scham und PTBS.....	51
3.2.4 Scham und Depression	52
3.2.5 Täterbeschuldigung und PTBS.....	53
3.2.6 Täterbeschuldigung und Depression	53

3.3 Mediierende Faktoren	55
3.4 Differenzierung der Schuldgefühle	55
4 DISKUSSION.....	57
4.1 Ausblick und Kritik.....	60
4.2 Abstract	62
LITERATURVERZEICHNIS	64
APPENDIZES	74
Appendix A: Kodierschema.....	74
Appendix B: Programmausgaben der Heterogenitätstests	76
Appendix C: Funnel-Plots der Publikationsverzerrung	79
Appendix D: Programmausgaben der Publikationsverzerrung	81
Appendix E: Programmausgaben der Subgruppenanalysen	84
Appendix F: Programmausgaben Metaregressionen	85
CURRICULUM VITAE.....	88

1 Einleitung

Das Erleben von sexualisierter Gewalt kann zu tiefgreifenden Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen führen. Zu den häufigsten psychischen Belastungen zählen dabei die Depression sowie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Ziel der Forschung ist es, jene Faktoren zu identifizieren, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Erkrankungen in Zusammenhang stehen. Der Fokus dieser Arbeit richtet sich dabei auf die mit der sexualisierten Gewalt in Verbindung stehenden Scham- und Schuldgefühle. Dabei werden Studien untersucht, die sich in den letzten Jahren mit dem Zusammenhang zwischen Scham- und Schuldgefühlen für die sexualisierte Gewalt und Depression sowie PTBS beschäftigt haben.

Zuerst wird in einem theoretischen Teil auf die sexualisierte Gewalt und dessen psychische Auswirkungen wie die Depression und die PTBS eingegangen. Dabei werden besonders die jeweiligen Schutz- und Risikofaktoren hervorgehoben, auf welche Scham- und Schuldgefühle einen Einfluss nehmen könnten. Anschließend erfolgt eine Erörterung und Differenzierung dieser Emotionen. Dabei zeigt sich, warum diese Emotionen gerade im Kontext der sexualisierten Gewalt besonders wichtig werden. Zuletzt werden die bisherigen theoretischen und empirischen Erkenntnisse hinsichtlich dieses Zusammenhangs dargestellt.

Der empirische Teil dieser Arbeit präsentiert die Ergebnisse von vier Metaanalysen. Für alle Metaanalysen finden sich bisher noch keine vergleichbaren publizierten Metanalysen. Zudem werden zusätzlich zu den Metaanalysen die jeweiligen Erhebungsinstrumente für Scham- und Schuldgefühle sowie gefundenen Zusatzinformationen aufgeführt, um zu einem besseren Verständnis der beobachteten Zusammenhänge zu gelangen. Die Ergebnisse zeigten dabei allesamt kleine bis große Effekte. Sie werden in einem abschließenden Teil interpretiert und diskutiert.

1.1 Sexualisierte Gewalt

Überlieferungen von sexualisierter Gewalt lassen sich seit jeher in der Menschheitsgeschichte finden. Zu einer breiten wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema kam es allerdings erst im Zuge der Frauenbewegung in den 1970er Jahren (Bange & Körner, 2002). Aufgrund der Komplexität des Themas lässt sich bislang keine einheitliche Definition von sexualisierter Gewalt finden. Die World Health Organization (WHO) definiert sexualisierte Gewalt als jene sexuellen Handlungen, deren Ausübungen gegen den Willen einer Person verstoßen und dessen körperliche und seelische Integrität verletzten (WHO, 2002). Dies beinhaltet Vergewaltigung von Fremden, von Partnern, systematische Vergewaltigungen in bewaffneten Konflikten, Zwangsprostitution, sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, Zwangsprostitution sowie weibliche Genitalverstümmelung.

Neben dem Begriff der sexualisierten Gewalt werden häufig auch synonym Bezeichnungen wie Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, Inzest etc. verwendet. Im Rahmen dieser Arbeit wird allerdings dem aus der feministischen Theorie stammenden Begriff der sexualisierte Gewalt Vorzug gegeben. Denn im Gegensatz zu anderen Bezeichnungen wird dabei unterstrichen, dass es nicht primär um sexuelle Bedürfnisbefriedigung geht, sondern vor allem um die Ausübung von Macht und Gewalt, welche sich der Sexualität als Mittel zur Demütigung bedient („Antisexistismus_reloaded,“ 2010).

In klinischen Definitionen sind es vor allem die Folgeerscheinungen, die im Mittelpunkt stehen. So ist sexualisierte Gewalt ein „traumatisches Ereignis, das sich in körperlichen und psychischen Sofort-, Früh oder Spätfolgen zeigen kann“ (Fegert, 1992, S. 71). Laut Bange und Körner (2002) lässt sich die Vielzahl der Definitionen in weite und enge Herangehensweisen kategorisieren. Weite Definitionen versuchen dabei alle potenziell schädlichen Handlungen zu umfassen. Dort beinhalten sie auch sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt, wie zum Beispiel, Exhibitionismus, die Herstellung von pornografischem Material oder die Aufforderung beim Masturbieren zuzusehen. Enge Definitionen beschränken sich auf sexualisierte Gewalt, bei der es zu Körperkontakt kommt. Da es schlussendlich jeder Betroffenen selbst überlassen bleibt, was als sexua-

lisierte Gewalt empfunden wird, wird im Rahmen dieser Arbeit mit einer möglichst weiten Definition gearbeitet.

Je nach Definition ist die Epidemiologie mit erheblichen Schwankungen verbunden. Zudem scheint die Dunkelziffer hoch, da viele Gewalttaten aus Angst, Scham und oder aufgrund eines unzureichenden Rechtssystems nicht angezeigt oder öffentlich werden. Das National Crime Victims Research and Treatment Center (1992) fand in einer Studie in den Vereinigten Staaten heraus, dass 12.9 % der Frauen mindestens einmal in ihrem Leben Opfer von sexueller Gewalt werden. Die WHO (2013) schätzt, dass weltweit 7.2% der Frauen mindestens einmal von sexualisierter Gewalt durch ihnen nicht bekannte Personen betroffen sind. Die sexualisierte und oder physische Gewalt, die von Intimpartnern ausgeübt wird, liegt bei 30%. Pereda, Guilera, Forns und Gomez-Benito (2009) fanden in ihrer Metaanalyse heraus, dass ca. 20% der Frauen und 8% der Männer von sexualisierter Gewalt in der Kindheit betroffen waren. Laut WHO (2012) besteht bezüglich der Forschung zu sexualisierter Gewalt an männlichen Jugendlichen und Erwachsenen, wie sie zum Beispiel in Gefängnissen, im Militär und oder an männlichen Homosexuellen verübt wird, noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

Bezüglich der Täterschaft zeigt ein Blick in die aktuelle österreichische Kriminalitätsstatistik, dass die überwiegende Anzahl der Täter männlich ist. Bei gerichtlich verurteilten Sexualstraftaten 2013 waren 98% Männer und lediglich 2% Frauen (Statistik Austria, 2013). Um diesem Umstand gerecht zu werden, wird im Folgenden ausschließlich die maskuline Form des Täters verwendet.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als diagnostische Kategorie wurde erstmals 1980 beziehungsweise 1990 durch die Klassifikationssysteme Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) und International Classification of Diseases (ICD) international einheitlich beschrieben und klassifiziert (Saß, Wittchen, & Zaudig, 2003; Dilling, Mombour, & Schmidt, 1993). Die Beschäftigung und Erforschung mit den Symptomen der PTBS ist

aber schon viel älter. So leistete schon Freud mit seinen Studien zur Hysterie einen großen Beitrag zu ihrer Entstehungsgeschichte. Er kam in seiner Verführungstheorie aus dem Jahre 1896 zu der Annahme, dass das Leiden seiner Patientinnen mit einem traumatischen Ereignis beziehungsweise sexuellem Missbrauch in Zusammenhang steht (Krutzenbichler, 2005, S. 170ff). Diesen Standpunkt revidierte er später allerdings wieder, indem er die Erinnerungen seiner Patientinnen an den Missbrauch, mehr deren Phantasien als der Realität zusprach. Danach kam die Erforschung der sexuellen Traumatisierung vorerst zum Erliegen und wurde erst wieder Mitte der 1970er Jahre durch die aufkommenden feministischen Bewegungen thematisiert (Bange & Körner, 2002, S. 139).

Laut Märcker (2013) weisen Betroffene von sexualisierter Gewalt gegenüber anderen Formen der Traumatisierung ein sechs- bis siebenfach höheres Risiko auf eine PTBS zu entwickeln. Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen und Resnick (1989) fanden in einer Studie, dass kurz nach der Tat bis zu 57% der Personen die Kriterien für die Diagnose der PTBS erfüllten, sowie 17% der Personen noch Jahre später.

1.2.1 Klassifikation des Traumas

Ein Trauma ist laut Dilling et al. (1993, S. 163) definiert als“ belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, kurz oder langanhaltend, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Darunter ist ein äußeres Ereignis zu verstehen, welches bei der Person zu einer massiven seelischen Erschütterung führen kann. Tabelle 1 bietet einen Überblick über die Klassifikation von Traumata. Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt lassen sich dabei durch ihre Zeitkomponente unterscheiden.

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (Märcker, 2013, S. 16)

	Typ-I-Traumata (einmalig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
--	------------------------------	---	-------------------------------

	/kurzfristig)		
Akzentuelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verkehrsunfälle • Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) • Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> • Langdauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung) • Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z.B. kardinale, pulmonale Notfälle) • Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z.B. Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie)
Interpersonelle Traumata (man made)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung) • Kriminelle bzw. körperliche Gewalt • Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter • Kriegserleben • Geiselhaft • Folter, politische Inhaftierung • (z. B. KZ-Haft) 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenen Behandlungsfehlern

1.2.2 Hauptsymptomgruppen

Sowohl ICD-10 als auch DSM-IV fordern für die Diagnose der PTBS folgende fünf Hauptkriterien (Märcker, 2013):

a. Das Erlebnis eines traumatischen Ereignisses

b. Intrusionen

Hierbei kommt es zu unwillkürlichen sich aufdrängenden und belastenden Erinnerungen an das Erlebte. Dies kann sich in Gedanken, Gefühlen, Geräuschen oder Träumen ausdrücken, die der/die Traumatierte nicht kontrollieren kann. Häufig kommt es hierbei zu sogenannten Flashbacks (halluzinatorische, sehr lebendige Erinnerungsattacken)

c. Vermeidung/Numbing

Gleichzeitig ist der/die Traumatierte bestrebt, diese ihn/sie überflutenden Gedanken und Gefühle aktiv zu vermeiden. Dies kann z. B. die Vermeidung von bestimmten Aktivitäten und Orten, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung stehen, umfassen. Die aktive Vermeidung kann zu einem Betäubungsgefühl (Numbing) führen, welches durch eine

Abflachung der Gefühle, dem Gefühl der Entfremdung und sozialem Rückzug charakterisiert ist. Mitunter kann dies auch zu dissoziativen Zuständen und Teilamnesien führen.

d. Anhaltendes physiologisches Hyperarousal

Der/die Betroffene lebt in einem permanenten Zustand eines erhöhten Erregungs- und Spannungszustandes. Es kommt zu einer erhöhten Wachsamkeit beziehungsweise Schreckhaftigkeit gegenüber allen möglichen Reizen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Reizbarkeit, Wutausbrüchen und Konzentrationsschwierigkeiten.

Das DSM-IV fordert eine Beeinträchtigung von mehr als einem Monat. Das ICD-10 ist dahingehend weniger strikt. Es sieht vor, dass die Kriterien B, C und D innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis auftreten.¹

Es sei hierbei anzumerken, dass sich beim kommenden ICD-11 sowie beim DMS-V besonders für das Traumakriterium einige Änderungen ergeben. Laut ICD-11 fokussiert die Diagnose besonders auf die Symptomebene und weniger darauf, ob die Bedingungen für das Traumakriterium erfüllt sind (Märcker et al., 2013). Das A2 Kriterium des DSM-IV (Erleben von intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen) ist im DSM-V gestrichen (International Society for Traumatic Stress Studies, 2014).

1.2.3 Komplexe PTBS

Bei langfristigen und mehrfach Traumatisierungen (Typ-II Traumatisierungen), wie zum Beispiel bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder Folter, kann es zu Symptomen kommen die über die klassischen Symptome der PTBS hinausgehen. So ist laut van der Kolk, Pelcovitz, Roth und Mandel (1996) die

¹ Davon abzugrenzen ist die Phase innerhalb der ersten vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis, welche in beiden Klassifikationssystemen als Anpassungsstörung beziehungsweise akute Belastungsreaktion beschrieben wird (vgl. Saß, 2003; Dilling, 1993).

Diagnose der PTBS oftmals nicht mehr ausreichend. Vielmehr wird hier die Diagnose der komplexen PTBS vorgeschlagen

Laut Märcker (2013, S. 21) werden die diagnostischen Kriterien der komplexen PTBS wie folgt beschrieben:

a. Traumakriterium

Vorliegen einer langandauernden traumatischen Belastung.

b. Kernsymptome der PTBS

Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung sind vorhanden, müssen aber nicht klinisch dominieren.

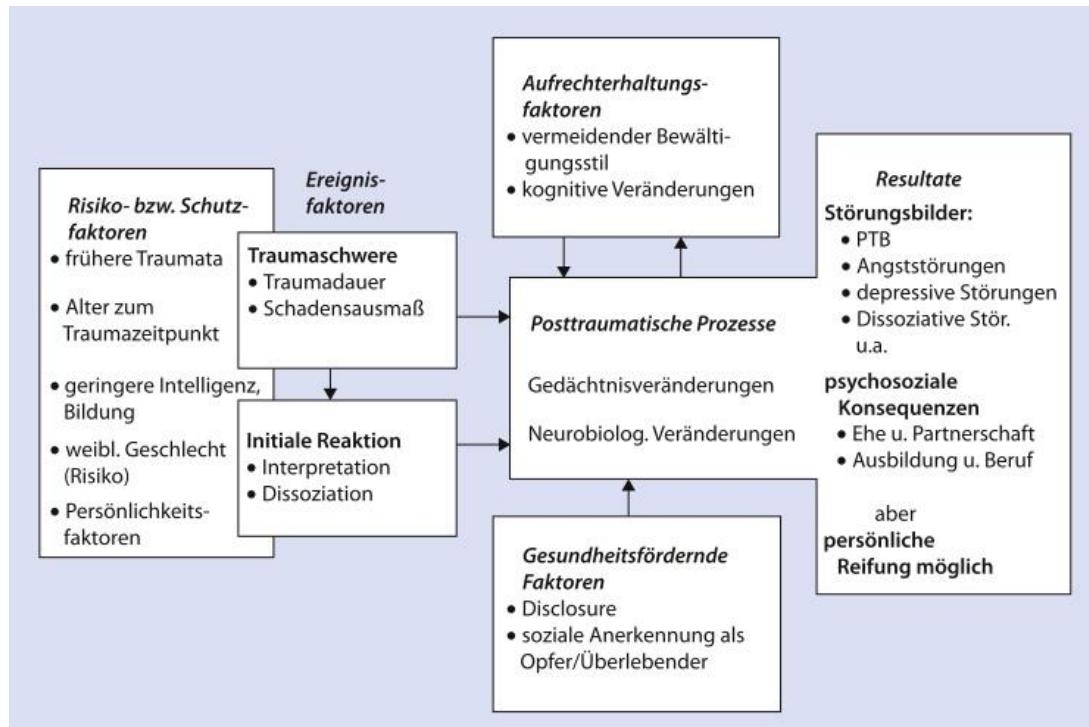
c. Weitere Beeinträchtigungsbereiche

Emotionsregulationsprobleme (leichte Erregbarkeit in zwischenmenschlichen Situationen, Ärger und Zorn dominieren, selbstschädigende Verhaltensweisen), Selbstkonzeptveränderungen (Identitätsgefühl beeinträchtigt: ausgeprägtes Gefühl etwas falsch gemacht zu haben und minderwertig zu sein. Permanentes Schuld- und Schamgefühl), Probleme der Beziehungsfähigkeit (Unfähigkeit zu gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion, Unfähigkeit zu vertrauen), Dissoziationsneigung (anhaltende Aufmerksamkeitsstörung und psychogene Bewusstseinstrübung, häufig Amnesien und Depersonalisationserleben).

1.2.4 Risiko- und Schutzfaktoren

Ob sich nach einem traumatischen Ereignis eine Traumafolgestörung entwickelt beziehungsweise wie sich dessen Verlauf gestaltet, hängt von verschiedenen Einflussfaktoren ab. Diese Einflussfaktoren sind in Abbildung 2 dargestellt. Auf einige der Faktoren, die u.a. im Zusammenhang mit den Emotionen Scham und Schuld relevant werden, wird dabei besonders eingegangen.

Abbildung 2: Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Märcker, 2013, S. 37)



- **Geschlecht:** Brewin et al. (2000) fanden in ihrer Metaanalyse heraus, dass Frauen im Vergleich zu Männern besonders gefährdet sind eine PTBS zu entwickeln. Die Gründe dafür sind noch nicht hinreichend geklärt. Ulfert, Schumann, Rumpf, John und Meyer (2006) gehen davon aus, dass die Art und Schwere der Traumatisierung für diese Unterschiede verantwortlich sein könnten. So sind Frauen vermehrt betroffen von sexualisierter Gewalt. Zudem scheinen Frauen häufiger mit Dissoziation (Bryant & Harvey, 2003) und *negativen Emotionen* nach einem traumatischen Ereignis zu reagieren (Brewin, Andrews, & Rose, 2000). Ozer, Best, Lipsey und Weiss (2003) identifizierten Dissoziation sowie peritraumatische *negative Emotionen* wie Angst, Schrecken, Scham und Schuld als Prädiktoren der PTBS.
- **Vorangegangene Traumatisierungen:** Bei sexualisierter Gewalt ist das Risiko einer Revictimisierung besonders hoch (Märcker, JAHR, S. 436). Laut Arata (1999) geht Revictimisierung zudem mit einer höheren PTBS-Symptomatik sowie höheren Schuldgefühlen einher.
- **Disclosure und soziale Unterstützung:** Die gesellschaftliche Tabuisierung und Stigmatisierung sowie die damit verbundenen Scham- und Schuld-

gefühle können zu einer Isolation der Betroffenen führen, welches die gesundheitsfördernden Faktoren, *soziale Unterstützung und Disclosure* verhindern können (Hassija & Gray, 2012).

