



universität  
wien

# Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in Einrichtungen des Landes Niederösterreich

**Auftraggeber:**

Opferschutzeinrichtung des Landes NÖ

**Kooperationspartner:**

Dr. Otto Huber,

Mag. Christine Hansi,

Johann Rabl

Dr. Brigitte Lueger-Schuster,  
Mag. Dina Weindl,  
Mag. Viktoria Kantor,  
Mag. Matthias Knefel,  
Dr. Reinhold Jagsch  
Asisa Butollo.

Wien, Mai 2013

## Zusammenfassung

Die damaligen Kinder entstammten zum überwiegenden Teil aus einem schwierigen familiären Milieu und hätten jedenfalls beste Pflege, Schutz und Unterstützung als Kompensation zu den Herkunftsverhältnissen gebraucht. Stattdessen erlebten sie eine mehrjährige Unterbringung, die von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sowie sozialer Kälte und emotionalem Missbrauch geprägt war. Dementsprechend hohe Korrelationen zur aktuellen psychischen Gesundheit konnten gefunden werden.

Mit Hilfe der Angaben des Fragebogens PCL-C musste für 16 Teilnehmer (34,8%) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Screeningergebnis gestellt werden, für die restlichen 30 Teilnehmer (65,2%) lag diese Diagnose nicht vor. Die Teilgruppe PTBS bestand aus 12 Männern (75%) und vier Frauen (25%), in der Gruppe ohne entsprechende Diagnose betrug das Verhältnis von Männern zu Frauen 26 zu vier (86,7% vs. 13,3%) und war damit statistisch gesehen nicht signifikant ( $\text{Chi}^2=0,989$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p=0,421$ ). Im klinischen Interview (SKID I) stieg die Zahl der Posttraumatischen Belastungsstörung auf  $N=34$ . Auffallend sind hohe Anteile im Bereich der affektiven Störungen, der Störungen durch psychotrope Substanzen sowie Angststörungen, hier insbesondere der hohe Anteil an PTBS-Diagnosen, bezogen auf die Lebenszeit und aktuell. Vielfach werden Suizidgedanken und -absichten erinnert.

Die wenigsten damaligen Kinder erinnern, über den Grund der Fremdunterbringung informiert oder darauf vorbereitet gewesen zu sein. In einer Rekonstruktion der von den damaligen Kindern erinnerten Gründe im Vergleich zu den Begründungen aus den Akten der Jugendwohlfahrt zeigen sich massive Differenzen. Zwei Drittel der von den Betroffenen genannten Gründe stimmen nicht mit den in den Akten genannten überein.

50% der Kinder wurden durch die Abnahme von Ihren Geschwistern getrennt. 48% wurden in der Herkunftsfamilie vernachlässigt bzw. litten unter schwierigen familiären Verhältnissen, wie etwa Armut oder unstemem Lebenswandel der Eltern bzw. eines Elternteiles. Rund 40% litten unter körperlicher Gewalt, bevor sie abgenommen wurden. 25% entstammen armen Familien und ein weiteres Viertel hatte zumindest einen Elternteil, der Substanzmissbrauch (vorwiegend Alkohol) betrieb.

Die wenigsten Kinder verfügten über positive schützende Faktoren in ihren Herkunftsfamilien. Fünf von 56 Kindern machten immerhin positive Erfahrungen in ihren Pflegefamilien.

Viele der damaligen Kinder haben eine Heimkarriere mit mehreren Stationen hinter sich gebracht, in denen sie jeweils Gewalt erfuhren. In den Clearingberichten wurden bis zu 5 Stationen in der Heimkarriere genannt, ebenso wurden bis zu 5 Nennungen von Orten der Gewalterfahrungen genannt.

Alle Personen berichteten zumindest von einer Form körperlicher Gewalt, 33 Personen von sexueller Gewalt und 54 Personen nannten zumindest eine Form psychischer Gewalt. Zwischen Männern und Frauen fanden sich keine signifikanten Unterschiede. In Bezug auf die Anzahl der erlittenen Gewaltformen mit zumindest einer Gewalterfahrung je Gewaltform zeigt sich, dass lediglich 4 Personen nur eine Form von Gewalt berichteten. 21 Personen nannten zwei Formen von erlittener Gewalt und 33 Personen (56,1%) berichten über Gewalterfahrungen aus den drei Gewaltformen. Die überwiegende Mehrheit hat also multiple Gewaltformen erlitten und diese auch im Clearingverfahren benannt.

*Schlüsselbegriffe: körperliche, sexuelle und psychische Gewalt, Vernachlässigung, institutionelle Gewalt, Missbrauch, Psychotraumatologie, Landesjugendheime*

# Vorwort

## **Dr. Huber, Leitung der Abteilung Heime**

In den vergangenen drei Jahren haben sich in Niederösterreich viele Menschen zu Wort gemeldet, die als Minderjährige während Ihrer Unterbringung Opfer von (sexueller) Gewalt bei Pflegefamilien oder in stationären Einrichtungen bzw. Vertragsheimen des Landes NÖ wurden.

Das Land Niederösterreich bekennt sich zu seiner Verantwortung und führt eine sorgfältige und gründliche Aufarbeitung der einzelnen Fälle durch. Um mit den betroffenen Personen wertschätzend und umsichtig umzugehen und sie bei der Aufarbeitung (physischer, psychischer oder sexualisierter) Gewalterfahrungen zu unterstützen, hat das Land Niederösterreich im Jänner 2010 eine Opferschutzkommission eingesetzt.

Die Opferschutzkommission bietet den betroffenen Personen die Möglichkeit, sich bei kompetenten Beratern vertraulich auszusprechen, Beratung und Unterstützung einzuholen sowie Informationen über zuständige Stellen zu erhalten. Jede „Geschichte“ jedes Opfers wird ernst genommen und dies soll auch in konkreten Handlungen Ausdruck finden.

Das Land NÖ hat entsprechende Schritte eingeleitet, um den folgenden, von den Opfern formulierten, Anliegen und Wünschen soweit wie möglich nachzukommen:

- Übernahme der historischen Verantwortung sowie eine Entschuldigung
- Finanzielle Entschädigung und Übernahme der Therapiekosten
- Einsetzen gut qualifizierten Personals
- Akteneinsicht
- Sicherstellung, dass Gewalt und Missbrauch gegenüber Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen nicht mehr vorkommt
- Wissenschaftliche Aufarbeitung der Vergangenheit

Im Sinne der geäußerten Anliegen und Wünsche der Opfer wurde bei der UNI Wien eine wissenschaftliche Aufarbeitung in Auftrag gegeben. Aus der Studie sollen einerseits weitergehende präventive Maßnahmen fundiert abgeleitet werden können. Andererseits bedeutet die wissenschaftliche Aufarbeitung ihrer Schicksale für die Opfer auch eine zusätzliche öffentliche Anerkennung.

# Inhaltsverzeichnis

<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>1</b>
<b>VORWORT .....</b>	<b>3</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS .....</b>	<b>4</b>
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>2 DIE OPFERSCHUTZEINRICHTUNG DES LANDES NÖ .....</b>	<b>7</b>
2.1 ABLAUFPROZESS DER OPFERSCHUTZARBEIT NÖ .....	7
2.2 BEIRAT OPFERSCHUTZ (10 MITGLIEDER).....	8
2.3 KOMMISSION OPFERSCHUTZ (5 MITGLIEDER).....	8
<b>3 DARSTELLUNG DES FORSCHUNGS-AUFTRAGES .....</b>	<b>9</b>
<b>4 AKTUELLER FORSCHUNGSHINTERGRUND UND ABLEITUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN .....</b>	<b>10</b>
4.1 INSTITUTIONELLE GEWALT .....	10
4.2 DER GEWALTBEGRIFF.....	12
<b>5 TRAUMATISIERUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER .....</b>	<b>14</b>
5.1 POLYVIKTIMISIERUNG.....	14
5.2 FOLGEN VON GEWALT AN KINDERN UND JUGENDLICHEN .....	15
5.3 KOMMISSIONELLE AUFARBEITUNG VON GEWALT. AN- SOWIE HERAUSFORDERUNGEN FÜR KOMMISSIONEN UND DIE BEDEUTUNG DER AUFARBEITUNG FÜR BETROFFENE.....	16
<b>6 FORSCHUNGSFRAGEN .....</b>	<b>17</b>
<b>7 ETHIKVOTUM UND REGISTRIERUNG.....</b>	<b>19</b>
<b>8 PROJEKTABLAUF UND ORGANISATION .....</b>	<b>20</b>
8.1 KONTAKTAUFNAHME .....	20
8.2 PROZEDERE.....	20
8.3 ANONYMITÄT .....	22
8.4 BESCHREIBUNG DER FRAGEBÖGEN.....	22
8.5 TEILNEHMER.....	28
<b>9 ERGEBNISSE.....</b>	<b>32</b>
9.1 RISIKO-, SCHUTZ- UND FAMILIÄRE FAKTOREN .....	32
9.2 ERLEBTE TRAUMATISIERUNG DER BETROFFENEN.....	33
9.3 DIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND ZUSAMMENHÄNGE ZU BEFINDEN UND BEWÄLTIGUNG SOWIE WEITEREN FAKTOREN .....	41
9.4 SUIZID.....	44
9.5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT DER BETROFFENEN.....	46
9.6 FRAGEN IM KONTEXT DER KOMMISSIONELLEN AUFARBEITUNG .....	48

9.7	DISCLOSURE.....	50
9.8	FRAGEN ZUM SOZIALEN UMFELD .....	51
9.9	FRAGEN IM KONTEXT DER HEIMUNTERBRINGUNG.....	53
<b>10</b>	<b>EMPFEHLUNGEN .....</b>	<b>60</b>
10.1	HINTERGRUND FÜR DIE FREMDUNTERBRINGUNG – ÜBERBLICK AUS INTERNATIONALEN STUDIEN .....	61
10.2	EMPFEHLUNGEN FÜR FREMDUNTERBRINGUNG HEUTE.....	62
10.3	FÜR DIE HEUTE BETROFFENEN DAMALIGEN KINDER .....	67
10.4	PERSÖNLICHKEITSTÖRUNGEN .....	73
10.5	WEITERE MAßNAHMEN .....	76
10.6	ZUSAMMENFASSUNG DER EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PSYCHOSOZIALE UND MEDIZINISCHE VERSORGUNG .....	78
10.7	REFLEXION ZUR GESELLSCHAFTLICHEN BEDEUTUNG .....	79
<b>11</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>81</b>
<b>12</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>87</b>
<b>13</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>88</b>
<b>14</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>89</b>

# 1 Einleitung

In den vergangenen Jahren wurde die Öffentlichkeit in den USA und verschiedenen Ländern Europas durch Meldungen von Missbrauch und Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Katholischen Kirche erschüttert. Auch in Österreich haben daraufhin viele Betroffene ihr teils jahrzehntelanges Schweigen gebrochen.

Bald kamen gleichfalls Gewalt- und Missbrauchsberichte ehemaliger Zöglinge staatlicher Einrichtungen ans Tageslicht. Auch gegen niederösterreichische Landesjugendheime wurden zahlreiche Vorwürfe erhoben. Um den Betroffenen eine zentrale Anlaufstelle zu bieten, wurde im Jänner 2010 die Niederösterreichische Opferschutzeinrichtung ins Leben gerufen. Das Land NÖ war und ist an einer gründlichen Aufarbeitung der Ereignisse in den Landesjugendheimen interessiert. Darüber hinaus erschien eine wissenschaftliche Auseinandersetzung aus einer klinisch-psychologischen Perspektive unerlässlich, da sich im Zuge der Aufarbeitung viele Fragestellungen ergaben, die nur anhand einer systematischen Analyse hinreichend beantwortet werden können: Welchen Gewaltakten waren die Kinder und Jugendlichen damals ausgesetzt; Wem konnten sie sich anvertrauen; Welche Auswirkungen hatten die Gewalterlebnisse auf die weitere Entwicklung; Wie geht es den Betroffenen heute; Und vieles mehr. Antworten auf diese und viele weitere Fragen sollten anhand der vom Land NÖ in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Begleitforschung erarbeitet werden. Die systematische Aufarbeitung und Analyse der Geschehnisse und deren Auswirkungen auf die psychosoziale Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist daher ein zentrales Anliegen des Forschungsprojektes.

Der vorliegende Bericht dokumentiert das Vorgehen des Forschungsteams und gliedert sich in mehrere Abschnitte. Zunächst erfolgt eine Darstellung der Niederösterreichischen Opferschutzkommission und des Forschungsauftrages. Anschließend wird der theoretische Hintergrund zur Thematik aufgearbeitet und daraus die Forschungsfragen abgeleitet. Im nächsten Kapitel werden Ablauf und Organisation des Projekts, sowie die zur Anwendung gekommenen Instrumente präsentiert. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im darauf folgenden Kapitel vorgestellt und anhand der aktuellen Forschungsliteratur interpretiert und diskutiert. Das letzte Kapitel des Forschungsberichts ermöglicht dem Leser eine Auseinandersetzung mit den Empfehlungen, die sich aus unserer Sicht aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben und bietet einen Ausblick auf notwendige präventive Maßnahmen im Umgang mit Kindern in der heutigen Versorgung. Es folgt ein Ausblick auf Maßnahmen, die der Aufarbeitung des Geschehenen dienen, zum einen unter der Perspektive der psychosozialen Versorgung, zum anderen aus Sicht der gesellschaftlichen Verantwortung.

## 2 Die Opferschutzeinrichtung des Landes NÖ

Mitbedingt durch die mediale Präsenz der Unabhängigen Opferschutzkommission (UOK), deren Ziel die Aufarbeitung der Vorfälle von Gewalt in der katholischen Kirche ist, meldeten sich zunehmend mehr Opfer auch aus anderen gesellschaftlichen Bereichen. So wurde im Jänner 2010 die NÖ - Opferschutzkommission gegründet, die den Opfern von Missbrauch und Gewalt der NÖ Landesjugendheime eine zentrale Anlaufstelle bietet. Die Tätigkeit dieser Opferschutzeinrichtung zielt auf eine gründliche Schadensaufarbeitung und Opferanerkennung ab.

Dr. Otto Huber ist als Leiter der Gruppe Gesundheit und Soziales der NÖ Landesregierung, Auftraggeber und Koordinator der Opferschutzarbeit NÖ.

### 2.1 Ablaufprozess der Opferschutzarbeit NÖ<sup>1</sup>

- 1) Clearing durch NÖ Kinder- und Jugendanwaltschaft (anonyme, vertrauliche und kostenlose Erstanlaufstelle)

Für Menschen, die als Minderjährige in stationären Einrichtungen der NÖ Jugendwohlfahrt, Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime, Abteilung Soziales (Vertragseinrichtungen) oder über Auftrag der NÖ Jugendwohlfahrt bei Pflegefamilien untergebracht waren, wo sie Opfer von (sexueller) Gewalt wurden. Sie nimmt die Aufgabe wahr, Erstgespräche mit den Betroffenen zu führen, die weitere Vorgangsweise abzuklären, mit Zustimmung der Betroffenen an die zuständigen Stellen zur weiteren Bearbeitung weiterzuleiten und die Anrufe/Fälle zu dokumentieren.

- 2) Clearing durch interne und externe Psychologen:
  - Diese nehmen Kontakt mit Betroffenen auf und führen die Gespräche mit ihnen
  - erstellen Clearingberichte und psychologische Gutachten
  - sind die ersten Ansprechpartner der Betroffenen
  - machen Akteneinsichten mit den Betroffenen etc.

---

<sup>1</sup> <http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXVII/13/1378/1378A.pdf>



## 2.2 Beirat Opferschutz (10 Mitglieder)

Vorsitz: Prim. Dr. Paulus Hochgatterer

- erarbeitet fachliche Vorschläge zur Aufarbeitung, Entschädigung und Standards
- konkrete Abwicklung allfälliger Entschädigungsmaßnahmen als Vorbereitung für die Entschädigungskommission
- Empfehlung künftiger Präventionsmaßnahmen
- die Mitglieder des Beirates und der Entschädigungskommission arbeiten ehrenamtlich (ohne jegliche extra Entschädigung)

## 2.3 Kommission Opferschutz (5 Mitglieder)

Vorsitz: HR Dr. Kurt Leitzenberger

- die Kommission ist multiprofessionell besetzt
- trifft die konkreten Entschädigungsentscheidungen im angedachten Rahmen, angelehnt an die Grundsätze der „Klasnic“ Kommission, also wer wie viel bekommt
- alle Entscheidungen werden in Anlehnung an juristische Grundsätze gefällt
- in diesem Rahmen wird zusätzlich über individuelle Unterstützung der Opfer auf Basis der von ihnen geäußerten Wünsche, wie Entschuldigungen, zusätzliche Therapien usw., soweit noch nicht erfüllt, beraten und entschieden

### 3 Darstellung des Forschungsauftrages

Im Zentrum des Forschungsvorhabens stehen die Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauchs niederösterreichischer Institutionen, die sich an die Opferschutzkommission des Landes gewandt haben. Die forschungsleitenden Fragen gelten dem Zusammenhang zwischen den erlittenen Taten (Traumatisierungen), den in den Dokumenten der Opfer festgestellten psychischen Folgen und den vom Forschungsteam erhobenen Daten.

Auf Basis des psychotraumatologischen Modells (Maercker, 2009)<sup>2</sup> werden die der og. Kommission vorliegenden Daten der Opfer (Psychologische Gutachten, Dokumentation der Traumatisierung, Forderungen der Opfer, wenn vorhanden Heimakten) analysiert. Die Gruppe der Betroffenen wird mithilfe von psychodiagnostischen Fragebögen in Bezug auf gesundheitsfördernde Faktoren und Ressourcen im Sinne des psychotraumatologischen Rahmenmodells befragt. Bei Interesse werden zudem vertiefende Interviews geführt.

Außerdem erhofft man sich durch die vorhandene Studie Empfehlungen und Richtungsweisungen für die zukünftige Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen und deren Familien, welche von der Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesjugendheime betreut werden. Offene Fragen zu der subjektiven Wahrnehmung der Unterbringung, der sozialen Unterstützung, den Bedürfnissen von Heimkindern, zukünftigen Veränderungen in Betreuungssystemen, der Nachbetreuung von Betroffenen uvm. sollen, wenn möglich, durch die Studie Antwort finden.

---

<sup>2</sup> Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung* (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

## 4 Aktueller Forschungshintergrund und Ableitung der Forschungsfragen

Kinder zu schützen und für ihr Wohlergehen, ihre Gesundheit und ihre Entwicklung zu sorgen und diese zu garantieren sollte eine gesellschaftliche und persönliche Selbstverständlichkeit darstellen. Bedauerlicherweise werden aber Kinder und Jugendliche immer wieder Opfer von Gewalt und Missbrauch (Saunders, 2003). Übergriffe ereignen sich unabhängig von Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Kultur und gesellschaftlicher Zugehörigkeit – die Gewalt zeigt dabei viele Gesichter: Kinder erleben körperliche, sexuelle oder psychische Übergriffe durch Familienangehörige, Erzieher, Lehrer, andere Kinder und Jugendliche, Nachbarn oder Fremde (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007a).

### 4.1 Institutionelle Gewalt

Die vorliegende Studie beschäftigt sich speziell mit Gewalt, die innerhalb institutioneller Einrichtungen geschieht und sich damit beispielsweise von häuslicher Gewalt unterscheidet.

Goffman (1987) hat den Begriff des institutionellen Missbrauchs geprägt und versteht darunter ein rahmengebendes institutionelles Setting, das dadurch gekennzeichnet ist, dass praktisch jeder Aspekt des Lebens der Kinder und Jugendlichen durch die Institution bzw. einzelne Vertreter der Institution kontrolliert wird. Eine Definition von Gallagher (1999) bezieht sich weniger auf den institutionellen Rahmen innerhalb dessen der Missbrauch stattfindet, sondern orientiert sich an der Täterschaft. Institutioneller Missbrauch wird demnach als sexuelle, körperliche oder emotionale Gewalt durch Personen verstanden, die mit dem Kind in einem professionellen Tätigkeitsfeld arbeiten (z.B. private oder staatliche Kinderbetreuungseinrichtungen, Erzieher, Schuldirektoren, Freiwilligenarbeit, etc).

Für die vorliegende Untersuchung ist eine Kombination beider Definitionen erforderlich, da die NÖ Landesjugendheime einerseits ein kontrollierendes und isolierendes Setting geboten und damit Missbrauch und Gewalt möglicherweise begünstigt haben und andererseits die Täter vorwiegend unter den Erziehern und Betreuungspersonen der Einrichtungen zu finden sind.

Die Erforschung von Gewalt und Missbrauch in Institutionen ist ein verhältnismäßig junges Feld und gewinnt erst in den letzten zehn Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit.

Der Fokus liegt dabei bislang vor allem auf sexuellem Missbrauch, die Untersuchung anderer Formen der Gewalt wurden bisher eher vernachlässigt (Gallagher, 1999).

Es gibt Hinweise darauf, dass Missbrauch und Gewalt in institutionellen Settings ganz bewusst als Erziehungsmaßnahmen eingesetzt wurden<sup>3</sup>. Außerdem belegen mehrere Studien, dass Missbrauch an einzelnen Kindern oft von mehreren Tätern ausgeübt wird. In diesem Zusammenhang wird von sogenanntem „organisiertem Missbrauch“ gesprochen (Finkelhor, Williams, & Burns, 1988; Gallagher, Hughes, & Parker, 1996; White & Hart, 1995).

Geschichtlich betrachtet haben viele der Niederösterreichischen Landesjugendheime eine interessante Entwicklung durchlebt. Zunächst als Siechenanstalten und Altersheime erbaut, fungierten sie während des Zweiten Weltkrieges teilweise als Lazarette, um dann unter anderem Alten und Kindern gleichzeitig Obdach zu gewähren, bis sie dann in den 40er Jahren schlussendlich zu Landesjugendheimen wurden. Die NÖ Landesjugendheime in der heutigen Form haben erst in den letzten Jahren eine massive Umstrukturierung und damit einhergehend das Aufbrechen von alten Strukturen erlebt. Davor waren einzelne Heime durch starke hierarchische und rigide Strukturen geprägt. Das Bewusstsein für zu erfüllende Qualitätsstandards und gut ausgebildetes Personal bestand nur in den seltensten Fällen und sowohl Mitarbeiter als auch die Kinder/Jugendlichen waren mit schwierigen Strukturen und Situationen konfrontiert, welche institutionellen Missbrauch in vielen Fällen begünstigten.

Oftmals wurden Kinder/Jugendliche abgenommen, ohne dies vorher gemeinsam mit der Familie zu erarbeiten. Verstörte Kinder, für die die gesetzten Maßnahmen zumeist kaum verständlich waren und Verlust der Verbindung zu den Eltern waren die Folge. Die Unterbringung erfolgte zum Teil auch in Institutionen weit weg vom Wohnort der Familien, somit war oft die endgültige Trennung der Kinder von der Herkunftsfamilie unumgänglich. Die Fürsorgerin musste oftmals im Alleingang ohne kollegialen Austausch, teilweise auch ohne entsprechende Ausbildung und Unterstützung, über das Leben von zahlreichen Kindern entscheiden (ca. 300 – 400). Der Druck und die Verantwortung, denen die jungen Menschen teilweise entgegenhalten mussten, wurden mitunter als sehr belastend erlebt. Ebenfalls in einem autoritären System gefangen, fiel es oft schwer, sich dagegen zu wehren. Auch wurden viele Vorstellungen unreflektiert übernommen.<sup>4</sup> Den Kindern und Jugendlichen blieb dadurch kaum eine Möglichkeit des Außenkontaktes. In der Folge konnten sie sich kaum jemanden außerhalb des „Systems Heim“ anvertrauen.

---

<sup>3</sup> <http://ettaler-missbrauchsopfer.de/>

<sup>4</sup> Internes Protokoll von Zeitzeugenbericht (31.05.2012) – Gespräch mit ehemaligen Fürsorgemitarbeitern

## 4.2 Der Gewaltbegriff

Bevor eine weitere theoretische Auseinandersetzung mit Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter und den Auswirkungen von Gewalt erfolgt, sollen zunächst die grundlegenden Begriffe erläutert werden: Die vorliegende Studie beschäftigt sich vor allem mit körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt, die von Erwachsenen auf Kinder und Jugendliche ausgeübt wird. Man spricht in diesem Zusammenhang von interpersoneller Gewalt und zählt dazu außerdem Vernachlässigung, welche sowohl mangelhafte Pflege und Fürsorge, als auch eine allgemein lieblose Betreuung umfasst (WHO, 2003).

### 4.2.1 Körperliche Gewalt

Nach einer Definition der WHO werden zur körperlichen Gewalt all jene Handlungen gezählt, die körperliche Schäden verursachen oder zumindest eine Gefahr für Verletzungen bergen können (WHO, 2002). Körperliche Gewalt umfasst eine lange Reihe verschiedener Arten physischer Übergriffe auf Schutzbefohlene, beispielsweise Ohrfeigen, Schläge und Prügel mit Gürteln, Kleiderhaken, Holzruten, Schuhen oder anderen Gegenständen, Verbrennen mit Zigarettenstummeln, Schütteln (z.B. Schütteltrauma bei Kleinkindern), Zerren an Haaren, Ohren oder anderen Körperteilen, Untertauchen in kaltes oder heißes Wasser u.v.m.

### 4.2.2 Sexuelle Gewalt

Es existieren verschiedene Termini für sexuelle Gewalt, die in der Öffentlichkeit und der Wissenschaft diskutiert werden: sexueller Missbrauch, sexuelle Übergriffe, sexuelle Misshandlungen, sexualisierte Gewalt, sexuelle Ausbeutung usw. Im deutschen Sprachraum hat sich für sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche die Bezeichnung „sexueller Missbrauch“ am stärksten durchgesetzt. Kritische Stimmen merken dazu jedoch an, dass diese Formulierung auch „einen richtigen Gebrauch von Kindern“ suggeriert (Bange & Körner, 2002).

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

Diese Definition impliziert also auch sexuelle Handlungen, die nicht zwingend mit Körperkontakt einhergehen müssen. Damit sind auch Worte, Gesten oder übergriffige Verhaltensweisen umfasst, wie beispielsweise das Zeigen pornografischer Fotografien oder das Stellen sexuell motivierter, intimer Fragen.

### 4.2.3 Psychische Gewalt

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

### 4.2.4 Vernachlässigung

Wenn Eltern oder Erziehungsberechtigte bewusst Aufgaben missachten, wodurch die gesunde körperliche und geistige Entwicklung ihrer Kinder bzw. Schutzbefohlenen gefährdet wird, spricht man von Vernachlässigung. Der WHO zufolge können nachstehende Bereiche davon betroffen sein: Gesundheit (z.B. kein Arztbesuch bei Krankheit oder Verletzung), Bildung, emotionale Entwicklung, Ernährung (zu wenig oder ungesunde Nahrung), Wohnen und Sicherheit (WHO, 2002).

Die genannten Gewaltformen, ausgeübt im Kontext von Institutionen sind insbesondere durch den Missbrauch von Abhängigkeits- und Autoritätsverhältnissen gekennzeichnet, die die Ausübungen der Gewaltformen begünstigen.

# 5 Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter

## 5.1 Polyviktimisierung

Kinder/Jugendliche die innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes eine Reihe von Traumatisierungen erfahren, scheinen eine speziell vulnerable Gruppe darzustellen. Diese Traumatisierungen können sowohl physische, emotionale und sexuelle Übergriffe, Gewalt und Kriminalität, Vernachlässigung uvm. beinhalten (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Holt, 2009). Man spricht in diesem Zusammenhang dann von stattgefundenen Polyviktimisierungen.

