

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin

# **Reviktimisierung und Posttraumatische Belastungsstörung als Folgen interpersoneller Gewalt**

**Risikofaktoren und zugrundeliegende Mechanismen**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie

(Dr. phil.)



vorgelegt von

Dipl.-Psych.

Estelle Simone Bockers

Berlin, 2015

Erstgutachterin: Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Babette Renneberg

Disputation: 13.07.2015

*Glaube nicht, es muß so sein, weil es so ist und immer so war. Unmöglichkeiten sind Ausflüchte steriler Gehirne. Schaffe Möglichkeiten.*

(Hedwig Dohm, \*1831)



# Danksagung

---

Zunächst möchte ich mich bei Prof. Dr. Christine Knaevelsrud bedanken, die mir die Möglichkeit gab und mich ermutigt hat bei ihr zu promovieren. Ich bin dankbar für ihr Vertrauen und ihre stets zuversichtliche Haltung. Auch wäre ohne ihre Unterstützung bei der Beantragung finanzieller Mittel dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Danke an Prof. Dr. Babette Renneberg, die durch ihre Unterstützung und ihre warmherzig-kritische Haltung dieses Projekt mitgetragen hat. Es ist schön ein Teil ihrer Arbeitsgruppe gewesen zu sein.

Ich bedanke mich bei den Mitgliedern der Promotionskommission Prof. Dr. Nina Knoll, Dr. Stefan Röpke und Dr. Ulrike Zetsche für Ihre Zeit und Ihr Interesse.

Vielen Dank an Dr. Stefan Röpke und Prof. Dr. Lars Michael für Ihre kooperative Mitwirkung durch technische Unterstützung, Korrekturlesen und die Möglichkeit zur Datenerhebung.

Ein großer Dank gilt allen Teilnehmerinnen der Studien, die trotz ihrer oft hohen psychischen Belastung, bereit waren durch ihre Angaben diese Forschung zu ermöglichen.

Weiterhin danke ich all meinen Kolleginnen und Kollegen des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin für die angenehme, unterstützende Atmosphäre in unserer Arbeitsgruppe. Ein besonderer Dank geht an Dr. Lars Schulze und Dr. Ulrike Zetsche für ihre große wissenschaftliche, praktische und emotionale Unterstützung beim Verfassen dieser Arbeit und in vielen anderen Lebensbereichen. Lars, danke für Deine immerwährende Hilfsbereitschaft, Deinen Rückhalt und die unvergessliche gemeinsame Zeit in unserem Büro. Danke, Ulli für Deine Wertschätzung und Deine stets wertvollen, motivierenden und einfühlsamen Ratschläge. Herzlicher Dank geht auch an Pavle Zagorscak, für die vielen bereichernden Gespräche, danke, Pavle für Deinen Scharfsinn

und Deinen Humor. Wie schön, dass aus unserer Zusammenarbeit so wertvolle Freundschaften entstanden sind.

Vielen Dank an Marina Benoit für ihr gewissenhaftes Korrekturlesen und ihre moralische und logistische Unterstützung.

Danke auch an Daniela Paterno, Simone Haberl, Mira Assmann, Annika Küster und Matthias Weiler für die Unterstützung bei der Datenerhebung und die vielen arbeitserleichternden Hilfeleistungen.

Herzlicher Dank an Sanam Afrashteh, Salome Dastmalchi und Timm Peltner für ihr professionelles, unkompliziertes Mitwirken beim Einsprechen des Stimulusmaterials.

Meinen Eltern danke ich für ihre fortwährende Unterstützung. Danke, Papa für Dein großes Interesse an meiner Arbeit. Besonders danke ich Dir, Mama, dass Du immer für mich da bist. Danke Sarah, dass ich stets auf Deine Hilfe vertrauen kann.

Sven, danke, dass Du an meiner Seite bist, danke für Deine Liebe und Wertschätzung. Ich freue mich auf jeden weiteren Tag mit Dir.