- *Vermeidender Bewältigungsstil*: Littelton und Breitkopf (2006) fanden selbstbewertende Emotionen wie Scham und Schuld sowie *negative soziale Reaktionen* als einen signifikanten Prädiktor eines vermeidenden Bewältigungsstils. So könnte eine höhere emotionale Belastung zu einer verstärkten Vermeidung des Traumas führen, was die erfolgreiche Verarbeitung und Integration des Geschehenen erschwert.
- *Rumination*: Exzessives Grübeln wird als weiterer aufrechterhaltender Faktor und weitere Strategie der kognitiven Vermeidung diskutiert. Dabei geht es um die Frage nach dem Grund für das traumatische Ereignis und wie es hätte vermieden werden können. Den Betroffenen scheint es dabei ein Gefühl der Kontrolle zu verleihen, welche aber letztlich illusorisch ist und eher zu einer Verschlechterung der Symptomatik führt, indem sich die Aufmerksamkeit auf das Selbst fokussiert und problematische Interpretationen wie Selbstbeschuldigungen aufrechterhalten werden (Märcker, 2013, S. 241).

1.2.5 Komorbidität

Die PTBS zeichnet sich durch das gleichzeitige Vorhandensein weiterer psychischer Störungen aus. Laut Märcker (2013) leiden 50-100% der Betroffenen mindestens an einer weiteren komorbiden Störung. Kessler et al. (1995) fanden in einer Erhebung in den Vereinigten Staaten, dass 88.3% der Männer und 79.3% der Frauen neben der PTBS noch eine weitere Diagnose aufwiesen. Zu den häufigsten Komorbiditäten gehören Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten- Alkohol- und Drogenmissbrauch, Somatisierungsstörungen und Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung (Märcker, 2013, S. 30).

1.3 Depression

Die Depression gehört zu den meist verbreitetsten psychischen Krankheiten weltweit. So waren unipolare depressive Störungen laut der WHO Studie „global burden of disease“ im Jahre 2004 mit 4.3% an der weltweiten Krankheitslast beteiligt und zählen zu den vier größten Verursacher dieser Krankheitslast (WHO, 2004, S. 43).² Sexualisierte Gewalt stellt dabei einen großen Risikofaktor für die Entstehung einer Depression dar. (Wurmser, 2008; Kilpatrick, Veronen & Resick, 1979). Filipas und Ullman (2006) fanden Prävalenzraten von 43 bis 67% für die diagnostischen Kriterien der Depression.

1.3.1 Klassifikation depressiver Störungen

Die Depression zählt laut Klassifikationsmanualen ICD-10 (Dilling et. al, 1993) und DMS-IV (Saß et al, 2003) zu den affektiven Störungen. Deren Hauptmerkmal bezieht sich auf eine negativ gefärbte Stimmungslage, welche mit weiteren Symptomen aus dem kognitiv-motivationalen, somatischen und Verhaltensbereich einhergeht. Der Fokus dieser Arbeit liegt dabei auf der unipolaren depressiven Episode. Diese ist von der bipolaren affektiven Störung abzugrenzen, welche durch abwechselnde depressive und manische Episoden gekennzeichnet ist.

Tabelle 3 bietet einen Überblick über die diagnostischen Kriterien der depressiven Episode nach ICD-10 (Dilling, 2008) und der Major Depression nach DSM-IV (Saß, 2003). Laut ICD-10 müssen mindestens zwei der Haupt- und zwei der Zusatzsymptome fast täglich über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorhanden sein. Das DSM-IV weicht bezüglich dieser Klassifikation nur marginal ab. Im Unterschied zum ICD-10 fordert es eines von zwei Hauptsymptomen sowie vier Zusatzsymptome. Differenzialdiagnostisch ist laut DSM-IV darauf zu achten, dass die Symptome nicht durch die Wirkung einer Substanz oder durch medizinisch bedingte Krankheitsformen bedingt sind. Zu-

² Gemessen wird diese Krankheitslast mit dem sogenannten Disability Adjusted Life Years (DALY). Dies misst die Anzahl der Jahre die den Betroffenen durch Tod oder Beeinträchtigung verloren gehen.

sätzlich sollen die Symptome von einer Trauerreaktion durch z.B. den Verlust eines geliebten Menschen, welche noch nicht übermäßig lange anhält, unterschieden werden.

Tabelle 2: diagnostische Kriterien der depressiven Episode (ICD-10)/Major Depression (DSM-IV)

Kriterien	Depressive Episode	Major Depression
Dauer	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens zwei Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens zwei Wochen
Hauptsymptome	<ul style="list-style-type: none"> Fast täglich, mindestens zwei der folgende Symptome: <ul style="list-style-type: none"> Depressive Stimmung Verlust von Interesse und Freude Erhöhte Ermüdbarkeit, verminderter Antrieb 	<ul style="list-style-type: none"> Fast täglich, mindestens eines der folgenden Symptome: <ul style="list-style-type: none"> Depressive Verstimmung Verlust von Interesse oder Freude
Zusatzsymptome	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens zwei weitere Symptome: <ul style="list-style-type: none"> Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen Schlafstörungen Verminderter Appetit 	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens vier weitere Symptome: <ul style="list-style-type: none"> Appetit vermindert oder gesteigert, deutliche Gewichtsab- oder -zunahme Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung Müdigkeit oder Energieverlust Unangemessene Schuldgefühle oder Gefühle der Wertlosigkeit Verminderte Denk-, Konzentrations- oder Entscheidungsfähigkeit Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid(-handlungen)

In Abhängigkeit von Anzahl und Intensität der Symptome unterscheiden beide Klassifikationssysteme zwischen leichten, mittelgradigen und schweren (mit und ohne psychotische Symptomen) depressiven Episoden beziehungsweise Major Depression. Des Weiteren lässt sich die Depression danach klassifizieren, ob im Laufe der Zeit mehrere abgrenzbare depressive Episoden auftre-

ten. Für diese rezidivierende depressive Störung lassen sich die einzelnen depressiven Episoden jeweils wieder durch ihren Schweregrad klassifizieren. Eine über mehrere Jahre andauernde depressive Stimmung, die in ihrer Schwere aber niemals so stark ausgeprägt ist, um als leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode diagnostiziert zu werden, wird im ICD-10 und DSM-IV als Dysthymie bezeichnet. Diese liegt jedoch außerhalb des Fokus dieser Arbeit.

1.3.2 Schutz- und Risikofaktoren

Nach dem biopsychosozialen Modell der Depression sind biologische, psychologische und soziale Risikofaktoren für die Entstehung der Depression entscheidend (Hautzinger, 2006). Demzufolge haben Schutz- und Risikofaktoren einen entscheidenden Einfluss auf die Vulnerabilität der Betroffenen. Die folgende Abbildung 2 zeigt einen Überblick der Schutz- und Risikofaktoren.

Abbildung 2: Einflussfaktoren der Depression (Risch, Stangier, Heidenreich &, Hautzinger, 2012, S. 11)



- *Geschlecht*: Frauen weisen gegenüber Männern ein doppelt so hohes Risiko auf an einer Depression zu erkranken (WHO, 2004). Mit zunehmendem Alter beziehungsweise im mittleren und höheren Lebensalter scheinen sich diese Unterschiede allerdings wieder anzugelichen (Hautzinger, 2006).
- *Früher Traumata*: sexualisierte Gewalt erhöht das Risiko einer Depression (Hilgers, 1997; Risch et al., 2012; Wurmser, 2008;).
- *Negative kognitive Schemata*: In kognitiven Modellen wird vor allem eine systematisch verzerrte Informationsverarbeitung für Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression beschrieben. Nach der kognitiven Theorie von Beck (1967, zitiert nach Hautzinger, 2006, S. 32f) sind es vor allem negative kognitive Schemata (dysfunktionale Einstellungen, Gedanken und Erinnerungen), die in im Laufe des Lebens erworben werden und die Personen dazu veranlassen, ihre Aufmerksamkeit vor allem auf die dem Schema entsprechende Informationen zu richten. Dies führt zu einer negativen Sicht von sich Selbst, der Umwelt und der Zukunft und kann eine Selbstwertproblematik zur Folge haben.
- *Ungünstiger Attributionsstil*: Bei der Aufrechterhaltung der Depression spielt auch dieser eine Rolle. Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Seligman (1975, zitiert nach Mehler-Wex, 2008, S. 64) besagt, dass sich bei wiederholter Erfahrung von Unkontrollierbarkeit die Erwartung herausbildet, auch zukünftige Ereignisse nicht kontrollieren zu können und ihnen hilflos ausgeliefert zu sein. Es entwickelt sich ein ungünstiger Attributionsstil: Misserfolge oder negative Ereignisse werden eher auf interne (innerhalb der Person liegend), globale (situationsübergreifend) und stabile (unveränderlich) Ursachen zurückgeführt, die nicht kontrollierbar scheinen. Sweeney, Anderson und Bailey (1986) sprechen von einem *depressiven Attributionsstil*. Sie finden in ihrer Metaanalyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem ungünstigen Attributionsstil und Depression. Negative Emotionen wie Scham und Schuld stellen eine Konsequenz dieser kognitiven Prozesse dar beziehungsweise stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang (Paivio & Greenberg 1998).

- *Rumination*: Dem exzessiven Grübeln wird eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der Depression zugeschrieben. Oft auch nur geringfügige Belastungen aktivieren dysfunktionale kognitive Gedanken und negative Emotionen. Die Betroffenen fokussieren die Aufmerksamkeit auf sich selbst, auf das negative Befinden und dessen Ursachen und Konsequenzen. Dadurch kommt es oftmals zu unrealistischen negativen Selbstzuschreibungen. Dadurch verstärkt sich die depressive Symptomatik (Kim, Thibodeau, & Jorgensen, 2011; Risch et al., 2012).

1.3.3 Komorbidität

Die Depression weist eine hohe Rate an komorbiden Erkrankungen auf. Bis zu drei viertel aller depressiven Störungen gehen mit mindestens einer weiteren Störung einher (Risch et al., 2012). Zu den häufigsten gehören: Angststörungen, Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch, Störungen des Sozialverhaltens, sexuelle Störungen, Essstörungen und verschiedene Persönlichkeitsstörungen (Mehler-Wex, 2008). Laut Hautzinger (2006) lässt es sich kaum beantworten, ob die Depression primär oder erst in Folge der anderen Störungen auftritt.

1.4 Selbstbewertende Emotionen Scham und Schuld

Die Emotionen Scham und Schuld gehören zu den sogenannten Selbstbewusstseins- (Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992), Selbstvorwurfs- (Ortony, Clore & Collins, 1988, zitiert nach Roos, 2000) und Übertretungsemotionen (Roos, 2000). Sie können von den sogenannten Basisemotionen (Freude, Wut, Furcht, Ekel, Traurigkeit, Überraschung) abgegrenzt werden, welche in der Entwicklung früher auftreten und kognitiv weniger komplex sind (Tracy & Robins, 2004). Selbstbewertende Emotionen entstehen durch einen Ist-Soll-Vergleich. Dabei wird das aktuelle Selbst beziehungsweise eigene Verhaltensweisen mit ethischen und moralischen Sollwerten verglichen (Tangney & Dea-

ring, 2002). Scham- und Schuldgefühle sind dabei stark abhängig von dem normativen und kulturellen Regelsystem einer Gesellschaft, welches in sozialen Konventionen, moralischen Normen und gesetzlichen Regeln seinen Ausdruck findet. Bei Übertretung dieses Regelsystems signalisieren sie den Betroffenen, dass etwas nicht in Ordnung ist. Über Vermittlung und Einhaltung von sozialen Verhaltenserwartungen dienen sie u.a. der Aufrechterhaltung der kulturellen Stabilität einer Gesellschaft (Schultheiss, 1997).

Da Scham- und Schuldgefühle eine hohe dimensionale Ähnlichkeit besitzen und viele Handlungen oftmals beide Emotionen auslösen, gestaltet sich eine genaue Differenzierung als schwierig. So werden sie in der empirischen und theoretischen Literatur oftmals synonym verwendet. Roos (2000, S. 264) spricht hierbei auch von „gemischten Gefühlen“. Laut Tangney, Flicker, Barlow und Miller (1996) werden sie in der empirischen Psychologie oftmals auf derselben Skala erhoben. Dennoch haben einige Studien gezeigt, dass es sich um zwei unterschiedliche Emotionen handelt. So fanden Kim et al. (2011) in einer Metaanalyse nur eine recht marginale Korrelation von $r = .40$ (95%KI = [.41, .44]) zwischen Scham- und Schuldgefühlen. Tangney et al. (2002, 1996) sowie Kim et al. (2011) zeigten, dass die beiden Emotionen zwar denselben Ausgangspunkt besitzen, nämlich aus dem Bedürfnis der sozialen Zugehörigkeit entspringen, sich jedoch durch einige wesentliche Punkte unterscheiden lassen.

Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal bezieht sich auf das jeweils zugrundeliegende **Attributionsmuster**. Im Gegensatz zu Basisemotionen ist Scham- und Schuldgefühlen gemeinsam, dass in einem Evaluationsprozess auf interne Ursachen attribuiert wird (Tracy & Robins, 2004). Jedoch bezieht sich der **Gegenstand der Evaluation** bei Schamgefühlen auf das globale Selbst und wird in Folge als wesentlich schmerzlicher erlebt als Schuldgefühle, die sich nur auf spezifische Verhaltensweisen beziehen. Neckel (1993, S. 53) meint dazu, dass Schuld im Gegensatz zu Scham eher „verhandelbar“ ist, das heißt, dass sich einmal aufgetretene Schamgefühle am ganzen Körper dokumentieren lassen und irreversibel sind, während Schuldgefühle leichter verdrängt, kognitiv erörtert und gesteuert werden können. Jacoby (1991) geht davon aus, dass

dadurch Schuldgefühle häufig als Abwehr von Schamgefühlen eingesetzt werden können, da diese weniger schmerzlich sind. Die substantielle Abwertung des Selbst bei Schamgefühlen kann eine komplette Infragestellung der Identität bewirken, was eine starke Selbstwertproblematik nach sich ziehen kann (Hilgers, 1997). Daraus ergibt sich für Schamgefühle ein globales, stabiles und unkontrollierbares Attributionsmuster, während Schuldgefühle mit spezifischen, instabilen und kontrollierbaren Attributionen assoziiert werden. Kurz gesagt: „Shame is about the self, guilt is about things“ (Lewis, 1987, zitiert nach Neckel, 1993, S. 51).

Ein weiterer Punkt zur Unterscheidung bezieht sich auf die **Phänomenologie** und den u.a. daraus folgenden **Handlungsimpulsen**. So sind die Gefühle entblößt, klein, hilflos und gelähmt zu sein charakteristisch für Scham. Physiologisch kommt es zum Erröten, einer gesenkten Körperhaltung und einer Vermeidung des Blickkontaktes. Es besteht der Wunsch sich zu verstecken, zu verschwinden, allein zu sein. Dies zeigt sich auch in der Etymologie. Scham leitet vom altgermanischen Substantiv „scama“ ab, was Beschämung oder auch Schande bedeutet. Die indogermanische Wurzel davon, „kâm / kêm“, bedeutet „zudecken“, „verschleiern“, „verbergen“ (Jaboby, S.1991, S. 14).

Im Gegensatz dazu sind Schuldgefühle eher durch aktiveres Handlungsimpulse gekennzeichnet. Gefühle der Reue und eines schlechten Gewissens führen zu dem Wunsch nach Wiedergutmachung, Entschuldigung und zu Versuchen der Annäherung. Für Wurmser (2008) sind Schuld mit Stärke und Macht und Scham mit Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden. Laut Kim et al. (2011) und Tangney et al. (1992) sind Schuldgefühle eher von Gefühlen des Bedauerns und durch Empathie begleitet als Schamgefühle, die überwiegend mit Wut, Zorn und Angst einhergehen. Demnach besteht die **Funktion** von Schuldgefühlen in der Wiederherstellung von sozialen Beziehungen. Die Funktion von Schamgefühlen ist weniger klar. Kim et al. (2011) gehen davon aus, dass es darum geht, das soziale Ansehen wieder herzustellen. Für Tangney et al. (1996) sind Schamgefühle die primitiveren Emotionen, die besonders auf früheren Entwicklungsstufen bedeutsam werden, noch bevor sich eine kognitive Komplexität entwickelt, um Schuldgefühle empfinden zu können.