Finkelhor (2007b) konnte aufzeigen, dass das Risiko einer Reviktimisierung umso höher ist, je mehr Viktimisierungen innerhalb eines Jahres stattgefunden haben (22% der Studienteilnehmer waren von 57% aller in dieser Studie angeführten Traumatisierungen betroffen). Diese Kinder zeigten auch eine höhere Manifestierung von Symptomen. Folgt man der Literatur, so gibt es einige wichtige Ergebnisse, jedoch reichen diese noch lange nicht aus, um das Phänomen rund um Polyviktimisierungen und darauf folgende Reviktimisierungen befriedigend erklären zu können. Finkelhor et al. (2009) zeichnen vier mögliche Ursachen für Polytraumatisierung auf. Das *Aufwachsen bzw. Leben in einer gefährlichen Nachbarschaft*, in welcher soziale Bindungen sehr schwach und Kriminalität sehr präsent sind, scheint eine Viktimisierung zu fördern (Salzinger, Feldman, Stockhammer, & Hood, 2002). Man geht davon aus, dass die Schwelle zu Gewaltbereitschaft dadurch herabgesetzt wird. Das fehlende soziale Netz bietet keine entsprechenden Schutzfaktoren und die Kinder/Jugendlichen laufen verstärkt Gefahr, Opfer von traumatischen Erfahrungen zu werden. Darüber hinaus ist eine andere mögliche Ursache für eine Polyviktimisierung *direkt in der Herkunftsfamilie* selbst begraben. Unterschiedliche emotionale Dysregulationen wie Hyperarousal, Angst etc., welche möglicherweise durch Gewalt und Missbrauch im familiären Umfeld erzeugt wurden, verhindern in weiterer Folge eine adäquate Interaktion mit dem sozialen Umfeld und begünstigen dadurch eine Reviktimisierung (Finkelhor et al., 2007b; Maughan & Cicchetti, 2002). Darüber hinaus können *instabile Familien-Konstellationen*, beispielsweise bedingt durch eine psychische Erkrankung eines Elternteils, Substanzmissbrauch, erhöhtes Stresslevel als Alleinerzieher (Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2007) etc. zu einer Polyviktimisierung beitragen. Ein daraus resultierendes Gefühl an fehlender Sicherheit und das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit können eine Vulnerabilität noch zusätzlich fördern (Finkelhor et al., 2009).

## 5.2 Folgen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen

In den vergangenen Jahren haben eine Vielzahl an Studien die vielfältigen negativen Folgen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen aufgezeigt und dokumentiert und damit die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen auf politischer als auch gesellschaftlicher Ebene deutlich gemacht. Eine Vielzahl an Studien untersuchen vor allem Betroffene sexuellen Missbrauchs und belegen die weitreichenden langfristigen Auswirkungen sexueller Gewalt: psychische und Verhaltensprobleme, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Aggressionen, Selbstwertprobleme, Schul- und berufliche Schwierigkeiten, Schwierigkeiten im Bereich der Sexualität und Beziehungsgestaltung (Finkelhor & Berliner, 1995; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Putnam, 2003).

Es überrascht nicht, dass sich auch rein körperliche Gewalt an Kindern und Jugendlichen als folgenschwer für die physische und psychische Gesundheit erweist. Springer, Sheridan, Kuo, und Carnes (2007) demonstrieren in ihrer umfassenden Studie eindrucksvoll, dass Erwachsene, die in ihrer Kindheit Opfer von körperlicher Gewalt waren, ein erhöhtes Risiko haben, an Depressionen, Angststörungen, aggressivem Verhalten, einzelnen körperlichen Beschwerden oder körperlichen Erkrankungen zu leiden. DiScala, Sege, Li, und Reece (2000) haben in ihrer Untersuchung an 1997 Kindern, die durch körperlichen Missbrauch verletzt wurden, gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt und einem erhöhten Gesundheitsrisiko bei Kindern besteht. Bei Dube et al. (2001) wird ein erhöhtes Risiko für Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit im Erwachsenenalter betont. In einer anderen Studie zeigen Dube et al. (2003) ein erhöhtes Suizidrisiko bei Erwachsenen, die in der Kindheit Opfer von körperlicher Gewalt waren.

In Bezug auf psychische Gewalt an Kindern und Jugendlichen präsentiert sich die Forschungslandschaft eher karg, erst in jüngerer Zeit ist hier ein vermehrtes Interesse zu verzeichnen. Es zeigt sich bei den Ergebnissen verschiedener Studien, dass psychische Gewalt – im Unterschied zu den übrigen Gewaltformen - spezifische und voneinander unabhängige Konsequenzen mit sich bringt (Riggs, 2010). Die negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sind in jedem Fall beträchtlich (Gavin, 2011). Mullen, Martin, Anderson, Romans, und Herbison (1996) haben in einer Untersuchung an erwachsenen Frauen gezeigt, dass psychische Gewalt im Kindesalter vor allem zu einem niedrigen Selbstwert, Essstörungen und sexuellen Problemen führt. Außerdem berichten sie, dass das Geschlecht des Täters eine Rolle spielt: Frauen, die psychischer Gewalt weiblicher Täterinnen ausgesetzt waren, haben im Erwachsenenalter eher psychiatrische Störungen entwickelt, die Opfer männlicher Täter hatten später eher sexuelle Probleme.



### **5.3 Kommissionelle Aufarbeitung von Gewalt. An- sowie Herausforderungen für Kommissionen und die Bedeutung der Aufarbeitung für Betroffene**

Jede Kommission, die sich der Aufarbeitung von Ereignissen mit traumatischer Qualität widmet, steht auch für die öffentliche Anerkennung des erlittenen Leids und damit für soziale Anerkennung und Unterstützung. Nicht nur die Tätigkeit einer Kommission dieser Art wird von der Öffentlichkeit extensiv wahrgenommen, sondern auch die Betroffenen achten sensibel auf den Umgang mit ihnen.

Forschungsergebnisse zu Fragestellungen rund um die kommissionelle Aufarbeitung von Traumatisierungen zeigen vor allem zwei Effekte:

1) Die Auseinandersetzung mit Opferorganisationen kann für die Betroffenen einen kathartischen Effekt zeitigen. 2) Die Erinnerung an die Traumatisierung kann zur Bewältigung beitragen. Studien liefern bei vergewaltigten Frauen Hinweise auf einen Anstieg des Selbstwerts durch die wahrgenommene Anerkennung, wobei das Ergebnis der rechtlichen Konsequenzen keinen Einfluss zu nehmen scheint (Ford & Regoli, 1993). Außerdem zitieren sie eine kanadische Studie, in der Betroffene sexuellen Missbrauchs Wiedergutmachung forderten. Die Teilnehmer dieser Studie berichten, dass sie das Bedürfnis haben, ihre traumatischen Erlebnisse zu erzählen und angehört zu werden. Sie wünschen sich, dadurch eine „offizielle“ Anerkennung ihrer Erlebnisse zu erhalten (Feldthusen, Hankivsky & Greaves, 2002, zitiert nach Parsons & Bergin, 2010). In dem von Parsons und Bergin (2010) vorgelegten Übersichtsartikel werden aber auch negative Effekte bei den Betroffenen berichtet, wenn sich diese um Wiedergutmachung vor Gericht bemühen. Sie verweisen auf zahlreiche Studien, die eine sekundäre Viktimisierung durch Kommissionen, insbesondere durch Erfahrungen als Zeugen vor Gericht, feststellen. Die Erfahrungen vor Gericht und die Konfrontation mit Tätern bzw. deren Rechtsanwälten können als sehr belastend erlebt werden.

## 6 Forschungsfragen

Aus der Zusammenschau des dargestellten theoretischen Forschungshintergrunds und den Anliegen der Vertreter der NÖ Opferschutzeinrichtung ergeben sich folgende Forschungsfragen:

### **1. Erlebte Traumatisierung der Opfer und aktueller Status**

- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der erlebten Tat und den Folgen für die Opfer?
- Welche Risiko- und Schutzfaktoren bestehen?
- Welche Auswirkungen des Missbrauchs sind heute feststellbar?
- Zeigen sich unterschiedliche Traumafolgestörungen oder -probleme bei Männern und Frauen?
- Ist möglicherweise eine Dunkelziffer zum Thema Suizid abschätzbar?
- Stigmatisierung/ wahrgenommene soziale Unterstützung:
  - Kontakt zu Eltern: In welchem Ausmaß gab es Kontakt zu den Eltern und kann dieser als Schutzfaktor für Gewalterlebnisse gesehen werden?
  - Geschwister: gemeinsame Unterbringung als Schutzfaktor bzw. bewusste Trennung von Geschwistern als Risikofaktor

### **2. Fragen im Kontext der kommissionellen Aufarbeitung**

- Zufriedenheit der Betroffenen mit der Kommission
- Bedeutung der kommissionellen Aufarbeitung für die Betroffenen
- Welche wichtigen Schritte zur Nachbetreuung sollten gesetzt werden?
- Was ist im zukünftigen Betreuungssystem von traumatisierten Menschen zu beachten, vor allem in Anbetracht des zunehmenden Alters, das möglicherweise zu einem verstärkten Leiden durch die Traumatisierung führen

### **3. Fragen zum sozialen Umfeld**

- Haben sich die Personen damals anderen Menschen anvertraut? Wie war deren Reaktion?
- Wem vertraute sich das Opfer an (Peers, Familie, soziales Umfeld, Schule ...)?
- Welchen Einfluss hatte das Erlebte auf die sozialen Kontakte der Betroffenen? Wie ist das heute?

### **4. Fragen im Kontext der Heimunterbringung**

- Was waren Überlegungen, ein Kind aus der Familie zu nehmen und nach welchen Kriterien wurden/werden Kinder in welches Heim geschickt? Welche Ziele wurden damit verfolgt? (Unterschiede zwischen den Heimen?)
- War die Fürsorge anwesend: ja/nein und wenn ja in welchem Ausmaß
- Geschlossene Systeme vs. Einmalerlebnis: Ev. gab es in geschlossenen Systemen mehr körperliche Gewalt
- Was hätten Betroffene gebraucht? Was brauchen sie heute?

- Gab es Bezugspersonen im Heim, bzw. Kontakt zu Angehörigen? (Heute: Viel Kontakt wünschenswert).

## 7 Ethikvotum und Registrierung

Die klinisch-psychologische Forschung sieht strenge ethische Richtlinien vor und schenkt damit dem Schutz von StudienteilnehmerInnen allerhöchste Beachtung. Die Prüfung des ethisch-wissenschaftlichen Standards des Projekts erfolgte durch die Ethikkommission der Universität Wien. Die vorbehaltlose Zustimmung wurde am 12.7.2012 von Mag. Dr. Lukas Mitterauer erteilt.

Außerdem wurde das Forschungsprojekt im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS)<sup>5</sup> eingetragen. Diese Vorgehensweise entspricht hohen wissenschaftlichen Standards und schafft ideale Rahmenbedingungen, die der Dringlichkeit und gesellschaftlichen Relevanz der im Folgenden dargestellten Inhalte Rechnung tragen.

---

<sup>5</sup> Weiterführender Link zur Registrierung der Studie bei DRKS: [https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks\\_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL\\_ID=DRKS00004273](https://drks-neu.uniklinik-freiburg.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00004273)

## 8 Projektablauf und Organisation

Über die gesamte Projektdauer hinweg bestanden ein enger Kontakt und eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Forschungsteam und dem Büro der NÖ Opferschutzeinrichtung, wodurch ein reibungsloser Ablauf gewährleistet werden konnte.

### 8.1 Kontaktaufnahme

Aus Datenschutzgründen hat das Büro der NÖ Opferschutzeinrichtung Kontakt mit all jenen Betroffenen aufgenommen, die sich bei der Kommission gemeldet haben und deren Fall in Bearbeitung oder bereits abgeschlossen war. Die Kontaktaufnahme erfolgte per Post oder telefonisch.

Die Betroffenen erhielten auf diesem Wege erste Informationen über die Studie, deren Zweck und das Prozedere. Anhand der Informationen entschieden sie ob, und falls ja in welcher Form, sie an der Studie teilnehmen wollten. All jene Betroffenen, die ihr Einverständnis zur Studienteilnahme und damit zur Weitergabe ihrer Kontaktdaten an das Forschungsteam gegeben haben, wurden anschließend von den Mitarbeitern des Forschungsprojekts kontaktiert und ausführlich aufgeklärt. Je nach Art und Weise der Teilnahme (s. Prozedere) wurden Termine vereinbart. Die Mitarbeiter des Forschungsprojekts standen allen TN und Interessierten sowohl telefonisch als auch per E-Mail für Fragen und andere Anliegen zur Verfügung.

### 8.2 Prozedere

Es standen drei verschiedene Teilnahme-Möglichkeiten zur Auswahl, wobei zwischen *passiver Teilnahme*, *aktiver Teilnahme (1)* und *aktiver Teilnahme (2)* gewählt werden konnte (s. Abbildung 1 **Darstellung der Teilnahmemöglichkeiten**). Für die *passive Teilnahme* mussten die Teilnehmer nichts weiter tun, als ihr schriftliches Einverständnis für die wissenschaftliche Analyse jener Dokumente zu geben, die der NÖ Kommission vorlagen. Die Unterlagen wurden von den Forschungsmitarbeitern durchgearbeitet, die Daten kategorisiert und in ein statistisches Computerprogramm (SPSS) eingepflegt, danach ausgewertet und interpretiert (s. Ergebnisse, S.32). Die Erläuterungen zur *aktiven Teilnahme (1)* und *(2)* finden sich in den entsprechenden Fußnoten zur Abbildung 1.

<b>Passive Teilnahme</b>	Die TN gaben ihr Einverständnis zur wissenschaftlichen <b>Analyse all jener Akten und Berichte, die der Kommission</b> vorlagen.		
<b>Aktive Teilnahme (1)</b>	Die TN gaben ihr Einverständnis zur wissenschaftlichen <b>Analyse all jener Akten und Berichte, die der Kommission</b> vorlagen.	Untersuchung mit <b>Fragebögen und strukturiertem klinischen Interview<sup>6</sup></b>  (mit Projektmitarbeiter)	
<b>Aktive Teilnahme (2)</b>	Die TN gaben ihr Einverständnis zur wissenschaftlichen <b>Analyse all jener Akten und Berichte, die der Kommission</b> vorlagen.	Untersuchung mit <b>Fragebögen und strukturiertem klinischen Interview</b>  (mit Projektmitarbeiter)	<b>Qualitatives Tiefeninterview<sup>7</sup></b>  (mit Projektmitarbeiter)

**Abbildung 1** Darstellung der Teilnahmemöglichkeiten

Die meisten persönlichen Termine im Rahmen der *aktiven Teilnahme (1)* oder *(2)* fanden entweder in den Räumlichkeiten der Fakultät für Psychologie in Wien oder der NÖ Landesregierung in St. Pölten statt. In einzelnen Fällen besuchten die Projektmitarbeiter TN aber auch zu Hause.

Nach Studienabschluss erhalten alle TN eine Zusammenfassung der Studienergebnisse und den Link zum ausführlichen Abschlussbericht auf der Website des Forschungsprojektes.

<sup>6</sup> Bei der *aktiven Teilnahme (1)* nahmen die TN an einer 2-3 stündigen Untersuchung teil, die in zwei Phasen untergliedert war. Alle zur Anwendung gekommenen Instrumente werden weiter unten näher beschrieben. Zunächst wurden die TN mit Hilfe einer Fragebogenbatterie (s. S. 15ff.) zu verschiedenen Themen befragt (z.B. Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, etc.). In der zweiten Untersuchungsphase wurde ein sogenanntes klinisches Interview durchgeführt (s. Informationen zu SKID I & II, S.19).

<sup>7</sup> An einem weiteren Termin fand ein sogenanntes Tiefeninterview statt (s. Beschreibung des Tiefeninterviews, S.19).

## 8.3 Anonymität

Die Studienteilnahme erfolgte anonym, die Kontaktdaten der TN wurden ausschließlich zwecks Kontaktaufnahme vorübergehend gespeichert. Nach Projektabschluss und erfolgter Aussendung der Studienergebnisse werden die persönlichen Daten der TN unwiderruflich gelöscht. Sämtliche Daten zur computerunterstützten Auswertung und Analyse sind passwortgeschützt gespeichert und ausschließlich den Projektmitarbeitern zugänglich. Als weitere Sicherheitsmaßnahme wurde allen Studien-TN per Zufallsprinzip ein Zahlencode zugeteilt, der für die weitere Verarbeitung und Speicherung der Daten eingesetzt wurde. Auch im Zuge der Ergebnisdarstellung im Rahmen verschiedener Publikationen ist gewährleistet, dass keinerlei Möglichkeit zur Rückverfolgung auf einzelne Personen besteht.

## 8.4 Beschreibung der Fragebögen

In der klinisch-psychologischen Forschung wird eine sogenannte nomothetische Vorgehensweise angestrebt. Der Begriff „nomos“ (griech.) bedeutet „Gesetz“. Damit ist gemeint, dass die Wissenschaft nach allgemein gültigen Gesetzen sucht, um allgemein gültige Aussagen treffen zu können, also Aussagen, die auf möglichst viele Personen gleichermaßen zutreffen. Dies wird durch standardisierte Fragebogenuntersuchungen erreicht, die in der klinisch-psychologischen Forschung State of the Art sind. Ihre Entwicklung ist an hohe wissenschaftliche Standards und Qualitätskriterien geknüpft, wodurch eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit nationalen und internationalen Stichproben ermöglicht wird. Im Allgemeinen spricht man bei dieser Vorgehensweise von quantitativer Forschung.

In der vorliegenden Studie sind folgende Instrumente zum Einsatz gekommen, die den TN als Fragebogenbatterie vorgegeben wurden:

### 8.4.1 LOT-R – Life Orientation Test: Optimismus und Pessimismus (Scheier, Carver, & Bridges, 1994)

Der „Life Orientation Test“ (LOT) dient der Erfassung des dispositionellen Optimismus. Eine optimistische oder pessimistische Einstellung zeigt sich den Autoren zufolge in der Erwartungshaltung ungewissen Situationen gegenüber.

Im Fragebogen wird der Studienteilnehmer aufgefordert anzugeben, inwieweit die persönliche Meinung mit zehn verschiedenen Aussagen übereinstimmt. Das fünfkategoriale Antwortformat reicht von „trifft ausgesprochen zu“ bis zu „trifft überhaupt nicht zu“.

Ein positiv formuliertes Beispiel im Sinne des Optimismus lautet: „Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste“. Eine Aussage der Pessimismus-Skala ist: „Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch“.

#### 8.4.2 CISS - Coping Inventory for Stressful Situations: Stressbewältigung (Endler & Parker, 1990; Kälin, 1995)

Dieses Instrument dient der Differenzierung unterschiedlicher Copingstile zur Bewältigung schwieriger und stressvoller Situationen. Die Eingangsfrage des CISS lautet: „Was tun Sie typischerweise, wenn Sie in einer schwierigen, stressvollen oder ärgerlichen Situation sind?“ Den TN stehen für jedes der 24 Items<sup>8</sup> je fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: Das ist für mich: „sehr untypisch“, „eher untypisch“, „teils-teils“, „eher typisch“, „sehr typisch“.

Der Fragebogen unterscheidet zwischen drei verschiedenen Coping-Strategien:

- Aufabenorientiertes Coping: Person stellt sich auftretenden Problemen und versucht diese aktiv zu lösen, z.B.: „Ich denke darüber nach, wie ich ähnliche Probleme gelöst habe“.
- Emotionsorientiertes Coping: Person stellt sich den eigentlichen Problemen nicht, die Aufmerksamkeit liegt verstärkt auf der Gefühlsebene, z.B.: „Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß, was ich machen soll.“
- Vermeidungsorientiertes Coping: Person lenkt sich von dem Problem ab, z.B. „Ich mache einen Einkaufsbummel“.

#### 8.4.3 DLE – Disclosure of Loss Experience: Wirkung des Offenlegens traumatischer Erlebnisse (Müller, Beauducel, Raschka, & Maercker, 2000)

Unter dem englischen Begriff „Disclosure“ ist das Offenlegen von traumatischen Erlebnissen und damit im weiteren Sinne das Berichten über ebendiese zu verstehen (Chaudoir & Fisher, 2010; Omarzu, 2000; Ruggiero et al., 2004). Der DLE erfasst die Einstellung zum Offenlegen traumatischer Erlebnisse und erfragt drei Bereiche der Disclosure:

- Verschwiegenheit: z.B. „Ich finde es schwer, mit jemandem über den Vorfall zu sprechen“
- Mitteilungsdrang: z.B. „Ich habe das Bedürfnis, sehr oft von dem Vorfall zu sprechen“

---

<sup>8</sup> Als „Item“ oder „Testitem“ werden Fragen oder Aufgaben in psychologischen Testverfahren bezeichnet. In der bei der vorliegenden Studie eingesetzten Fragebogenbatterie kamen vor allem Items mit *Antwortvorgaben* zum Einsatz. Man spricht diesbezüglich von einem geschlossenen Antwortformat (Bortz, 2006).



- emotionale Reaktion: z.B. „Nachdem ich jemandem von dem Vorfall erzählt habe, bin ich immer ganz erschöpft“

In der Instruktion wird der TN darum gebeten anzugeben, wie er es empfindet, anderen von Dingen zu berichten, die in Zusammenhang mit den eigenen Gewalt- bzw. Missbrauchserfahrungen stehen. Die Fragen können anhand einer sechsstufigen Likertskala beantwortet werden: „gar nicht“, „kaum“, „ein wenig“, „ziemlich“, „genau“, „ganz genau“.

#### 8.4.4 CD-Risc – Connor Davidson Resilience Scale: Fragebogen zur Widerstandsfähigkeit/Resilienz (Connor & Davidson, 2003)

Unter Resilienz versteht man ganz allgemein die Fähigkeit, mit Stress-Situationen gut umgehen zu können. Damit ist gemeint, dass Menschen in Krisensituationen oder nach belastenden Ereignissen verschiedene Ressourcen aktivieren, die ihnen helfen, eine Krise weitgehend unbeschadet zu bewältigen (Connor & Davidson, 2003). In der Instruktion der CD-Risc werden die TN darum gebeten, anzugeben, inwiefern sie mit zehn verschiedenen Aussagen übereinstimmen. Die Antwortmöglichkeiten lauten: „überhaupt nicht wahr“, „selten wahr“, „manchmal wahr“, „oft wahr“ und „fast immer wahr“. Beispielhaft für die zehn Aussagen sind die folgenden zwei Items:

- „Ich bin fähig mich anzupassen, wenn sich etwas verändert“
- „Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeinen Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein“

#### 8.4.5 PCL-C – Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version: Checkliste zu posttraumatischer Symptomatik (Teegen, 1997; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1991)

Die PCL-C ist ein Screening-Instrument zur Beurteilung einer aktuell bestehenden Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Sie beruht auf dem Kriterienkatalog des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung und erfragt die im DSM angeführten 17 Symptome einer PTBS aus den Kriterienbereichen: „Wiedererleben“, „Vermeidung“, „Abflachung der Reagibilität“ und „erhöhtes Arousal“.

In der Instruktion wird der TN darum gebeten, anhand einer Liste von Beschwerden und Problemen zu beurteilen, wie sehr diese Probleme im vergangenen Monat als störend empfunden wurden. Dabei kann zwischen fünf Antwortmöglichkeiten gewählt werden: „gar nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „äußerst“. Beispiele für Probleme:

- „Wiederholte beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit“

- „Vermeiden, über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen, oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen“
- „Sich emotional taub fühlen, oder unfähig sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen“

#### 8.4.6 BSI – Brief Symptom Inventory: Psychische Beschwerden (Derogatis & Melisaratos, 1983; Franke & Derogatis, 2000)

BSI ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erfassung psychischer Belastungen. Es werden Symptome verschiedener psychischer Beschwerden erfragt, zum Beispiel Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Unsicherheit in Sozialkontakten.

Die TN werden dazu aufgefordert, eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal auftreten können, nach ihrem Auftreten in den letzten sieben Tagen zu beurteilen. Dabei stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“. Beispiele:

„Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

- Nervosität oder innerem Zittern
- Plötzlichem Erschrecken ohne Grund
- Einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft“

#### 8.4.7 TLEQ - The Traumatic Life Events Questionnaire (Kubany et al., 2000)

Mittels des TLEQ werden traumatische Lebenserfahrungen erhoben. Dabei werden verschiedene Ereignisse aufgelistet und TN darum gebeten anzugeben ob und wie oft sie diese traumatischen Erfahrungen machen mussten. Die Antwortmöglichkeiten rangieren dabei zwischen „nie“ und „mehr als sechs Mal“. Zum Beispiel: „Waren Sie jemals in einen Verkehrsunfall verwickelt, woraufhin Sie medizinische Behandlung brauchten oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?“

Anschließend werden TN darum gebeten einzuschätzen ob sie bei den erlebten Traumata intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen gefühlt haben und welches der Erlebnisse als „am schlimmsten“ empfunden wurde.

*Die beiden folgenden Fragebögen wurden im Rahmen zweier Diplomarbeiten entwickelt:*

#### 8.4.8 WSU – Fragebogen zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei Betroffenen von Missbrauchs- und Gewalterlebnissen (Butollo, 2012)

Der Fragebogen wurde theoriegeleitet erstellt und fragt danach, ob sich von Missbrauch und Gewalt betroffene Personen gut unterstützt fühlen und fühlten. Die wahrgenommene soziale Unterstützung (WSU) wird in den Teildimensionen „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“ und „Soziale Integration“ erfragt. Im Fragebogen werden Fragen zur WSU retrospektiv zu verschiedenen Zeitpunkten gestellt.

Der erste Teil widmet sich der Zeit vor den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen, im zweiten Teil wird die soziale Unterstützung in den Wochen nach den Missbrauchs-/Gewalterfahrungen erfragt, und im dritten Teil des Fragebogens die WSU in der Gegenwart. Beispielsweise wird das Item „Es gibt/gab Menschen, denen ich vertrauen kann/konnte“ drei Mal zu den genannten Zeitpunkten gestellt.

Anschließend wird die Einstellung zur sozialen Unterstützung eruiert, beispielsweise mit der Frage: „Ich sehe nicht ein, warum ich anderen Menschen helfen soll“.

Die vier genannten Teilbereiche werden mit Hilfe einer fünfstufigen Likertskala erfasst.

Der letzte Teil des Fragebogens dient dem Informationsgewinn darüber, wer in den Wochen nach den Missbrauchs-/Gewalterlebnissen Beistand leistete. Personen im familiären Kreis sowie Personen institutioneller Einrichtungen können hierbei angegeben werden.

#### 8.4.9 Fragebogen zu „Disclosure“ (Moy, 2012)

Der Fragebogen zur Disclosure (das Konstrukt wurde bereits weiter oben erläutert) gliedert sich in sechs Teile:

- Die Verzögerung der ersten Disclosure ist in Tagen, Monaten und Jahren zu beantworten.
- Aus einer Liste von 14 Möglichkeiten und einer offenen Antwortmöglichkeit kann gewählt werden, welcher informellen oder formellen Vertrauensperson sich der TN als erstes anvertraute.
- Fragen zur Erfassung der wahrgenommenen unmittelbaren sozialen Reaktion der Vertrauensperson orientieren sich am sogenannten Social Reactions Questionnaire (SRQ, Ullman, 2000). Es werden positive soziale Reaktionen mit drei und negative soziale Reaktionen mit fünf Items erfasst. Ein Beispiel für positive soziale Reaktionen lautet: „Sie [die Person] hat mir durch Zuhören und Trösten geholfen“.
- Gründe für Reden und Schweigen wurden anhand einer Literaturrecherche zusammengetragen und umfassen die Themenbereiche intraindividuelle, interindividuelle und gesundheitsbezogene Gründe für Reden, sowie Ängste und täterbezogene Gründe für Schweigen.
- Der Fragebogen schließt mit zwei Fragen zur Wirkung der Medien.

Die Items für soziale Reaktionen, Gründe für Reden und Schweigen sowie Medien sind auf einer fünf-kategoriellen Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft sehr zu“ zu beantworten und schließen mit der Zusatzkategorie „andere Gründe“, die ein offenes Antwortformat bietet.

#### 8.4.10 SKID I & II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV

SKID I ist ein strukturiertes Leitfadeninterview, das in der klinischen Praxis für die Erfassung und Diagnostik psychischer Störungen eingesetzt wird. Dabei können folgende DSM-IV<sup>9</sup>-Diagnosen getroffen werden: Affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

SKID II ist ein strukturiertes Leitfadeninterview, das der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen dient und ebenfalls im klinischen Setting gebräuchlich ist. Zunächst wird der TN gebeten einen Screening-Fragebogen selbst auszufüllen. Wenn in diesem Screening bestimmte Cut-off Werte überschritten werden, wird im klinischen Interview auf die entsprechenden Fragen näher eingegangen. SKID-II differenziert zwischen folgenden Persönlichkeitsstörungen: Selbstunsichere, dependente, zwanghafte, negativistische, depressive, paranoide, schizotypische, schizoide, histrionische, narzistische, borderline und antisoziale Persönlichkeitsstörung.

#### 8.4.11 Tiefeninterviews

Bei den Tiefeninterviews handelt es sich um sogenannte Leitfadeninterviews, die nach Bortz und Döring (2006) die gebräuchlichste Form qualitativer Befragungstechniken darstellen. Die Themen sind dabei bereits vorgegeben und werden in sogenannte Haupt- und Detailfragen untergliedert, wobei genug Raum für neue Fragestellungen gelassen wird. In der Auswertung der Interviews ergeben sich durch das offene Fragenformat oft Möglichkeiten, neue Themen herauszufiltern (Bortz & Döring, 2006).

Im Zuge der Tiefeninterviews kam es vor allem zu einer Auseinandersetzung mit klinisch-psychologischen Fragestellungen zu den subjektiv erlebten Auswirkungen der Gewalt: Wie haben die Erlebnisse in den Landesjugendheimen - aus Sicht der Betroffenen - die weitere persönliche Entwicklung bzw. den weiteren Lebensweg beeinflusst? Gab es Brüche im Lebenslauf? Wie haben die Betroffenen die Gewalt persönlich erlebt? Wie werden die Täter aus heutiger Sicht wahrgenommen? Welche Auswirkungen hatte die mediale Aufmerksamkeit der Thematik?

---

<sup>9</sup> DSM-IV: Diagnostisches Statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), das derzeit in der vierten Fassung (IV) vorliegt.

Darüber hinaus lag ein weiterer Fokus der Tiefeninterviews auf der Aufarbeitung der Gewalt durch die NÖ Opferschutzeinrichtung bzw. der Kommission Opferschutz: Wie kam es zu dem Entschluss sich an die Einrichtung zu wenden? Wie wurde die Kommission wahrgenommen, was war gut, was könnte man verbessern? Ziel letzterer Fragestellungen ist es vor dem Hintergrund der persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen Betroffener allgemeine Richtlinien für die Etablierung ähnlicher kommissioneller Einrichtungen zu entwickeln.

## 8.5 Teilnehmer

### 8.5.1 Soziodemografische Daten

#### 8.5.1.1 *Geschlecht*

Die Aufteilung nach Geschlecht ergibt, dass insgesamt 50 Männer (86,2%) und nur 8 Frauen (13,8%) an der Studie teilgenommen haben. Im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung zeigt sich damit eine deutliche Abweichung (s. Tabelle 3 Vergleich Stichprobe und Allgemeinbevölkerung).

#### 8.5.1.2 *Alter bei Erhebung*

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe liegt bei 54,29 Jahren (SD=10,55). Die männlichen Studienteilnehmer sind zum Zeitpunkt der Erhebung durchschnittlich 54,28 Jahre (SD=10,93) alt, die weiblichen Studienteilnehmerinnen 54,38 Jahre (SD=8,30). Hinsichtlich des Alters gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen ( $p=0,981$ ). Aus der Fragebogenuntersuchung (N=46) ging hervor, dass insgesamt 16 Teilnehmer (34,86%) zum Zeitpunkt der Erhebung bereits im Ruhestand waren, 7 davon (43,8%) gaben an, die reguläre Alterspension angetreten zu haben, die restlichen 9 (56,2%) hingegen bezogen Frühpension.

#### 8.5.1.3 *Familienstand*

Die Mehrheit (67,3%) der Teilnehmer ist verheiratet (39,7%) bzw. in Partnerschaft lebend (27,6%). Verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend sind mehr Männer (70,0%) als Frauen (50,0%). Ledig sind 17,2% der Stichprobe, das sind insgesamt 10 Personen, allesamt männlich. Die Quote der verwitweten (2,0%) und der geschiedenen Männer (8,0%) liegt jeweils im einstelligen Prozentbereich, während prozentuell gesehen die Quote für verwitwet (12,5%) bzw. für geschieden (37,5%) zusammen die Hälfte der Frauenstichprobe ausmacht (siehe Tabelle 1 Familienstand). Im soziodemographischen Vergleich mit der österreichischen Bevölkerung zeigen sich für die Gesamtstichprobe ähnliche Verteilungen bezüglich der familiären Verhältnisse (s. Tabelle 3 Vergleich Stichprobe und Allgemeinbevölkerung).

**Tabelle 1** Familienstand

N=58	gesamt	männlich	weiblich	p
ledig	10 (17,2%)	10 (20,0%)	0 (0,0%)	0,049
Partnerschaft	16 (27,6%)	15 (30,0%)	1 (12,5%)	
verheiratet	23 (39,7%)	20 (40,0%)	3 (37,5%)	
verwitwet	2 (3,4%)	1 (2,0%)	1 (12,5%)	
geschieden	7 (12,1%)	4 (8,0%)	3 (37,5%)	

#### 8.5.1.4 Höchste abgeschlossene Ausbildung

Bezüglich des Ausbildungsstatus der Teilnehmer zeigt sich geschlechtsspezifisch kein signifikanter Unterschied. Der überwiegende Großteil hat eine Lehre abgeschlossen bzw. eine Berufsbildende Mittlere Schule absolviert (73,7%), knapp ein Fünftel (19,3%) Pflichtschulabschluss. Insgesamt 4 Personen (7,0%) haben keinen Schulabschluss, alle davon männlich. Auffällig ist, dass kein einziger Teilnehmer dieser Studie einen Matura- bzw. Hochschulabschluss aufweist (siehe Tabelle 2 Ausbildungsstatus).

**Tabelle 2** Ausbildungsstatus

N=57	gesamt	männlich	weiblich	p
keine	4 (7,0%)	4 (8,2%)	0 (0,0%)	0,666
Pflichtschule	11 (19,3%)	9 (18,4%)	2 (25,0%)	
Lehre, BMS	42 (73,7%)	36 (73,5%)	6 (75,0%)	
Matura	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Hochschule	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Im soziodemographischen Vergleich mit der altersgemachten österreichischen Bevölkerung zeigen sich bemerkenswerte Unterschiede. Die untersuchte Stichprobe zeigt unterdurchschnittliche Quoten beim Matura- und Hochschulabschluss, während die Quote für Lehrabschluss/Abschluss einer Berufsbildenden Mittleren Schule stark überrepräsentiert ist. Die Vergleichsdaten legen nahe, dass die untersuchte Population einen geringeren Bildungsstand als die Gesamtbevölkerung aufweist (siehe Tabelle 3 Vergleich Stichprobe und Allgemeinbevölkerung).

**Tabelle 3** Vergleich Stichprobe und Allgemeinbevölkerung

Variable	N	%	Allgemeinbevölkerung (%) <sup>a</sup>
Geschlecht	58		
m	50	86,2	49,38
w	8	13,8	50,62
Bildung	57		

keine, Pflicht	15	26,3	23,4
Lehre, BMS	42	73,7	54,6
Matura (AHS, BHS)	0	0,0	10,2
Hochschulabschluss	0	0,0	11,7
Familienstand	58		
Ledig	10	17,2	13,9
Verheiratet	39	67,3	68,4
(+Partnerschaft)			
verwitwet	2	3,4	4,0
geschieden	7	12,1	13,4

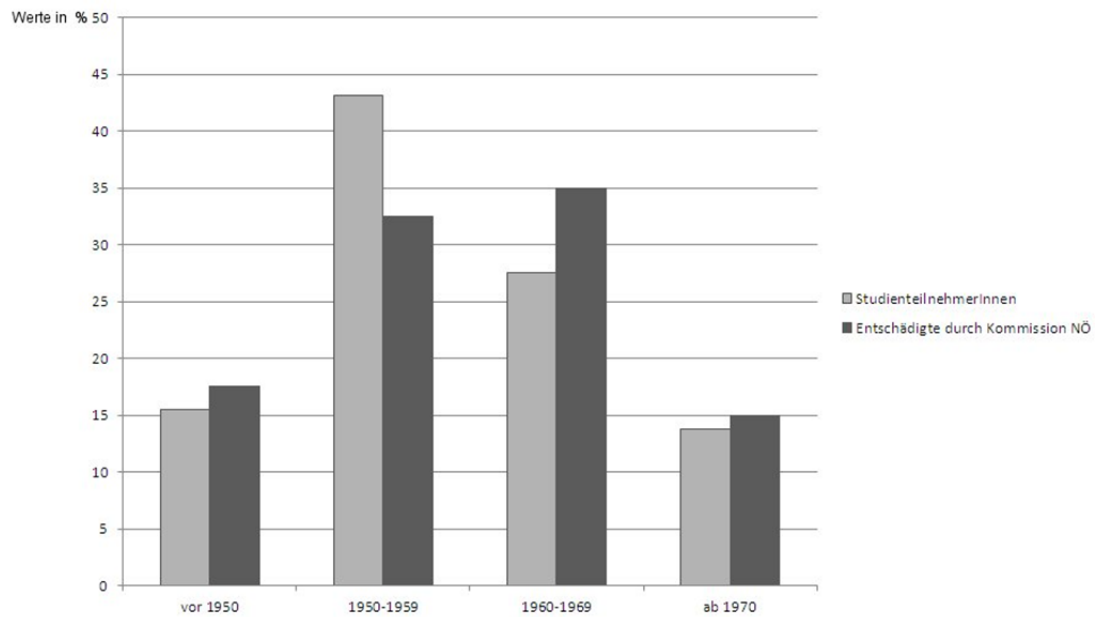
---

*Anmerkung.* <sup>a</sup> Anteil in der österreichischen Allgemeinbevölkerung bei vergleichbarer Altersgruppe (Statistik Austria, 2012a, 2012b, 2012c).

Von einer geschlechtsspezifischen Auswertung der Fragebogendaten musste aufgrund der Ungleichbesetzung der Geschlechter bzw. der geringen Quote an Frauen (8 von 46 Studienteilnehmern) Abstand genommen werden.

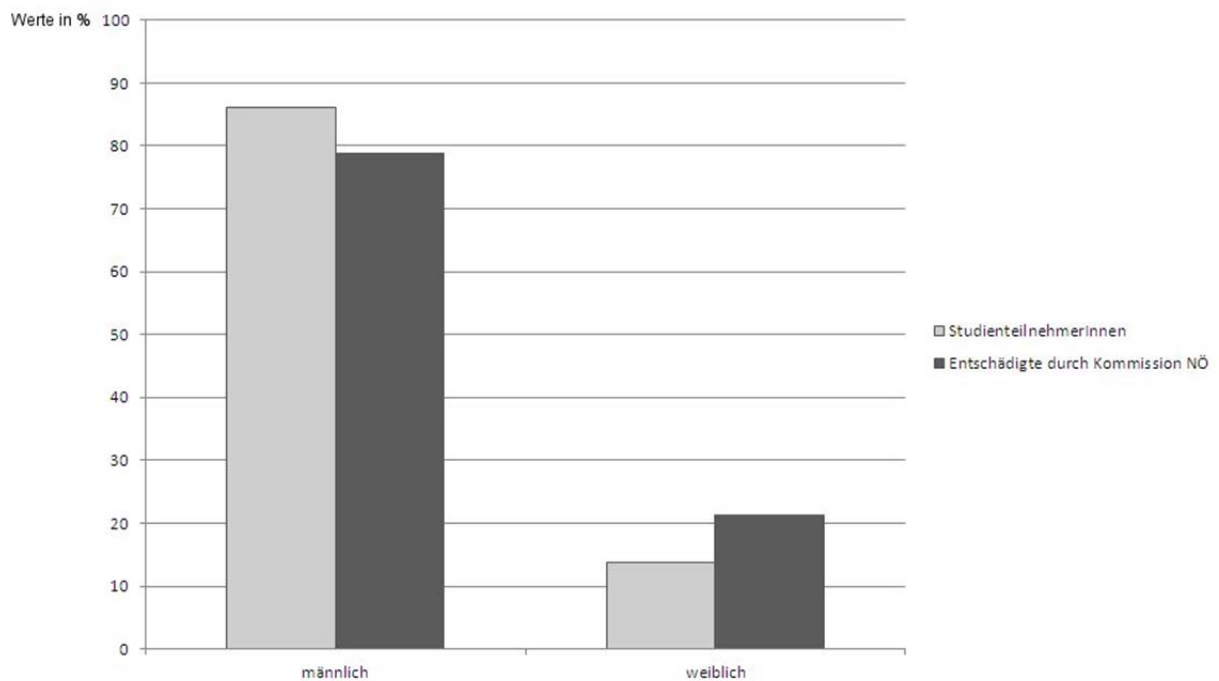
#### **8.5.1.5 Repräsentativität der Studienteilnehmer**

Die Teilnehmer der Studie sind repräsentativ für die Opfer, die sich an die Opferschutzkommission der Landes NÖ gewendet haben. Statistisch zeigen sich keine Unterschiede zur Gruppe der Studienteilnehmer, weder in Bezug auf das Alter (s. Abbildung 2 Repräsentativität der Studienteilnehmer noch in Bezug auf das Geschlecht (s. Abbildung 3 Repräsentativität der Studienteilnehmer: Geschlecht



Alterskohorten:  $Chi^2=2,204$ ,  $df=3$ ,  $p=0,531$ .

**Abbildung 2** Repräsentativität der Studienteilnehmer: Alter



Statistische Kennwerte dazu: Geschlecht:  $Chi^2=1,522$ ,  $df=1$ ,  $p=0,217$ ;

**Abbildung 3** Repräsentativität der Studienteilnehmer: Geschlecht



## 9 Ergebnisse

### 9.1 Risiko-, Schutz- und familiäre Faktoren

Tabelle 4 Risiko- / Schutz- / Familiäre Faktoren zeigt die Auflistung der Risiko- und Schutzfaktoren der Kinder, die den Akten der NÖ-Jugendwohlfahrt bzw. den Clearingberichten der Betroffenen entnommen wurden. Die Risiko- und Schutzfaktoren beziehen sich auf die Herkunftsfamilie, die familiären Faktoren zeigen den Familienstatus der Kinder. 50% der Kinder wurden durch die Abnahme von Ihren Geschwistern getrennt. 48% wurden in der Herkunftsfamilie vernachlässigt bzw. litten unter schwierigen familiären Verhältnissen wie etwa Armut oder unstem Lebenswandel der Eltern bzw. eines Elternteiles. Rund 40% litten unten körperlicher Gewalt, bevor sie abgenommen wurden, 25% entstammen armen Familien und ein weiteres Viertel hatte zumindest einen Elternteil, der Substanzmissbrauch (vorwiegend Alkohol) betrieb.

Die wenigsten Kinder verfügten über positive schützende Faktoren in ihren Herkunftsfamilien. Fünf von 56 Kindern machten immerhin positive Erfahrungen in ihren Pflegefamilien.

Ein Drittel der Kinder entstammt einer Beziehung, bei der die Eltern nicht verheiratet waren und lebte mit einem Elternteil und ein weiteres Drittel war ein sogenanntes Scheidungs- bzw. Stiefkind. Jedes fünfte Kind war im Laufe seiner Kindheit bei einer Pflegefamilie, jedes vierte Kind war Halbweise bzw. Waise oder wurde von seinen Eltern verlassen. Alle Kinder waren zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Kindheit in Heimen der NÖ-Jugendwohlfahrt untergebracht.

Tabelle 4 Risiko- / Schutz- / Familiäre Faktoren

Faktor	N = 58	%
Risikofaktor: körperliche Gewalt in der Familie	23	39,7
Risikofaktor: Armut in der Herkunftsfamilie	15	25,9
Risikofaktor: Vernachlässigung/schwierige Verhältnisse in der Familie	28	48,3
Risikofaktor: Trennung von Geschwistern	29	50,0
Risikofaktor: negative Erfahrungen in einer Pflegefamilie	4	6,9
Risikofaktor: emotionale Distanz zur Herkunftsfamilie	3	5,2

Risikofaktor: Ein Elternteil war schwer krank	2	3,4
Risikofaktor: Substanzabusus in der Herkunftsfamilie	15	25,9
Risikofaktor: Sonstiges	3	5,2
Schutzfaktor: intaktes Familienleben	1	1,7
Schutzfaktor: Eltern treten für ihre Kinder ein	3	5,2
Schutzfaktor: positive Erfahrungen in einer Pflegefamilie	5	8,6
Schutzfaktor: Sonstiges	0	0,0
Familiäre Faktoren: lediges Kind	19	32,8
Familiäre Faktoren: Scheidungskind/Stiefkind	18	31,0
Familiäre Faktoren: Pflegefamilie	12	20,7
Familiäre Faktoren: Heimkind	57	98,3
Familiäre Faktoren: Halbweise/ Waise, Eltern haben Kind verlassen	14	24,1
Familiäre Faktoren: katholischer Hintergrund	0	0,0
Familiäre Faktoren: Sonstiges	2	3,4

## 9.2 Erlebte Traumatisierung der Betroffenen

Die erlebte Gewalt wurde von den Betroffenen während ihrer Clearinggespräche den Psychologen berichtet. Diese Psychologen verfassten Clearingberichte, die Grundlage für die Kommission des Landes NÖ für die Entscheidung zur Höhe der finanziellen Kompensation sowie in Bezug auf die gewährten Stundenanzahl für Psychotherapie darstellten. Für die vorliegenden Studie wurden die Clearingberichte nach der Gewaltdefinition der WHO und analog zur Studie „Betroffene von Gewalt und Missbrauch im Rahmen der Katholischen Kirche (Lueger-Schuster, et al., 2012) ausgewertet und in Cluster in absteigender Reihenfolge aufgelistet. Die Tabellen Tabelle 5 Tabelle 6 Tabelle 7 zeigen ein Bild vielfältiger Gewaltanwendungen, die die Betroffenen benannt haben.

### 9.2.1 Körperliche Gewalt

Nahezu jedes Kind hat Schläge bzw. Ohrfeigen erhalten, fast zwei Drittel Prügel/Schläge mit Gegenständen wie z. B. mit Stöcken oder Haushaltsgegenständen. Weitere Formen körperlicher Gewaltanwendungen wie z. B. an den Haaren ziehen, an den Ohren ziehen erlebten ebenfalls fast 2/3 der Betroffenen und mehr als 50% erlitten körperliche Gewalt, die nicht eindeutig einem Cluster zugeordnet werden konnte bzw. erlaubte die

allgemeine Formulierung in den Clearingberichte eine keine eindeutige Zuordnung. Annähernd 50% der Betroffenen berichten über Gewaltmaßnahmen mit den Mitteln Essen oder Trinken, z. B. Essen von Erbrochenen, Aufessen bis zum Erbrechen oder Trinkverbote. Die vielfältigen Gewalterfahrungen führten bei nahezu 50% der Betroffenen zu Verletzungen. Ein Drittel wurde wegen Einnässen/Einkoten/Menstruation körperlich bestraft. Je ein Viertel der Betroffenen erlitt Schlafentzug bzw. musste körperliche Positionen für längere Zeit einnehmen (z. B. stramm stehen, knien). Ein weiteres Viertel der Betroffenen hatte Turnübungen als Disziplinierungsmaßnahme angeführt, 15% erlebten Gewalt mit dem Mittel Wasser (z. B. Abspritzen mit kaltem Wasser), 12% litten unter einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit, etwa Zimmerstunden zur „Beruhigung“. Immerhin noch fast 7% berichten über Einschränkungen im Toilettengang (s. Tabelle 5).

Tabelle 5 Körperliche Gewalt

N	%	Cluster- nummer	Cluster
54	93,1	3	Schläge, Ohrfeigen
37	63,8	2	Prügel/Schläge mit Gegenständen
37	63,8	4	körperliche Gewalt (Vorgängercluster ausgenommen) wie: Am Kragen packen, an den Haaren ziehen, an Ohren ziehen
34	58,6	13	Sonstige (zu keinem anderen Cluster zuordenbar; nicht eindeutig bzw. zu allgemein formuliert)
26	44,8	5	Nahrung (Essen/Trinken)
26	44,8	1	Verletzungsfolgen im Zuge körperlicher Gewalt
19	32,8	12	Bestrafen von Einnässen/Einkoten/Menstruation
15	25,9	11	Schlafentzug
13	22,4	8	Ausharren (Stehen, Knien)
13	22,4	9	Turnübungen als Disziplinierungsmaßnahme
9	15,5	7	Wasser
7	12,1	10	Bewegungsfreiheit einschränken
4	6,9	6	Toilette

### 9.2.2 Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt wurde ebenfalls von zahlreichen Betroffenen berichtet und in den Clearingberichten angeführt. Lediglich Angaben aus 9 Clearingberichten konnten keinem Cluster eindeutig zugeordnet werden. 22,4% der Betroffenen berichten über

sexuelle Übergriffe, 17,5% von Berührungen bzw. Manipulationen im Intimbereich. Orale Handlungen werden von 10% angeführt, Schmerzen durch sadistische sexuelle Handlungen erlitten 12%. 10% berichten eine Vergewaltigung, 1 Bericht enthält die Nennung einer Vergewaltigung durch mehrere Täter. 2 Berichte dokumentieren eine genötigte Masturbation des Täters. Insgesamt sind die sexuellen Handlungen allesamt unter schwerwiegende sexuelle Handlungen zu summieren (s. Tabelle 6).

Tabelle 6 Sexuelle Gewalt

N	%	Cluster- nummer	Cluster
13	22,4	8	Sexuell „übergriffig“: alle Taten ohne körperliche Berührung
10	17,2	5	Berührungen im Intimbereich, Manipulation, Reiben, Streicheln, Betasten
9	15,5	10	Sonstige (Taten ungenau, nicht eindeutig zuordenbar)
6	10,3	3	orale sexuelle Handlungen
7	12,1	9	Brutalität, Schmerzen zufügen, sadistische Handlungen (Mit sexuellem Inhalt bzw. im Genitalbereich)
6	10,3	2	Penetration, Vergewaltigung, Vergewaltigungsversuch
2	3,4	4	Masturbation, Onanie, Ejakulation, manuelle Befriedigung, Orgasmus, Befriedigung.
2	3,4	6	Berührungen (ausgenommen Intimbereich)
1	1,7	1	mehrere Täter bei Vergewaltigung, Penetration
1	1,7	7	Küssen

### 9.2.3 Psychische Gewalt

Psychische Gewalt zeigt eine erstaunliche Bandbreite an Methoden. Nahezu 60% der Betroffenen berichten über Demütigungen, Beschimpfungen, Schikanen, Strafen u.ä.m. Fast 50% nannten Drohungen, Einschüchterungen, Verharmlosung, Vertuschung. Etwas mehr als 40% berichten von unspezifischer psychischer Gewalt (sonstiges), ein Drittel nannte Isolation und Abschirmung von der Außenwelt; ebenso Zeuge von Gewalthandlungen gewesen sein. 25% berichten über Wegsperrungen, in jedem fünften Bericht wird von Angst- bzw. Hilflosigkeitsgefühlen geschrieben. Jeweils 12% konnten sich der Kontrolle nicht entziehen und fühlten sich ausgeliefert bzw. erfuhren ein Ausnützen ihres Vertrauens zu den Bezugspersonen und 4 Personen nannten psychische Gewalterfahrungen im Kontext sexueller Gewalt (s. Tabelle 7).

Tabelle 7 Psychische Gewalt

N	%	Cluster- nummer	Cluster
34	58,6	6	Demütigungen, Beschimpfungen, Schikanen, Strafen, ungleiche/ungerechte Behandlung, Mobbing
28	48,3	7	Drohungen, Einschüchterung, Beschwichtigung, Verharmlosung, Vertuschung;
25	43,1	10	sonstiges
20	34,5	1	Isolation, Abschirmung von Außenwelt (durch Institution); (ausgenommen „Einsperren“=> Cluster 8)
20	34,5	5	ZeugIn, MitwisserIn sein, beobachten
14	24,1	8	Einsperren
11	19,0	2	Angst-, Hilflosigkeitsgefühle (und ähnliche Gefühle)
7	12,1	9	Verfolgen, Kontrolle (Betroffener kann sich nicht entziehen)
7	12,1	3	Ausnützen des Abhängigkeits-/Hierarchieverhältnisses; Vertrauen ausnützen
4	6,9	4	psychische Gewalt in Zusammenhang mit sexueller Gewalt (bzw. mit sexuellem Inhalt)
0	0,0	11	Sonstiges

#### 9.2.4 Kombination von Gewaltformen

Tabelle 8 zeigt die Kombinationen von erfahrenen Gewaltformen und analysiert, ob die Betroffenen von irgendeiner Form von Gewalt zumindest einmal betroffen waren. Alle Personen berichteten zumindest von einer Form körperlicher Gewalt, 33 Personen von sexueller Gewalt und 54 Personen nannten zumindest eine Form psychischer Gewalt. Zwischen Männern und Frauen fanden sich keine signifikanten Unterschiede. In Bezug auf die Anzahl der erlittenen Gewaltformen mit zumindest einer Gewalterfahrung je Gewaltform zeigt sich, dass lediglich 4 Personen nur eine Form von Gewalt berichteten. 21 Personen nannten zwei Formen von erlittener Gewalt und 33 Personen (56,1%) berichten über Gewalterfahrungen aus allen drei Gewaltformen. Die überwiegende Mehrheit hat also multiple Gewaltformen erlitten und diese auch im Clearingverfahren benannt. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 8 Kombinationen der Gewaltformen

Gewaltart	N (%)	N Frauen (%)	N Männer (%)	p <sup>a</sup>
Irgendein Cluster körperlicher Gewalt	58 (100)	8 (13,8)	50 (86,2)	>0,95
Irgendein Cluster sexueller Gewalt	33 (56,9)	4 (6,9)	29 (50,0)	
Irgendein Cluster psychischer Gewalt	54 (93,1)	8 (13,8)	46 (79,3)	
1 Form von Gewalt	4 (7,0)	0 (0,0)	4 (7,0)	0,55
2 Formen von Gewalt	21 (36,8)	4 (7,0)	17 (29,8)	
3 Formen von Gewalt	33 (56,1)	4 (6,9)	29 (50,0)	

Anmerkungen. <sup>a</sup> p-Wert bezogen auf  $\chi^2$ -Test.