1.4.1 Scham und Schuld im Kontext sexueller Gewalt

Scham- und Schuldgefühle scheinen bei sexualisierter Gewalt besonders häufig vorhanden zu sein. Amstadter und Vernon (2008) fanden in ihrer Studie heraus, dass die posttraumatischen Emotionen Scham und Schuld bei sexualisierter Gewalt höher sind als bei anderen Arten der Traumatisierung. So kann die Überschreitung von körperlichen wie seelischen Grenzen und die damit verbundene Verletzung der seelischen Integrität zu massiven Gefühlen der Erniedrigung, des Ekels, der Scham und der Schuld führen (Völker 2002). In einer Studie von Weiss (2010) berichteten 75% der Betroffenen nach einer Vergewaltigung über Schamgefühle. Es kommt zu einer tiefen Verunsicherung des Körpers, die Opfer fühlen sich entwürdigt und beschmutzt. Für Krause (1993) lassen sich die entstandenen Schuldgefühle durch therapeutische Unterstützung leichter aufarbeiten, wohingegen Schamgefühle meist ein Leben lang bestehen bleiben. Oftmals müssen die Betroffenen nicht nur mit der Tat an sich umgehen, sondern es scheint, als bringe es sie auch vermehrt an die Grenze von gesellschaftlichen Tabus, Ideologien und Stigmatisierungen. So herrschen trotz steigender gesellschaftlicher Sensibilisierung im kulturellen und sozialen Kontext meist eher ungünstige Vorannahmen vor. Sogenannte „rape myths“ (Lonsway & Fitzgerald, 1994, zitiert nach Moor & Farchi, 2011, S. 448ff) führen dazu, dass die Betroffenen selbst für die Tat (mit-) verantwortlich gemacht werden. Zusätzlich werden in vielen Kulturen die Betroffenen und dessen Familien als schändlich angesehen (Weiss, 2010). Die WHO (2002) sieht die u.a. dadurch aufkommenden massiven Scham- und Schuldgefühle als Risikofaktor für eine Nicht-Sichtbarmachung der Gewalt. Zusätzlich kann der den Betroffenen auferlegte Zwang zur Geheimhaltung die Scham- und Schuldgefühle weiter verstärken (Finkelhor & Browne, 1985).

1.5 Stand der Forschung

Wie in Kapitel 2.4 und 3.2 bereits erwähnt hängt die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression und PTBS von verschiedenen Einflussfaktoren

ab, die Vulnerabilität beziehungsweise Resilienz der Betroffenen beeinflussen können. Die bisherigen theoretischen und wissenschaftlichen Ergebnisse der Zusammenhänge zwischen Scham- und Schuldgefühlen und Depression sowie PTBS sollen nun im Folgenden dargestellt werden.

Finkelhor und Browne (1985) sehen die Faktoren Scham und Schuld bei sexualisierter Gewalt gegen Kinder als eine wesentliche Komponente bei der Entstehung von psychischen Belastungen. Dabei können die vier traumagenen Dynamiken – traumatische Sexualisierung, Verrat, Stigmatisierung und Ohnmacht – die emotionalen und kognitiven Schemata, das Selbstkonzept und den Selbstwert des Kindes verändern. Den Betroffenen werden dabei negative Konnotationen wie Schuld, Scham, schmutzig, schlecht kommuniziert, welche dann ins Selbstbild übernommen werden und zu psychischen Belastungen führen. Dies kann zum einen durch den Täter selbst und oder durch andere familiäre und gesellschaftliche Signalen erfolgen. Ozer et al. (2003) fanden in ihrer Metaanalyse heraus, dass das Erleben von Emotionen wie Scham, Schuld, Angst und oder Hilflosigkeit während oder kurz nach dem traumatisierenden Ereignis mit erhöhter PTBS-Symptomatik in Zusammenhang steht. Im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt gibt es bislang nur die Metaanalyse von Weaver und Clum aus dem Jahre 1995. Dabei fanden sie heraus, dass die subjektiven Faktoren wie Selbstbeschuldigung, wahrgenommene Lebensgefahr, generelle Bewertung und wahrgenommene Kontrollierbarkeit die untersuchten psychischen Belastungen doppelt so gut erklären konnten wie die objektiven Faktoren der Tat. In beiden Metaanalysen wurden die einzelnen Faktoren im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit PTBS und Depression jedoch nicht getrennt untersucht.

Der Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und psychischer Belastung wurde im systematischen Review von Hall, French und Marteau (2003) untersucht. Dabei zeigte sich, dass die psychische Belastung fünfmal höher war, wenn Personen sich für das negative Ereignis beschuldigten, als wenn auf externe Quellen attribuiert wurde. Schuld- und Schamgefühle im Zusammenhang mit Depression wurden von Kim et al. (2011) metaanalytisch untersucht. Es zeigten sich hohe Effektstärken für Schamgefühle ($r = .43$), generalisierte

($r=.42$) und maladaptive/kontextuelle Schuldgefühle ($r=.39$). Keinen signifikanten Effekt gab es zwischen legitimierten/kontextabhängigen Schuldgefühlen und Depression ($r=.06$).

Wie bereits in Kapitel 4.3 erwähnt, gibt es die Annahme hinsichtlich der Maladaptivität von Schuldgefühlen, zwischen variablen und stabilen Ursachen zu unterscheiden. So fanden Bulman und Wortman (1977) heraus, dass durch einen Unfall querschnittsgelähmte Personen, einen besseren Bewältigungsstil und weniger psychische Belastungen aufwiesen, wenn sie den Unfall auf eigene Verhaltensweisen zurückführten. Sie folgerten daraus, dass spezifische Schuldgefühle adaptiv wirken können, indem sie der Person eine gewisse Kontrolle über zukünftige Ereignisse verleihen. Im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt folgte Janoff-Bulman (1979), dass, wenn Betroffene die Ursache der sexualisierten Gewalt auf ihr Selbst oder ihren Charakter attribuieren („characterological self-blame“), es sich maladaptiv auf die psychischen Belastungen auswirkt. Wohingegen die Attribuierung auf spezifische Verhaltensweisen („behavioral self-blame“), die laut der Wahrnehmung der Betroffenen zu der sexualisierten Gewalt beigetragen haben, eine adaptive Funktion aufweisen und somit zu einer geringeren Belastung führen. Hall et al. (2003) fanden dazu lediglich die Studie von Winkel, Denkers und Vrij (1994, zitiert nach Hall et al., 2003), bei der behavioral self-blame sich als adaptiv zeigte. Allerdings beinhaltete ihr Studienkorpus lediglich sieben Studien, die sich auf sexualisierte Gewalt bezogen. Bezuglich zu characterological self-blame zeigte sich ein hoher Zusammenhang zu psychischer Belastung. Littleton, Magee und Axsom (2007) fanden in einer Metaanalyse signifikante Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der beiden Konzepte, wobei behavioral self-blame bei sexualisierter Gewalt sich häufiger zeigte, als characterological self-blame. Des Weiteren fanden sie, dass Schuldgefühle abnehmen, je länger das Trauma vergangen ist, desto älter die Betroffenen sind und desto länger die Dauer der Tat ist.

Im Hinblick auf den Einfluss von Schamgefühlen sind sich Wurmser (2008) und Andrews, Brewin, Rose und Kirk (2000) einig, dass diesen zu wenig Aufmerksamkeit zuteil wird. Kim et al. (2011) fanden in ihrer Metaanalyse einen mittleren Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und Depression ($r = .43$).

Phänomenologisch betrachtet zeigen sich einige Gemeinsamkeiten: bei beiden besteht die Tendenz des sich klein Fühlens, des Rückzugs und der Hilflosigkeit. Aus Sicht der Attributionstheorie weisen beide eine stabile und meist unkontrollierbare Ursachenzuschreibung auf. Scham könnte das Rückzugsverhalten erhöhen, wodurch der Person potentielle positive Verstärker verloren gehen, die der depressiven Symptomatik entgegenwirken könnten (Risch, 2012). Gerade bei sexualisierter Gewalt könnte diese Schamdynamic, die Tabuisierung beziehungsweise ein Non-Disclosure zu verstärkten Einsamkeitsgefühlen und Isolation führen. Dies wiederum kann die Möglichkeit zu sozialer Unterstützung und professioneller Hilfe verhindern. Für den Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und PTBS lässt sich allerdings bislang keine publizierte Metaanalyse oder Übersichtsarbeit finden. Wurmser (2008) sieht einen Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und Dissoziations- sowie Depersonalisierungserscheinungen, wie sie u.a. bei der komplexen PTBS zu finden sind. Dabei wird die Entfremdung „als Abwehr sonst unerträglicher Selbstanteile verstanden. Die Entfremdung bedeutet die Leugnung sowohl der Schamquelle als auch das Einfrieren der beschämenden Affekte“ (Wurmser, 1987, zitiert nach Hilgers, 1997, S. 31).

1.6 Zielsetzung und Hypothesen

Ziel dieser Diplomarbeit ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den selbstbewertenden Emotionen: Scham und Schuld für sexualisierte Gewalt und den psychischen Belastungen: PTBS und Depression.

Hierzu ergeben sich folgende Hypothesen:

- Es gibt einen Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und PTBS
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und Depression
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und PTBS
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und Depression

Falls sich ein Zusammenhang zeigen sollte, ist die Größe dieses Zusammenhangs von Interesse. Zusätzlich soll auf die Konzeptionalisierung und Operationalisierung der Messinstrumente eingegangen werden, die für die Messung von Scham- und Schuldgefühle eingesetzt wurden. Hierbei soll der Frage nachgegangen werden, ob die verschiedenen Konzeptionen von Schuldgefühlen (behavioral self-blame, characterological self-blame) einen unterschiedlichen Zusammenhang mit Depression und PTBS zeigen beziehungsweise ob sich Ergebnisse zeigen, die das theoretische Konzept von Janoff-Bulman (1979), dass behavioral self-blame zu weniger Belastung und somit zu einer besseren Anpassung führt, unterstützen.

Des Weiteren sind die in Kapitel 2.4 und 3.2 diskutierten Einflussfaktoren (generalisierte Schuldgefühle, Rumination, vermeidender Bewältigungsstil, wahrgenommene soziale Unterstützung) von Interesse, die die gefundenen Zusammenhänge mediierten könnten. Zudem soll der Einfluss von verschiedenen Moderatoren untersucht werden (Geschlecht, Revictimisierung, Alter, Zeit zwischen der sexualisierten Gewalt und der Erhebung, Dauer der Tat, Beziehung zum Täter).

Obwohl der Fokus dieser Arbeit auf den selbstbewertenden Emotionen Scham und Schuld liegt, findet in der Literatur zu Schuldgefühlen bei sexualisierter Gewalt jedoch auch die Täterbeschuldigung und dessen Zusammenhang zu psychischen Outcome Erwähnung. So besteht die Annahme, dass eine externe Attribuierung auf den Täter zu einem besseren psychischen Outcome führt (Cantón-Cortés & Cortés, 2012; Zinzow, Seth, Jackson, Niehaus, & Fitzgerald, 2010). Laut Celano, Hazzard, Campbell und Lang (2002) sind therapeutische Interventionen deshalb häufig darum bemüht, die Schuldgefühle durch eine verstärkte Attribuierung auf den Täter zu reduzieren. Der Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und Täterbeschuldigung ist jedoch komplex. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um recht unabhängige Faktoren handelt und eine Verminderung in dem einen Faktor nicht unbedingt den anderen beeinflussen muss (Feiring, Taska, & Chen, 2002). In einer Zusatzfragestellung dieser Arbeit soll nun zusätzlich der Frage nachgegangen werden, wie sich

der Zusammenhang zwischen Täterbeschuldigung und PTBS sowie Depression gestaltet.

2 Methode

Der Zusammenhang zwischen PTBS sowie Depression und den Emotionen Scham und Schuld bei sexueller Gewalt soll mittels Metaanalyse und systematischem Review überprüft werden. Ein systematischer Review ist dabei laut Cochrane Collaboration (2014) definiert als ein zu einer konkreten Fragestellung und genau definierten Kategorien systematisches Suchen, Auswählen und Bewerten von Primärstudien. Die Metaanalyse ist dabei die statistische Zusammenfassung der jeweiligen Informationen der Primärstudien. Um eine transparente Durchführung zu gewährleisten, basiert die Darstellung dieser Arbeit auf den PRISMA-(Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis) Leitlinien (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

2.1 Literatursuche

Um möglichst alle Studien ausfindig zu machen, die sich mit dem Zusammenhang von Schuld- und Schamgefühlen und Depression sowie PTBS bei sexualisierter Gewalt befassen, wurde eine möglichst umfangreiche Literatursuche von März 2013 bis November 2013 durchgeführt. Dafür wurden folgende Datenbanken durchsucht: PubMed, PsycINFO, Web of Knowledge, WorldCat, PsynDEX, Scopus, Proquest. Die Datenbanken wurden dabei mit Hilfe von Schlagworten beziehungsweise Suchstrings durchsucht, wie z.B.: (*Depression ODER PTSD ODER posttraumatic stress*) UND (*self-blame ODER guilt ODER self-attribution ODER self-conscious emotion ODER shame ODER humiliation ODER stigmatization*) UND (*sexual abuse, sexual assault, rape, molestation, sexual violence*). Zusätzlich wurde eine weitere Suche mithilfe von deutschen Schlagworten durchgeführt.

Bezüglich der Sprache wurden vorab keinerlei Einschränkungen getroffen. Neben Datenbanken wurde auch in Google Scholar und in einschlägigen Journals nach Artikeln gesucht. Auf diese Weise ergaben sich 1.314 Studien. Hierbei handelte es sich bei einem Großteil allerdings um Duplikate, welche

daraufhin ausgesondert wurden. Danach wurden die Abstracts der Studien gescreent. Um die nicht im Volltext verfügbaren Studien ausfindig zu machen, wurden u.a. die AutorInnen angeschrieben. Dabei wurde der/die AutorIn auch noch nach weiteren Studien zu dieser Thematik angefragt. Hieraus ergaben sich 6 weitere Studien. Bei jeder im Volltext verfügbaren und den Einschlusskriterien entsprechenden Studie wurde das Literaturverzeichnis nach weiteren Artikeln durchsucht und in den bereits vorhandenen Korpus integriert oder mit diesem verglichen, so dass schließlich 229 Studien die Einschlusskriterien erfüllten und im Detail untersucht wurden. Durch diese Analyse ergaben sich zusätzliche Ausschlusskriterien.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Folgende Kriterien mussten erfüllt sein, um in die Analyse aufgenommen zu werden:

- Die Studie ist im Volltext verfügbar.
- Es gibt mindestens ein Zusammenhangsmaß von Depression und/oder PTBS mit Scham und/oder Schuldgefühlen im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt.

Ausschlusskriterien:

- Die Messinstrumente für Depression und PTBS genügen nicht den Kriterien des DMS-IV oder ICD-10.
- Studien, die direkt nach einer Vergewaltigung zum Beispiel im Krankenhaus erhoben werden (die Diagnose Depression setzt eine Mindestdauer der Symptome von 2 Wochen voraus).
- Studien, die Samples aus anderen publizierten Studien verwendeten (Mehrfachpublikationen).

2.3 Bestimmung der Moderatorvariablen

Zusätzlich zur Effektstärke wurde eine Reihe von Moderatorvariablen festgelegt:³ Publikationsjahr, Publikationstyp, Quelle, Stichprobengröße, Geschlecht, Art der Erhebung, Art der Stichprobe.

Aus vorangegangenen theoretischen Überlegungen und empirischen Vorgehensweisen (vgl. Hall et al., 2003; Littelton et al., 2007) ergaben sich zusätzlich noch folgende Moderatorvariablen: Die *Art der sexualisierten Gewalt* wurde als dreikategoriale Variable in Child Sexual Abuse (CSA), Adult Sexual Abuse (ASA) und in CSA+ASA unterteilt. Letztere Kategorie bezieht sich auf Samples, die eine erneute Revictimisierung im Erwachsenenalter berichteten beziehungsweise nicht eindeutig zu den beiden ersten Kategorien zugeordnet werden konnten. Die *Zeit zwischen der sexualisierten Gewalt und der Erhebung* und die *Dauer der Tat* wurden als kontinuierliche Variable durch den jeweiligen Mittelwert erfasst. Für die Erfassung des *Alters* wurde das in den Studien angegebene Durchschnittsalter verwendet. Bei Studien, die nur einen Range angeben, wurde die Mitte dessen herangezogen. Die *Beziehung zum Täter* wurde als dichotome Variable in intrafamiliär und extrafamiliär unterteilt.

2.4 Datenaufbereitung

Bei Studien, bei denen mehr als eine für das jeweilige Merkmal interessierende *Effektgröße* vorhanden war, wurde mittels der Fisher's Z-Transformation gemittelt (Bortz & Döring, 2003). So haben Feiring, Taska und Lewis (2002) in einer Längsschnittstudie die vier Effektgrößen für Schuld/PTBS, Schuld/Depression, Scham/PTBS, Scham/Depression zu jeweils zwei Zeitpunkten erhoben. Filipas et al. (2006) und Hoagwood (1990) erhoben den Zusammenhang zwischen Schuld und PTBS durch jeweils zwei Korrelationen: Die

³ Einige davon konnten allerdings nicht in die Metaanalyse einfließen, da in den Primärstudien die Informationen dazu fehlten. Welche Variablen in die Metanalysen miteingingen, findet sich gekennzeichnet im Kodierschema im Anhang.

Studienteilnehmerinnen wurden gebeten, die Schuldgefühle einmal aus der heutigen Sicht und einmal aus der Retrospektive einzuschätzen. Frazier (2000), Meyer und Taylor (1986) differenzierten zwischen behavioral self-blame und characterological self-blame. Hierbei wurde jeweils eine Gesamtkorrelation ermittelt. Die bei Filipas et al (2006) und Uji (2007) fehlende *Altersangabe* wurde auf 18 Jahre geschätzt, da aus den Studien hervorging, dass es sich um Studentinnen des ersten Semesters handelt. Die Moderatorvariable *Zeit nach dem Ereignis* konnte bei Filipas et al. (2006), Ullman und Filipas (2005) Owens und Chard (2001), Zinzow et al. (2010) geschätzt werden, da das Durchschnittsalter, in welchem die sexualisierte Gewalt endete, bekannt war.