Tabelle 9 zeigt die Verteilungen über die möglichen Kombinationen der Gewaltformen: 2 Personen berichten über Erfahrungen mit körperlicher Gewalt, weitere zwei Personen über die Kombination körperlicher und sexueller Gewalt. 21 Betroffenen führten im Clearingprozess Gewalterfahrungen aus den Formen körperlich und psychisch an. 33 Personen nannten Gewalterfahrungen aus allen drei Gewaltformen. Keine Nennungen fanden sich in den Clearingberichten zu den anderen Kombinationen.

Tabelle 9 Anzahl möglicher Kombinationen je Gewaltform

Gewaltart			Häufigkeiten (%)
			[N=Betroffene]
körperlich	sexuell	psychisch	
Ja	Nein	Nein	2 (3,4)
Nein	Ja	Nein	0 (0,0)
Nein	Nein	Ja	0 (0,0)
Ja	Ja	Nein	2 (3,4)
Ja	Nein	Ja	21 (36,2)
Nein	Ja	Ja	0 (0,0)
Ja	Ja	Ja	33 (56,9)
			58 (100,0)

Tabelle 10 zeigt, wie viele Gewaltformen im Durchschnitt (M) von einer Person im Clearingbericht genannt wurden. Die Standardabweichung (SD) verweist auf das Ausmaß der Streuung rund um den Mittelwert. Im Durchschnitt nannte eine Person 12,9 Gewalterfahrungen aus allen Formen der Gewalt. 1,1 Taten wurden für den sexuellen

Formenkreis genannt, 3,8 Erfahrungen für psychische Gewalt und 8,1 körperliche Gewalterfahrungen pro Person wurden berichtet. Vorwiegend nannten die Betroffenen also körperliche Gewalterfahrungen, gefolgt von Formen psychischer Gewalt.

Tabelle 10 Anzahl Taten pro betroffener Person

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alle	12,9	6,0
Sexuell	1,1	1,3
Psychisch	3,8	2,4
Körperlich	8,1	3,6

### 9.2.5 Altersunterschiede bei Unterbringung, erster Gewalterfahrung und Aufenthaltsdauer

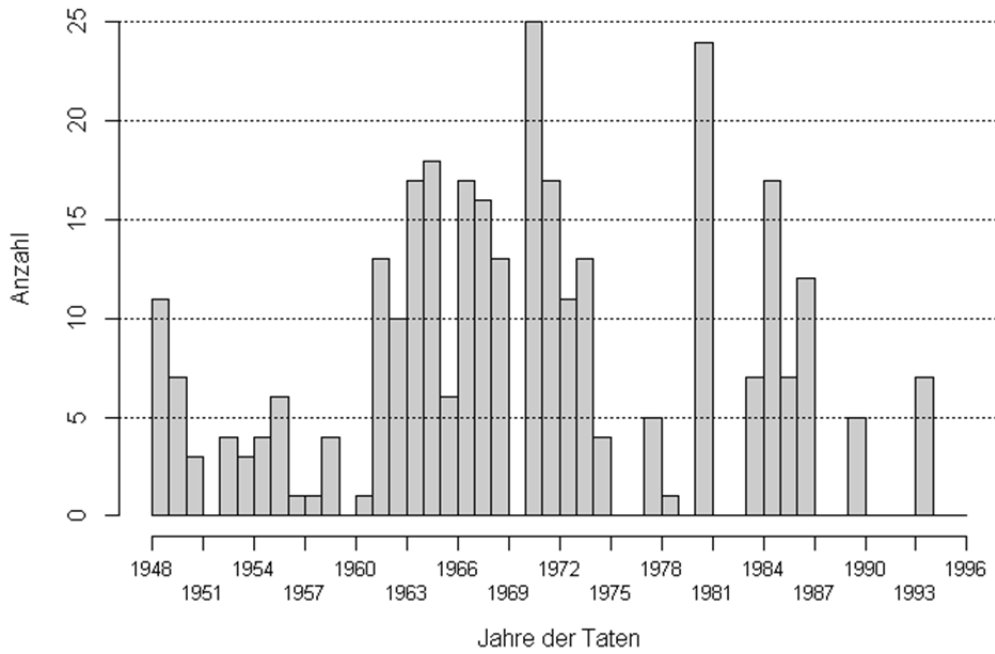
Tabelle 11 zeigt das durchschnittliche Alter bei der Erstunterbringung in Institutionen der NÖ-Jugendwohlfahrt bzw. das durchschnittliche Alter der untergebrachten Kinder bei den ersten Gewalterfahrungen. Diese Angaben wurden aus den Clearingberichten gezogen, sie könnten Erinnerungsverzerrungen mit unbekannter Schwankung unterliegen. Das erinnerte Alter bei den ersten Taten unterscheidet sich relativ wenig vom Alter zum Zeitpunkt der ersten Unterbringung. Die Aufenthaltsdauer beträgt im Durchschnitt 5,6 Jahre, wobei die Standardabweichung relativ hoch ist, d.h. die Unterschiede in den Aufenthaltsdauern hoch sind.

Tabelle 11 Alter und Dauer

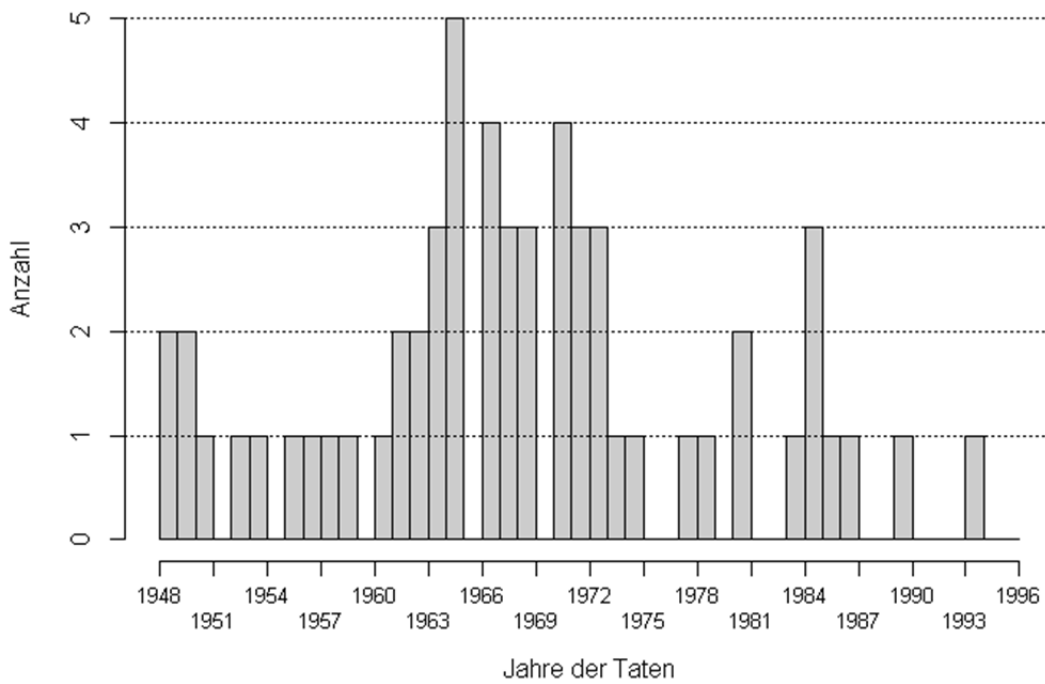
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter bei 1.Unterbringung	9,8	4,5
Alter bei 1. Tat	10,6	3,5
Aufenthaltsdauer gesamt	5,6	4,0

### 9.2.6 Zeitpunkte der berichteten Taten

Die Verteilung über die Jahre, in denen die Gewalterfahrungen und Missbrauchssituationen in den Clearingdokumenten niedergeschrieben wurden, weisen eindeutige Spitzen zwischen den 60er und 70er Jahre sowie den 80er des 20. Jahrhunderts auf. Abbildung 4 zeigt die Verteilung aller Daten auf die unterschiedlichen Jahre, also die Zusammenfassung mehrerer berichteter Taten/Person. Abbildung 5 zeigt die Jahresverteilung pro Person mit ihrer jeweiligen ersten Tat.



**Abbildung 4** Jahresverteilung aller Taten



**Abbildung 5** Jahresverteilung der ersten Taten



## 9.2.7 Von Betroffenen genannte Täter nach Funktionen

Die untenstehende Tabelle 12 differenziert einerseits zwischen genannten Einzeltätern und mehreren Tätern, immer aus der Sicht der Betroffenen. Eine direkte Zuordnung zwischen Betroffenen, einzelnen Tätern und mehreren Tätern ist nicht möglich. Nach rund 40 Jahren zwischen der Kindheit und dem heutigen Alter kann es auch zu Erinnerungsverzerrungen bzw. unvollständigen Erinnerungen in den Clearingprozessen gekommen sein. Die untenstehenden Zahlen stellen also bestenfalls eine vorsichtige Annäherung an die tatsächliche Anzahl der Täter sowie deren Funktionen dar. Sie sind mit Vorsicht zu interpretieren!

157 Mal nennen Betroffene einzelne Personen als Täter, 148 Mal davon erinnern sie in einer Funktion als Heimpersonal, 101 davon waren Erinnerungen an Männer, 56 an Frauen. 102 Mal erinnern die Betroffenen mehrerer Täter, 75 davon dem Heimpersonal zugehörig, 23 waren Männer, 12 Frauen. 57 Betroffene erinnern sowohl Männer als auch Frauen.

Tabelle 12 Nennung von Tätern durch Betroffene nach Funktion und Geschlecht

	<i>n</i>	%
<b>Einzeltäter</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>
<b>Funktion</b>		
Heimpersonal	148	94,9
Pflegeeltern	3	1,9
Anderes Heimkind	6	3,8
<b>Geschlecht</b>		
Männer	101	64,7
Frauen	56	35,9
<b>Mehrere Täter</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
<b>Funktion</b>		
Heimpersonal	75	73,5
Pflegeeltern	1	<0,1
Anderes Heimkind	20	19,6
unbekannt	6	5,9
<b>Geschlecht</b>		
Männer	23	22,5
Frauen	12	11,8
gemischt	67	65,7

### 9.3 Die Posttraumatische Belastungsstörung und Zusammenhänge zu Befinden und Bewältigung sowie weiteren Faktoren

Mit Hilfe der Angaben des Fragebogens PCL-C wurde für 16 Teilnehmer (34,8%) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Screeningbefund gestellt, für die restlichen 30 Teilnehmer (65,2%) lag diese Diagnose nicht vor. Die Teilgruppe PTBS bestand aus 12 Männern (75%) und vier Frauen (25%), in der Gruppe ohne entsprechende Diagnose betrug das Verhältnis von Männern zu Frauen 26 zu vier (86,7% vs. 13,3%) und war damit statistisch gesehen nicht signifikant ( $Chi^2=0,989$ ,  $df=1$ ,  $p=0,421$ ). Auch bezüglich des Familienstands ( $Chi^2=1,917$ ,  $df=3$ ,  $p=0,590$ ), der Schulbildung ( $Chi^2=1,304$ ,  $df=2$ ,  $p=0,521$ ) und des Alters zum Zeitpunkt der Erhebung ( $t=1,140$ ,  $df=44$ ,  $p=0,261$ ) konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Teilgruppen gefunden werden.

Mit Hilfe des Testverfahrens zur Erhebung der psychischen Beeinträchtigung (Brief Symptom Inventory) zeigte sich, dass die Gruppe mit Diagnose PTBS einen hoch signifikant schlechteren Gesamtwert (Global Symptom Index, GSI) aufwies ( $t=-5,521$ ,  $df=44$ ,  $p<0,001$ ). Bei Betrachtung der einzelnen Subskalen lässt sich erkennen, dass Personen mit Diagnose PTBS in allen abgefragten Teilbereichen signifikant schlechtere Scores und klinisch auffällige Werte ( $T>63$ ) erzielten (s. Abbildung 6).

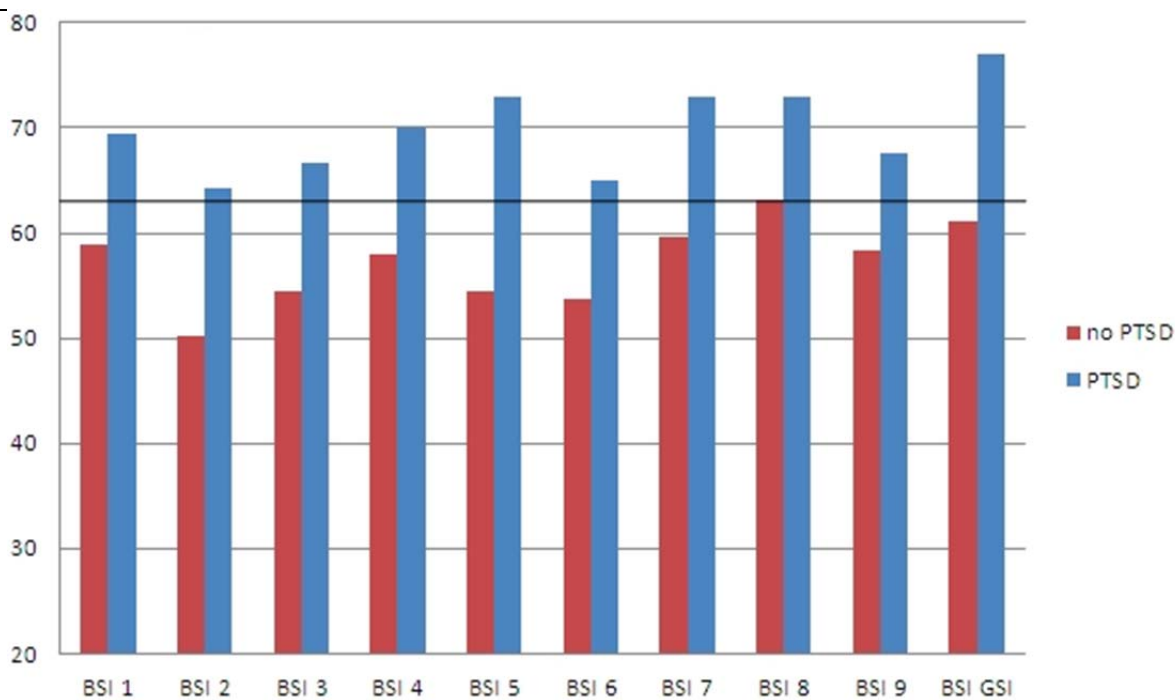
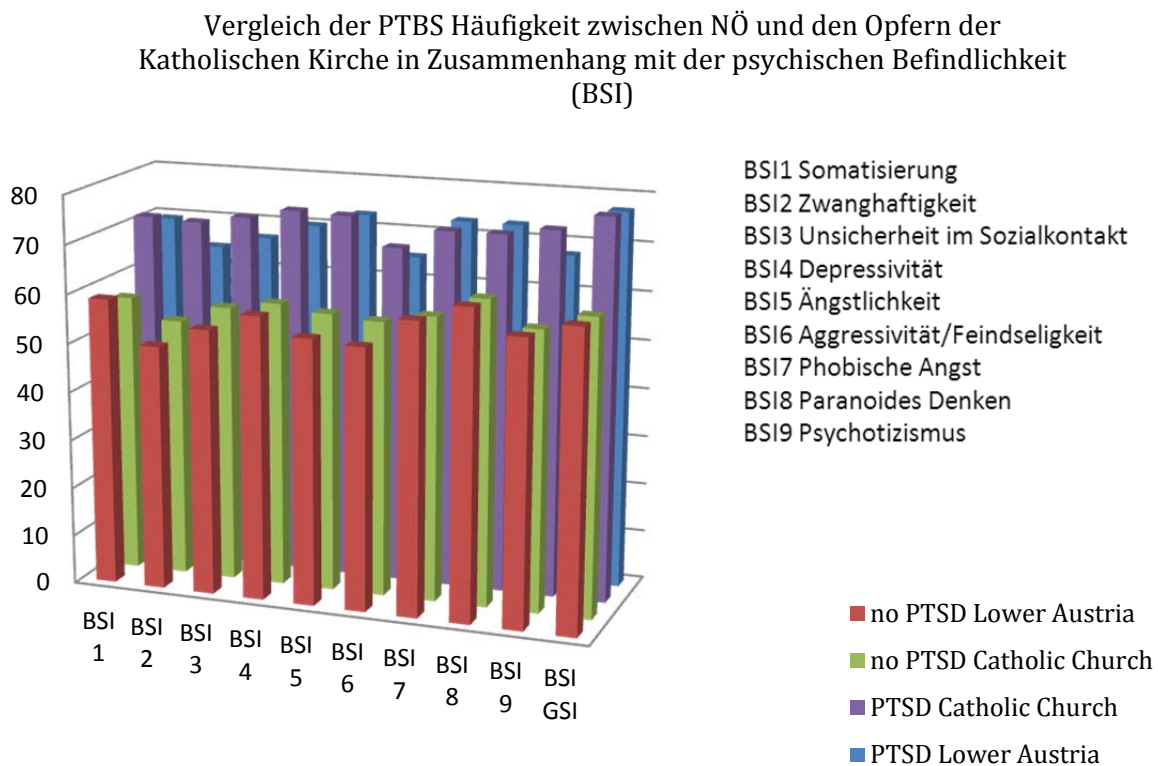


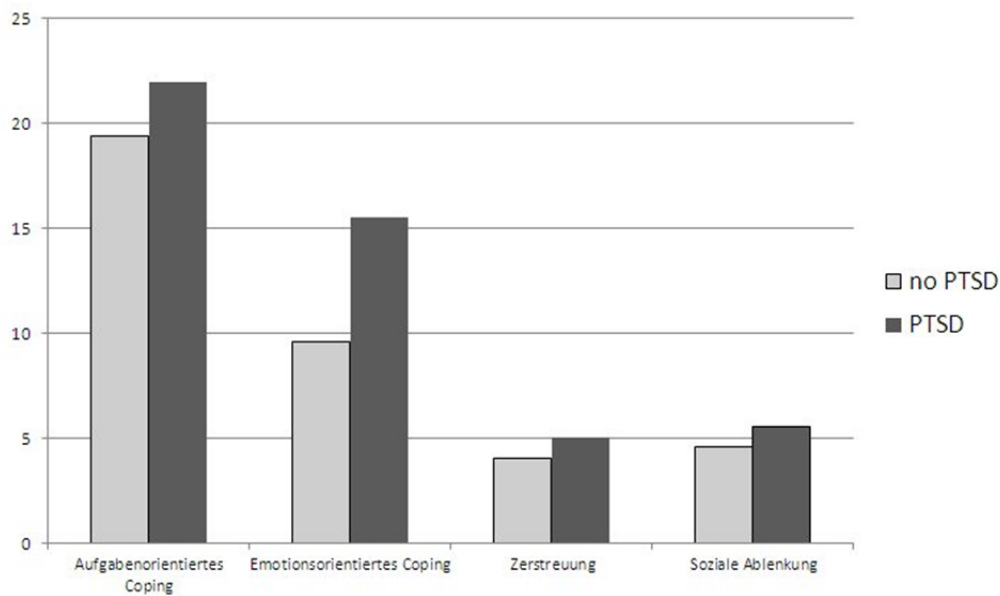
Abbildung 6 BSI Wertevergleich zwischen Betroffenen mit und ohne PTBS

Abbildung 7 zeigt einen Vergleich der genannten Werte mit den Werten der Opfer der Katholischen Kirche (Lueger-Schuster et al., 2012). Es zeigt sich ein ähnliches Muster, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind tendenziell gegeben.



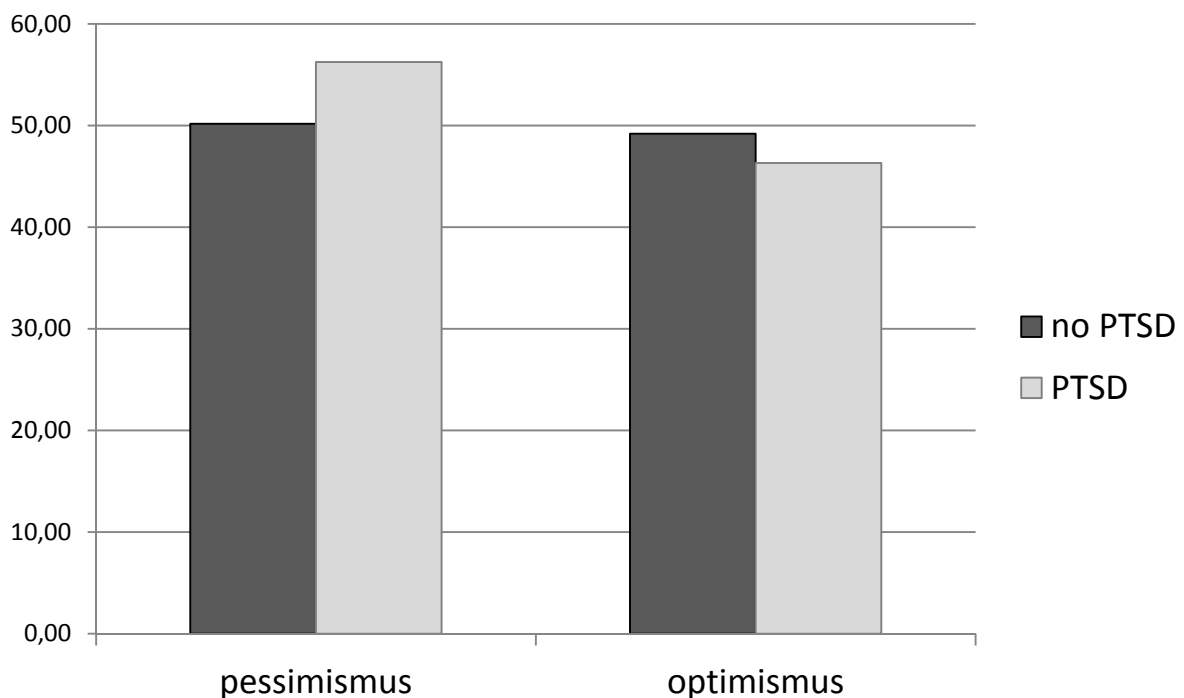
**Abbildung 7** Vergleich der PTBS Häufigkeit zwischen NÖ und den Opfern der Katholischen Kirche

Betrachtet man die Art, wie Personen versuchen, mit Problemen umzugehen und diese zu bewältigen, so kann man erkennen, dass die Teilgruppe mit PTBS eine Strategie anwendet, die nicht sehr effektiv ist und mit starken negativen Emotionen verbunden ist. Emotionsbezogenes Copingverhalten wird signifikant öfter von Personen mit PTBS-Diagnose eingesetzt ( $t=-3,346$ ,  $df=44$ ,  $p=0,002$ ) als von Personen ohne Diagnose, in den anderen erhobenen Copingstrategien (aufgabenorientiert, Zerstreung, soziale Ablenkung) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (s. Abbildung 8).



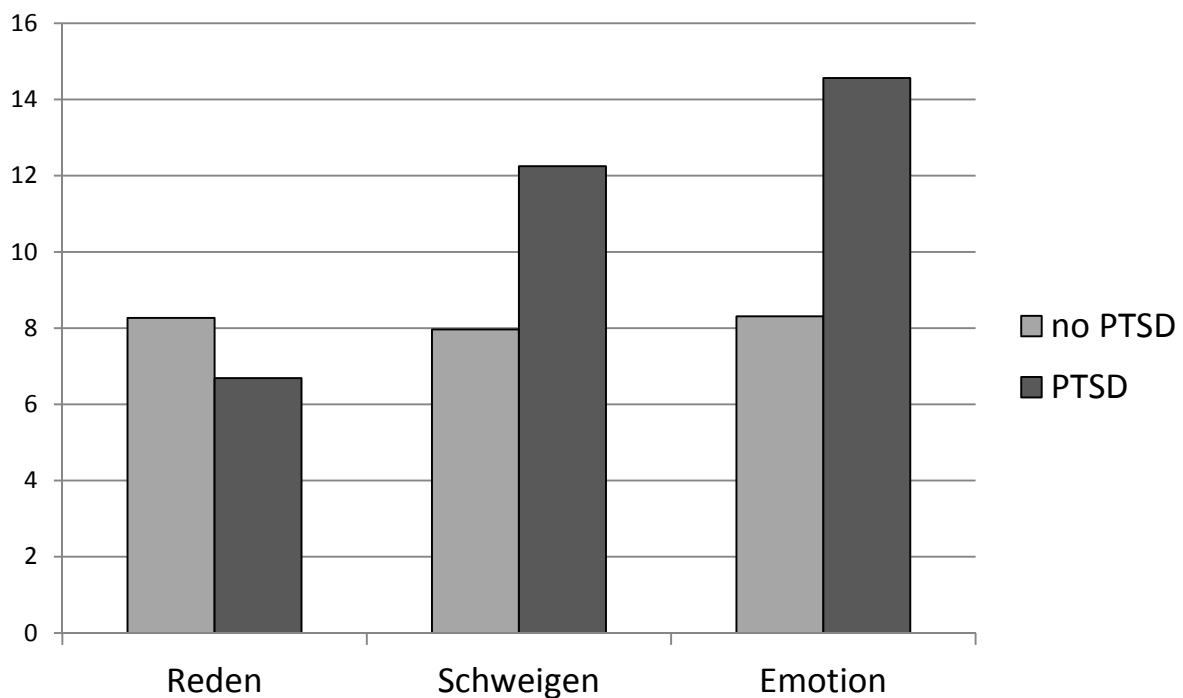
**Abbildung 8** Copingstile bei Personen mit und ohne PTBS

Teilnehmer mit Diagnose PTBS zeigten tendenziell höhere Werte bezüglich Pessimismus ( $t=-1,937$ ,  $df=44$ ,  $p=0,059$ ) und tendenziell niedrigere Werte im Schutzfaktor Resilienz ( $t=1,786$ ,  $df=42,260$ ,  $p=0,081$ ). Sie neigen dazu, nicht gerne über die auslösenden traumatischen Erfahrungen der Vergangenheit zu sprechen, sondern darüber zu schweigen ( $t=-2,665$ ,  $df=44$ ,  $p=0,011$ ). Sollte es aber in Einzelfällen doch dazu kommen, werden in solchen Situationen höchst unangenehme Gefühle ausgelöst, mit denen sie nur schwer klarkommen ( $t=-3,832$ ,  $df=43$ ,  $p<0,001$ ; s. Abbildung 9).



**Abbildung 9** Optimismus und Pessimismus bei Personen mit und ohne PTBS

Die Teilnehmer mit PTBS zeigen verstärkt negative Reaktionen, wenn sie über ihre traumatisierenden Erlebnisse berichten. Sie reagieren auch Jahrzehnte nach den Gewalt- und Missbrauchserfahrungen noch sehr emotional (s. Abbildung 10).



**Abbildung 10** Disclosure bei Personen mit und ohne PTBS

Insgesamt zeigen sich auffällige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der Befragten: Teilnehmer, die aufgrund der Belastungen und Erfahrungen ihrer Kindheit eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt haben (im Umfang etwa ein Drittel aller Befragten), zeigen sich in der Erhebung Jahrzehnte später stark eingeschränkt, wenn sie über die traumatisierenden Erlebnisse sprechen, und extrem emotionalisiert, ihre Bewältigungsmöglichkeiten dabei sind stark eingeschränkt. Sie weisen stark pessimistische Züge auf, sind wenig resilient und in einem umfangreichen Spektrum psychischer Beeinträchtigungen klinisch auffällig.

## 9.4 Suizid

Von Interesse war, ob die Studienteilnehmer bisweilen an Suizid dachten, Suizidabsichten hegten oder Suizidversuche unternahmen. Des weiteren wurde erhoben, ob Studienteilnehmer andere Heimkinder kannten, die suizidale Gedanken, Absichten oder Versuche zeigten bzw. diese nicht überlebten (s. Tabelle 13).

Tabelle 13 Suizid

Frage	Anzahl der Antworten (N)	Ja N (%)	Nein N (5)
-------	--------------------------	----------	------------

In der Zeit, in der Sie die Gewalt, den Missbrauch erlebten, dachten Sie öfters an den Tod oder daran, dass es besser wäre tot zu sein?	46	31 (67,4)	15 (32,6)
Dachten Sie daran, sich etwas anzutun?	46	28 (60,9)	18 (39,1)
Wenn ja:			
Haben Sie es versucht?	27	17 (63)	10 (37)
Während der Heimzeit?	25	10 (40)	15 (60)
Kurz danach?	25	8 (32)	17 (68)
Später?	25	13 (52)	12 (58)
Kannten Sie andere, die über den Tod nachdachten?	46	16 (34,8)	30 (65,2)
Wissen Sie von anderen Betroffenen, die sich das Leben nahmen	46	12 (26,1)	34 (73,9)
Wieviele erinnern Sie	11	Gesamtzahl	

Eine Person erinnert drei Betroffene, zwei Personen erinnern ebenfalls jeweils drei Betroffene, drei Personen erinnern jeweils zwei Betroffene, die restlichen Personen erinnern jeweils einen Betroffenen.

Zwischen Personen mit Diagnose PTBS und ohne Diagnose PTBS zeigen sich in den Fragen zum Suizid keine signifikanten Unterschiede. Dies lässt vermuten, dass die Belastungen durch Gewalt und Missbrauch in der Rückschau schwerwiegend waren und alle Betroffenen über Suizid zumindest nachdenken ließen. Die Schwere der Belastung aktuell steht in keinen Zusammenhang mit den damaligen Suizidgedanken, -absichten oder Versuchen.

## 9.5 Psychische Gesundheit der Betroffenen

### 9.5.1 Prävalenz psychischer Störungen

SKID I ermöglicht folgende DSM-IV-Diagnosen<sup>10</sup> getroffen werden: Affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

SKID-II differenziert zwischen folgenden Persönlichkeitsstörungen: Selbstunsichere, dependente, zwanghafte, negativistische, depressive, paranoide, schizotypische, schizoide, histrionische, narzistische, Borderline und antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Sowohl Diagnosen erstellt mit SKID I und SKID II können in Diagnosen nach ICD-10 der WHO übertragen werden. Da in Österreich nach ICD-10 diagnostiziert wird, werden im Anhang die Diagnosen auch nach ICD-10 beschrieben. Mehrfachdiagnosen sind gegeben, Erst- und Zweitdiagnosen wurden erstellt. Der Transfer in die Kriterien nach ICD-10 zeigt ein differenziertes Bild (siehe Anhang). Die untenstehende Tabelle gibt die Diagnosen im SKID-System nach DSM-IV wider. Auffallend sind hohe Anteile im Bereich der affektiven Störungen, der Störungen durch psychotrope Substanzen sowie Angststörungen, hier insbesondere der hohe Anteil an PTBS-Diagnosen (bezogen auf die Lebenszeit und aktuell, siehe Anhang). Die Anzahl der PTBS Diagnosen ist im Vergleich zum Screening erhöht.

Tabelle 14 Zusammenfassung der psychischen Störungen nach DSM-IV lifetime und aktuell

Diagnose	Anzahl N	Anteil in %	Anmerkungen
Affektive Störungen	26	56,5	
Psychotische Störungen	1	2,2	
Störungen durch psychotrope Substanzen incl Alkohol	25	54,3	Davon Alkohol N=25, sonstige psychotrope Substanzen N=34 (Abhängigkeit von unterschiedlichen Substanzen ist bei zumindest 34 Personen gegeben)
Angststörungen	72	83,3	Davon 34 PTBS <sup>11</sup> (73,9%)

<sup>10</sup> DSM-IV: Diagnostisches Statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), das derzeit in der vierten Fassung (IV) vorliegt.

<sup>11</sup> Die Diagnose einer PTBS umfasst A) die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, das intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen auslöst, B) das Wiedererleben des Ereignisses (Träume, Flashbacks, Erinnerungen), C) Vermeidungsverhalten oder Abnahme der Reagibilität und D) anhaltende Symptome erhöhter Erregung. Die Symptome müssen länger als vier Wochen bestehen und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen hervorrufen (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998).

Somatoforme Störungen	-	-
Essstörungen	1	2,2
Anpassungsstörungen	1	2,2
Persönlichkeitsstörungen	30	65,2

## 9.5.2 Unterschiede und Zusammenhänge mit diversen Faktoren zwischen Personen mit der Diagnose PTBS und ohne PTBS

### 9.5.2.1 Zusammenhänge zwischen Alter, Dauer und Taten bzw. Belastung

Die Monate in der Aufenthaltsdauer konnten in den Auswertungen der Berichte nicht berücksichtigt werden, insofern sind die Zusammenhänge zwischen Aufenthaltsdauer und Anzahl der berichteten Taten, mit Vorsicht zu interpretieren.

Unterschiede im Alter zum Zeitpunkt der ersten Unterbringung sowie im Alter zum Zeitpunkt der ersten Taterinnerungen wurden in den Gruppen mit und ohne PTBS nicht gefunden. Die Aufenthaltsdauer und GSI-Scores und die PCL-C Summe hängen nicht zusammen, außerdem haben Personen mit PTBS keine längere Aufenthaltsdauer als Personen ohne PTBS.

Geringe Zusammenhänge zeigen sich überraschenderweise zwischen der Aufenthaltsdauer und der Anzahl der Taten, denn wenn die Dauer länger ist, wäre eine höhere Anzahl an erlebten Taten zu erwarten (s. Tabelle 15). Das Ergebnis ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass eine Person mit einem 10jährigen Heimaufenthalt und der Erfahrungen des durchgängigen Geschlagenwerdens durch eine Person, in der Auswertung trotzdem „nur“ mit einer körperlichen Gewalterfahrung verrechnet wurde, dies aus studientechnischem Hintergrund. Die Auswertungsmöglichkeiten geben hier Grenzen vor. Der Zusammenhang zwischen Dauer des Aufenthaltes und sexuellen Taten scheint positiv gegeben zu sein, möglicherweise waren die sexuellen Gewalterfahrungen so prägend, dass sie besser erinnert wurden oder nachdrücklicher beschrieben wurden als die üblichen „Watschen“, die von den Betroffenen als „normal“ empfunden wurden und daher weniger genannt wurden. Jedenfalls nimmt die Vielfalt der sexuellen Taten mit der Aufenthaltsdauer zu, während das bei den anderen Gewaltarten nicht der Fall zu sein scheint.

Tabelle 15 Zusammenhang zwischen Dauer und Anzahl der Taten

	r
Dauer*Anzahl alle Taten	0,14
Dauer*Anzahl psychische Taten	-0,02
Dauer*Anzahl körperliche Taten	0.15



## 9.6 Fragen im Kontext der kommissionellen Aufarbeitung

Die Arbeitsweise, Kommunikation und operative Umsetzung der Aufgaben und Ziele einer Opferschutzkommission sind für die Betroffenen von besonderer Bedeutung. Das Angebot, sowie dessen Kommunikation, stellen die Basis für den Aufbau einer professionellen Beziehung dar. Insbesondere für traumatisierte Personen ist eine von gegenseitigem Vertrauen getragene Arbeitsbeziehung von besonderer Bedeutung, da die Traumatisierung mit einem massiven Vertrauensverlust einhergeht.

Jede Kommission, die sich der Aufarbeitung von Ereignissen mit traumatischer Qualität widmet, steht auch für die öffentliche Anerkennung des erlittenen Leids und damit für soziale Anerkennung und Unterstützung.

Für die Kommission des Landes NÖ wurde in den Interviews auch nach der Motivation der Betroffenen sich an die Kommission zu wenden gefragt.

Neben finanziellen Wünschen, Wünschen nach psychotherapeutischer Intervention nannten die Betroffenen auch den Wunsch nach Veränderungen im System der Jugendwohlfahrt wie etwa ein verbesserte Personalauswahl, Ausbildung bzw. auch Konsequenzen bzw. Strafen für die Täter. Tabelle 16 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der Wünsche.

Tabelle 16 Wünsche der Betroffenen

Wunsch	Ja (%)	Nein (%)	Keine Information (%)
Finanzielle Unterstützung	57 (98,3)	0 (0,0)	1 (1,7)
Psychotherapeutische Intervention	40 (69,0)	11 (19,0)	7 (12,0)
Veränderung in Ausbildung, Personalauswahl etc., bzw. Konsequenzen/Strafen für Täter	15 (25,9)	1 (1,7)	42 (72,4)

## 9.6.1 Kommission: Zugang, Zufriedenheit, Bedeutung

Aus den qualitativen Interviews geht hervor, dass die Betroffenen mit der kommissionellen Arbeit durchwegs zufrieden waren. Die Möglichkeit sich an die Kommission zu wenden und der Ablauf der Aufarbeitung wurden durchwegs positiv erlebt. Von der Kommission haben die meisten Interviewpartner über mediale Wege (Fernsehen, Zeitung) erfahren. Manche wurden auch von anderen Betroffenen auf die Möglichkeit sich an die Kommission zu wenden angesprochen („Du warst doch auch im Heim!“) und dazu ermutigt sich zu melden. Für einige war diese Motivation durch andere Betroffene ein Beweggrund sich mitzuteilen. Ein Interviewpartner berichtete, dass er jahrelang geschwiegen und diese Last mit sich „herumgetragen“ habe. Er habe es als Möglichkeit gesehen, endlich über seine Erlebnisse zu sprechen. Ein anderer Betroffener wollte einen Beitrag dazu leisten, der Öffentlichkeit mitzuteilen, was damals in den Heimen geschehen ist. Es sei der Wunsch im Vordergrund gestanden, die eigene Sicht der Dinge in die kommissionelle Aufarbeitung einzubringen. Auch habe der Wunsch nach therapeutischer Unterstützung dazu motiviert sich zu melden.

Es wurde zudem berichtet, dass der Begriff „Kommission“ zunächst abschreckend wirkte. Es kämen dabei Gedanken an ein Tribunal auf und die Vorstellung sich vor fremden Menschen zu offenbaren sei der Entscheidung sich zu melden nicht zuträglich gewesen. Oftmals wäre es aber als überraschend erlebt worden, dass das Gespräch mit einer Psychologin stattgefunden habe und Empathie und Einfühlungsvermögen spürbar gewesen seien. Auch sei es für die meisten Betroffenen positiv erlebt worden in den eigenen Heimakt Einsicht nehmen zu können.

Ein Interviewpartner schilderte, dass er es gut empfunden habe anderen Menschen mitteilen zu können, was damals alles passiert sei. Mit der Möglichkeit sich an die Kommission zu wenden, sei auch ein Zeichen dafür gesetzt worden, dass die Gewalt nicht geduldet und das entstandene Leid anerkannt wird.

Die Bedeutung der öffentlichen Anerkennung der Geschehnisse und deren Auswirkung schildern viele Interviewpartner als besonders hilfreich. Hier wird oftmals auch die finanzielle Vergütung genannt. Zwar habe diese, die Erlebnisse von damals nicht aufgewogen, dies sei auch nicht möglich, es wäre aber als Trost empfunden worden. Ein Betroffener erzählte, er habe mit dem Geld eine besondere Anschaffung getätigt, mit der er sich einerseits an die Erlebnisse von damals erinnere, andererseits aber auch an das gute Gefühl der Aufarbeitung und Anerkennung.

### *9.6.1.1 Bedeutung für die Zukunft bzw. für die individuelle Aufarbeitung und Wünsche für die Zukunft*

Auf die Frage, wie sich das Leben nach der kommissionellen Aufarbeitung verändert habe, antwortete ein Interviewpartner, dass er in Bezug auf die Erlebnisse weniger negative Gefühle verspüre. Ein anderer habe ein Gefühl von Genugtuung verspürt, nachdem er zuvor das Vertrauen in den Rechtsstaat verloren habe. Auch habe die

kommissionelle Aufarbeitung dabei geholfen sich vertiefend mit der eigenen Geschichte auseinanderzusetzen.

Die Interviewpartner wurden gefragt was sie damals, zur Zeit der Gewalterlebnisse, gebraucht hätten. Die Antworten reichten über das Bedürfnis nach Zuneigung, den Wunsch in den Arm genommen und getröstet zu werden, bis hin zu Gefühlen von Sicherheit und Geborgenheit. Auch wurde geäußert, dass eine Kontrolle der Heime von unabhängigen Stellen notwendig gewesen wäre.

Die daran anknüpfende Frage lautete, was Menschen heute brauchen würden, die in der Kindheit/Jugend ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Hier wurde ein Wunsch nach therapeutischer Unterstützung, nach Gesprächspartnern, mit denen man sich austauschen könne und öffentliche Anerkennung deutlich. Auch bestand der Wunsch nach gesellschaftlicher Toleranz und Verständnis für die Folgen und Auswirkungen der Gewalt.

## 9.7 Disclosure

Die Möglichkeit sich zu eröffnen, d.h. das Gewalterlebnis, den Missbrauch einen unbeteiligten Dritten gegenüber im Dialog mitzuteilen, wird als Disclosure bezeichnet. Eine Disclosure nach Missbrauch bzw. Gewalt gilt als schützend vor weiteren Traumatisierungen und sollte ebenfalls schützend vor einer späteren Entwicklung einer PTBS wirken.

In der Studie wurden Fragen zu den Personen, dem Zeitpunkt und der individuellen Reaktion bei der ersten Disclosure gestellt. Des weiteren wurde ein Vergleich zwischen Personen mit bzw. ohne Diagnose PTBS gestellt.

Die Frage: „Wie viel Zeit ist nach dem ersten Gewalt-/Missbrauchereignis vergangen, bis Sie zum ersten Mal davon erzählten?“, zeigte, dass im Durchschnitt 19,88 Jahre vergingen bis die Betroffenen sich das erste Mal aussprachen (von 1 Tag bis zu 62 Jahren bei 46 antwortenden Betroffenen).

Auf die Frage, wem die Betroffenen das erste Mal von diesem Vorfall erzählt haben zeigt sich folgende Verteilung (N=46): Kommission des Landes NÖ N=12 (26,7%), Partner/in N=11 (23,9%), Mutter N= 8 (17,8%), Verwandte N=1 (2,2%), Freund/in N=4 (8,7%) Psychologe/Psychotherapeut N=2 (4,3%), Geschwister N=2 (4,4%), Fürsorge/Jugendamt N=1 (2,2%); Andere N=4 (8,9%).

Angst oder der Mangel an Vertrauenspersonen hinderten die Betroffenen vor einer unmittelbar nach der Tat stattfindenden Disclosure.

## 9.8 Fragen zum sozialen Umfeld

Soziale Beziehungen gelten als Schutzfaktor für die Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere auch der PTBS, einerseits durch die Möglichkeit praktische Hilfe zu erhalten, andererseits durch emotionale Unterstützung. Bei Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen, stellt sich die Frage, ob die heute Erwachsenen diese Kontakte erinnern und ob es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des erinnerten Kontaktes und dem heutigen psychischen Gesundheitszustand gibt.

Tabelle 17 zeigt, dass die meisten Betroffenen, die Kontakte erinnern, diese unregelmäßig, vereinzelt und selten erinnern. Lediglich 6 Personen berichten regelmäßige Besuche durch Angehörige. Auch die Urlaube bzw. Wochenenden zu Hause sind eher rar. Bedenkt man, dass die damaligen Kinder im Durchschnitt 5,6 Jahre in Heimen verbrachten, so ist die Nennung von mehrmaligen Aufenthalten zu Hause durch lediglich 23 Betroffene eher gering. 6 Personen berichten von einmaligen Aufenthalten, 7 können sich nicht genau erinnern. Bei den restlichen Clearingberichten bzw. Akten fehlen dazu die Daten.

Tabelle 17 Kontakt zu den Angehörigen

Kontakt zu Angehörigen (in allen Heimen zusammen)	<i>N</i>
Anzahl der Besuche	
Einmalig (pro Heim)	8
Einzelne, seltene oder unregelmäßige Besuche	22
Regelmäßige Besuche (mind. 1x pro Monat)	6
Kontaktabbruch (bei Heimwechsel)	0
Sonstige	6
Anzahl der Aufenthalte bei Angehörigen (Urlaub, Wochenende, ...)	
Einmalig	6
Mehrmals	23
Anzahl unbekannt	7

Es stellte sich die Frage, ob die Kontaktfrequenz zu den Angehörigen eine Schutzfunktion gegenüber den erlittenen Gewalttaten hat, d.h. finden sich Zusammenhänge, die z. B. die These erhärten, dass Kinder mit mehr Besuchen, den Gewaltereignissen weniger ausgesetzt waren, oder haben Kinder ohne Angehörigenkontakt ein höheres Risiko zum Opfer zu werden.

Die angeführte Auswertung (Varianzanalyse = Anova<sup>12</sup>) zeigt, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Kontaktfrequenz (Möglichkeiten: einmal – selten – regelmäßig – sonstige) zu den Angehörigen und der Gesamtzahl der benannten Tagen gibt (ANOVA:  $F(3)=0.36$ ,  $p=.78$ ). Auch zeigt sich kein Zusammenhang mit der Anzahl der sexuellen ( $F(3)=0.20$ ,  $p=.89$ ), körperlichen ( $F(3)=0.06$ ,  $p=.98$ ) oder psychischen ( $F(3)=1.75$ ,  $p=.17$ ) Gewalterfahrungen. Des Weiteren zeigt sich in der Analyse kein Zusammenhang mit der heutigen psychischen Belastung, errechnet an der Summe der Werte des PCL-C sowie am Gesamtwert des BSI. Die Summe der PCL-C Werte sowie der GSI zeigen in einer ANOVA keine Signifikanz.

Weiters stellt sich die Frage, wie die sozialen Beziehungen heute beschrieben werden können. Es wurde dafür die Fragen gestellt, welche sozialen Kontakte aktuell bestehen und wer die wichtigsten Menschen im Leben sind. Immerhin drei Betroffene von jenen 32 Personen, die die diesbezüglichen Items ausfüllten, geben an, dass sie aktuell keine sozialen Kontakte führen, weitere vier Personen geben an, eine einzige Person als wichtigsten Menschen im Leben zu betrachten. 78,1% der 32 Personen geben an mehr als eine wichtigste Kontaktperson zu haben. Mit weitem Abstand ist die Familie die wichtigste Bezugsgruppe, gefolgt von Freunden, Bekannten bzw. Freunden und Bekannten ohne familiäre Anbindung. Für drei Personen ist ausschließlich der/die PartnerIn die wichtigste Person im Leben. Es zeigt sich also, dass Familie und Partnerschaft eine große Rolle im Leben der Betroffenen spielen.

Tabelle 18 Wichtigste Menschen im Leben

Anzahl	N=32	% (von 32)
0	3	9,4
1	4	12,5
>1	25	78,1

Wer?	N=30	% (von 30)
Familie	16	53,3
Familie, Freunde/Bekannte gemischt	7	23,3
Freunde/Bekannte	4	13,3
PartnerIn (wenn Anzahl=1)	3	10,0

<sup>12</sup> Als **Varianzanalyse** (ANOVA von englisch *analysis of variance*) bezeichnet man eine große Gruppe datenanalytischer und strukturprüfender statistischer Verfahren, die zahlreiche unterschiedliche Anwendungen zulassen. Ihnen gemeinsam ist, dass sie Varianzen und Prüfgrößen berechnen, um Aufschlüsse über die hinter den Daten steckenden Gesetzmäßigkeiten zu erlangen. Die Varianz einer oder mehrerer Zielvariable(n) wird dabei durch den Einfluss einer oder mehrerer Einflussvariablen (Faktoren) erklärt

## 9.9 Fragen im Kontext der Heimunterbringung

### 9.9.1 Gründe für die Unterbringung

Für Kinder ist es von Bedeutung, ob sie wissen, was mit ihnen geschieht. Das vermittelt Sicherheit und Perspektive. Eine kindgerechte Aufklärung über Vorgänge bzw. unmittelbare Zukunftsperspektiven ist in den heutigen Jugendschutz-Abläufen „state of the art“. In den Jahrzehnten, in den die heutigen Betroffenen in die Heime gebracht wurden, bzw. den Eltern abgenommen wurden, war dies vermutlich weniger der Fall. Die damaligen Kinder wurden abgeholt und verbracht. Die Begründung für die Abnahme und Verbringung war amtsseitig dokumentiert, wurde den Kindern aber zumindest für die Anfangszeit ihres Aufenthaltes vorenthalten bzw. gar nicht dargelegt. Tabelle 19 gibt Auskunft über die Gründe der Heimunterbringung, zum einem aus der Sicht der Betroffenen, zum anderen wie aus den Akten der NÖ-Jugendwohlfahrt ausgewertet. In einem ersten Analyseschritt wurden die Daten von allen Heimen gemeinsam analysiert, in einem zweiten Schritt nur die Daten jenes Heims verrechnet, in dem die meisten Betroffenen und Studienteilnehmer untergebracht waren (Heim NN).

Für 12,1% der Betroffenen war der Grund für die Unterbringung unbekannt. Die beiden häufigsten subjektiven Gründe der Betroffenen waren „Schwererziehbarkeit/ Kind macht Probleme“ gefolgt von „unspezifischen Problemen im Elternhaus“, die aufgrund ihrer Individualität nicht eindeutig zuordenbar waren. Diese beiden Gründe werden von knapp über bzw. knapp unter einem Drittel der Betroffenen genannt.

Ebenso stellt „Schwererziehbarkeit/ Kind macht Probleme“ den häufigsten Grund dar, der in den Akten verzeichnet wurde, allerdings hier sogar in fast 80 Prozent der Fälle. Der zweithäufigste Grund im Akt ist „Vernachlässigung durch Eltern“.

Tabelle 19 Gründe für die Heimunterbringung

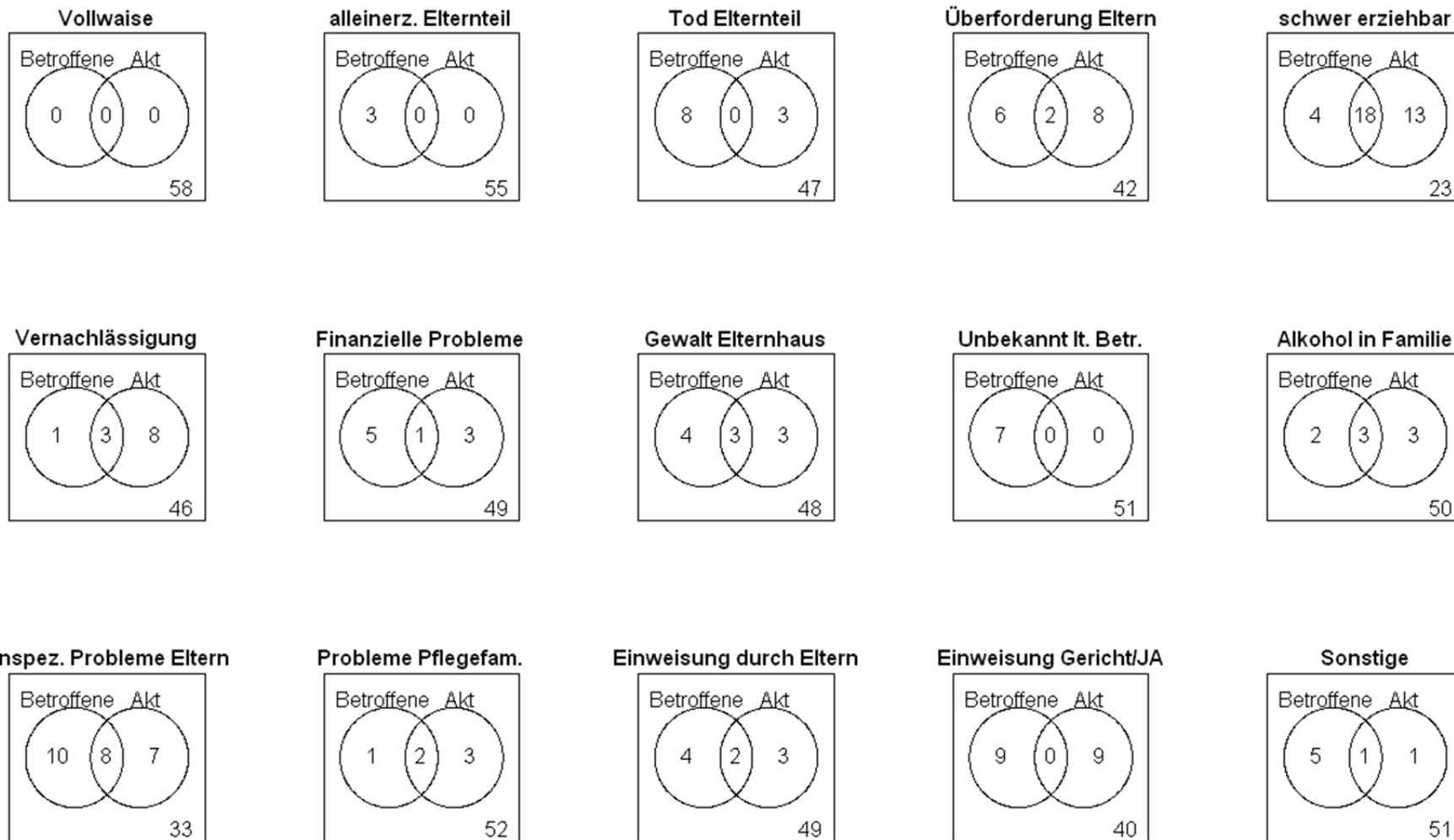
	Alle Heime				Heim NN1	
	Sicht der Betroffenen		Akt		Sicht der Betr.	Akt
	N	%	N	%	%	%
Vollwaise	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Alleinerziehendes Elternteil	3	5,2	0	0,0	8,3	0,0
Tod eines Elternteils als (Mit-)Auslöser	8	13,8	3	5,2	12,5	8,3
Überforderung der Eltern	8	13,8	10	17,2	16,7	20,8
Kind gilt als schwer	22	37,9	31	53,4	50,0	79,2

erziehbar / Kind macht Probleme (Schule, etc.)						
Vernachlässigung durch Eltern	4	6,9	11	19,0	8,3	37,5
Finanzielle Probleme der Eltern (ev. Obdachlosigkeit)	6	10,3	4	6,9	4,2	12,5
Gewalt im Elternhaus	7	12,1	6	10,3	4,2	8,3
Unbekannt (lt. Person)	7	12,1	0	0,0	12,5	0,0
Alkoholmissbrauch in der Familie	5	8,6	6	10,3	8,3	12,5
Unspezifische Probleme im Elternhaus (nicht eindeutig zuordenbar)	18	31,0	15	25,9	37,5	33,3
Probleme in der Pflegefamilie (z.B. Tod, Umzug, etc.)	3	5,2	5	8,6	4,2	4,2
Einweisung durch Eltern(-teil)	6	10,3	5	8,6	16,7	8,3
Einweisung aufgrund richterlicher Verfügung / Jugendamt	9	15,5	9	15,5	12,5	12,5
Sonstiges	6	10,3	2	3,4	8,3	0,0

*Anmerkung.* <sup>1</sup> Grund der Betroffenen, die als erstes nach Heim NN kamen (N=24)

Aus der obigen Tabelle geht allerdings nicht die Übereinstimmung in den genannten Gründen hervor, weshalb diese in den folgenden beiden Abbildungen dargestellt wird: Die Schnittmengen der Kreise zeigen jeweils die in absoluten Zahlen gemessene Übereinstimmung zwischen Betroffenen und Angaben im Akt pro Grund.