2.5 Durchführung der Metaanalysen

Nachdem alle potentiellen Studien im Volltext verfügbar waren, wurden die interessierenden Daten mittels des Kodierschemas (siehe Appendix A) extrahiert und anschließend doppelt geprüft. Danach wurden die Studien auf vier Gruppen aufgeteilt: Schuld/PTBS, Schuld/Depression, Scham/PTBS, Scham/Depression. Um den Zusammengang zwischen den Merkmalen zu untersuchen wurde als Effektstärke der Korrelationskoeffizient r verwendet.⁴ Laut Cohen (1988) ist $r = .10$ als kleiner Effekt, $r = .30$ als mittlerer Effekt und $r = .50$ als großer Effekt zu interpretieren.

Zur Bestimmung der Heterogenität zwischen den Studien wurde die Cochran Q-Statistik und das Heterogenitätsmaß I^2 herangezogen. Zur grafischen Darstellung findet sich der Forest Plot in der jeweiligen Ergebnistabelle. Die Q-Statistik dient dabei als empirischer Zugang, um das zugrundeliegende statistische Modell zu ermitteln. Das Fixed-Effect Modell geht dabei von einer gleichen Effektstärke für alle Studien aus, während das Random-Effects Modell auf der Annahme beruht, dass allen Studien ein unterschiedlicher Effekt zugrunde liegt (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009). Ein signifikan-

⁴ Aufgrund der problematischen Verteilung von r werden die Werte zur Berechnung von CMA automatisch in Fisher's Z-Werte umgewandelt (vgl. Borenstein, 2009, S.43).

ter Q-Wert deutet auf eine gewisse Heterogenität der Studien hin und würde für die Annahme des Random-Effects Modell sprechen. Das statistische Modell lässt sich allerdings auch durch theoretische Überlegung bestimmen. Aufgrund der breiten Definition von sexualisierter Gewalt ist theoretisch zu erwarten, dass die Studien recht heterogen sind. Im Folgenden wurde deshalb primär ein Random-Effects Modell herangezogen und Ergebnisse dieses Modells mit einem Fixed-effect Modell verglichen. Der I^2 -Index als weiteres Heterogenitätsmaß beschreibt die Inkonsistenz der Effektstärken zwischen den Studien. Der Wertebereich liegt dabei zwischen 0-100%, wobei gilt, je höher der Prozentsatz, desto höher die Inkonsistenz. Werte von 25%, 50% und 75% können dabei als niedrige, mittlere und hohe Inkonsistenz interpretiert werden (Borenstein et al., 2009). Da einzelne Studien mit einer vergleichsweise sehr niedrigen oder hohen Effektstärke einen hohen Einfluss auf den Gesamteffekt und die Heterogenität haben können, wurde deren Einfluss in einer Sensitivitätsanalyse untersucht. Ein Ausschluss einzelner Studien erfolgte dabei aufgrund von theoretischen, inhaltlichen und/oder methodologischen Gesichtspunkten.

In der Wissenschaft besteht die Tendenz, dass Studien mit signifikanten Ergebnissen weitaus öfter publiziert werden. Hierbei besteht für die Metaanalyse die Gefahr, dass Daten statistisch verzerrt sind und Effektstärken somit überschätzt werden, indem Studien mit nicht signifikanten Ergebnissen übersehen werden könnten. Dieser sogenannte Publikationsbias wurde mit Hilfe von Funnel Plots, der Fail-Safe-N Methode (nach Rosenthal) und der trim-and-fill Methode (nach Duval & Tweedie, 2000) ermittelt. Der Funnel-Plot ist eine grafische Abbildung der Effekte um den Gesamteffekt. Bei Nichtvorhandensein eines Publikationsbias sollten die geschätzten Effekte symmetrisch um den wahren Effekt verteilt sein. Rosenthals Fail-Safe-N ermittelt die Anzahl der Studien mit einem Nulleffekt, die in die Metaanalyse aufgenommen werden müssten, um das Ergebnis nicht signifikant werden zu lassen. Die trim-and-fill Methode ermittelt die Anzahl von Studien, die der Metaanalyse hinzugefügt werden müssten, damit eine gewisse Symmetrie der Effekte um den wahren Effekt erreicht ist. Die hinzugefügten Studien sind als gekennzeichnete Punkte den

Funnel Plot zu entnehmen (vgl. Appendix C). Des Weiteren werden die hinzugefügten Studien genutzt, um den Gesamteffekt neu zu berechnen.

Der Einfluss der Effektmoderatoren Art der sexualisierten Gewalt, Art der Stichprobe und die Beziehung zum Täter, wurde mittels Subgruppenanalyse ermittelt. Die Effektmoderatoren Zeit nach Ereignis und Alter und Dauer der Tat wurden mittels Metaregression untersucht. Die Auswertung erfolgte mittels der Software CMS (Comprehensive Meta-Analysis, Version 2.0).

3 Resultate

Im Folgenden sind die Ergebnisse der insgesamt vier Metaanalysen dargestellt. Bisher hat sich noch keine publizierte Metaanalyse diesen Zusammenhängen gewidmet, deshalb stellen die folgenden Ergebnisse einen neuen Beitrag zu dieser Thematik dar.

3.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Durch die Ein- und Ausschlusskriterien ergaben sich 25 Studien, die in die Metaanalysen inkludiert werden konnten. Tabelle 3 zeigt eine Auflistung der Primärstudien. Auch finden sich diese im Inhaltsverzeichnis mit einem Sternchen gekennzeichnet. Die 25 Studien umfassen insgesamt 3.829 (davon 371 Männer) Personen. Keine der Studien berichtete allerdings getrennt über Korrelation von Männern und Frauen, weshalb keine Aussage über den Unterschied zwischen ihnen getroffen werden kann. Die Studien wurden im Zeitraum zwischen 1986 und 2012 publiziert. Es handelt sich zu 100% um publizierte Literatur aus 90% peer-reviewed Journals (10% aus nicht peer-reviewed Journals). 22 der Studien stammen aus dem nordamerikanischen Raum, nur zwei aus Europa und eine Studie aus Japan. Der Großteil der Studien ($n = 19$) bezieht sich auf Samples, die sexualisierte Gewalt in der Kindheit erfahren haben. Davon berichten vier Studien über eine erneute Revictimisierung im Erwachsenenalter. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen liegt jedoch nur bei ca. 31.5%. Bei den restlichen Samples, die über sexualisierte Gewalt in der Kindheit berichten, liegt die sexualisierte Gewalt im Durchschnitt zehn Jahre (5–24 Jahre) zurück. Sechs Studien beziehen sich auf sexualisierte Gewalt im Erwachsenenalter. Das Durchschnittsalter des gesamten Samples ($k=25$) liegt bei 22 Jahren. Die objektiven Faktoren der Gewalt waren zum Teil nur mangelhaft angegeben. So fehlen bei zwölf Studien Angaben zur Dauer der Tat. Bei Acht Studien lassen sich keine Informationen zur Beziehung zum Täter finden. Die restlichen 17 Studien machen diesbezüglich recht heterogene Angaben. Die

Informationen in Tabelle 3 sind wortwörtlich (aus dem Englischen übersetzt) den Primärstudien entnommen wurden. Zudem sind die Angaben recht unvollständig und beziehen sich nur auf einen gewissen Prozentsatz der Betroffenen. Die ungenaue Spezifizierung der Begriffe in den Einzelstudien und die heterogenen Angaben zwischen den Studien, macht eine Analyse des Moderators -Beziehungs zum Täter- nicht möglich.

Tabelle 3: Auflistung aller Primärstudien

AutorIn	Jahr	Stich-probengröße (Anteil de Frauen in %)	Zusam-menhang	Ef-fektgröße	Alter durch-schn.	durchschn. Zeit zwi-schen Tat und Erhe-bung in Jah-ren	Art der sex. Ge-walt	Dauer der Tat	Bezie-hung zum Täter	Art der Stich-probe
Arata, C.	2000	221 (100)	SB/PTBS	,24	22.4	k.A.	63% CSA & ASA	25% mehr als ein Jahr	54% Ver-wandte	nicht klinisch
Cantón- Cortés, D.	2012a	151 (100)	SB/PTBS TB/PTBS	,30 ,08	20	6	CSA	50% einmalig	40% Fami- lie	nicht klinisch
Cantón- Cortés, D.(2)europ.	2012b	182 (88)	SB/ De-pression	,41	21.5	7	CSA	k.A.	56% Fami- lie	nicht klinisch
Crouch, J. L.	1999	80 (86)	SB/PTBS SB/ De-pression	,47 ,62	12.8	Akut, sex. Gewalt evtl. fortwährend	CSA	k.A.	69% Ver-wandte	klinisch
Daigneault, I.	2006	103 (100)	SB/PTBS SB/ De-pression	,27 ,23	14.6	3.1	CSA	1.6 Jah-re	83% nahe Familie	klinisch
Feiring, C.	2002	147 (73)	SB/PTBS SB/ De-pression TB/PTBS TB/ De-pression Scham/P TBS	,26 ,37 ,03 ,20 ,52 ,47	11.5	1	CSA	70% mehr als ein Jahr	97% Fami- lie	klinisch

			Scham/ Depres- sion							
Filipas, H.H.	2006	219 (100)	SB/PTBS	,38	k.A.	8	CSA	60% mehr- fach	89% Ver- wandte	nicht klinisch
Frazier, P.A.	1990	67 (100)	SB/ De- pression TB/Depre- ssion	,43 ,08	27	<1 (3 M.)	40% CSA & ASA	k.A.	56% Un- bekannter	klinisch
Frazier, P-A.	2000	104 (100)	SB/PTBS SB/ De- pression	,30 ,45	25	<1 (5 M.)	ASA	einmalig	47% Un- bekannter	klinisch
Hoagwood, K.	1990	31 (100)	SB/ De- pression TB/Depre- ssion	,49 ,41	37	24	CSA	6.4 Jah- re	Bei 97% den Be- troffenen bekannt	klinisch
Ligezinska, M.	1996	41 (54)	- SB/ Depres- sion	,39	10	1	CSA	k.A.	Den Be- troffenen bekannt	klinisch
Maddox, L.	2010	22 (100)	SB/PTBS Scham/P TBS	,32 ,57	29	1.5	ASA	k.A.	k.A.	klinisch
Manion,I.	1998	56 (k.A.)	SB/	,31	10.3	<1 (3 M.)	CSA	k.A.	extrafami- ly	klinisch

			Depres-sion						liär	
Meyer , C.B.	1986	58 (100)	SB/ De-pression	,37	k.A.	<1 (4 M.)	ASA	einmalig	bei 83% Unbekannter	klinisch
Moor, A.	2011	14 (100)	SB/PTBS	,45	26	k.A.	ASA	k.A.	k.A.	nicht klinisch
Morrow, K.B.	1989	101 (100)	SB/ De-pression	,12	14	k.A.	CSA	3.8 Jah-re	k.A.	klinisch
Najdowski, C.	2009	969 (100)	SB/PTBS	,28	32	13	56% CSA & ASA	einmalig	k.A.	Kli-nisch & nicht klinisch
Neufeld, S.A.	2012	271 (49)	Scham/P TBS	,50	18	k.A.	58% CSA & ASA	k.A.	k.A.	klinisch
Owens, G.P.	2001	79 (100)	SB/PTBS	,31	32	12	CSA	58% > 100 Vor-fälle	bei 50% Verwandter	klinisch
Persons, E.	2010	247 (51)	Scham/P TBS	,64	42	k.A.	CSA	k.A.	k.A.	klinisch
Ullman, S.E.	2005	167 (84)	SB/PTBS	,19	19.5	5	CSA	66% mehr-fach	bei 89% dem Täter bekannt	nicht klinisch
Uji, M.	2007	213 (100)	Scham/P TBS	,38	19.7	k.A.	ASA	k.A.	k.A.	nicht klinisch
Walsh, R.M.	2011	41 (100)	SB/PTBS SB/ De-pression	,27 ,38 ,35	35	1.8	ASA	k.A.	k.A.	nicht klinisch

			TB/PTBS TB/ De- pression	,22						
Wolfe, D.A.	1994	90 (76)	SB/PTBS	,34	12.4	<1	CSA	50% > ein Jahr	bei 8% Unbekann- ter, 27% Familie	klinisch
Zinzow, H.	2010	155 (100)	SB/PTBS TB /PTBS	,24 ,24	19	7	CSA	k.A.	bei 77% extrafami- liär	nicht klinisch

3.1 Erhebungsinstrumente

Tabelle 4 und 5 zeigen eine Auflistung der Erhebungsinstrumente für Scham- und Schuldgefühle, sowie den erhobenen Zusammenhang, die Gütekriterien und Beispielitems.

3.1.1 Erhebung des Merkmals Schuldgefühl

Die Erhebungsinstrumente von Schuldgefühlen sind zwischen den Studien sehr heterogen. Nur sechs der 23 Studien benutzen dasselbe Erhebungsinstrument: Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R), zwei Studien verwenden The Attributions of Responsibility and Blame Scale von McMillen and Zuravin (1997). Fünf Studien verwenden modifizierte Versionen anderer AutorInnen. Neun Studien verwenden eigens konstruierte Erhebungsinstrumente ohne Angaben bezüglich der Gütekriterien. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Art der Erhebung. Eine Unterscheidung zwischen spezifischen Schuldgefühlen (behavioral self-blame) und globalen Schuldgefühlen (characterological self-blame) erfolgt bei sechs Studien, wobei nur Frazier (2000), Meyer und Taylor (1986) über entsprechende Korrelationen berichten. In den Studien von Moor und Farchi (2011) und Fering et al. (2002) zeigt sich diese Unterscheidung in den Beispielitems, bleibt jedoch von den AutorInnen unerwähnt. Inwieweit auch andere Studien diese Unterscheidung implizit vornehmen, ist aus den angegebenen Beispielitems nicht ersichtlich.

Tabelle 4: Zusammenhang, Messinstrument, Gütekriterien, Beispielitems

AutorIn	Jahr	Erhobener Zusammenhang	Messinstrument	Güte-kriterien	Beispielitem
Arata, C.	2000	-SB/PTBS	Ein Item: wie sehr sich Personen für die Tat die Schuld geben, 5 stufige Likert-Skala	k.A.	k.A.
Cantón- Cortés, D.	2012a	- SB/PTBS - TB/PTBS	The Attributions of Responsibility and Blame Scale (McMillen and Zuravin, 1997), 40 Items für SB, FB, TB, 5-stufige Likert-Skala	Reliabilität: Cronbach's Alpha: 0,92	SB: I blame myself for getting into the situation where the unwanted sexual contact began, FB: „I blame my family for creating the situation where the sexual contact was likely to occur“ TB: „I blame the person for continuing to do these things after I let it be known I wanted it to stop“
Cantón- Cortés, D. (2)europ.	2012b	- SB/ Depression	Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R), 12 Items	Reliabilität: Cronbach's Alpha: 0,85	„feeling that the sexual abuse happened because of something they did, feeling guilty, feeling they have caused problems for others“
Crouch, J. L.	1999	- SB/PTBS - SB/ Depression	Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R), 12 Items	Reliabilität: Cronbach's Alpha: 0,85	„feeling that the sexual abuse happened because of something they did, feeling guilty, feeling they have caused problems for others“
Daigneault, I.	2006	- SB/PTBS - SB/ Depression	Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R), 12 Items	Reliabilität: Cronbach's Alpha: 0,85	„feeling that the sexual abuse happened because of something they did, feeling guilty, feeling they have caused problems for others“
Feiring, C.	2002	- SB/PTBS - SB/ Depression -TB/PTBS -TB/Depresion beh.SB/chaSB	Abuse Attribution Inventory (AAI), erfasst die wahrgenommenen interne wie externe Ursachen der Tat, keine Angabe zur Anzahl der Items, 3-stufige Likert-Skala	k.A.	“This happened to me because: I was not a careful person; I was not smart enough to stop it from happening; because of the way i dressed“ Alle Items angegeben.