Eine genauere Erläuterung mit Beispiel zu den Abbildungen der Schnittmengen wird unter den Abbildungen gegeben.



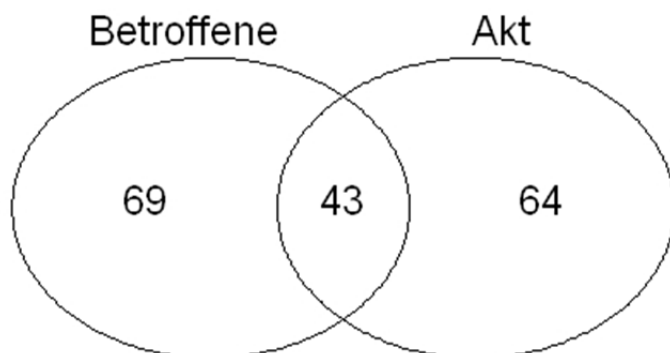
*Erläuterung.* Erklärung am Beispiel „schwer erziehbar“: bei 23 Personen kommt der Grund „schwer erziehbar“ nie vor, weder bei den Betroffenen selbst, noch bei den im Akt genannten Gründen; 22 Betroffene (18+4) nennen „schwer erziehbar“ als einen Grund für ihre Einweisung, bei 31 (18+13) Betroffenen steht „schwer erziehbar“ als Grund im Akt; bei 18 Personen stimmt der Akt mit der Sicht des Betroffene überein, somit nennen 4 Betroffene diesen Grund ohne dass er im Akt aufscheint und bei 13 Personen scheint dieser Grund im Akt auf, sie berichten ihn aber persönlich nicht als Grund;

**Abbildung 11** Übereinstimmung der Gründe für Unterbringung (Betroffene vs. Akt)



Abbildung 11 zeigt sehr klar, dass die subjektiven Gründe nur sehr gering mit denen die im Akt aufscheinen übereinstimmen. Die größte Differenz gibt es bei „Einweisung aufgrund einer richterlichen Verfügung“: Neun Personen wurden laut Akten wegen einer richterlichen Verfügung untergebracht, und andere neun Personen geben selbst an es wäre so gewesen, die Übereinstimmung beträgt 0%. Der häufigste Grund aus Sicht der Betroffenen („Schwererziehbarkeit“) scheint bei 18 Personen von 22 (82%) Personen auch im Akt auf. Allerdings gibt es noch weitere 13 Personen die laut Akt als „schwererziehbar“ galten, die diesen Grund aber nicht nannten. Aus dieser Perspektive stimmen nur 42% (13 von 31) überein. Die meisten Gründe weisen geringe Übereinstimmungsraten auf.

Wenn alle Gründe summiert werden (s. Abbildung 12), zeigt sich dass die Betroffenen insgesamt 112 Mal einen Grund genannt haben und 107 Gründe den Akten entnommen werden konnten. Das entspricht nicht ganz zwei Gründen pro Person im Durchschnitt. Abbildung 12 zeigt, dass aus Sicht der Betroffenen 33% (43 von 112) der genannten Gründe auch im Akt aufscheinen. Zwei Drittel der von den Betroffenen genannten Gründe stimmen also nicht mit den Akten überein.



---

*Erläuterung.* Alle Betroffenen konnten die oben genannten Gründe angeben bzw. waren die Begründungen im Akt zu finden. Pro Person war es oft mehr als ein Grund, insgesamt wurde von den 58 Personen 112 Mal ein Grund genannt (69+43), aus den Akten wurden 107 (64+43) Gründe entnommen. In 43 Fällen stimmten die Gründe überein.

---

**Abbildung 12** Übereinstimmung aller Gründe zusammen

Nachdem jede Person mehrere Gründe nennen konnte, ist es möglich, dass mehr oder weniger viele dieser Gründe mit den Gründen die im Akt aufscheinen übereinstimmen. Wenn eine Person beispielsweise drei Gründe nennt, können 0 bis 3 dieser Gründe auch im Akt stehen. Bei 26 Personen stimmt ein Grund überein, bei 4 stimmen 2 überein und bei 3 stimmen 3 überein, somit gibt es bei 33 Personen (57%) eine Übereinstimmung in zumindest einem Grund und bei 25 Personen (43%) keine einzige Übereinstimmung.

Die PTBS Diagnosen unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den Personen mit und ohne Übereinstimmung in den Begründungen für die Fremdunterbring. Auch die

PCL-C Summenscores und die T-Werte des GSI (BSI) unterscheiden sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen (mit vs. ohne Übereinstimmung).

Insgesamt legen diese Ergebnisse Zeugnis einer vergangenen Erziehungspraxis ab, die Kinder im Unwissen ließ und damit eine Verhaltensorientierung für den Aufenthalt in den Heimen im Sinne der Anpassung an die neue soziale Struktur erschwerte. Dadurch wurden die Kinder hilflos gemacht, besonders auffallend ist die Diskrepanz bei den gerichtlich angeordneten Unterbringungen, mit einer Übereinstimmungsrate von 0%.

### 9.9.2 Ablauf der Unterbringung

Ca. 90% der Unterbringungen sind unfreiwillig abgelaufen (s. Tabelle 20), allerdings konnten nur Daten von 28 Personen aus den Akten ausgewertet werden; in den Akten der anderen Personen war kein Vermerk zum Ablauf der Unterbringung vorhanden.

Die Anzahl von Betroffenen in den Gruppen PTBS versus Non-PTBS ist zu klein, um Unterschiede in der Belastung aufgrund des Ablaufs der Unterbringung zu berechnen.

Tabelle 20 Ablauf der Unterbringung

Wie ist die Unterbringung abgelaufen?	N	% (von 28)
freiwillig	3	10,7
von (Pflege-)Eltern abgegeben	4	14,3
von Fürsorge, Jugendamt etc. abgeholt	22	75,0

### 9.9.3 Genannte Tatorte

Die Betroffenen nannten in den Clearinggespräche die Orte der Gewalterfahrungen, diese wurde in den Clearingberichten niedergeschrieben, damit die Kommission die Geschehnisse auf ihre Plausibilität hin überprüfen lassen konnte, um in der Folge eine Entscheidung über die Höhe der finanziellen Entschädigung zu treffen. Aus Gründen der Anonymität insbesondere für die Betroffenen wurden die Namen der Heime aus Tabelle 21 entfernt und durch eine Ziffer ersetzt. Die Fallzahlen sind zu gering, zum Teil handelt es sich nur um eine Person, die in irgendeinem dieser Heime untergebracht war, sodass bei Beibehaltung der Heimnamen u. U. ein Rückschluss auf Studienteilnehmer gemacht werden könnte. Diese Möglichkeit sollte unbedingt genommen werden.

Viele der damaligen Kinder haben eine Heimkarriere mit mehreren Stationen hinter sich gebracht, in der sie jeweils Gewalt erfuhren. In den Clearingberichten wurden bis zu 5 Stationen in der Heimkarriere genannt, ebenso wurden bis zu 5 Nennungen von Orten der Gewalterfahrungen genannt.

Tabelle 21 Heime - Tatorte

Heim	1.Heim	2.Heim	3.Heim	4.Heim	5.Heim	Gesamt <i>N</i>
LJH 1	24	4	4	1	0	33 (57,9)
LJH 2	5	8	1	1	0	15 (26,3)
LJH 3	4	2	0	1	0	7 (12,3)
LJH 4	3	1	0	0	0	4 (7,0)
LJH 5	3	1	1	0	0	5 (8,8)
LJH 6	2	0	0	0	1	3 (5,3)
LJH 7	3	1	0	0	0	4 (7,0)
LJH 8	2	0	0	0	0	2 (3,5)
LJH 9	1	0	0	0	0	1 (1,8)
EBA 1	1	1	0	0	0	2 (3,5)
EBA 2	1	0	0	0	0	1 (1,8)
EBA 3	1	0	0	0	0	1 (1,8)
EBA 4	1	0	0	0	0	1 (1,8)
EBA 5	1	0	0	0	0	1 (1,8)
Heim 1	1	0	0	0	0	1 (1,8)
Heim 2	1	0	0	0	0	1 (1,8)
LJH 10	1	0	0	0	0	1 (1,8)
Heim 3	1	0	0	0	0	1 (1,8)
EBA 6	1	0	0	0	0	1 (1,8)
Heim 4	0	2	0	0	0	2 (3,5)
Heim 5	0	1	0	0	0	1 (1,8)
Heim 6	0	1	0	0	0	1 (1,8)
Heim 7	0	1	0	0	0	1 (1,8)
EBA 7	0	1	0	0	0	1 (1,8)
Heim 8	0	1	0	0	0	1 (1,8)
LJH 11	0	1	0	0	0	1 (1,8)
LJH 12	0	1	0	0	0	1 (1,8)
Heim 9	0	1	0	0	0	1 (1,8)
Heim 10	0	1	0	0	0	1 (1,8)
EBA 8	0	0	1	0	0	1 (1,8)
LJH 13	0	0	1	0	0	1 (1,8)

Heim 11	0	0	1	0	0	1 (1,8)
Heim 12	0	0	1	0	0	1 (1,8)
Heim 13	1	0	0	0	0	1 (1,8)

---

*Anmerkung.* LJH = Landesjugendheim, EBA = Einrichtungen mit besonderen Aufgaben, z.B. Heilpädagogik, Heim = jede Form von Heim, die nicht LJH ist, z. B. Lehrlingsheim

## 10 Empfehlungen

In einer Festschrift zu einem runden Jubiläum einer der LHJs wird die Vorgangsweise, die zur Heimunterbringung führte, deutlich beschrieben:

*„Wenn Kinder nach dem NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) 1956 in einem geeigneten Heim untergebracht werden, so geht dieser Maßnahme – außer wenn auf unvorsehbare Notsituationen plötzlich reagiert werden muß – immer eine gründliche Vorbereitung voran. Sie umfaßt nach Erkundigung über die aktuellen Lebensumstände des Kindes und seiner Familie und eingehender Beratung, vor allem die Erforschung der Möglichkeiten mit Stützung und Hilfestellung die Familie noch selbst zu befähigen, die entstandenen Probleme zu bewältigen. Zeichnet sich jede eine Fremdplazierung und von den in Frage kommenden Angeboten eine Heimunterbringung als Ergebnis der Erziehungsberatung ab, so ist damit die Erstellung einer Diagnose durch den fachlich zuständigen Psychologen beim Amt der NÖ Landesregierung verbunden. Dieser wird auch in Zusammenarbeit mit der Jugendabteilung der Bezirkshauptmannschaft den Vorschlag erstellen, welches Heim für die Problemlage des Kindes am besten geeignet ist. Ebenso werden in dieser Stellungnahme Zielsetzungen der Heimunterbringung sowie Förderungsnotwendigkeiten für das Kind angeführt“. (S. 97). Die Maßnahmen dienen der „Sanierung schulischer und erzieherischer Defizite“ (S. 105). Ist das Kind bereits in einen „kriminellen Dunstkreis“ (S. 105) geraten, so erschien die „Besserung“ noch schwieriger zu erzielen.“*

Bei Gefahr im Verzug konnte damals eine Heimunterbringung direkt zwischen dem Sozialarbeiter und dem gewünschten Heim abgesprochen werden, was möglicherweise die Divergenz zwischen dem Wissen über die Gründe für die Heimunterbringung erklärt, allerdings finden sich in den Akten keine Hinweise für dieses Erklärungsmodell. Jedenfalls verweist der Begriff „Sanierung der Defizite“ auf weniger auf Förderung im Sinne eines Ressourcenaufbaues bzw. der Stärkung von Stärken, sondern eher auf das Nicht-Erkennen psychischer Krisensituationen, die durch familiäre Hintergründe oder ähnlichem bei vielen damaligen Kindern mitgebracht wurden. Auch die Bezeichnung „Versagen des Elternhauses“ (S. 106) als Heimeinweisungsgrund verweist in diese Richtung. Mit hoher Wahrscheinlichkeit bestand ein Unvermögen die psychischen Bedürfnisse der damaligen Kinder zu erkennen und sie dementsprechend zu betreuen, was einerseits mit einem Defizit in der Qualifikation, andererseits mit dem damaligen Zeitgeist in Verbindung gebracht werden kann.

So weit, so gut! Die Analyse der vorliegenden Akten der Jugendwohlfahrt der Betroffenen wurden die oben zitierten Prozesse wenig dokumentiert. Die Erinnerung der ehemaligen Heimkinder in Bezug auf die angeführte Vorbereitung konnte mangels Daten nicht erfasst werden. In den Interviews scheint ihnen wenig bewusst zu sein,

warum sie in ein Heim kamen, diese Daten werden durch den Vergleich der Clearingberichte und den Akten gestützt, Zielsetzungen und Fördermaßnahmen im Sinne der Problembewältigung war den wenigsten Betroffenen klar und nachvollziehbar.

Auch heute noch werden die Kinder fremduntergebracht, in der Regel mit guten Begründungen gegenüber den Eltern und den Kindern und mit sorgfältiger Vorbereitung der Eltern und der Kinder. Die zitierten Eckpunkte und Werthaltungen scheinen heute bedeutend besser umgesetzt zu werden. Modernisiert in Bezug auf die Verwaltungshintergründe entsprechen die zitierten Inhalte der modernen Förderung von Kindern zum Teil, die Haltung gegenüber den Kindern ist allerdings nicht mehr zeitgemäß.

Vorbereitung, empowerment der Eltern durch Hilfestellung und Stützung, psychologische Begleitung anstatt Diagnose bzw. Diagnose im Rahmen der Evaluation der gesetzten Förderungen während der Fremdunterbringung, Zielsetzung und Förderprogramme sind nach wie vor die wesentlichen Merkmale in der Jugendwohlfahrt.

## **10.1 Hintergrund für die Fremdunterbringung – Überblick aus internationalen Studien**

Psychische Störungen und Entwicklungsstörungen in Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen in der Herkunftsfamilie – Ein Überblick für Pflegekinder

Oswald, Heil, und Goldbeck (2010) verfassten eine Metastudie, in die 32 englischsprachige Fachartikel eingehen. Folgende traumatische Lebensereignisse, die zur Fremdplatzierung führten, konnten sie aus den Studien zusammenfassen:

- Vernachlässigung (18 bis 78%)
- Körperliche Gewalt (6 bis 48%)
- Sexueller Missbrauch (4 – 35%)
- Emotionaler Missbrauch (8 – 77%)
- Keine verfügbaren Pflegepersonen (21-39)
- Elterlicher Suchterkrankung (14 - 30%).

In den Studien fanden sich folgende Entwicklungsstörungen:

- Bindungsstörungen (22- 37%, je nach Art der Bindungsstörung, z. B. reaktiv)
- Posttraumatische Belastungsstörung (64% nach sexuellem Missbrauch, 42% nach körperlicher Gewalt, 18% ohne Missbrauchs- bzw. Gewalterfahrung)
- Substanzabhängigkeit bzw. Suchterkrankung (Jugendliche mit dem Hintergrund einer Pflegefamilie haben ein höheres Risiko als Jugendliche mit einem familiären Hintergrund, 2 fach höher für Ilicit drugs, 5 fach höher für Drogenabhängigkeit).

- Depressionen – es zeigten sich keine Unterschiede bei Kindern zwischen 8 und 16 Jahren je nach familiären Hintergrund
- Essstörungen. Kinder mit einer bestätigten Misshandlungsgeschichte zeigten ein höheres Risiko für Essstörungen (food maintenance syndrome) als andere Kinder in einer Studie mit Pflegekindern.

Die Zusammenschau der Studien nach Oswald et al. (2010) zeichnet ein Bild erhöhter Bedürfnisse. Auch wenn die Daten auf internationalen Studien beruhen, so haben sie dennoch Bedeutung für Einrichtungen des Landes NÖ und verweisen auf spezifische Anforderungen für die Unterbringung und den Umgang mit Kindern in Pflegeeinrichtungen.

## 10.2 Empfehlungen für Fremdunterbringung heute

Aus heutiger Sicht ergeben sich für die moderne Jugendwohlfahrt folgende Empfehlungen, entweder als Prinzipien oder Ansätze formuliert, für die Unterbringung in Heimen.

### 10.2.1 Prinzipien

Grundsätzlich sind Maßnahmen der Jugendwohlfahrt weder ein Drohmittel noch eine Konkurrenz gegenüber der Herkunftsfamilie

Insgesamt muss die Begründung für eine Unterbringung durch die Jugendwohlfahrt in Institutionen des Landes Niederösterreich, insbesondere in Heimen klar definiert sein, dies vor allem in Anbetracht jener Daten, die Auskunft geben, dass die damaligen Kinder über die Gründe ihrer Unterbringung kaum Bescheid wussten.

Die Etablierung eines Vier-Augenprinzips in der Begründungsphase der Unterbringungen erscheint sehr sinnvoll, Kompetenzzentren, die über die Unterbringungen entscheiden, wären ein Instrument zur Umsetzung des Vier-Augenprinzips.

Der Auftrag der Jugendwohlfahrt an die Unterbringung, Zieldefinitionen für den Aufenthalt, gemeinsame Aufklärung der Eltern und Kinder vor der Überstellung, Transparenz in diesen Prozessen gegenüber allen beteiligten Personen und Institutionen sollten diese Maßnahmen leiten. Voraussetzung sollte jedenfalls eine Eingangsdagnostik an der Schnittstelle Jugendwohlfahrt und Fremdunterbringung sein.

Leitlinien für den Prozess der Entscheidung sowie der praktischen Durchführung erscheinen sinnvoll.

## 10.2.2 Ansätze

### 10.2.2.1 Pädagogischer Ansatz mit psychologischen Interventionen:

Die Durchsetzung der eigenen Werthaltung bzw. von Anforderungen aufgrund der eigenen hierarchischen Position, rigides Erziehungshaltung zur „Sanierung von Defiziten“ negiert gezwungenermaßen die Bedürfnisse der Kinder und verstellt den Blick auf das Gegenüber.

Ein geregelter Alltag mit klar kommunizierten Regeln, erreichbaren Zielen, dialogisch erarbeitet und evaluiert, ermöglicht die notwendige Flexibilität, um einerseits Normen, Werthaltungen, Fertigkeiten zu vermitteln und andererseits diese Anforderungen den kindlichen Bedürfnissen anzupassen.

Sanktionen bei Verhaltensproblemen widersprechen dieser Werthaltung nicht, sollten aber bereits im Vorfeld kommuniziert werden und zu keiner Zeit die potentiellen traumatischen Ereignisse im Vorfeld der Heimerziehung außer Acht lassen, um jede Art von Trigger traumatischer Symptome zu vermeiden.

Die meisten Kinder haben zumindest irritierende Lebenserfahrungen, zumeist aber traumatische Ereignisse, Brüche in Beziehungen und schwerwiegende Belastungen in der Herkunftsfamilie überstanden und sind dementsprechend psychisch belastet. Suizidalität kann gegeben sein. Neben den pädagogischen und sozialen Aspekten ist hier insbesondere die psychische Stabilisierung förderungswürdig, um indirekte Effekte auf Leistungs- und Sozialverhalten zu erzielen. Einerseits wird Stabilisierung durch eine stabilisierende Beziehung zu Betreuern (Bezugsbetreuer) und Psychologen entwickelt und gefördert, andererseits durch eine fürsorgliche Umgebung, die die Bedürfnisse der Betroffenen wahrnimmt und entsprechend beantwortet (Stein, 2006). Die Förderung von Selbsterkenntnis, Selbstwahrnehmung, Selbsteffizienz und Selbstwert sind zentral. Eine entsprechende Eingangs- und Kontrolldiagnostik ist dafür unerlässlich. Weitere diagnostische Notwendigkeiten ergeben sich für das Leistungsverhalten. Das Anforderungsniveau in Bezug auf zu erbringende Leistungen sollte an das Ausmaß der Vulnerabilität angepasst sein, eine Eingangs- und Verlaufsdagnostik erscheint auch in diesem Bereich unerlässlich.

Der Zusammenhang zwischen Stress und Aggression ist wohlbelegt, fehlende Emotionsregulation können z. B. durch Entspannungsprogramme wie Muskelrelaxation, Yoga kompensiert werden.

Auch Gewaltpräventionsprogramme z. B. Verhalten bei körperlichen Angriffen durch andere Kinder und Jugendliche sind Maßnahmen, denn oft haben die Kinder keine Idee welches Verhalten im Konfliktfall angemessen und hilfreich ist.



### ***10.2.2.2 Spezialfall - Umgang mit Kindern im Konfliktfall:***

Kinder, die außerhalb ihrer Familien untergebracht sind, zeigen Verhaltensweisen, die bisweilen außerhalb der Norm stehen. Sie können etwa stehlen, etwas kaputt machen, andere schlagen oder attackieren, in Raufhändel geraten, sich gegenseitig mobben, sexuell übergriffig sein, die Schule schwänzen o. ä. m., all dies entweder im Rahmen der Unterbringung oder außerhalb in Schule oder Freizeit. Gleiches gilt für Kinder, die bei ihren Eltern wohnen. Auch sie zeigen mitunter derartiges Verhalten.

Ellonen und Poso (2011) untersuchten die Reaktionen der Erzieher und Betreuer in finnischen Institutionen auf derartiges Verhalten, mit der Frage, ob derartiges Verhalten psychische oder physische Gewaltreaktionen bei den Erwachsenen hervorruft und verglichen diese Ergebnisse mit jenen von Kindern aus privaten Haushalten. Kinder in Schutzeinrichtungen berichten weniger physische Gewalt seitens ihrer Betreuer als Kinder aus Familien in Verbindung mit den ob. Handlungen und Konfliktsituationen. Auch berichten die untergebrachten Kinder weniger Missverständnisse mit ihren Betreuern als die Kinder, die mit ihren Familien leben, allerdings besprechen die Kinder mit ihren Eltern deutlich mehr diese Missverständnisse. Die Studie zeigt, dass sich in Finnland Jugendschutzeinrichtungen deutlich verändert haben. Der Einsatz körperlicher Gewalt in Situationen, die üblicherweise eine klare Reaktion der Eltern bzw. Betreuer erfordern, wird von den Betreuern vermehrt mit darüber reden bewältigt und insgesamt berichten die Kinder weniger Missverständnisse, was auf eine klare Kommunikation durch die Betreuer verweist. Einschränkend muss erwähnt werden, dass Kinder in Pflegeeinrichtungen möglicherweise eine andere Messlatte für das Erkennen von Gewalt anlegen, die auf ihren Vorerfahrungen beruht, also Kinder die mit ihren Eltern leben. Die niedrigere Gewalterfahrungshäufigkeit könnte also auch auf eine Gewöhnung an ein gewisses Ausmaß an Gewalt zurückzuführen sein und die untergebrachten Kinder unsensibler gegenüber Gewalterfahrungen gemacht haben.

### ***10.2.2.3 Konsequenzen für die Aus- und Weiterbildung der Betreuer***

Im Zentrum der gemachten Erfahrungen in der zitierten Studie steht jedenfalls das „darüber reden“, was auch geschehen ist. Darüber reden erfordert eine entsprechende Ausbildung, die einerseits die normale kindliche Entwicklung und die damit verbundene Psychologie beinhaltet, um Delinquenzen wie oben beschrieben auch entsprechend einordnen zu können, andererseits aber auch Kenntnisse zur Psychopathologie vermittelt. Des weiteren muss die erforderliche kommunikative Fertigkeit vermittelt werden ebenso wie hilfreiche Erziehungsmethoden. Suizidprävention sollte ebenfalls zur Standardfortbildung gehören.

Bei vielen Kindern wird der traumatische Hintergrund lange nicht erkannt. Gründe für langes nicht Erkennen von Traumatisierungen aufgrund von Gewalt und sexuellem Missbrauch nach Williams und Nelson-Gardell (2012) sind: der Missbrauch, die Gewalt hinterließ keine offensichtlichen Spuren, die Kinder waren zwar im Verhalten auffällig, aber hatten z. B. keine Narben. Daher empfiehlt es sich, dass die multiprofessionellen Teams (Psychologen, Psychotherapeuten, Pädagogen...) in den Einrichtungen Fortbildungen in Psychotraumatologie zur Erkennung von Traumafolgen und für erste Stabilisierungen absolvieren.

Dadurch kommen sie in die Lage die erhöhte Vulnerabilität der Kinder zu verstehen und zu kompensieren durch z.B. Gewährung einer Privatsphäre, Dosierung in Kontakt und Heranführung an die Verarbeitung durch z. B. vorsichtiges Konfrontieren mit dem Geschehenen.

#### **10.2.2.4 Struktureller Ansatz und Betreuungsmaßnahmen**

##### Organisationskultur und institutionelle Gewalt

Fehlende innere und äußere Kontrollen erlauben den Mitarbeitern die Entwicklung einer eigenen Organisation, inoffizielle Machtstrukturen können entwickelt werden. Die Mitarbeiter laufen Gefahr ohne Führung und Supervision zu bleiben, das Risiko für Machtmissbrauch und Institutionelle Gewalt steigt (Colton, 2002). Eine spezifische Organisationskultur kann sich entwickeln, die es „normal“ erscheinen lässt, dass Willkür, Gewalt und Missbrauch angewendet werden. *Jeder weiß es, keiner spricht darüber, alle dulden es.* Organisatorische Strukturen unterstützen dieses Risiko; je größer eine Institution ist und je höher die Anzahl der Problemkinder ist und je bürokratischer die Abläufe sind, desto höher ist das Risiko für die Kinder zu Opfern zu werden (Colton, 2002).

##### *Strukturelle Barrieren gegen Missbrauch und Gewalt*

*Ein Bündel an Faktoren kann dazu beitragen, dass Willkür, Missbrauch und Gewalt in Kinderschutzinstitutionen hintan gehalten wird. Es sind dies:*

- Beste angemessene Ausbildung, Weiterbildung und Supervision für die MitarbeiterInnen
- Aus- und Aufbau eines gemeinsamen beruflichen Ethos, welches an Kinderschutz und Kinderrechten orientiert ist und die Zielsetzung der Förderung instabiler Kinder verfolgt und die Stabilisierung und Kompensierung von Defizite in der familiären Struktur verfolgt. Ein Code of Conduct kann hier als hilfreiches Instrument entwickelt werden (Colton, 2002).
- Personalauswahl auch nach Kriterien des Kinderschutzes, z. B. durch Testdiagnostische Maßnahmen zur Erhebung der Motivation

- funktionierendes partizipatives Management
- Kontrolle und Zielvereinbarungen in der Mitarbeiterführung
- adäquate Betriebskultur, d.h. z. B. das Anstreben einer Balance zwischen Kontrolle und Reflexion sowie Zielvereinbarungen
- Integration der Kinderschutzstruktur in die Gemeinde, durch z. B. gemeinsame Nutzung von etwa Schulen oder Freizeitaktivitäten, Patenschaften für untergebrachte Kinder..
- safe-guards (symbolisch für: jeder Mitarbeiter ist ein safe-guard) gegen Missbrauch und Ausbeutung einer verletzlichen Gruppen junger Menschen
- klare Abläufe zur Frühwarnung sowie den Umgang mit Missbrauch und Gewalt sowohl zwischen Personal und Kindern sowie unter den Kindern
- Gendergerechte Erziehung und
- Wertschätzung gegenüber den Kindern, selbst wenn diese bereits straffällig wurden.

#### Beispiele für strukturelle Maßnahmen:

Vier-Augen-Prinzip in Entscheidungsfragen, Transparenz gegenüber Eltern und Kindern über Gründe für Abnahme, Aufklärung über Ziele der Maßnahmen sowie über Perspektiven

Herkunftsnahe Unterbringung,

Aufrechterhaltung von Aussenkontakten, z. B. Freundschaften, Aktivitäten ausserhalb der Unterbringung,

Ausserinstitutionelle Vertrauenspersonen für Kinder

Ausserinstitutionelle Vertrauenspersonen für Eltern

Die genannten Maßnahmen sollten in vernetzter Arbeit mit den Regelinstitutionen z. B. Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser, Hausärzten stattfinden. Bei aufeinander folgenden Fremdunterbringungen in unterschiedlichen Kontexten zeigt sich eine Konstanthaltung der Schule als zweckmässig, zumindest die Bezugspersonen in der Schule (Peers und Lehrer) können eine stabile Beziehung bieten.

#### **10.2.2.5 Ansatz Elternarbeit**

Eltern, insbesondere Alleinerzieher erleben ihr Kind bisweilen als Partnerersatz, oft die einzige lebensbegleitende Bezugsperson, Partner geht, Kind bleibt, Partner kommt, Kind bleibt, Partner geht... ist für einige Eltern zum vorherrschenden Ablauf geworden. Die Kinder sind nicht nur emotional überfordert von dieser Rollenzuweisung, sie sind auch durch die Verluste emotional betroffen und reagieren bisweilen mit kindlicher Trauer, die sich in scheinbar inadäquaten Verhaltensweisen äussern kann. Für die alleinerziehenden Elternteile ist die Belastung durch die alleinige Verantwortung auch bisweilen überfordernd. Überreaktionen und unüberlegte Erziehungshandlungen

können die Folge sein. Auch die Alltagsbewältigung mit den zahlreichen Verpflichtungen kann zu Problemen führen. Daher erscheint die Arbeit mit Eltern als notwendiges Maßnahmenbündel.

*Einzelne Maßnahmen können sein:*

Hilfe bei der Alltagsbewältigung als Alleinerziehende, Förderung eines emanzipierten Miteinanders, Gewaltschutz und Umgang mit Gewalt für Eltern untereinander und mit ihren Kindern – Mutterrolle, Mütteralltag; Familienarbeit (aufsuchend bzw. in-house), Elternschulungen; Arbeit mit zurückgebliebenen Geschwistern

Genderspezifische Maßnahmen: Stärkung je spezifischer emanzipatorischer Ansätze, ebenso kann für die Leistungsförderung genderspezifisch gearbeitet werden, aber auch Förderung von gemeinsamen Aktivitäten im Sinne der Co-Edukation sind notwendig.

## 10.3 Für die heute Betroffenen damaligen Kinder <sup>13</sup>

Ein sehr hoher Anteil der Studienteilnehmer leidet aktuell unter starken psychischen Belastungen, rund 34% weisen das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf. Viele leiden zudem unter Problemen in der Partnerschaft, biographischen Brüchen in Bezug auf die Ausbildung, die Berufsausübung o.ä. Daher konzentrieren sich die Empfehlungen vor allem auf die evidenzbasierten Empfehlungen für die Behandlung der komplexen PTBS, wenn es um die weitere psychosoziale Versorgung geht. Andere Empfehlungen basieren ebenfalls auf den Forschungsergebnissen und beziehen sich auf das weitere Umfeld der Betroffenen, etwa auf die Einbeziehung von Angehörigen, Hilfe zur Selbsthilfe, medizinische Altersversorgung sowie Pflegehandlungen.

### 10.3.1 Ausgangssituation

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt, sehen sich Betroffene von Gewalt und Missbrauchserfahrungen im Laufe ihres Lebens mit vielen psychischen und emotionalen Herausforderungen konfrontiert. Vielfach stehen sie dabei „alleine auf weiter Flur“, da bedingt durch jahrelanges Schweigen, Unverständnis des Umfeldes, fehlende Bezugspersonen, falsche Scham und Schuldgefühle ein adäquater, hilfreicher „Umgang“ mit diesen Erfahrungen und den einhergehenden Beschwerden und Belastungen kaum möglich ist.

---

<sup>13</sup> Die angeführten Maßnahmen wurden größtenteils aus dem Abschlußbericht des Projektes der Opfer der katholischen Kirche übernommen, da die Bedürfnislage bei den Opfern aus dem Kontext der Heime des Landes Niederösterreich vergleichbar ist. Hinzugefügt wurden Überlegungen zu den Persönlichkeitsstörungen.

Aus den Dokumenten der meisten Betroffenen geht nur in relativ wenigen Fällen hervor, ob sie bereits spezifische Traumatherapie bzw. Behandlung erhalten haben, obwohl sie finanzielle Unterstützung für Psychotherapie bzw. Behandlung erhielten. Im Kontakt mit den Betroffenen entstand der Eindruck, dass sie noch immer zu wenig über Behandlungsmöglichkeiten, Zugänge und die damit verbundenen administrativen Schritte sowie Behandlungschancen informiert waren. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass viele der Betroffenen über Jahre hinweg litten.

### 10.3.2 Status quo der psychosozialen Versorgung und Behandlung bzw. Psychotherapie

In das psychosoziale Versorgungssystem Österreichs haben die Erkenntnisse rund um traumatische Erlebnisse bis dato noch zu wenig Eingang gefunden, bzw. schlagen sich die benötigten Veränderungen im System und in den Behandlungsmethoden noch nicht ausreichend nieder. Traumatisierte Menschen benötigen auf Grund der daraus entstehenden vielschichtigen Problematiken und Beschwerden ein spezielles und breites Angebot. Von besondere Bedeutung sollte dabei das jeweilige Lebensalter sein, insbesondere für ältere Personen gelten besondere Herausforderungen, da nicht nur die körperlichen Kräfte, sondern auch die psychischen Kräfte abnehmen und der Umgang mit den mentalen Problemen für die ältere Generation zunehmend mühsamer und anstrengender wird. So vielfältig die einzelnen Traumatisierungen ausfallen, so verschieden können sich diese bei den Betroffenen zeigen. Je nach Lebensphase und Art der Traumatisierung sowie je nach begleitenden psychosozialen Faktoren (emotionale Unterstützung, finanzieller Hintergrund, bereits vorhandene therapeutische Unterstützung etc.) existiert bei den einzelnen Betroffenen eine unterschiedliche Bedürftigkeit, auf die in Zukunft eingegangen werden sollte.

Dies stellt für das psychosoziale Versorgungssystem im Allgemeinen wie auch für jeden Einzelnen in diesem System eine große Herausforderung dar. Das Ziel sollte es sein, genau dieses Wissen um diese speziellen Bedürfnisse in die Praxis einfließen lassen zu können. Daher wird hier vor allem auf die sogenannten evidenzbasierten klinisch-psychologischen bzw. psychotherapeutische Verfahren für die Behandlung der komplexen PTBS eingegangen, also Behandlungstechniken, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien sowie Metaanalysen nachgewiesen wurde.

### 10.3.3 Empfehlungen zur Psychologischen Behandlung (Traumabehandlung/ Trauma-Psychotherapie)

Leider gibt es kaum Wirksamkeitsstudien für die Behandlung von älteren Menschen mit posttraumatischen psychischen Problemen bzw. Symptomen. Preschl et al. (2012) konnten allerdings zeigen, dass die sogenannte Life-Review-Therapie

(Lebensrückschau-Therapie) gute Ergebnisse bei der Behandlung von Depression bei älteren Menschen zeigt. In der Lebensrückschau-Therapie wird auf die Balance zwischen positiven und negativen Reminiszenzen eingegangen, und durch strukturiertes Fragen sollte eine ausgewogene Bilanz für das eigene Leben ermöglicht werden. Die ersten Wirksamkeitsnachweise sind ermutigend, doch ist der Forschungsstand noch zu gering, um diese Form von Therapie für Empfehlungen aufzunehmen.

Aus diesem Grund werden die kürzlich verabschiedeten Guidelines der International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) als Leitgedanke für die zukünftige Versorgung der Betroffenen darstellt. Die Empfehlungen der ISTSS wurden international abgestimmt, sie haben eine fundierte Forschungsgrundlage. In ihrem Zentrum steht die sogenannte komplexe PTBS. Dafür finden sich unterschiedliche Bezeichnungen sowie unterschiedliche Symptombeschreibungen in der wissenschaftlichen Literatur. Alternativbezeichnungen lauten „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS), „PTBS and Associated Features“ im DSM-IV bzw. „Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ in der ICD-10. Aufgrund dieser unterschiedlichen Definitionen der komplexen PTBS hat sich die Arbeitsgruppe der ISTSS auf die Definition mit der höchsten Evidenz geeinigt. In der elften Version der ICD14 (ICD-11) wird die Diagnose Komplexe PTBS mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgenommen werden.

### **10.3.3.1 Definition der Komplexen PTBS**

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung beinhaltet die Kernsymptome der PTBS (Wieder-Erleben, Vermeidung/Grübeln, Hyper-Arousal) verbunden mit einer Reihe von Problemen im Bereich der Selbstregulationskapazitäten. Diese werden in fünf Kategorien eingeteilt: 1) Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation (z.B. Störungen im Affekt, Impulskontrollprobleme) 2) Beziehungsprobleme (z.B. chaotische Beziehungen, Beziehungsvermeidung), 3) Schwankungen in der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins (z.B. Dissoziationen, Konzentrationsprobleme, Übersprungshandlungen), 4) negativ beeinflusste Zukunftsvorstellungen (z.B. Gefühl, auf Dauer beschädigt zu sein, Scham, Hoffnungslosigkeit) und 5) Somatisierung oder Zerrüttungs- bzw. Auflösungsphänomene (z.B. chronischer Schmerz, Taubheitsgefühle in Körperregionen oder Lähmungserscheinungen, Phänomene der Persönlichkeitsstörungen). Die komplexe PTBS ist die typische Folge einer wiederholten oder langandauernden Traumatisierung oder von multiplen Formen interpersoneller Traumatisierung, die häufig unter Bedingungen auftreten, aus denen es keine Fluchtmöglichkeiten gibt. Die Unmöglichkeit der Flucht kann sozialen, familiären Umständen oder physischen und oder psychischen Zuständen bzw. einem geringen Reifegrad des Opfers geschuldet sein. Derartige Traumatisierungen sind insbesondere Folge von Gewalt in der Kindheit, sexuellem Missbrauch in der Kindheit, Leben als Kindersoldat, Menschenhandel, Folter, Genozid oder anderen Formen organisierter Gewalt.

---

<sup>14</sup> ICD – International Classification of Diseases = Diagnosesystem der WHO (World Health Organisation), das in Österreich für die Verrechnung mit den Krankenkassen verwendet wird.

### ***10.3.3.2 Behandlung der Komplexen PTBS***

Das Symptomprofil der komplexen PTBS beinhaltet den Verlust von emotionalen, sozialen, kognitiven und psychologischen Kompetenzen, die sich entweder nicht entwickeln konnten oder aufgrund der traumatischen Einwirkungen beeinträchtigt bzw. zerstört wurden. Die Behandlung zielt daher nicht nur auf die Milderung der psychopathologischen Symptome ab, sondern versucht die Schlüsselkompetenzen für die Selbstregulation der Betroffenen aufzubauen. Einschränkungen aufgrund der Symptome in den Bereichen 1) emotionale Achtsamkeit und Ausdruck von Emotionen, 2) Selbstwert und Selbst-Effizienz, 3) Beziehungsfähigkeit und soziale Kompetenz sollen reduziert werden.

Es werden drei Phasen empfohlen, jede mit einer bestimmten Funktion. In Phase 1 wird auf das Sicherheitserleben bzw. die Sicherheit fokussiert und versucht, emotionale, psychologische und soziale Kompetenzen zu stärken. Phase 2 bezieht sich auf das Durcharbeiten (processing) ungelöster Aspekte der traumatischen Erinnerungen mit dem Ziel, diese in eine weiterentwickelte Repräsentation des Selbst, der Beziehungen und der Welt zu integrieren. In Phase 3 schließlich werden die Behandlungserfolge konsolidiert und die neuen Kompetenzen in ein aktiveres Sozial- und Beziehungsleben sowie in Beruf und Alltag transferiert.

### ***10.3.3.3 Evidenz***

Es gibt mehrere Studien zur Behandlung der komplexen PTBS als Folge von kindlichem Gewalterleben bzw. sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Diese Studien waren sogenannte RCTs (Randomized Controlled Trials), die phasenbasierte Behandlungen der psychotraumatologischen Symptomatik, insbesondere der komplexen PTBS untersuchten. Zum Vergleich kamen Behandlungen mit Stabilisierung sowie keiner oder wenig Trauma-Aufarbeitung und Behandlungen mit Trauma-fokussierten Komponenten, die in Kombination mit einem Skills-Training entweder gleichzeitig oder sequentiell mit der Stabilisierung einhergingen. Es wurde auch eine Gruppenbehandlung untersucht, die durch ein Fallmanagement Unterstützung fand. Insgesamt ging aus der Untersuchung hervor, dass der phasenbasierte Ansatz die beste Wirkung in Bezug auf die Symptomreduktion zeigte.

### ***10.3.3.4 Beschreibung einzelner Behandlungstechniken mit guter Wirksamkeitsevidenz für die Behandlung der Komplexen PTBS***

#### **10.3.3.4.1 Angst-/Stressmanagement**

Techniken (Entspannungstechniken, Atemübungen, Schlafhygiene), die Bewältigungsmechanismen zur Reduktion von Stress und den damit verbundenen Problemen (Muskelschmerzen, Rumination, schlechte Schlafqualität) verbessern



#### 10.3.3.4.2 Kognitive Restrukturierung

Hilfestellungen, die das Verständnis und die Bedeutung der traumatischen Ereignisse mit Mitteln wie etwa Exploration, Überdenken identifizierter maladaptiver Kognitionen oder einer Neubewertung der Bedeutung eines traumatischen Ereignisses erleichtern

#### 10.3.3.4.3 Aufklärung über das Trauma (Psychoedukation)

Systematische Erläuterungen und Beschreibungen zur Symptomatik und Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten, Argumente für eine Behandlung und deren Wirksamkeit gegenüber den Klienten und ihres nahen Umfeldes. Beim Klienten wird hierdurch ein Gefühl von Wahr- und Ernst- genommen werden sowie das Vertrauen, dass die komplexe PTBS behandelbar ist und die Probleme im Laufe der Zeit bewältigbar werden, etabliert

#### 10.3.3.4.4 Emotionsregulationstechniken

Verbesserung der individuellen Fähigkeit, die Gefühle zu kontrollieren, zu verändern und auszudrücken. Dies erfolgt in einem für eine Zielerreichung der Behandlung förderlichen Rahmen

#### 10.3.3.4.5 Interpersonales Skillstraining

Dient der Verbesserung der sozialen Kompetenzen sowie der Identifizierung und Bewältigung interpersonaler Probleme in diversen Beziehungen (Partnerschaft, Arbeitsplatz...) mit dem Ziel, positives Beziehungsverhalten zu stärken

#### 10.3.3.4.6 Meditation/Achtsamkeitsübungen

Die direkte Beachtung wird für eine bestimmte Zeitspanne, auf einen Stimulus gelegt, wie beispielsweise das eigene Atmen, einen Ton oder ein Licht um Anspannungen zu reduzieren und die Konzentration zu verbessern. Achtsamkeitstrainings umfassen eine Gruppe von Techniken, die den Fokus auf subjektive Erfahrungen wie Wahrnehmungen, Sensationen und Gefühle legen, ohne diese zu bewerten. Ziel ist die Reduktionen von Stress und Angst sowie die Förderung des Wohlbefindens

#### 10.3.3.4.7 Narration der traumatischen Erinnerungen

Es werden die Ereignisse erinnert sowie die Gedanken und Gefühle, die sich damit verbinden. Ziel ist die Reduzierung der psychischen Belastung während des Wiedererinnerns. Üblicherweise gehen damit eine Neubewertung und Bedeutungsveränderung der traumatischen Ereignisse einher (Definitionen nach Cloitre et al. 2011, pp. 615 – 627).

#### 10.3.3.4.8 Stationäre Behandlung

Es sind keine Wirksamkeitsstudien für die stationäre Behandlung der komplexen PTBS bekannt. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) kam bislang vor allem für die



Behandlung von Patienten mit Borderline-Störung zum Einsatz. Sie stellt ein bewährtes Konzept dar, dessen Elemente nun auf die stationäre Behandlung von Patienten mit Komplexer PTBS zum Einsatz kommen. Die Vorschläge zur stationären Behandlung beziehen sich auf „Dialektische Behaviorale Therapie“ (DBT) für Posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit, wie sie von Bohus skizziert werden (Bohus, M. et al, 2011).

Die Besonderheit der Behandlung liegt im Umgang mit körperbezogenen Symptomen wie Selbsthass, Scham, Schuld und Ekel, die sich vor allem auf den eigenen Körper bezieht. Diese Gefühle haben durch langjährige psychische Prozesse im Austausch mit der sozialen Umgebung, insbesondere das Selbstkonzept betreffend, Verstärkung erfahren.

Die stationäre DBT stellt ein Intensivprogramm dar, das im Rahmen einer ambulanten Therapie von spezifisch ausgebildeten klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten vor- und nachbereitet wird. Vordergründig sollen die traumaassoziierten Emotionen durch adäquate realitätsbezogene Neubewertungen relativiert bzw. kompensiert werden. Automatische Verknüpfungen von Ekel, Angst, oder sexueller Erregung mit dem komplexen traumatischen Gedankenbündel können dadurch aufgelöst werden. Eine Akzeptanz des Erlebten, so wie es stattfand, verbunden mit dem Erleben der negativen Gefühlmischung, die nach kurzem Aufflammen wieder abklingt, stellt den zentralen zu erreichenden Schritt dar. Die Erinnerungen bleiben bestehen, werden jedoch erträglich anstatt unerträglich. Bohus et al. (2011) beziehen sich auf die von M. Linehan propagierte Balance zwischen „Acceptance and Change“. Die akzeptanzbasierten Verfahren wie etwa Übungen zur Achtsamkeit und veränderungsorientierte Tools wie die kognitive Restrukturierung greifen in diesem stationären Programm ineinander. Die Komposition der Module ist dementsprechend aufeinander bezogen. Bohus et al (2011) führen Beispiele für diese Balance an, etwa: „Das Leiden reduziert sich mit der Akzeptanz des Schmerzes.“ Oder: „Ich bin dafür verantwortlich, dass mein Lehrer mich vergewaltigte“ wird transformiert in: „Ich war zum Zeitpunkt des Traumas tatsächlich völlig ohnmächtig und wehrlos – aber das ist Vergangenheit.“ Sie schreiben: „Mit der Akzeptanz der Ohnmacht reduziert sich die Macht der Schuld und deren verheerende Wirkung auf das Selbstkonzept der Betroffenen.“

Die Maßnahme ist für 12 Wochen stationär bzw. teilstationär, eingebettet in eine multiprofessionelle Behandlungsgruppe, für eine homogene Störungsgruppe geplant. Das Team muss entsprechend trainiert sein, um erwünschtes Verhalten zu stärken und Problemverhalten mit möglichst wenig Aufmerksamkeit zu begegnen. Es besteht ein Behandlungsvertrag mit klaren Konsequenzen, etwa ein befristetes Time out, wenn dieser verletzt wird. Für alle Beteiligten ist geklärt, dass es zur Reaktivierung von belastenden Gefühlen durch die therapeutische Exposition kommen kann. Diese Gefühle haben allerdings keinen Realitätsbezug mehr. Das Programm durchläuft unterschiedliche Phasen der Behandlung, die von vorstationär über stationär zu poststationär übergeleitet werden. Diese Art der Traumabehandlung ist empirisch gesichert und manualisiert.

## 10.4 Persönlichkeitsstörungen

Die Befundlage nach ICD-10 bzw. DSM-IV beeindruckt durch einen sehr hohen Anteil im Bereich der Persönlichkeitsstörungen bei den TeilnehmerInnen der Studie.

Als Persönlichkeitsstörung bezeichnet man eine psychische Störung (psychiatrisches Krankheitsbild), bei dem der Patient Charaktereigenschaften bzw. -ausprägungen hat, die in Intensität, Dauer und Inhalt deutlich von der Norm abweichen.

Die betroffenen Personen sind einerseits einem besonderem Leidensdruck ausgesetzt, auch leidet häufig die Umgebung unter den Krankheitssymptomen. Die Bezeichnung „Persönlichkeitsstörung“ umfasst eine Gruppe von Syndromen, die man, früher Neurose, Hysterie oder Psychopathie nannte. Diese Begriffe waren aber sowohl stigmatisierend als auch inhaltlich unklar und werden deswegen heutzutage nicht mehr gebraucht. Neuer Studien haben gezeigt, dass 7 bis 12 % aller Menschen die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllen, im Durchschnitt aller Studien ergibt dies rund 10% Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung (Torgersen, 2012). Die Zusammenhänge mit Einkommen, Ausbildung und Geschlecht variieren über die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen, z. B tritt die Antisoziale Persönlichkeitsstörungen vermehrt bei Männern auf, die dependente Persönlichkeitsstörungen hingegen stärker bei Frauen (Torgersen, 2012). Persönlichkeitsstörungen zeigen einen chronischen Verlauf und beginnen bereits in der Kind- bzw. Jugendzeit (Skodol, 2012).

Die Grenze zwischen einer "normalen" Persönlichkeit und einer Persönlichkeitsstörung ist natürlich fließend und wird in Wissenschaft und Praxis intensiv diskutiert (Skodol, 2012). Es ist deswegen hoher Bedeutung, dass man zwischen Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung unterscheidet. Dabei ist darauf zu achten, ob ein Mensch durch seine Persönlichkeit in seiner sozialen Stabilität und Wohlbefinden deutlich gestört bzw. beeinträchtigt ist und seine Umgebung durch seinen Persönlichkeitsstil darunter leidet. Nur wenn dies gegeben ist, darf man von einer Persönlichkeitsstörung sprechen. Ein Mensch, der trotz eines sehr ausgeprägten, vielleicht sogar auffälligen Persönlichkeitsstils sozial stabil, nicht leidend und im sozialen Umgang für seine Mitmenschen nicht ausgeprägt belastend ist, hat keine Persönlichkeitsstörung.

Jede Persönlichkeitsstörung hat daher eine „Leiteigenschaft“, die auch namensgebend ist. In ihrer Übersteigerung führt diese Eigenschaft chronisch zu individuellen bzw. sozialen Konflikten.

Persönlicher Stil (Leiteigenschaft)	Persönlichkeitsstörung
Gewissenhaft, sorgfältig	Zwanghaft

Ehrgeizig, selbstbewußt	Narzistisch
Expressiv, emotional	Histrionisch
Wachsam, misstrauisch	Paranoid
Sprunghaft, spontan	Borderline
Anhänglich, loyal	Dependent
Zurückhaltend, einsam	Schizoid
selbstkritisch, vorsichtig	ängstlich-selbstunsicher
Selbstkritisch, vorsichtig	Ängstlich, unsicher
Ahnungsvoll, sensibel	Schizotypisch
Abenteuerlich, risikofreudig	Dissozial

Es werden demnach folgende Persönlichkeitsstörungen definiert:

- Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Schizotype Persönlichkeitsstörung
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Borderline Persönlichkeitsstörung
- Narzistische Persönlichkeitsstörung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
- Abhängige Persönlichkeitsstörung
- Sonstige Persönlichkeitsstörungen (Mischbilder)

#### 10.4.1 Ursachen der Persönlichkeitsstörung

Zu den möglichen Faktoren der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung rechnet man (hier anhand des Beispiels einer Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung)

- Eine neurobiologische Disposition (z.B. physiologische Übererregbarkeit)
- Frühe psychosoziale Lernerfahrungen (z.B. häufige Bestrafung für aktives, selbstsicheres Verhalten)

Aktuelle Verstärkung von fehlerhaften Verhaltensweisen (Vermeidung von sozialen Anforderungssituation führt zu unmittelbarer affektiver Entlastung)

## 10.4.2 Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

### *10.4.2.1 Motivation zur Behandlung*

Die Probleme von persönlichkeitsgestörten Patienten bestehen in der Regel schon seit der Kind- oder Jugendzeit und werden oftmals vom Patienten als wenig störend bzw. als unveränderbarer Teil ihrer Persönlichkeit angesehen oder auf spezifische Erlebnisse in der Kindheit zurückgeführt. Die Therapiemotivation ist bei diesen Patienten eher gering und die Therapien gestalten sich oftmals als recht schwierig. Manche Patienten sind sich der Probleme ihrer Persönlichkeit zwar bewusst (z.B. selbstunsicheres Verhalten, egoistische Tendenzen, dramatisierende Verhaltensweisen, selbstverletzendes Verhalten), wissen aber nicht, wie sie eine Änderung herbeiführen können. Andere Patienten zeigen die gleichen schweren Verhaltensauffälligkeiten, sind sich jedoch einer Problematik dessen nicht bewusst. Die eigentliche Behandlung von persönlichkeitsgestörten Patienten unterteilt sich in eine psychopharmakologische Therapie und eine psychotherapeutische Therapie.

### *10.4.2.2 Die psychopharmakologische Therapie der Persönlichkeitsstörung*

Es gibt keine psychopharmakologische Standardtherapie der Persönlichkeitsstörung, weswegen hier grundsätzlich syndromorientiert vorgegangen wird. D.h., dass man nicht die Persönlichkeitsstörung als solche zur Grundlage einer Entscheidung über die Medikation macht, sondern die hervorstehenden Symptome bzw. Beschwerden des Patienten.

### *10.4.2.3 Die psychotherapeutische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*

Vereinfacht ausgedrückt gibt es zwei wichtige Therapierichtungen, die sich spezifisch mit der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen befasst haben: 1. die Verhaltenstherapie und 2. die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Da die therapeutischen Konzepte und Prozesse recht umfangreich sind und spezifisch je Persönlichkeitsstörungen vorgehen, kann an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen werden. Es sei aber darauf verwiesen, dass Persönlichkeitsstörungen einer fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, die ausschließlich

von Experten durchgeführt werden soll. Dem sollte jedenfalls ein intensiver diagnostischer Prozess vorangehen.

Insbesondere für verhaltenstherapeutische Zugänge gibt es positive Ergebnisse in Wirksamkeitsstudien.

## 10.5 Weitere Maßnahmen

### 10.5.1 Soziale Absicherung

Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer betrug etwa 55 Jahre. Das Gros der Studienteilnehmer war bereits im Ruhestand.

Neben der erforderlichen psychischen Stabilisierung bedarf es also auch der sozialen Stabilisierung, die zum Teil nicht ausreichend gegeben ist. Insbesondere eine adäquate Altersversorgung ist anzustreben, d.h. zum einen bedarf es einer verbesserten sozialen Grundsicherung für jene, die an der Armutsgrenze oder bereits in Armut leben, zum anderen ist eine trauma-informierte soziale und medizinische Versorgung erforderlich.