Filipas, H.H.	2006	- SB/PTBS	3 Items: wie sehr sich selbst, der Gesellschaft und dem/der TäterIn die Schuld gegeben wird, 3-stufige Likert-Skala	k.A.	k.A.
Frazier, P.A.	1990	- SB/ Depression - TB/ Depression	2 Items für behavioral/ characterological SB 15 Items über mögliche Gründe für die Tat, 5-stufige Likert-Skala 4 Items, wie sehr sich selbst, dem Zufall, der Umwelt oder dem/der TäterIn die Schuld gegeben wird, Offene Frage zur Ursache der Tat	k.A.	„How much do you blame u did before the rape? E.g. walking alone at night; „ How much do you blame things about your personality (e.g. being too trusting) that you feel you cant change?“
Frazier, P.A.	2000	- SB/PTBS - SB/Depression -Korrelationen für beh. SB und charac.SB	3 mal 7 Items bezüglich behavioral, characterological SB, extern (Gesellschaft, TäterIn)	Cronbach´s Alpha: 0,78-0,84	k.A.
Hoagwood, K.	1990	- SB/ Depression - TB/Depression	The Blame Scale (TBS), unbestimmtes Anzahl von Items, Beschuldigung (Selbst, Mutter, Vater, TäterIn), Items zweimal vorgegeben, gegenwärtig und retrospektiv als Kinder, Items unterteilt in beha. und char. SB, 6-stufige Skala	Retest-Reliabilität: $r=0,97$	„As a child, how much did you blame yourself for what you did or how you acted?; As a child how much did you blame yourself fort he type of person you were?“
Ligezinska, M.	1996	- SB/ Depression	Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R), 12 Items	Reliabilität: Cronbach´s Alpha: 0,85	„feeling that the sexual abuse happened because of something they did, feeling guilty, feeling they have caused problems for others“
Maddox, L.	2010	- SB/PTBS	Post-Traumatic Cognitions In-	Cronbach´s	„It happened to me because oft he way I acted;

			ventory (PTCI; Foa et al. 1999), Subskala self-blame, 17 Items,	Alpha = 0,97, retest r= 0,80	
Manion,I.	1998	- SB/ Depression	Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R), 12 Items	Reliabilität: Cronbach's Alpha: 0,85	„feeling that the sexual abuse happened because of something they did, feeling guilty, feeling they have caused problems for others“
Morrow, K.B.	1989	- SB/ Depression	5-stufige Skala mit den Ausprägungen „no way my fault“ bis „it's all my fault“	k.A.	
Meyer , C.B.	1986	- SB/ Depression - Korrelationen für beh.SB und charac.SB	24 Items, beh. & charac. SB, 5-stufige Skala, 10 potentielle Ursachen (selbst, TäterIn, Gott ect.) bewerten eine offene Frage	k.A.	Beh.SB: „I should have been more cautious; I'm too trusting“. Char.SB: „I'm a victim type; I can't take care of myself“.
Moor, A.	2011	- SB/PTBS	10 Items übernommen von Meyer (1986), beh. & charac. SB, 5- stufige Likert-Skala,	k.A.	„I got what I deserved; I should have been more cautious“
Najdowski, C.	2009	- SB/PTBS	Rape Attribu- tion Questionnaire (RAQ; Frazier, 2002) 2 mal 5 Items zu beh. & charac. SB, 5- stufige Skala Brief COPE (Subskala) (Carver et al., 1989), 2 Items,	k.A.	beh.SB.: „I should have resisted more“. Cha.SB: „I'm unlucky“
Owens, G.P.	2001	- SB/PTBS	Personal Beliefs and Reactions Scale (PBRs), von Resick, Schnicke, Markway (1991), erfasst Kognitionen in Vergewaltigungsopfern, Subskala SB, 6- stufige Skala	Retest- Reliabilität 0,81	k.A.
Ullman, S.E.	2005	- SB/PTBS	Beschuldigung (Selbst, TäterIn, Gesellschaft, Andere) durch jeweils ein Item erfasst, 4-	k.A.	k.A.

			stufige Skala, zweifach Vorgabe (retrospektiv nach der Tat, zum Zeitpunkt der Befragung)		
Walsh, R.M.	2011	- SB/PTBS - SB/ Depression - TB/PTBS - TB/ Depression	The Sexual Assault Attribution Questionnaire (SAAQ) modifierte Version von Frazier (2003), 25 Items misst Selbstbeschuldigung, TäterInbeschuldigung und wahrgenommene Kontrolle über gegenwärtige und zukünftige Ereignisse. 5-stufige Skala.	Cronbach's Alpha= 0,70-0,87	k.A.
Wolfe, D.A.	1994	- SB/PTBS	Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R), 12 Items	Reliabilität: Cronbach's Alpha: 0,85	„feeling that the sexual abuse happened because of something they did, feeling guilty, feeling they have caused problems for others“
Zinzow, H.	2010	- SB/PTBS - TB /PTBS	The Attributions of Responsibility and Blame Scale (McMillen and Zuravin, 1997), 40 Items für SB, FB, TB, 5-stufige Likert-Skala	Reliabilität: Cronbach's Alpha: 0,92	SB: „I blame myself for getting into the situation where the unwanted sexual contact began“ FB: „I blame my family for creating the situation where the sexual contact was likely to occur“ TB: „I blame the person for continuing to do these things after I let it be known I wanted it to stop“

SB=Selbstbeschuldigung, TB= Täterbeschuldigung, FB= family-blame

3.1.2 Erhebung des Merkmals Scham

Die Erhebungsinstrumente zu Schamgefühlen reichen von einem bis neun Items. Dabei handelt es sich mit Ausnahme von Uji et al. (2007) um selbst entwickelte Messinstrumente.

Tabelle 5: Zusammenhang, Messinstrument, Gütekriterien, Beispielitems

AutorIn	Jahr	Erhobener Zusammenhang	Messinstrument	Gütekriterien	Beispielitem
Feiring, C.	2002	- Scham/PTBS - Scham/ Depression	4 Item, 3-stufige Likert-Skala	Retest-Reliabilität r= 0,78	“I feel ashamed because I think that people can tell from looking at me what happened; “What happened to me makes me feel dirty.”
Maddox, L.	2010	- Scham/PTBS	Ein Item, 4-stufige Skala	k.A.	“Do you feel ashamed about any aspect of the crime or your reactions to it?”
Neufeld, S.A.	2012	- Scham/PTBS	HIV and Abuse related Shame Inventory (HARSI), Subskala, 9 Items,	Cronbach´s Alpha 0,93	„Think less of me because of abuse; Others reject me when they find out; Put myself down for abuse“
Persons, E.	2010	- Scham/PTBS	Sexual Abuse-Related Shame, 9 Items, Eigenentwicklung, 5-stufige Skala	Cronbach´s Alpha 0,93	“I struggle with feeling worthless because I’ve been sexually abused/ raped; I hide my sexual abuse or rape experience(s) from others; Having been sexually abused/raped makes me want to hide, disappear, or even die.”
Uji, M.	2007	Scham/PTBS	Abuse Specific Shame questionnaire (ASSQ), modifizierte Version von Feiring et al. (2001), 4 Items, 6-stufige Skala	k.A.	„I feel ashamed because I think that people can tell from looking at me what happened; I want to go away by myself and hide“

3.2 Metaanalysen

Im Folgenden finden sich die Ergebnisse der insgesamt vier Metaanalysen. Für die metaanalytische Berechnung des Zusammenhangs zwischen Schamgefühlen und Depression konnte nur ein Zusammenhangsmaß gefunden werden. In den jeweiligen Ergebnistabellen finden sich die AutorInnen der jeweiligen Studie, das Publikationsjahr und dessen gefundene Effektgröße (r). Außerdem zeigen sie die Konfidenzintervalle, in welchen sich unter der Berücksichtigung des Messfehlers mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% der wahre Effekt befindet. Der p -Wert gibt an, ob es sich um ein signifikantes Ergebnis handelt. Ist der p -Wert $< .05$, so ist das Ergebnis signifikant.

3.2.1 Selbstbeschuldigung und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Für die Metaanalyse konnten insgesamt 15 Stichproben herangezogen werden, welche in Tabelle 5 abgebildet sind. Die gefundenen Korrelationen liegen im Bereich von $r = .20$ bis $.47$ und sind alle positiv. Der Gesamteffekt beträgt $r = .29$ mit dem dazugehörigen Konfidenzintervall 95%CI = [.26, .33] und ist mit $p < .001$ signifikant. Laut Cohen (1988) ist dies als Effekt mittlerer Größe zu interpretieren. Dies bedeutet, dass hohe Schuldgefühle für die sexualisierte Gewalt mit einer erhöhten Symptomatik der PTBS einhergehen beziehungsweise je höher die Symptome der PTBS, desto höher sind die Schuldgefühle.

Tabelle 6: Effektgrößen, Konfidenzintervalle, z-werte, p -Werte, Forest-Plot

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI				
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-2,00	-1,00	0,00	1,00	2,00
	Arata (2000)	0,240	0,111	0,360	3,613	0,000			+		
	Cantón-Cortés (2012)	0,300	0,148	0,439	3,771	0,000			+		
	Crouch (1999)	0,470	0,279	0,625	4,475	0,000			+		
	Daigneault (2006)	0,271	0,082	0,441	2,780	0,005			+		
	Fering (2002)	0,269	0,112	0,413	3,312	0,001			+		
	Filipas (2006)	0,380	0,260	0,488	5,879	0,000			+		
	Frazier (2000)	0,300	0,114	0,466	3,115	0,002			+		
	Maddox (2010)	0,320	-0,117	0,654	1,447	0,148			+		
	Moor (2011)	0,450	-0,106	0,792	1,609	0,108			+		
	Najdowski (2009)	0,289	0,231	0,346	9,262	0,000			+		
	Owens (2001)	0,310	0,095	0,497	2,790	0,005			+		
	Ullman (2005)	0,198	0,048	0,340	2,574	0,010			+		
	Walsh (2011)	0,271	-0,040	0,534	1,714	0,087			+		
	Wolfe (1994)	0,345	0,149	0,515	3,358	0,001			+		
	Zinnow (2010)	0,240	0,086	0,383	3,021	0,003			+		
Fixed		0,293	0,257	0,328	15,142	0,000			+		
Random		0,293	0,257	0,328	15,142	0,000			+		

Der Test zur Heterogenität ergab: $Q(14) = 9.20$, $p = .818$ und $I^2 = 0.00$.

Dieses Ergebnis spricht für eine hohe Homogenität zwischen den Stichproben. Die trim-and-fill Methode ergänzt um zwei Studien. Der Gesamteffekt verändert sich dadurch von $r = .29$ auf $r = .28$. Fail-Safe-N gibt an, dass 728 Studien mit einer Nullkorrelation nötig wären, um den Effekt zu nullifizieren. Eine Publikationsverzerrung konnte nicht gefunden werden. Die Subgruppenanalysen und Metaregressionen zeigten keine signifikanten Ergebnisse (siehe Appendix E,F), was aufgrund von I^2 gleich null auch kaum zu erwarten war.

3.2.2 Selbstbeschuldigung und Depression

Für die Metaanalyse konnten insgesamt 12 Korrelationen aus 12 Studien herangezogen werden. Diese liegen im Bereich von $r = .01$ bis $.62$. Es handelt sich um positive Korrelationen, wobei eine erhöhte Selbstbeschuldigung mit einer erhöhten Depressionssymptomatik und vice versa einhergeht. Der Gesamteffekt liegt bei $r = .37$, $95\% \text{ CI} = [.319, .427]$ und ist mit $p < .001$ signifikant.

Tabelle 7: Effektgrößen, Konfidenzintervalle, z-werte, p-Werte, Forest-Plot

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI				
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00
	Crouch (1999)	0,620	0,463	0,739	6,362	0,000					
	Cantón-Cortés	0,419	0,292	0,532	5,980	0,000					
	Daigneault	0,239	0,048	0,414	2,440	0,015					
	Feiring (2002)	0,379	0,231	0,510	4,788	0,000					
	Frazier (1990)	0,430	0,212	0,608	3,680	0,000					
	Frazier(2000)	0,453	0,286	0,594	4,914	0,000					
	Hoagwood	0,490	0,164	0,719	2,836	0,005					
	Ligezinska (1996)	0,397	0,102	0,628	2,589	0,010					
	Manion (1998)	0,319	0,061	0,536	2,402	0,016					
	Morrow (1989)	0,129	-0,068	0,317	1,287	0,198					
	Meyer (1986)	0,370	0,123	0,573	2,877	0,004					
	Walsh (2011)	0,387	0,090	0,621	2,515	0,012					
Fixed		0,384	0,329	0,436	12,636	0,000				+	
Random		0,386	0,309	0,458	9,079	0,000				+	

Es zeigt sich eine hohe Heterogenität zwischen den Studien: $Q(11)=27,44$, $p=.04$ und $I^2=59,917$. In einer Sensitivitätsanalyse lässt sich die Studie von Morrow und Sorell (1989) als Ausreißer identifizieren. Die Studie liegt mit einem 95%igen Konfidenzintervalls von 95% $CI = [-.183, .208]$ außerhalb des Konfidenzintervalls des Gesamteffekts. Auch aus inhaltlichen Überlegungen zum Messinstrument geht hervor, dass sich die Studie von anderen unterscheidet. Schuldgefühle wurden hierbei lediglich durch ein Item erfasst (vgl. Tabelle 4). Unter Ausschluss von Morrow et al. (1989) ergibt sich ein signifikant homogenes Ergebnis: $Q(10) =11,679$, $p=.41$, $I^2 =14,371$, mit einem Gesamteffekt mittlerer Größe von: $r= .41$, 95% $CI = [.348, .469]$.

Die Analyse zur Publikationsverzerrung ergibt ein Fail-Safe-N von 437 Studien. Das trim-and-fill Verfahren ergibt keine Korrektur des Gesamteffekts. Es ist davon auszugehen, dass das signifikante Ergebnis nicht durch eine Publikationsverzerrung zustande kommt. Keine der Metaregressionen oder Subgruppenanalysen zeigte ein signifikantes Ergebnis (siehe Appendix E,F).

3.2.3 Scham und PTBS

Der Zusammenhang zwischen Scham und PTBS konnte lediglich durch fünf Korrelationen ermittelt werden. Die Korrelationen liegen im Bereich von $r=$

.38 bis .64. Die Analyse auf Heterogenität spricht für eine hohe Heterogenität der Studien: $Q(4) = 14,198$, $p = .007$, $I^2 = 71,827$.

Tabelle 8: Effektgrößen, Konfidenzintervalle, z-werte, p-Werte, Forest-Plot

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI				
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-2,00	-1,00	0,00	1,00	2,00
	Feiring (2002)	0,528	0,400	0,635	7,044	0,000				+	
	Maddox (2010)	0,570	0,195	0,799	2,820	0,005				+	
	Neufeld (2012)	0,500	0,405	0,584	8,988	0,000				+	
	Persons (2010)	0,640	0,560	0,708	11,840	0,000				+	
	Uji (2007)	0,388	0,268	0,497	5,941	0,000				+	
Fixed		0,524	0,475	0,570	17,312	0,000				+	
Random		0,524	0,420	0,614	8,501	0,000				+	

Eine Sensitivitätsanalyse führte zur Exklusion der Studie von Uji, Shikai, Shono und Kitamura (2007). Das 95%ige Konfidenzintervall des Effekts in dieser Studie, $r = .39$, 95% KI = [.27, .50] überschneidet sich zwar mit dem des Gesamteffekts, 95% KI = [.42,.61], jedoch führen auch inhaltliche Überlegungen zum Ausschluss der Studie: So sprachen lediglich 4 % des Samples über eine Vergewaltigung, wohingegen der Rest eher von sexuellen Belästigungen berichtete. Damit unterscheidet sich die Studie deutlich von den restlichen vier Studien. Durch die Exklusion dieser Studie ergibt sich ein knapp homogenes Ergebnis: $Q(3) = 5,999$, $p = .112$, $I^2 = 49,994$ mit einem signifikanten Gesamteffekt von $r = .56$, 95% KI = [.475, .636], $p < 0,000$. Der hohe I^2 -Wert lässt zwar weiterhin auf eine hohe Heterogenität schließen, die jedoch aufgrund der geringen Anzahl der Studien nicht durch Moderatoren erklärt werden kann.

Die Analyse zur Publikationsverzerrung ergibt einen Fail-Safe-N von 242 Studien und keine Korrektur des Gesamteffektes durch das trim-and-fill Verfahren. Es ist daher unwahrscheinlich, dass der signifikante Gesamteffekt durch einen Publikationsbias zustande kommt.

3.2.4 Scham und Depression

Zu dieser Fragestellung konnte keine Metaanalyse errechnet werden, da der Zusammenhang zwischen Scham und Depression lediglich von Feiring et

al. (2002) erfasst wurde. Die Korrelation liegt bei $r = .47$, 95% KI = [.34, .66]. Das Instrument, mit dem die Schamgefühle erhoben wurden, findet sich in Tabelle 5.

3.2.5 Täterbeschuldigung und PTBS

Für diesen Zusammenhang konnten lediglich vier Studien herangezogen werden. Es fanden sich vier positive Korrelationen im Bereich von $r = .03 – .35$. D.h. dass eine erhöhte Beschuldigung des Täters mit erhöhten Werten der PTBS einhergeht. Es gibt eine hohe Heterogenität zwischen den Studien: $Q(3)=4,711$, $p = .194$, $I^2 = 36,323$, welche durch die geringe Anzahl der Studien nicht weiter aufgeklärt werden kann. Laut Random-Effects-Modell ergibt sich ein knapp signifikanter Gesamteffekt kleiner Größe von $r = .134$, 95% KI = [.02, .245], $p < 0,022$. Die Analyse zur Publikationsverzerrung ergab ein Fail-Safe-N von nur sechs Studien, durch welche das Ergebnis nicht mehr signifikant wäre. Trim-and-fill ergänzt um eine Studie (vgl. Appendix D). Damit verändert sich der Gesamteffekt auf $r = .105$. Das Ergebnis kann somit nicht als sonderlich robust eingeschätzt werden.

Tabelle 9: Effektgrößen, Konfidenzintervalle, z-werte, p-Werte, Forest-Plot

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI				
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-2,00	-1,00	0,00	1,00	2,00
	Cantón-Cortés (2012)	0,080	-0,081	0,237	0,975	0,329			+		
	Feiring (2002)*	0,030	-0,138	0,197	0,347	0,728			+		
	Walsh (2011)	0,350	0,047	0,594	2,253	0,024			+		
	Zinnow (2010)	0,200	0,044	0,347	2,499	0,012			+		
Fixed		0,128	0,038	0,215	2,789	0,005			+		
Random		0,134	0,020	0,246	2,293	0,022			+		

3.2.6 Täterbeschuldigung und Depression

Der Zusammenhang zwischen Täterbeschuldigung und Depression wurde von vier Studien erfasst. Die Korrelationen liegen im Bereich von $r = -.41$ bis $.22$. Es zeigt sich eine hohe Heterogenität der Studien: $Q(3)= 12,03$, $p = .007$, $I^2 = 75,063$. Unter der Annahme des random-effects- sowie des fixed-effects

Modells zeigt sich zwischen Täterbeschuldigung und Depression kein signifikanter Zusammenhang ($r = .003$, 95% KI = [-.253, .258], $p = .984$).

Tabelle 10: Effektgrößen, Konfidenzintervalle, z-werte, p-Werte, Forest-Plot

Model	Study name	Statistics for each study					Correlation and 95% CI				
		Correlation	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00
	Feiring (2002)	0,200	0,039	0,351	2,433	0,015					
	Frazier (1990)	-0,080	-0,314	0,163	-0,641	0,521					
	Hoagwood (1990)	-0,410	-0,667	-0,065	-2,305	0,021					
	Walsh (2011)	0,220	-0,094	0,494	1,379	0,168					
Fixed		0,074	-0,044	0,190	1,230	0,219					
Random		0,003	-0,253	0,258	0,020	0,984					

3.3 Mediierende Faktoren

Es konnten lediglich zwei Faktoren gefunden werden, die die gefundenen Zusammenhänge mediieren könnten. Der Einfluss von *generalisierten Schuldgefühlen* wurde von zwei Studien erhoben. Daigneault und Tourigny (2006) fanden keinen signifikanten Zusammenhang mehr zwischen Schuldgefühlen für die sexualisierte Gewalt und Depression ($r = .24$, 95% KI = [.044, .436], $r = .04$, 95% KI = [-.156, .236] sowie PTBS ($r = .27$, 95% KI = [.074, .466], $r = .12$, 95% KI = [-.076, .316]), nachdem generalisierte Schuldgefühle kontrolliert wurden. Im Hinblick auf die breiten Konfidenzintervalle ist dieses Ergebnis allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. Feiring et al (2002) konnten weiter einen signifikanten Zusammenhang finden, nach der Kontrolle von generalisierten Schuldgefühlen. Sie fanden generell jedoch nur einen signifikanten Zusammenhang zwischen generalisierten Schuldgefühlen und Depression. Der Zusammenhang zur PTBS war nicht signifikant. Im Unterschied zu Daigneault und Tourigny (2006) unterschied sich das Sample dahingehend, dass es sich bei über 50% um extrafamiliären Missbrauch handelte. Zudem war die Dauer der sexualisierten Gewalt geringer.

Najdowski und Ullman (2009) konnten den Zusammenhang zwischen Selbstbeschuldigung und PTBS teilweise durch den Einfluss von *maladaptiven Bewältigungsstilen* erklären. Der Zusammenhang bleibt jedoch weiterhin signifikant.

3.4 Differenzierung der Schuldgefühle

Eine Differenzierung in behavioral und characterological self-blame erfolgte explizit von sechs Studien. Eine Unterscheidung erfolgte auch bei Feiring et al. (2002). Jedoch wurde es von den AutorInnen nicht explizit noch genannt. Ob dies auch bei anderen Studien der Fall ist, kann aufgrund mangelnder Information bezüglich der Items nicht beantwortet werden. Jeweilige Korrelatio-

nen dazu fanden sich nur bei zwei Studien. So fand Frazier (2000) nur positive Korrelationen: beh.SB/Depression ($r=.43$), charac.SB/Depression ($r=.48$), beh.SB/PTBS ($r=.26$), charac.SB/PTBS ($r=.34$). Meyer und Taylor (1986): beh.SB/Depression ($r=.28$), beh.SB/Depression ($r=.46$). Keine der Studien fand jedoch einen negativen Zusammenhang zwischen behavioral self-blame und Outcome. Das Konzept von Janof-Bulman (1979), wobei diese Art der Schuldgefühle eine adaptive Reaktion darstellt, kann somit nicht bestätigt werden. Im Gegenteil zeigten sie sich eher als maladaptiv.

4 Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse noch einmal zusammengefasst, interpretiert und mit anderen Studien in Verbindung gebracht werden.

Nach bisherigem Erkenntnisstand gibt es bislang keine publizierte Metaanalyse, die sich dem Zusammenhang von Scham-und Schuldgefühlen und Depression sowie PTBS bei sexualisierter Gewalt widmet. Ein *Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen für die sexualisierte Gewalt und Depression sowie PTBS* konnte durch zwei Metaanalysen bestätigt werden. Dabei zeigte sich zwischen Schuldgefühlen und Depression ein Effekt mittlerer Größe ($r=.41$). Dieser Zusammenhang gilt in der Literatur als inzwischen gut gesichert (Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986). Die Höhe des Zusammenhangs ist metaanalytisch mit den Ergebnissen von Kim et al. (2011) zu kontextuellen-maladaptiven Schuldgefühlen und Depression ($r=.39$) vergleichbar.

Zwischen Schuldgefühlen und PTBS zeigte sich ein kleinerer Zusammenhang ($r=.28$). Dieser Unterschied könnte durch die unterschiedliche Bedeutsamkeit von Schuldgefühlen innerhalb der beiden Störungsbilder erklärt werden. So werden Schuldgefühle bereits von den Klassifikationssystemen als Symptom der Depression beschrieben. Während sich die PTBS eher durch das Vorhandensein von hauptsächlich unwillkürlichen, weniger kognitiven Emotionen wie dem Erleben von intensiver Furcht auszeichnet. Jedoch lassen sich verstärkt Bemühungen finden, die die Bedeutung von Schuldgefühlen im Zuge der PTBS betonen. So empfehlen Friedman, Resick, Bryant und Brewin (2011) sowie Blom und Oberink, (2012) die Aufnahme von Schuldgefühlen als Symptom der PTBS durch künftige Klassifikationssysteme zu prüfen. Metaanalytisch lassen sich bislang keine Vergleichsstudien finden, die sich dem Zusammenhang von PTBS und Schuldgefühlen widmen. Da die komplexe PTBS von keiner Studie erhoben wurde, konnte der Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und der komplexen PTBS nicht untersucht werden. Obwohl aufgrund von theoretischen Überlegungen von einem random-effects Modell ausgegangen wurde, zeigten sich eine hohe Homogenität zwischen den Studien und keine

Unterschiede der Gesamteffekte bei random-effects oder fixed-effects Modell. Dementsprechend zeigten auch alle vorher festgelegten Moderatoren kein signifikantes Ergebnis.

Bezüglich des *Zusammenhangs zwischen Schamgefühlen und Depression* konnte keine Metaanalyse erstellt werden, da dieser nur von einer Studie erhoben wurde (Feiring et al., 2002). Dabei zeigte sich ein hoher Effekt.

Die *Metaanalyse zu Schamgefühlen und PTBS*, die mit einem Studienkorpus von fünf Korrelationen recht klein ist, zeigte unter Ausschluss von Uji einen großen Effekt von $r = .561$. Für Buden (2009) gestaltet sich dieser Zusammenhang hauptsächlich durch das Zusammenspiel von Schamgefühlen und Angst. Diese Emotionen können sich gegenseitig verstärken beziehungsweise regulieren und tragen somit zum Verlauf der PTBS bei. Gleichzeitig können die schambesetzten Intrusionen das anhaltende Hyperarousal verstärken und zu einem erhöhten Vermeidungsverhalten führen. Er argumentiert für die Aufnahme von Schamgefühlen in die diagnostischen Kriterien der PTBS in kommenden Klassifikationssystemen. *Im Vergleich zu Schuldgefühlen und PTBS zeigt sich ein größerer Zusammenhang von Schamgefühlen und PTBS.* Tangney und Dearing (2002), sind der Meinung, dass Schuldgefühle ihre maladaptive Wirkung nur erzielen, wenn sie gleichzeitig mit Schamgefühlen überlagert sind. Schuldgefühle, die auf das globale Selbst generalisieren, führen demnach auch immer zu Schamgefühlen; wobei es hierbei unmöglich ist, diese zu trennen. So bliebt der signifikante Zusammenhang zwischen Schamgefühlen und Depression in der Metaanalyse von Kim et al. (2011) weiterhin bestehen, nachdem der Einfluss von Schuldgefühlen herausgerechnet wurde, wohingegen sich zwischen Schuldgefühlen und Depression kein Zusammenhang mehr fand, wenn Schamgefühle konstant gehalten wurden. Feiring (2002) fand, dass Scham den Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und PTBS mediert. Für den klinischen Kontext empfehlen sie und Jacoby (1991), vermehrt auf die hinter den Schuldgefühlen liegenden Schamgefühlen zu fokussieren, ohne dabei jedoch die Bedeutung der Schuldgefühle zu relativieren. Ob und inwieweit sich eine Überlagerung von Scham- und maladaptive Schuldgefühle in den jeweili-

gen Messinstrumenten dokumentiert beziehungsweise ob eine Trennung überhaupt möglich ist, kann im Zuge dieser Arbeit nicht erklärt werden.

Das Konzept von Janoff-Bulman (1979), nach dem Schuldgefühle, die durch die Attribuierung auf spezifische Handlungen (behavioral self-blame) und nicht auf das globale Selbst (characterological self-blame) entstehen, eine adaptive Wirkung erzielen, konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich dabei kein negativer Zusammenhang zwischen behavioral self-blame und Depression/PTBS. Wie schon bei Hall et al. (2003) zeigten sich auch hier nur positive Zusammenhänge. Allerdings kann auch hierbei eine Überlappung mit Schamgefühlen nicht ausgeschlossen werden. Obwohl das Konzept von Janoff-Bulman (1979) keine empirische Bestätigung findet, zeigten die Beispielitems der Messinstrumente allerdings, dass eine Differenzierung in spezifische und globale Schuldgefühle für die sexualisierte Gewalt interessanterweise von vielen Studien vorgenommen wurde.

Die eingangs erwähnte Fragestellung, ob die gefundenen Zusammenhänge durch generalisierte Schuldgefühle mediiert werden, kann im Zuge dieses Studienkorpus nicht geklärt werden. In der Studie von Daigenault und Tourigny (2006) ließ sich der signifikante Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen für die sexualisierte Gewalt und Depression/PTBS vollständig von generalisierten Schuldgefühlen erklären, während er in der Studie von Feiring et al. (2002) weiterhin signifikant blieb. Die Studien unterscheiden sich jedoch dahingehend, dass Daigenault und Tourigny (2006) einen höheren Zusammenhang zwischen generalisierten Schuldgefühlen und Depression ($r=.69$) fanden als Feiring et al. (2002) mit $r=.42$, wobei letztere zwischen generalisierten Schuldgefühlen und PTBS gar keinen signifikanten Zusammenhang fanden. Zudem berichtete das Sample von Daigenault und Tourigny (2006) zusätzlich von einer hohen physischen und/oder psychischen Gewalt in der Familie. Der Täter war bei 83% des Samples ein naher Familienangehöriger. Dies könnte die Entwicklung von generalisierten Schuldgefühlen begünstigen. Bei Feiring et al. (2002), stand der Täter bei über 50% des Samples in keiner nahen Beziehung zu den Betroffenen. Zudem war die Dauer der sexualisierten Gewalt geringer als in dem Sample von Daigenault und Tourigny (2006). Littleton, Magee und Axsom (2007) fan-

den, dass die Schuldgefühle für die sexualisierte Gewalt abnehmen, je länger die Dauer der Tat ist. Im Hinblick auf die gefundenen Ergebnisse, könnten die Dauer der sexualisierten Gewalt und die Beziehung zum Täter die Zusammenhänge zwischen Schuldgefühlen für die sexualisierte Gewalt vs. generalisierte Schuldgefühle und Outcome unterschiedlich beeinflussen. Eventuell könnten klinische Interventionen bezüglich dieser Faktoren die beiden Facetten von Schuldgefühlen unterschiedlich adressieren. *Als weiterer mediierender Faktor zeigte sich ein maladaptiver Bewältigungsstil.* Dabei könnten Schuldgefühle zu einer verstärkten Vermeidung des Erlebten führen und somit einen Einfluss auf den Lauf der PTBS nehmen.

Zwischen *Täterbeschuldigung und Depression* zeigte sich kein Zusammenhang ($r=.003$). Für Täterbeschuldigung und PTBS ergab sich ein kleiner signifikanter Effekt von $r= .134$. Für die Annahme, dass eine verstärkte Täterbeschuldigung zu einem besseren psychischen Outcome führt, kann in dieser Arbeit keine empirische Bestätigung gefunden werden. Des Weiteren stellt sich die Frage der Sinnhaftigkeit, diesen Zusammenhang überhaupt auf diese Art und Weise erheben zu können. So wird eine Attribuierung auf den Täter immer die vorherrschende Antwort sein (Feiring et al., 2002; Cantón-Cortés et al., 2012a). Es muss davon ausgegangen werden, dass eine verstärkte Attribuierung auf den Täter nicht zwangsläufig zu verminderten Schuldgefühlen führt, sondern dass die beiden Faktoren recht unabhängig voneinander sind. Cantón-Cortés et al. (2012a) geben zudem zu bedenken, dass therapeutische Interventionen, gerade bei Kindern, die noch in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Täter stehen, beachten sollten, dass eine „Dämonisierung“ des Täters die Weltannahmen der Betroffenen negativ beeinflussen könnten und damit zu einer weiteren Destabilisierung führen.

4.1 Ausblick und Kritik

Da es sich bei allen inkludierten Studien um querschnittliche und korrelative Erhebungen handelt, kann keine Aussage über die Kausalität getroffen werden. So ist es entweder möglich das Scham- und Schuldgefühle die Entste-

hung und die Aufrechterhaltung von Depression und PTBS beeinflussen oder aber umgekehrt, dass eine entstandenen psychische Störung das Aufkommen von Scham- und Schuldgefühlen begünstigt. Beziehungsweise sich die beiden Faktoren wechselseitig beeinflussen oder aber von einem anderen Faktor beeinflusst werden. Hierzu besteht noch ein großer Bedarf an Längsschnittstudie, die den Zusammenhang zwischen Scham- und Schuldgefühlen und psychischen Belastungen bei sexualisierter Gewalt untersuchen. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der objektiven Faktoren der Tat. Dies mag zum einen an der geringen Anzahl an Studien liegen. Zum anderen zeigten viele der Primärstudien eine recht unvollständige Erhebung dieser Faktoren. Zukünftige Studien sollten diese Faktoren umfassender erheben. So mangelt es an Primärstudien, die die Dauer der Tat und die Beziehung zum Täter im Zusammenhang von Scham- und Schuldgefühlen und psychischem Outcome genauer untersuchen. Zudem besteht weiterhin Ungewissheit bezüglich der Beziehung von spezifischen Schuldgefühlen für die sexualisierte Gewalt und generalisierten Schuldgefühlen. Dessen Einfluss auf das psychische Outcome könnte sich eventuell durch die Dauer der Tat, die Beziehung zum Täter und weitere obkektive Faktoren der Tat erklären lassen. Des Weiteren zeigte sich in dieser Diplomarbeit, dass der Zusammenhang zwischen Schamgefühlen für die sexualisierte Gewalt und Depression empirisch noch recht unerforscht ist, obwohl Schamgefühle in der Literatur zur sexuellen Gewalt fast immer Erwähnung finden.

Es wurde gezeigt, dass Scham- und Schuldgefühle zwei relativ komplexe Konstrukte sind, die theoretisch und empirisch nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden, wodurch sich messtheoretischen Schwierigkeiten ergeben. Es stellt sich die Frage, ob eine Erhebung durch nur wenige Items ausreichend ist, um dieses Konstrukt beziehungsweise die beiden Konstrukte zu erfassen. Zudem fanden die meisten Erhebungen in einem sozial-therapeutischen Kontext statt. Fegert (1992) ist der Meinung, dass es dadurch zu einer impliziten Beeinflussung der Betroffenen kommt. In sozial-therapeutischen Einrichtungen herrsche ein Klima, in welchem, in gut gemeinter Absicht, implizit versucht wird, den Betroffenen die Schuldgefühle zu nehmen, indem der Täter für die Tat ver-

antwortlich gemacht wird. Besonders Kindern und jüngeren Personen falle es dadurch schwer, Schuldgefühle wahrzunehmen und diese zu äußern. Künftige Studien könnten die Art der Erhebung variieren, in z.B. anonyme Befragung, in Anwesenheit einer sozialtherapeutischen Person, offenes Interview, Fragebogen oder Verhaltensbeobachtung.

Behavioral self-blame beziehungsweise Schuldgefühle, die durch spezifische Verhaltensweisen entstehen, zeigten sich in Bezug auf PTBS und Depression nicht als adaptiv. Dennoch erfolgte in einem Drittel der Studien eine Unterteilung in Schuldgefühle auf spezifische Verhaltensweisen und auf das globale Selbst. Es stellt sich die Frage, inwieweit Schuldgefühle für die sexualisierte Gewalt, die auf das globale Selbst attribuiert werden, nicht auch generalisierte Schuldgefühle darstellen. Hierzu bedarf es vermehrt theoretische sowie empirische Forschung. Abschließend stellt sich für die klinische Praxis die Frage, die diagnostischen Klassifikationssysteme bezüglich einer Hinzunahme von Scham- und Schuldgefühlen bei PTBS (beziehungsweise Schamgefühle als Symptom von Depression) zu überdenken.

4.2 Abstract

Sexualisierte Gewalt stellt einen großen Risikofaktor für die Entstehung psychischer Belastungen, wie Depression oder PTBS, dar. Die Entstehung und den Verlauf begünstigende Faktoren dieser Erkrankungen sind mittlerweile in der Forschung gut gesichert. Ziel dieser Arbeit war es, die mit der sexualisierten Gewalt in Verbindung stehenden emotionalen Reaktionen, wie Scham- und Schuldgefühle, auf ihren Zusammenhang zur Depression und PTBS hin zu untersuchen. Die dabei inkludierten 25 Studien führten zu drei Metaanalysen, die alle signifikante Effekte ergaben. Für den Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und PTBS zeigte sich dabei ein kleiner Effekt. Der Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und Depression ergab einen Effekt mittlerer Größe. Für Schamgefühle und dessen Zusammenhang zur PTBS zeigte sich der größte Effekt. Für die Forschung und therapeutische Interventionen stellt sich dabei die

Frage, inwieweit und ob Scham- und Schuldgefühle theoretisch und empirisch voneinander zu trennen sind.