### 10.5.2 Trauma-Informierte Versorgung

Trauma-informierte Versorgung bedeutet, dass die entsprechenden mit der Opfergruppe befassten Berufsgruppen in Grundzügen über die chronischen Folgeerscheinungen komplexer Traumatisierungen Kenntnis haben und ein entsprechendes Verhaltensrepertoire aufgebaut haben. Dies gilt insbesondere für die Kommunikation mit den Opfern. Kompetenzen im Umgang mit vorherrschenden Gefühlen wie Misstrauen, erhöhte Aggression, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Weinerlichkeit oder dem Gefühl des Verfolgtwerdens sind zu entwickeln und praktisch umzusetzen. Aber auch die Fähigkeit, Grenzen zu setzen, der Umgang mit dem eigenen Mitgefühl, sowie eine Ausbalancierung von Zuwendung und sachlicher Arbeit ermöglicht es den Betreuern einen hilfreichen Umgang mit den Betroffenen zu finden.

Dieselben Kompetenzen sind für Pflegekräfte erforderlich, zusätzlich bedarf es hier einer grundsätzlichen Aufklärung zum Thema Retraumatisierung. Pflegehandlungen besitzen das Potential, an die ursprünglichen, meist sexuellen Traumatisierungen zu erinnern, beispielsweise durch notwendige Berührungen im Intimbereich oder auch anderen Körperregionen. Die dabei entstehende körperliche Nähe kann traumatische Erinnerungen auslösen, insbesondere, wenn Menschen nicht mehr über ausreichende

kognitive Kompetenzen verfügen, um zu verstehen, wozu Pflegehandlungen erforderlich sind und die Realitätsverortung nicht mehr gelingt. Hier bedarf es einer Intensivierung der Schulungen für die ambulante und stationäre Pflege.

### 10.5.3 Medizinische Versorgung

Der Großteil medizinischer Versorgung wird durch Allgemeinmediziner umgesetzt. Ausreichend Kenntnisse in Bezug auf die richtige psychiatrische Medikation bei Patienten mit traumatischer Vorgeschichte sind bei Allgemeinmediziner\*innen i.d.R. nicht ausreichend gegeben, erforderlich wäre daher eine Zuweisung zu Fachärzt\*innen, die den Guidelines gemäß Medikation verschreiben können. Es wäre empfehlenswert, dass Allgemeinärzt\*innen evidenzbasierte Screening-Instrumente in ihre Anamnesen aufnehmen oder zumindest die Frage nach schwerwiegenden Lebensereignissen in das erste Patientengespräch aufnehmen, um eine adäquate weiterführende Behandlung ermöglichen zu können. Das bloße gut gemeinte Verordnen von beruhigender Medikation birgt die Gefahr der Suchtentwicklung mit sich und ändert an der bestehenden Ursache der Beschwerden nichts. Eine aktivere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen wäre diesbezüglich natürlich wünschenswert, ein gemeinsames Orientieren an den angeführten Guidelines, etwa durch gemeinsame Fortbildungen könnte ebenfalls hilfreich sein.

### 10.5.4 Einbeziehung der Angehörigen und Selbsthilfe

Angehörige: Angehörige von Menschen, die unter komplexen Traumafolgestörungen leiden, leben täglich mit den emotionalen Problemen, die die direkt betroffenen Menschen durchleiden. Psychoedukation, praktische Unterstützung im Fall von erforderlicher Pflegebetreuung der Betroffenen sowie das Erlernen hilfreicher Kommunikationsstrategien können zur Beziehungsqualität einen Beitrag leisten und die Stabilisierung des Betroffenen unterstützen. Die Integration in die stationäre sowie die ambulante Behandlung kann vom behandelnden Psychotherapeuten bzw. Psychologen durchgeführt werden.

Hilfe zur Selbsthilfe: Der Austausch in Selbsthilfegruppen hat für viele Betroffene den Vorteil, dass sie die Chance erhalten, sich weniger isoliert und ausgegrenzt zu fühlen. Die Erkenntnis, dass auch noch andere Menschen mit ähnlichen Erlebnissen und Problemen existieren, ist für viele Betroffene eine wichtige Erfahrung. Sie können einander unterstützen, indem sie z.B. hilfreiche Bewältigungsschritte austauschen. Gleichzeitig hat der Austausch der traumatischen Lebensereignisse retraumatisierendes Potential, da jede Lebensgeschichte an das eigene Leid erinnern kann. Es empfiehlt sich daher, Selbsthilfegruppe mit psychotraumatologischen Experten zu unterstützen, die durch

Psychoedukation und Unterstützung beim Erwerb hilfreicher Kommunikationstechniken das Retraumatisierungspotential reduzieren.

### 10.5.5 Wege in die Behandlung/Psychotherapie

Niederschwellige Angebote scheinen bislang gefehlt zu haben. Die Etablierung einer kostenfreien Helpline oder Vermittlungsstelle, die österreichweit Betroffene facheinschlägigen Institutionen oder Praxen zuweist, könnte ein adäquates Angebot darstellen. Die Empfehlungen orientieren sich an der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.

Ein anderer Weg, der insbesondere den Opfern der von Jugendwohlfahrtseinrichtungen der diversen Bundesländer sowie der Katholischen Kirche oder bei anderen Opferschutzeinrichtungen registrierten Personen oder Betroffenen ohne jede Anknüpfung an Opferschutzorganisationen (Dunkelziffer!) zu Gute käme, wäre die Etablierung psychosozialer Zentren, die für die Versorgung der genannten Gruppen zuständig sind. Auch der Ausbau vorhandener Zentren, mit entsprechenden psychotraumatologisch fundierte Kenntnisse ausgestattet, einem multiprofessionellem Ansatz und Vernetzung zu weiterführenden, insbesondere stationären und ambulanten Behandlungseinrichtungen für Betroffene komplexer Traumatisierungen, ist vorstellbar. Als Modell für noch zu etablierende Einrichtungen oder den Ausbau vorhandener Zentren könnte Esra dienen, eine Einrichtung der Kultusgemeinde, die vor allem den Überlebenden der Shoah und deren Nachkommen zur Verfügung steht. Eine detaillierte Analyse der einschlägigen Elemente der psychosozialen Versorgung zur Identifikation vorhandener Dienste sowie zur Erkennung von Mängel und Optimierungsmöglichkeiten wäre eine solide Grundlage für die Implementierung spezifischer traumabezogener Inhalte. Diese Fragestellung war jedoch nie Aufgabe der Studie, daher ist diese Empfehlung als Ziel zu verstehen.

## 10.6 Zusammenfassung der Empfehlungen für die psychosoziale und medizinische Versorgung

Die empfohlenen Aufklärungs- bzw. Kommunikationskompetenzen sind in ihren Grundlagen einfach zu vermitteln. Sie können in die Regelausbildung der Berufsgruppen, die für die Versorgung traumatisierter Erwachsener zuständig sind, aufgenommen werden (Klinische Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Allgemeinmediziner, Pflegepersonal, Sozialarbeiter). Fortbildungsveranstaltungen zum Umgang mit traumatisierten Personen können von den entsprechenden Fachgesellschaften angeboten werden. Die angeführten Empfehlungen zu klinisch-

psychologischer Traumabehandlung bzw. – Psychotherapie, Pflege, medizinischer Versorgung, psychosozialer Versorgung, Hilfe für Angehörige, Hilfe zur Selbsthilfe gehen über die Zielsetzungen der NÖ-Kommission hinaus. Beispielsweise könnte eine Arbeitsgruppe mit Vertretern von Berufsgruppen und psychosozialen Trägerorganisationen angeregt werden. Die Zielgruppe für die weiterentwickelten Versorgungsmöglichkeiten scheint jedenfalls gegeben, da einerseits die Dunkelziffer der Betroffenen von Gewalt und Missbrauch aus jenen Jahren hoch sein dürfte und andererseits Opfer, die sich bei anderen Kommissionen vorgestellt haben, ebenfalls von derartige Unterstützungsangeboten profitieren könnten. Die Empfehlungen haben allesamt den Charakter eines Zieles, eine detaillierte Analyse vorhandener psychosozialer Versorgungselemente wäre eine solide Basis für die Weiterentwicklung der Dienste in der empfohlenen Dimension.

## 10.7 Reflexion zur gesellschaftlichen Bedeutung

Die vorliegenden Forschungsergebnisse beinhalten Daten, die in ihrer Summe ein erschreckendes Bild ergeben. Sie verweisen auf die Notwendigkeit, stets eine gewaltfreie Erziehung einzufordern und die Rechte der Kinder zu wahren. In Bezug auf jenen Bevölkerungsteil, der in den 50er, 60er, 70er und auch noch 80er Jahren des 20. Jahrhunderts aufwuchs, finden sich heute viele Menschen, die ebenfalls Missbrauch und Gewalt in ihrer Kindheit und Jugend erlebten, aber weiterhin schweigen. Es ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen, für die es gilt auch weiterhin die Chance einer „Disclosure“ vor einer Opferschutzkommission zu wahren. Außerdem sollte weiterhin eine symbolische Entschädigungszahlung erfolgen, sowie Traumabehandlung bzw. – psychotherapie ermöglicht werden, immer im Wissen, das Geld, das Leiden nicht wieder gut machen kann.

Hilfe und Unterstützung für diesen Teil der Bevölkerung wird auch in Zukunft notwendig sein, denn die Altersversorgung komplex traumatisierter Menschen rückt zwar zunehmend ins Blickfeld der Verantwortungsträger, ist aber in der Praxis noch nicht ausreichend umgesetzt. Wissenschaftliche Forschung wird weiterhin erforderlich sein, z.B. um die Wirksamkeit der eingesetzten Methoden und Verfahren zu überprüfen. Insbesondere für ältere Personen aus ländlichen Regionen mit komplexen Traumatisierungen aus ihrer Kindheit stehen Studien zur Wirksamkeit von Behandlungen noch weitgehend aus. Ein Altern in Würde und Gesundheit wird Betroffenen von traumatischen Erlebnissen dadurch erschwert bis nahezu unmöglich gemacht

Detaillierte epidemiologische Studien zur Erfassung von einerseits Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung sowie deren psychopathologischer Konsequenzen fehlen für Österreich weitgehend, insbesondere in Bezug auf die heute Erwachsenen, aber auch für das Kindes- und Jugendalter. Detaillierte Erkenntnisse sind für wirkungsvolle präventive



Maßnahmen aber unabdingbar. Ohne derartiges Wissen wird eine bedarfs- und bedürfnisgerechte psychosoziale und medizinische Versorgung nur schwer sachgerecht umzusetzen sein.

Doch nicht nur die psychotraumatologische Komponente sollte verstärkt Beachtung finden. Die historische Aufarbeitung steht am Anfang. Das Öffnen der Archive jener Institutionen aus denen die Beschuldigten stammten, wäre ein weiterer Schritt, der ansteht. Erste diesbezügliche Schritte sind in Österreich bereits getan, die Aufarbeitung aller Missbrauchs- und Gewaltfälle in österreichischen Institutionen fehlt leider noch. Das Land NÖ hat seine Archive für diese Studie bereits geöffnet. Es konnte Akteneinsicht in die Dokumente genommen werden, wenn die Betroffenen ihre Zustimmung gaben. Hinsichtlich der Erforschung der Täter, den spezifischen institutionellen Kontexten, in denen die Taten ausgeführt wurden herrscht auch weiterhin Forschungsbedarf. Die Fragen nach Strukturen, die Gewalt und sexuellen Missbrauch begünstigten, die Ausbildungskonditionen, die Organisationskultur sowie die Analyse der damaligen Gesetzgebung und die historische Tradition der Häuser wartet noch auf eine fundierte Analyse. Diese Analyse ermöglicht einerseits die vollständige Aufarbeitung des Geschehenen, andererseits ermöglicht sie eine weitere symbolische Anerkennung der Leiden der damaligen Opfer, indem die verantwortlichen Entscheidungsträger der Gegenwart nach einer restlosen Aufklärung trachten.

Auf gesellschaftlicher Ebene bedarf es einer konsequenten Ächtung von Gewaltausübung gegenüber Kindern, Jugendlichen und Personen, die von der Hilfe durch Institutionen abhängen, verbunden mit der Forderung nach einem angemessenen Strafaufmaß für Täter und der Einsetzung von Behandlungsprogrammen für Täter in einem höheren Ausmaß als bislang. Ein konstantes Überprüfen der gesellschaftliche Haltung und somit auch der kirchlichen Haltung zu Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung, verbunden mit der Einforderung der Wahrung der Menschenrechte und Kinderrechte als Konsequenz ist die gesellschaftlich erforderte Antwort.

Als weitere gesellschaftliche Aufgaben können Behörden sowie Entscheidungsträger die Maßnahmen und Zielsetzungen der modernen Jugendwohlfahrt in der Öffentlichkeit kommunizieren und sie gegenüber menschenrechtlichen, insbesondere gegenüber den Kinderrechten zu öffnen. Eine Drohung wie etwa „sonst kommst Du ins Heim“ sollten gegenüber jedem Kind ihre Wirkung verlieren, denn Kinder sollten wissen, dass ins Heim kommen vor allem ihrer Erholung von schwierigen Lebensumständen dient, die es ihnen ermöglicht Versäumtes nachzuholen, sich von den Belastungen zu befreien und in verbesserte Bedingungen nach Hause zurückkehren werden.

## 11 Anhang

Tabelle 22 Diagnosen nach ICD-10 (lifetime, derzeit, gesamt)

Diagnose	Prävalenz	
	N	%
<b>F0 Organische, einschließlich symptomatisch psychische Störungen</b>		
Gesamt	1	2,2
Derzeit	0	0,0
Lifetime	1	2,2
<b>F1 Störungen durch Substanzen</b>		
Gesamt	25	54,3
Derzeit	4	8,7
Lifetime	24	52,2
<b>F1.0 Alkohol</b>		
Gesamt	25	54,3
Derzeit	3	6,5
Lifetime	23	50,0
<b>F1.1 Opiate</b>		
Gesamt	2	4,3
Derzeit	1	2,2
Lifetime	1	2,2
<b>F1.2 Cannabinoide</b>		
Gesamt	8	17,4
Derzeit	1	2,2
Lifetime	7	15,2
<b>F1.3 Sedativa/Hypnotika</b>		
Gesamt	8	17,4

Derzeit	0	0,0
Lifetime	8	17,4
F1.4 Kokain		
Gesamt	2	4,3
Derzeit	0	0,0
Lifetime	2	4,3
F1.5 Stimulantien		
Gesamt	7	15,2
Derzeit	0	0,0
Lifetime	7	15,2
F1.6 Halluzinogene		
Gesamt	2	4,3
Derzeit	0	0,0
Lifetime	2	4,3
F1.9 Polytoxikomanie		
Gesamt	5	10,9
Derzeit	0	0,0
Lifetime	5	10,9
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		
F3 Affektive Störungen		
Gesamt	26	56,5
Derzeit	10	21,7
Lifetime	18	39,1
F31 Bipolare affektive Störung I		
Gesamt	3	6,5
Derzeit	2	4,3
Lifetime	1	2,2
F31 Bipolare affektive Störung II		
Gesamt	1	2,2
Derzeit	1	2,2
Lifetime	0	0,0
F32 Depressive Episode / Major Depression		

Gesamt	17	37,0
Derzeit	1	2,2
Lifetime	16	34,8
F34.1 Dysthymia		
Gesamt	7	15,2
Derzeit	6	13,0
Lifetime	1	2,2
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen		
Gesamt	35	76,1
Derzeit	26	56,5
Lifetime	16	34,8
F40 Phobische Angststörungen		
F40.0 Agoraphobie (ohne Panikstörung)		
Gesamt	5	10,9
Derzeit	5	10,9
Lifetime	0	0,0
F40.1 Soziale Phobie		
Gesamt	7	15,2
Derzeit	6	13,0
Lifetime	1	2,2
F40.2 Spezifische Phobie		
Gesamt	15	32,6
Derzeit	2	4,3
Lifetime	13	28,3
F41 andere Angststörungen		
F41.0 Panikstörung mit Agoraphobie		
Gesamt	4	8,7
Derzeit	4	8,7
Lifetime	0	0,0
F41.0 Panikstörung ohne Agoraphobie		
Gesamt	1	2,2
Derzeit	0	0,0

Lifetime	1	2,2
F41.1 generalisierte Angststörung		
Gesamt	3	6,5
Derzeit	0	0,0
Lifetime	3	6,5
F42 Zwangsstörung		
Gesamt	3	6,5
Derzeit	2	4,3
Lifetime	1	2,2
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung		
Gesamt	34	73,9
Derzeit	21	45,7
Lifetime	13	28,3
F43.2 Anpassungsstörung		
Gesamt	1	2,2
Derzeit	0	0,0
Lifetime	1	2,2
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren		
F50.9 Nnb Essstörungen (binge eating)		
Gesamt	1	2,2
Derzeit	0	0,0
Lifetime	1	2,2
F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen	30	65,2
F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung	9	19,6
F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung	6	13,0
F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung	5	10,9
F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	6	13,0
F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung	0	0,0
F60.5 Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	8	17,4
F60.6 Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung	8	17,4
F60.7 Dependente Persönlichkeitsstörung	0	0,0

F60.8 Sonstige Persönlichkeitsstörung	2	4,3
F60.9 Nnb Persönlichkeitsstörung	5	10,9
F91 Störungen des Sozialverhaltens in der KiJu Zeit	2	4,3

### Anzahl der Fälle nach Abschluss des zweiten Clearings

Insgesamt haben sich bis dato 171 Betroffene gemeldet, wobei 11 Fälle aufgrund des 1. Clearings wegen fehlender Zuständigkeit etc. nicht einer weiteren Bearbeitung zuführen mussten. Somit verblieben dzt. 160 Fälle.

Tabelle 23 Fälle nach Abschluss des zweiten Clearings

Anzahl der Fälle, die nach Abschluss des 2. Clearings in die Zuständigkeit der Opferschutzkommission NÖ fallen	160
davon weiblich	34
davon männlich	126

### Auflistung nach Geburtsjahren

Aufgrund der Geburtsjahre ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 24 Altersverteilung

Geburtsjahr	Anzahl	Geburtsjahr	Anzahl
1933	1	1960	6
1935	1	1961	7
1937	3	1962	6
1938	1	1963	8
1939	1	1964	3
1940	2	1965	3
1941	3	1966	5
1943	5	1967	8
1944	2	1968	6
1945	3	1969	4
1946	1	1970	8
1947	2	1972	1

1948	3		1973	2
1950	2		1974	3
1951	2		1976	1
1952	4		1977	2
1953	6		1978	1
1954	6		1979	1
1955	4		1980	1
1956	6		1982	1
1957	8		1983	1
1958	6		1986	1
1959	8		1990	1

## 12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Darstellung der Teilnahmemöglichkeiten .....	21
Abbildung 2 Repräsentativität der Studienteilnehmer: Alter .....	31
Abbildung 3 Repräsentativität der Studienteilnehmer: Geschlecht .....	31
Abbildung 4 Jahresverteilung aller Taten .....	39
Abbildung 5 Jahresverteilung der ersten Taten .....	39
Abbildung 6 BSI Wertevergleich zwischen Betroffenen mit und ohne PTBS.....	41
Abbildung 7 Vergleich der PTBS Häufigkeit zwischen NÖ und den Opfern der Katholischen Kirche .....	42
Abbildung 8 Copingstile bei Personen mit und ohne PTBS.....	43
Abbildung 9 Optimismus und Pessimismus bei Personen mit und ohne PTBS.....	43
Abbildung 10 Disclosure bei Personen mit und ohne PTBS .....	44
Abbildung 11 Übereinstimmung der Gründe für Unterbringung (Betroffene vs. Akt) ....	55
Abbildung 12 Übereinstimmung aller Gründe zusammen .....	56



## 13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Familienstand.....	29
Tabelle 2 Ausbildungsstatus .....	29
Tabelle 3 Vergleich Stichprobe und Allgemeinbevölkerung.....	29
Tabelle 4 Risiko- / Schutz- / Familiäre Faktoren .....	32
Tabelle 5 Körperliche Gewalt .....	34
Tabelle 6 Sexuelle Gewalt.....	35
Tabelle 7 Psychische Gewalt .....	36
Tabelle 8 Kombinationen der Gewaltformen .....	36
Tabelle 9 Anzahl möglicher Kombinationen je Gewaltform .....	37
Tabelle 10 Anzahl Taten pro betroffener Person .....	38
Tabelle 11 Alter und Dauer .....	38
Tabelle 12 Nennung von Tätern durch Betroffene nach Funktion und Geschlecht.....	40
Tabelle 13 Suizid .....	44
Tabelle 14 Zusammenfassung der psychischen Störungen nach DSM-IV lifetime und aktuell .....	46
Tabelle 15 Zusammenhang zwischen Dauer und Anzahl der Taten .....	47
Tabelle 16 Wünsche der Betroffenen.....	48
Tabelle 17 Kontakt zu den Angehörigen.....	51
Tabelle 18 Wichtigste Menschen im Leben .....	52
Tabelle 19 Gründe für die Heimunterbringung.....	53
Tabelle 20 Ablauf der Unterbringung.....	57
Tabelle 21 Heime - Tatorte.....	58
Tabelle 22 Diagnosen nach ICD-10 (lifetime, derzeit, gesamt).....	81
Tabelle 23 Fälle nach Abschluss des zweiten Clearings .....	85
Tabelle 24 Altersverteilung.....	85

## 14 Literaturverzeichnis

- Bange, D., & Körner, W. (2002). *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch*: Hogrefe Verlag GmbH
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*: Springer London, Limited.
- Chaudoir, S. R., & Fisher, J. D. (2010). The Disclosure Processes Model: Understanding Disclosure Decision Making and Postdisclosure Outcomes Among People Living With a Concealable Stigmatized Identity. *Psychological Bulletin*, *136*(2), 236-256. doi: Doi 10.1037/A0018193
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(6), 615-627. doi: Doi 10.1002/Jts.20697
- Colton, M. (2002). Factors associated with abuse in residential child care institutions. *Children & Society*, *16*(1), 33-44. doi: 10.1002/chi.683
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). [Clinical Trial Comparative Study Validation Studies]. *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, *3*, 595-605.
- DiScala, C., Sege, R., Li, G. H., & Reece, R. M. (2000). Child abuse and unintentional injuries - A 10-year retrospective. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *154*(1), 16-22.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, *25*(12), 1627-1640. doi: Doi 10.1016/S0145-2134(01)00293-9
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, *111*(3), 564-572. doi: DOI 10.1542/peds.111.3.564
- Ellonen, N., & Poso, T. (2011). Violence Experiences in Care: Some Methodological Remarks based on the Finnish Child Victim Survey. *Child Abuse Review*, *20*(3), 197-212. doi: Doi 10.1002/Car.1181
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual*: Multi-Health Systems, Incorporated.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the Treatment of Sexually Abused-Children - a Review and Recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*(11), 1408-1423. doi: Doi 10.1097/00004583-199511000-00007
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Holt, M. (2009). Pathways to poly-victimization. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Child Maltreatment*, *14*(4), 316-329. doi: 10.1177/1077559509347012
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*(1), 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Child Abuse & Neglect*, *31*(5), 479-502. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.012
- Finkelhor, D., Williams, L., & Burns, N. (1988). *Nursery Crimes: A Study of Sexual Abuse in Daycare*. Newbury Park: Sage.

- Ford, D. A., & Regoli, M. J. (1993). The criminal prosecution of wife assaults. In N. Z. Hilton (Ed.), *Legal response to wife assault* (pp. 127 - 164). Newbury Park: SAGE.
- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2000). *BSI: Brief symptom inventory von LR Derogatis; Kurzform der SCL-90-R*; deutsche Version: Beltz Test.
- Gallagher, B. (1999). The abuse of Children in Public Care. *Child Abuse Review*, 8, 357-365.
- Gallagher, B., Hughes, B., & Parker, H. (1996). The nature and extent of known cases of organised child sexual abuse in England and Wales. In P. Bibby (Ed.), *Organised Abuse: The Current Debate*. (pp. 215-230). Aldershot: Arena.
- Gavin, H. (2011). Sticks and Stones May Break My Bones: The Effects of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma Violence Abuse*, 20(5), 503-529. doi: 10.1080/10926771.2011.592179
- Goffman, E. (1987). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Vol. reprint). London: Penguin Books.
- Hartwig, L., & Hensen, G. (2008). *Sexueller Missbrauch und Jugendhilfe*. München: Juventa Verlag.
- Kälin, W. (1995). Deutsche 24-Item Kurzform des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) von Enderl NS, Parker JDA. Übersetzung von Semmer N, Tschan F, Schade V (unveröffentlichter Fragebogen). Bern: Institut für Psychologie, Universität Bern.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12(2), 210-224. doi: 10.1037//1040-3590.12.2.210
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Jagsch, R., Moy, Y., Butollo, A., & Knefel, M. (2012). Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche. Physical, sexual and emotional violence in Catholic Church: A Psychotraumatological Examination Retrieved from [http://ppcms.univie.ac.at/fileadmin/usermounts/luegerb8/Abschlussbericht\\_20121207.pdf](http://ppcms.univie.ac.at/fileadmin/usermounts/luegerb8/Abschlussbericht_20121207.pdf)
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3 ed.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(5), 1525-1542.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
- Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J., & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DD - Entwicklung eines FB zum Offenlegen von Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 413 - 427.
- Omarzu, J. (2000). A disclosure decision model: Determining how and when individuals will self-disclose. *Personality and Social Psychology Review*, 4(2), 174-185. doi: Doi 10.1207/S15327957pspr0402\_05
- Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2010). History of Maltreatment and Mental Health Problems in Foster Children: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 462-472. doi: DOI 10.1093/jpepsy/jsp114
- Parsons, J., & Bergin, T. (2010). The impact of criminal justice involvement on victims' mental health. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 182-188. doi: 10.1002/jts.20505
- Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Banos, R. M., Alcaniz, M., . . . Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging Ment Health*, 16(8), 964-974. doi: 10.1080/13607863.2012.702726

- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi: Doi 10.1097/01.Chi.0000037029.04952.72
- Riggs, S. A. (2010). Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5-51. doi: 10.1080/10926770903475968
- Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Best, C. L. (2004). Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from the National Women's Study. *Child Maltreat*, 9(1), 62-77. doi: 10.1177/1077559503260309
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Stockhammer, T., & Hood, J. (2002). An ecological framework for understanding risk for exposure to community violence and the effects of exposure on children and adolescents. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 423-451. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00078-7
- Saunders, B. E. (2003). Understanding children exposed to violence - Toward an integration of overlapping fields. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 356-376. doi: Doi 10.1177/0886260502250840
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Skodol, A. E. (2012). Diagnosis and DSM-5: Work in Progress. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 35 - 185). New York: Oxford University Press.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Stein, M. (2006). Research Review: Young people leaving care. *Social Work*, 11(3), 273-279.
- Teegen, F. (1997). Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) des National Center for PTSD. *Boston, Hamburg: Universität Psychologisches Institut III*.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (pp. 186 - 205). New York: Oxford University Press.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2007). Family Structure Variations in Patterns and Predictors of Child Victimization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 282-295. doi: 10.1037/0002-9432.77.2.282
- Ullman, S. (2000). Psychometric characteristics of the social reactions questionnaire. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 257 - 271.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. M. (1991). The PTSD checklist-civilian version (PCL-C). *FW Weathers National Center for PTSD, Boston Veterans Affairs Medical Center 150 S. Huntington Avenue; Boston, MA, 2130*.
- White, I. A., & Hart, K. (1995). *Report of the Inquiry into the Management of Child Care in the London Borough of Islington*. London: London Borough of Islington.
- WHO. (2002). Child abuse and neglect by parents and other care giver - chapter 3. In WHO (Ed.), *World report on violence and health* (pp. 58 - 86). Geneva: World Health Organisation.
- WHO. (2003). WHO Weltbericht Gewalt und Gesundheit Zusammenfassung (pp. 73). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 53-63. doi: DOI 10.1016/j.chiabu.2011.07.004