Für die in der Forschung zu sexualisierten Gewalt bestehende Annahme, dass Selbstbeschuldigung auf spezifische Verhaltensweisen, die mit der sexualisierten Gewalt in Verbindung stehen, eine adaptive Funktion aufweisen, konnte keine Bestätigung gefunden werden. Eine Unterscheidung zwischen Selbstbeschuldigungen auf spezifische Verhaltensweisen sowie auf das globale Selbst der Betroffenen, zeigte sich allerdings teils implizit in den Erhebungsinstrumenten einiger Studien. Zu den die Zusammenhänge moderierenden und mediierenden Faktoren bedarf es noch erheblichen Forschungsbedarf.

LITERATURVERZEICHNIS

Amstadter, A. B., & Vernon, L. L. (2008). Emotional reactions during and after trauma : A comparison of trauma types. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 16, 37-41.

Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.

Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychologie*, 104, 277-285.

Antisexistismus_reloaded: Zum Umgang mit sexualisierter Gewalt: Ein Handbuch für die antisexistische Praxis. (2010). Münster: UNRAST-Verlag.

*Arata, C. M. (1999). Coping with rape: The roles of prior sexual abuse and attributions of blame. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 62-78.

Bange, D., & Körner, W. (2002). *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Blom, M., & Oberink, R. (2012). The validity of the DSM-IV PTSD criteria in children and adolescents: A review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17, 571-601.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein H. R. (2009). *Introduction to Meta- Analysis*. Chichester: Wiley.

Bortz J., & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3.Aufl.). Berlin: Springer.

Brewin, C., Andrews, B., & Rose, S. (2000). The relation of fear, helplessness and horror to posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion 2. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.

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

Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2003). The influence of litigation on maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 191-193.

Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science and Medicine*, 69, 1032-1039.

Bulman, R., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.

*Cantón-Cortés, D., Cantón, J., & Cortés, M. R. (2012a). The interactive effect of blame attribution with characteristics of child sexual abuse on post-traumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 329-335.

*Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2012b). The role of traumagenic dynamics on the psychological adjustment of survivors of child sexual abuse. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 665-680.

Celano, M., Hazzard, A., Campbell, S. K., & Lang, C. B. (2002). Attribution re-training with sexually abused children: Review of techniques. *Child Maltreatment*, 7, 64-75.

Cochrane Collaboration (2014). Retrieved from
<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/AboutCochraneSystematicReviews.html>

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: LEA.

*Crouch, J. L., Smith, D. W., Ezzell, C. E., & Saunders, B. E. (1999). Measuring reactions to sexual trauma among children: Comparing the children's im-

pact of traumatic events scale and the trauma symptom checklist for children. *Child Maltreatment*, 4, 255-263.

*Daigneault, I., & Tourigny, M. (2006). Self-attributions of blame in sexually abused adolescents : A mediational model. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 153-157.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10; klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.

Fegert, J. M. (1992). Diagnostik und klinisches Vorgehen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch bei Mädchen und Jungen. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter* (2. Aufl.) (S.68-101). Heidelberg: Schindele.

Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 25-39.

*Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38, 79-92.

*Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse. A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.

*Frazier, P. A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 298-304.

*Frazier, P. A. (2000). The role of attributions and perceived control in recovery from rape. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 203-225.
doi:10.1080/10811440008409753

- Friedman, M. J., Resick, P. A, Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 750-769. doi:10.1002/da.20767
- Hall, S., French, D. P., & Marteau, T. M. (2003). Causal attributions following serious unexpected negative events: A systematic review. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 515-536.
- Hassija, C. M., & Gray, M. J. (2012). Negative social reactions to assault disclosure as a mediator between self-blame and posttraumatic stress symptoms among survivors of interpersonal assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 27, 3425-41.
- Hautzinger, M. (2006). *Ratgeber Depression : Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Hilgers, M. (1997). *Scham: Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- *Hoagwood, K. (2008). Blame and adjustment among women sexually abused as children. *Women and Therapy*, 9, 89-110. doi:10.1300/J015V09N04
- Jacoby, M. (1991). *Scham-Angst und Selbstwertgefühl: Ihre Bedeutung in der Psychoanalyse*. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- 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.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137, 68-96. doi:10.1037/a0021466

- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1979). The aftermath of rape. Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 658-669.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., & Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- Kluge, F. (2011). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Straßburg: Verlag Karl J. Trübner.
- Krause, G. (1993). Trauma Vergewaltigung: Möglichkeit und Grenzen von Psychotherapie. In G. Gräning (Hrsg.), *Sexuelle Gewalt gegen Frauen- kein Thema?* (S. 23-31). Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Krutzenbichler, S. (2005). Sexueller Missbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart. In U. T. Egle (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung – Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (3. Aufl.) (S.170-180). Stuttgart: Schattauer.
- *Ligezinska, M., Firestone, P., Manion, I. G., McIntyre, J., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Children's emotional and behavioral reactions following the disclosure of extrafamilial sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20, 111-125. doi:10.1016/0145-2134(95)00125-5
- Littleton, H., & Breitkopf, C. R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 106-116. doi:10.1111/j.1471-6402.2006.00267.x
- Littleton, H. L., Magee, K. T., & Axsom, D. (2007). A meta-analysis of self-attributions following three types of trauma: Sexual victimization, illness, and injury. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 515-538. doi:10.1111/j.1559-1816.2007.00172.x

*Maddox, L., Lee, D., & Barker, C. (2010). Police empathy and victim PTSD as potential factors in rape case attrition. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 26, 112-117. doi:10.1007/s11896-010-9075-6

*Manion, I., Firestone, P., Cloutier, P., Ligezinska, M., McIntyre, J., & Ensom, R. (1998). Child extrafamilial sexual abuse: Predicting parent and child functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1285-1304. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9871788>

Mehler-Wex, C. (2008). *Depressive Störungen*. Heidelberg : Springer.

*Meyer, C. B., & Taylor, S. E. (1986). Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1226-1234. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12731148>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

*Moor, A., & Farchi, M. (2011). Is rape-related self blame distinct from other post traumatic attributions of blame? A comparison of severity and implications for treatment. *Women & Therapy*, 34, 447-460. doi:10.1080/02703149.2011.591671

*Morrow, K. B., & Sorell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. *Journal of Marriage and Family*, 51, 677-686.

*Najdowski, C. J., & Ullman, S. E. (2009). PTSD symptoms and self-rated recovery among adult sexual assault survivors: The effects of traumatic life events and psychosocial variables. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 43-53. doi:10.1111/j.1471-6402.2008.01473.x

National Crime Victims Research and Treatment Center. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Retrieved from

<http://www.victimsofcrime.org/docs/Reports%20and%20Studies/rape-in-america.pdf?sfvrsn=0>

Neckel, S. (1993) *Status und Scham. Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit*. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

*Neufeld, S. A. S., Sikkema, K. J., Lee, R. S., Kochman, A., & Hansen, N. B. (2012). The development and psychometric properties of the HIV and abuse related shame inventory (HARSI). *AIDS and Behavior*, 16, 1063-1074. doi:10.1007/s10461-011-0086-9.

*Owens, G. P., & Chard, K. M. (2001). Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 178-191. doi:10.1177/088626001016002006

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52

Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1998). Experiential theory of emotion applied to anxiety and depression. In W. F. Flack, & J. D. Laird (Hrsg.), *Emotions in psychopathology: Theory and research* (S. 229-242). New York: Oxford University Press.

*Persons, E., Kershaw, T., Sikkema, K. J., & Hansen, N. B. (2010). The impact of shame on health-related quality of life among HIV-positive adults with a history of childhood sexual abuse. *AIDS Patient Care and STDs*, 24, 571-580. doi:10.1089/apc.2009.0209

Reisenzein, R., Meyer, W. U., & Schützwohl, A. (2003). *Einführung in die Emotionspsychologie, Band 3, Kognitive Emotionstheorien*. Bern: Verlag Hans Huber.

Risch A. K., Stangier, U., Heidenreich T., & Hautzinger, T. (2012). *Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression: Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten*. Heidelberg: Springer.

- Roos, J. (2000). Peinlichkeit, Scham und Schuld. In J. H. Otto, H. A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Emotionspsychologie. Ein Handbuch* (S.264-272). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rost, W. (2001). *Emotionen: Elixiere des Lebens* (2.Aufl.). Berlin: Springer.
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotherapy, 2*, 1-9.
doi:10.3402/ejpt.v2i0.5622
- Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schultheiss, C. (1997). Scham und Normen: Überlegungen aus sozialwissenschaftlicher und analytisch-philosophischer Sicht. In R. Kühn, M. Raub & M. Titze (Hrsg.). *Scham- ein menschliches Gefühl: Kulturelle, psychologische und philosophische Perspektiven* (S.97-111). Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Statistik Austria. (2013). *Verurteilungen (gerichtliche Kriminalitätstatistik)*. Retrieved from
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/kriminalitaet/verurteilungen_gerichtliche_kriminalstatistik/index.html
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 974–991. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3712233>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Flicker, L., Barlow, D. H., & Miller, R. S. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1256-1269.

Tangney, J. P., Wagner, P., & Granzow, R. (1992). Proneness to shame, Proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.

Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.

*Uji, M., Shikai, N., Shono, M., & Kitamura, T. (2007). Contribution of shame and attribution style in developing PTSD among Japanese university women with negative sexual experiences. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 111-120. doi:10.1007/s00737-007-0177-9

Ulfert, H., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U., & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.

*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 & Neglect*, 29, 767-782.
doi:10.1016/j.chab.2005.01.005

*Walsh, R. M., & Bruce, S. E. (2011). The relationships between perceived levels of control, psychological distress, and legal system variables in a sample of sexual assault survivors. *Violence against Women*, 17, 603-618.

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health. Sexual violence, Chapter 6*. Retrieved from
http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap6_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2004). *The global burden of disease*. Retrieved from
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

World Health Organization. (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77434/1/WHO_RHR_12.37_eng.pdf

van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.

Völker, R. (2002). *Sexuelle Traumatisierung und ihre Folgen*. Opladen: Leske & Budrich.

Weiss, K. G. (2010). Too ashamed to report : Deconstructing the shame of sexual victimization. *Feminist Criminology*, 5, 286-310.
doi:10.1177/1557085110376343

Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 115-140.

*Wolfe, D. A., Sas, L. &, Wekerle, C. (1994). Factors Associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 37-50.

Wurmser, L. (2008). *Die Maske der Scham: Die Psychoanalyse von Schamafekten und Schamkonflikten*. Eschborn: Klotz Verlag.

*Zinzow, H., Seth, P., Jackson, J., Niehaus, A., & Fitzgerald, M. (2010). Abuse and parental characteristics, attributions of blame, and psychological adjustment in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 79-98. doi:10.1080/10538710903485989

APPENDIZES

Appendix A: Kodierschema

AutorInnen	
Studienname	
Studienquelle (bzw. Name des Journals ect.)	
Publikationsjahr	
Publikationstyp (Journal, Dissertation ect.)	
Land	
Stichprobengröße	
Art der Stichprobe (klinisch/ nicht klinisch)	
Art der Erhebung (PP/ Interview)	
Männeranteil in Prozent	
Altersdurchschnitt	
Erhobener Zusammenhang	
Effektstärke	
Art der sexualisierten Gewalt (ASA, CSA, Revictimisierung)	
Dauer der Tat	
Beziehung zum Täter (intra- und/oder extrafamiliär	
Zeit zwischen Tat und Erhebung	
Messinstrument Schuldgefühle	
Gütekriterien	
Bespielitem	
Messinstrument Schamgefühle	
Gütekriterien	

Bespielitem	
mediierende Variablen	

Appendix B: Programmausgaben der Heterogenitätstests

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared		
	Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error		
Fixed		15	0,293	0,257	0,328	15,142	0,000	9,199	14	0,818	0,000	0,000	0,003		
Random		15	0,293	0,257	0,328	15,142	0,000								

Abbildung B.1: Schulgefühle/PTBS

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared		
	Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
Fixed		12	0,384	0,329	0,436	12,636	0,000	19,919	11	0,046	44,775	0,010	0,010	0,000	0,101
Random		12	0,386	0,309	0,458	9,079	0,000								

Abbildung B.2.1: Schulgefühle/Depression vor Sensitivitätsanalyse

Model	Effect size and 95% interval					Test of null (2-Tail)		Heterogeneity					Tau-squared			
	Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau	
Fixed		11	0,410	0,353	0,463	12,893	0,000	11,698	10	0,306	14,517	0,002	0,007	0,000	0,047	
Random		11	0,410	0,348	0,469	11,681	0,000									

Abbildung B.2.2: Schuldgefühle/Depression nach Sensitivitätsanalyse

Model	Effect size and 95% interval					Test of null (2-Tail)		Heterogeneity					Tau-squared			
	Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau	
Fixed		5	0,524	0,475	0,570	17,314	0,000	14,198	4	0,007	71,827	0,015	0,016	0,000	0,124	
Random		5	0,524	0,420	0,615	8,487	0,000									

Abbildung B.3.1: Schamgefühle/PTBS vor Sensitivitätsanalyse

Model	Effect size and 95% interval					Test of null (2-Tail)		Heterogeneity					Tau-squared			
	Model	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau	
Fixed		4	0,562	0,508	0,611	16,516	0,000	5,999	3	0,112	49,994	0,007	0,011	0,000	0,082	
Random		4	0,561	0,476	0,636	10,604	0,000									

Abbildung B.3.2: Schamgefühle/PTBS nach Sensitivitätsanalyse

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared		
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau	
Fixed	4	0,126	0,037	0,212	2,773	0,006	4,711	3	0,194	36,323	0,005	0,011	0,000	0,071	
Random	4	0,133	0,018	0,245	2,273	0,023									

Abbildung B.4: Täterbeschuldigung/PTBS

Model	Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared		
	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau	
Fixed	4	-0,136	-0,251	-0,016	-2,215	0,027	8,225	3	0,042	63,526	0,030	0,041	0,002	0,174	
Random	4	-0,120	-0,326	0,097	-1,083	0,279									

Abbildung B.5: Täterbeschuldigung/Depression

Appendix C: Funnel-Plots der Publikationsverzerrung

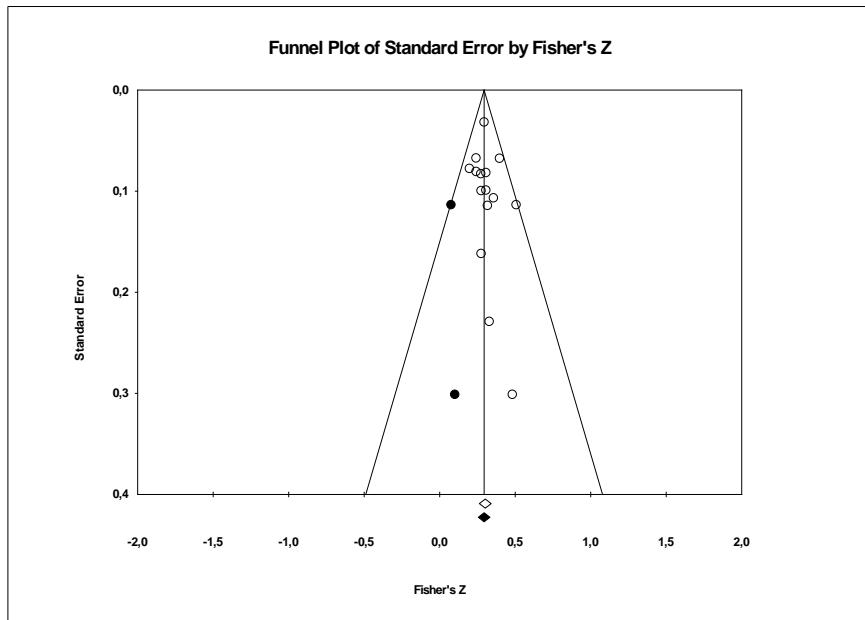


Abbildung C.1: Funnel-Plot Schuldgefühle/PTBS

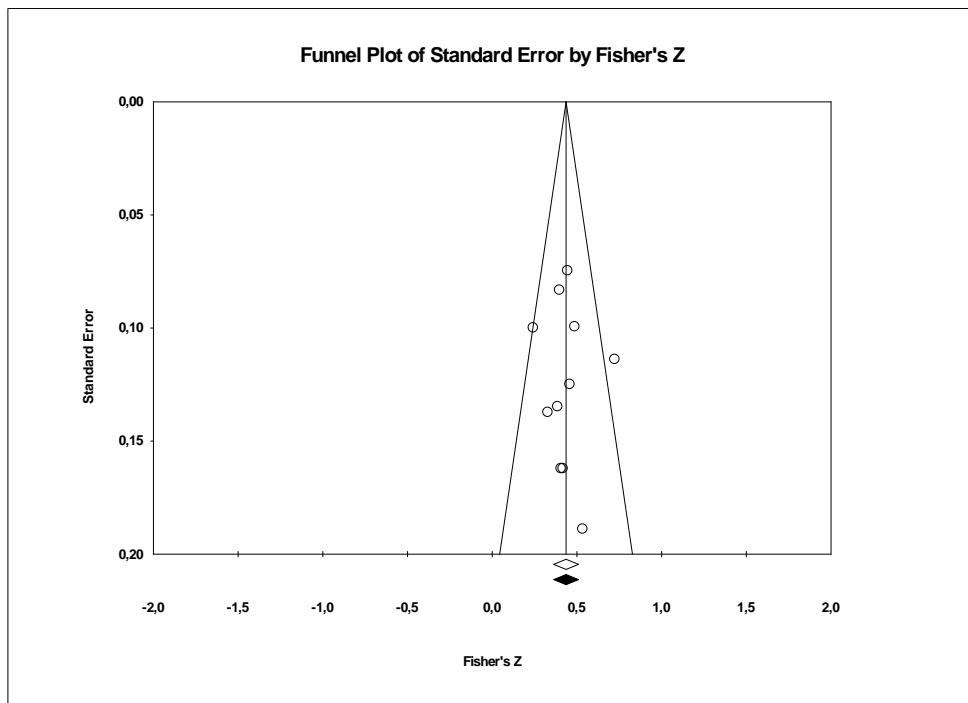


Abbildung C.2: Funnel-Plot Schuldgefühle/Depression

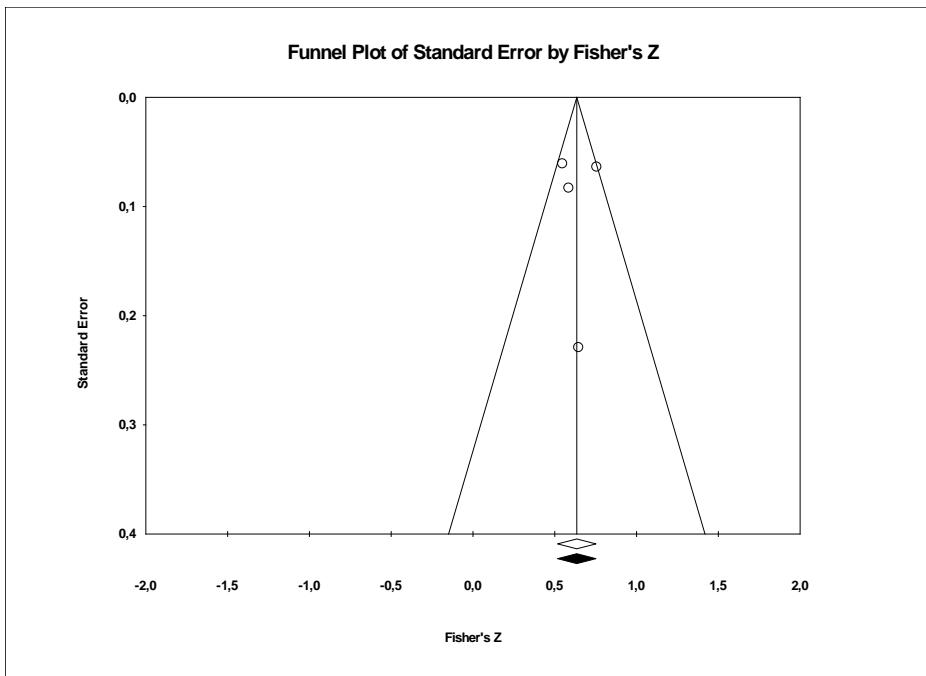


Abbildung C.3: Funnel-Plot Schamgefühle/PTBS

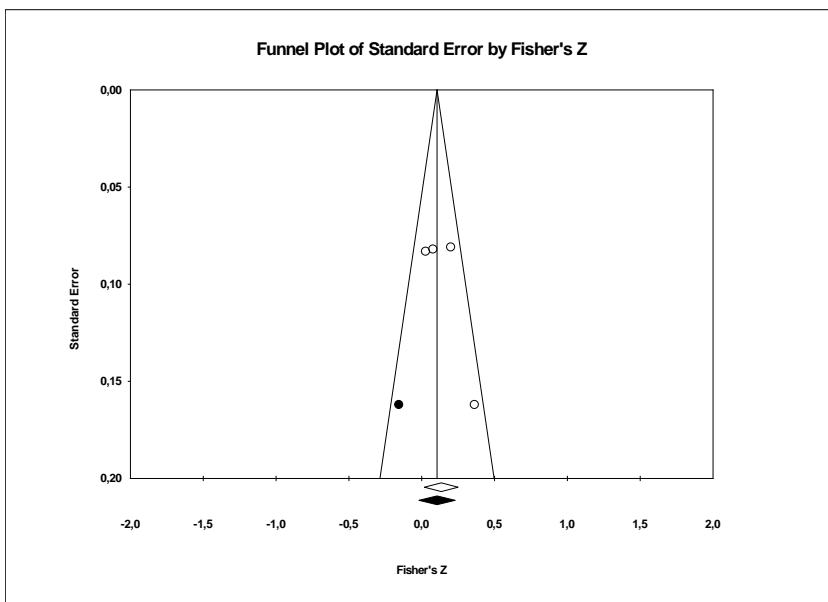


Abbildung C.4: Funnel-Plot Täterbeschuldigung/PTBS

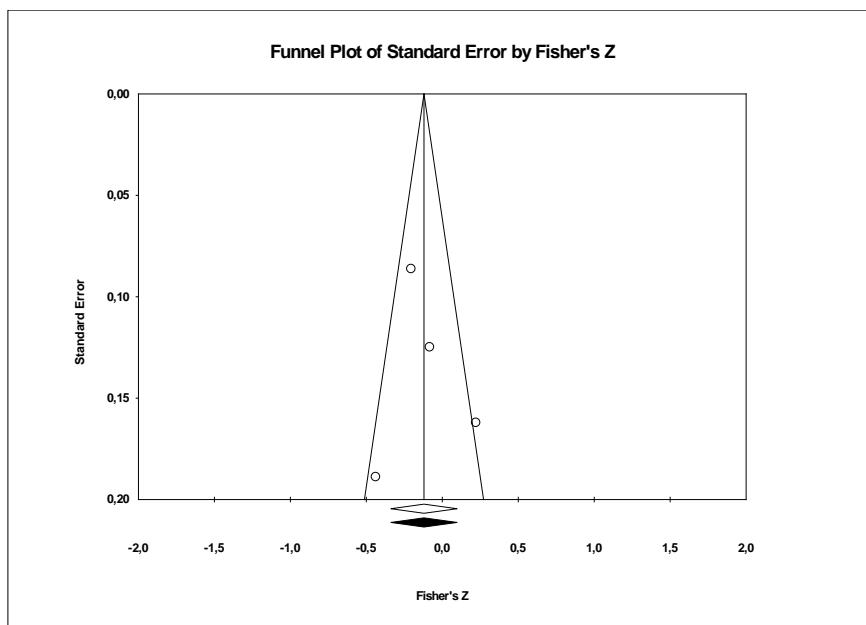


Abbildung C.5: Funnel-Plot Täterbeschuldigung/Depression

Appendix D: Programmausgaben der Publikationsverzerrung

Classic fail-safe N

Z-value for observed studies	13,61207
P-value for observed studies	0,00000
Alpha	0,05000
Tails	2,00000
Z for alpha	1,95996
Number of observed studies	15,00000
Number of missing studies that would bring p-value to > alpha	709,00000

Abbildung D.1.1: Rosenthal Fail-Safe-N, Schulgefühle/PTBS

Duval and Tweedie's trim and fill

	Fixed Effects				Random Effects			Q Value
	Studies Trimmed	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	
Observed values		0,29297	0,25686	0,32826	0,29297	0,25686	0,32826	9,19927
Adjusted values	2	0,28617	0,25054	0,32102	0,28617	0,25054	0,32102	13,31756

Abbildung D.1.2: Trim and Fill, Schuldgefühle/PTBS

Classic fail-safe N

Z-value for observed studies	12,47804
P-value for observed studies	0,00000
Alpha	0,05000
Tails	2,00000
Z for alpha	1,95996
Number of observed studies	11,00000
Number of missing studies that would bring p-value to > alpha	435,00000

Abbildung D.2.1: Rosenthal Fail-Safe-N, Schuldgefühle/Depression

Duval and Tweedie's trim and fill

	Fixed Effects			Random Effects			Q Value	
	Studies Trimmed	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	
Observed values		0,40980	0,35328	0,46334	0,41043	0,34781	0,46941	11,69829
Adjusted values	0	0,40980	0,35328	0,46334	0,41043	0,34781	0,46941	11,69829

Abbildung D.2.2: Trim and fill, Schuldgefühle/Depression

Classic fail-safe N

Z-value for observed studies	15,35324
P-value for observed studies	0,00000
Alpha	0,05000
Tails	2,00000
Z for alpha	1,95996
Number of observed studies	4,00000
Number of missing studies that would bring p-value to > alpha	242,00000

Abbildung D.3.1: Rosenthal Fail-Safe-N, Schamgefühle/PTBS

Duval and Tweedie's trim and fill

	Fixed Effects			Random Effects			Q Value	
	Studies Trimmed	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	Point Estimate	Lower Limit		
Observed values		0,56196	0,50816	0,61139	0,56127	0,47567	0,63634	5,99932
Adjusted values	0	0,56196	0,50816	0,61139	0,56127	0,47567	0,63634	5,99932

Abbildung D.3.2: Trim and fill, Schamgefühle/PTBS

Classic fail-safe N

Z-value for observed studies	3,04382
P-value for observed studies	0,00234
Alpha	0,05000
Tails	2,00000
Z for alpha	1,95996
Number of observed studies	4,00000
Number of missing studies that would bring p-value to > alpha	6,00000

Abbildung D.4.1: Rosenthal Fail-Safe-N, Täterbeschuldigung/PTBS

Duval and Tweedie's trim and fill

	Fixed Effects			Random Effects			Q Value	
	Studies Trimmed	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	Point Estimate	Lower Limit		
Observed values		0,12566	0,03703	0,21232	0,13334	0,01848	0,24473	4,71127
Adjusted values	1	0,10547	0,01991	0,18949	0,10479	-0,01937	0,22576	7,47371

Abbildung D.4.2: Trim and fill, Täterbeschuldigung/PTBS

Classic fail-safe N

Z-value for observed studies	-1,95725
P-value for observed studies	0,05032
Alpha	0,05000
Tails	2,00000
Z for alpha	1,95996
Number of observed studies	4,00000
Number of missing studies that would bring p-value to > alpha	0,00000

Abbildung D.5.1: Rosenthal Fail-Safe-N, Täterbeschuldigung/Depression

Duval and Tweedie's trim and fill

	Fixed Effects			Random Effects			Q Value	
	Studies Trimmed	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	Point Estimate	Lower Limit	Upper Limit	
Observed values		-0,13551	-0,25146	-0,01571	-0,11984	-0,32594	0,09713	8,22505
Adjusted values	0	-0,13551	-0,25146	-0,01571	-0,11984	-0,32594	0,09713	8,22505

Abbildung D.5.2: Täterbeschuldigung/Depression

Appendix E: Programmausgaben der Subgruppenanalysen

Groups		Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared			
Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau			
Fixed effect analysis																	
ASA	4	0,306	0,164	0,436	4,117	0,000	0,377	3	0,945	0,000	0,000	0,025	0,001	0,000			
CSA	9	0,304	0,251	0,355	10,697	0,000	7,900	8	0,443	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000			
mix	2	0,280	0,227	0,332	9,916	0,000	0,505	1	0,477	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000			
Random effects analysis																	
ASA	4	0,306	0,164	0,436	4,117	0,000											
CSA	9	0,304	0,251	0,355	10,697	0,000											
mix	2	0,280	0,227	0,332	9,916	0,000											

Abbildung E.1: Subgruppenanalyse Art der sexualisierten Gewalt, Schulgefühle/PTBS

Groups		Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared			
Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit		Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau		
Fixed effect analysis																	
ASA	3	0.417	0.295	0.526		6.191	0,000	0.426	2	0.808	0,000	0,000	0,017	0,000	0,000	0,000	
CSA	7	0.405	0.337	0.469		10,698	0,000	11,199	6	0.082	46,424	0,010	0,013	0,000	0,102		
mix	1	0.430	0.212	0.608		3,680	0,000	0,000	0	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Random effects analysis																	
ASA	3	0.413	0.265	0.542		5,129	0,000										
CSA	7	0.408	0.320	0.488		8,411	0,000										
mix	1	0.430	0.171	0.634		3,138	0,002										

Abbildung E.2: Subgruppenanalyse Art der sexualisierten Gewalt, Schuldgefühle/Depression

Groups		Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared			
Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit		Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau		
Fixed effect analysis																	
klinisch	9	0.408	0.343	0.470		11,145	0,000	11,644	8	0.168	31,295	0,006	0,010	0,000	0,080		
n.klinisch	2	0,416	0,300	0,519		6,515	0,000	0,023	1	0,880	0,000	0,000	0,023	0,001	0,000		
Total within								11,667	9	0,233							
Total between								0,012	1	0,914							
Overall	11	0,410	0,354	0,464		12,909	0,000	11,679	10	0,307	14,373	0,002	0,007	0,000	0,047		
Random effects analysis																	
klinisch	9	0,411	0,334	0,482		9,613	0,000										
n.klinisch	2	0,414	0,265	0,544		5,114	0,000										
Total between								0,002	1	0,967							
Overall	11	0,411	0,344	0,475		10,888	0,000										

Abbildung E.3: Subgruppenanalyse Art der Stichprobe, Schuldgefühle/Depression

Groups		Effect size and 95% interval				Test of null (2-Tail)				Heterogeneity				Tau-squared			
Group	Number Studies	Point estimate	Lower limit	Upper limit		Z-value	P-value	Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau		
Fixed effect analysis																	
klinisch	7	0,320	0,246	0,389		8,141	0,000	3,311	6	0,769	0,000	0,000	0,007	0,000	0,000	0,000	
mix	1	0,289	0,231	0,346		9,262	0,000	0,000	0	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
n.klinisch	7	0,279	0,220	0,337		8,830	0,000	5,142	6	0,526	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,000	
Total within								8,452	12	0,749							
Total between								0,747	2	0,688							
Overall	15	0,293	0,257	0,328		15,142	0,000	9,199	14	0,818	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	
Random effects analysis																	
klinisch	7	0,320	0,246	0,389		8,141	0,000										
mix	1	0,289	0,231	0,346		9,262	0,000										
n.klinisch	7	0,279	0,220	0,337		8,830	0,000										
Total between								0,747	2	0,688							
Overall	15	0,293	0,257	0,328		15,142	0,000										

Abbildung E.4: Subgruppenanalyse Art der Stichprobe, Schuldgefühle/PTBS

Appendix F: Programmausgaben Metaregressionen

Fixed effect regression

	Point estimate	Standard error	Lower limit	Upper limit	Z-value	p-Value
Slope	-0,00142	0,00262	-0,00656	0,00373	-0,54030	0,58899
Intercept	0,33608	0,06648	0,20579	0,46637	5,05567	0,00000
Tau-squared	0,00000					
		Q	df	p-value		
Model	0,29192	1,00000		0,58899		
Residual	8,90735	13,00000		0,77990		
Total	9,19927	14,00000		0,81808		

Abbildung F.1.1: Metaregression Alter, Schuldgefühle/PTBS

Fixed effect regression

	Point estimate	Standard error	Lower limit	Upper limit	Z-value	p-Value
Slope	-0,00000	0,00032	-0,00063	0,00062	-0,01217	0,99029
Intercept	0,30216	0,03463	0,23428	0,37004	8,72504	0,00000
Tau-squared	0,00000					
		Q	df	p-value		
Model	0,00015	1,00000		0,99029		
Residual	9,19912	13,00000		0,75774		
Total	9,19927	14,00000		0,81808		

Abbildung F.1.2: Metaregression Zeit zwischen Tat und Erhebung,
Schuldgefühle/PTBS

Fixed effect regression

	Point estimate	Standard error	Lower limit	Upper limit	Z-value	p-Value
Slope	0,00284	0,00445	-0,00588	0,01157	0,63860	0,52308
Intercept	0,38342	0,08808	0,21078	0,55607	4,35290	0,00001
Tau-squared	0,00325					
Q df p-value						
Model	0,40781	1,00000	0,52308			
Residual	11,29048	9,00000	0,25632			
Total	11,69829	10,00000	0,30576			

Abbildung F.2.1: Metaregression Alter, Schuldgefühle/Depression

Fixed effect regression

	Point estimate	Standard error	Lower limit	Upper limit	Z-value	p-Value
Slope	-0,00039	0,00104	-0,00243	0,00166	-0,37208	0,70983
Intercept	0,44648	0,04506	0,35816	0,53479	9,90848	0,00000
Tau-squared	0,00403					
Q df p-value						
Model	0,13845	1,00000	0,70983			
Residual	11,55985	9,00000	0,23928			
Total	11,69829	10,00000	0,30576			

Abbildung F.2.2: Metaregression Zeit zwischen Tat und Erhebung, Schuldgefühle/Depression

CURRICULUM VITAE

Persönliche Informationen

Name: Kerstin Bohr
Geburtsdatum: 28.08.1985
Email: kerstin.bohr@gmx.at

Ausbildung

Ab 10/2006	Studium der Psychologie, Universität Wien
09/2009- 02/2010	Studienaufenthalt, Université de Strasbourg
2002-2005	Lore-Lorentz Berufskolleg, Düsseldorf
1996-2002	Theodor-Litt Realschule, Düsseldorf
1992-1996	Grundschule, Düsseldorf

Berufserfahrung und ehrenamtliche Tätigkeit

Seit 2006	Tätigkeit in der Gastronomie, Weltcafe Wien
Seit 2009	Mitarbeit beim Projekt „Elongo – Buddies zur Integration von Flüchtlingsfamilien“, Diakonie Wien
01/2011-04/2011	Praktikum im Therapiezentrum Weidenhof, Grafenstein
04/2010-10/2011	Persönliche Assistenz, Wien
02/2010-11/2011	Durchführung der Mädchenworkshops „Liebe, Partnerschaft und Sexualität“, FEM Süd Wien
02/2010-03/2010	Praktikum im Gesundheitszentrum Frauen, Eltern und Mädchen (FEM Süd), Wien
07/2008-09/2008	Praktikum in der Psychosozialen Beratungsstelle für Flüchtlinge, Düsseldorf
12/2005-04/2005	Praktikum in der Umweltschutzorganisation Wilderness Society, Sydney, Brisbane