# Inhaltsverzeichnis

---

## Kapitel 1

<b>Theoretischer Hintergrund</b>	<b>11</b>
Einleitung	11
Interpersonelle Viktimisierung	14
Folgen interpersoneller Viktimisierung	15
Allgemeine physiologische und psychische Folgen	15
Reviktisierung	17
Posttraumatische Belastungsstörung	20
Schuld und Scham	21
Ziele und Forschungsfragen	23

---

## Kapitel 2

<b>Studie I: Reviktisierung: Ein bio-psycho-soziales Vulnerabilitätsmodell</b>	<b>25</b>
Zusammenfassung	26
Abstract	26
Einleitung	27
Methodisches Vorgehen	31
Ergebnisse	32
Mit Reviktisierung assoziierte Faktoren	32
Theorien zu Reviktisierung	42
Ableitung eines integrativen bio-psycho-sozialen Modells der Reviktisierung	45
Diskussion	48
Limitierungen und Forschungsausblick	48
Fazit für die Praxis	50

---

## Kapitel 3

<b>Studie II: Sexuelle Reviktisierung – Bindungsbezogene Angst als zugrundeliegender Mechanismus?</b>	<b>51</b>
Einleitung	52
Reviktisierung	52
Bindung	53
Ergebnisse und Diskussion	55
Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Reviktisierung	55
Bindung – stabil oder veränderbar?	56
Fazit	57

<b>Studie III: Risk Recognition, Attachment Anxiety, Self-Efficacy, and State Dissociation</b>	
<b>Predict Revictimization</b>	<b>59</b>
Abstract	60
Introduction	61
Variables associated with victimization and revictimization	61
Study aim and hypotheses	64
Materials and Methods	66
Ethics statement	66
Sample and recruitment	66
Measures	67
Procedure	71
Data Analysis	71
Results	73
Baseline group differences	73
Logistic Regression Analysis Predicting Revictimization	74
Discussion	76

<b>Studie IV: Generalized Guilt and Shame differentiate between interpersonally traumatized Women with and without Posttraumatic Stress Disorder</b>	<b>81</b>
Abstract	82
Introduction	83
Methods	85
Participants	85
Procedure	85
Measures	86
Data Analysis	87
Results	88
Discussion	90

<b>Übergeordnete Diskussion</b>	<b>93</b>
Risikofaktoren für Reviktimisierung	94
Empirische Überprüfung der Risikofaktoren für Reviktimisierung	96
Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS	100
Stärken und Limitierungen	102
Klinische Implikationen	104



<b>Zusammenfassung</b>	<b>109</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>113</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>135</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>135</b>
<b>Summary</b>	<b>137</b>
<b>Selbstständigkeitserklärung</b>	<b>139</b>



# Theoretischer Hintergrund

---

## Kapitel 1

### Einleitung

Verhaltens- und Beziehungsmuster, die trotz ihrer dysfunktionalen Anteile ontogenetisch überdauern oder sich über die Lebensspanne wiederholen sind vielen Menschen gutbekannt. Manche Menschen handeln in Beziehungen beispielsweise wiederholt (pseudo-) altruistisch und sind enttäuscht darüber, nie „etwas zurück zu bekommen“. Andere geraten in Beziehungen immer wieder in heftige Auseinandersetzungen, die zu Beziehungsabbrüchen führen können. Wieder andere gehen wiederholt Beziehungen mit PartnerInnen ein, die sich ablehnend oder aggressiv verhalten oder mit PartnerInnen, von denen sie verlassen werden. Häufig erscheint es, dass auch wenn die Beziehungspartner selbst wechseln, sich die Struktur der Beziehungen an sich nicht zu ändern scheint. Solche Verhaltens- und Beziehungsmuster sind je nach ihrer Ausprägung nicht zwangsläufig pathologisch, können jedoch zu hohem Leidensdruck führen. Horowitz (1991) beschrieb das Phänomen der sich permanent wiederholenden Beziehungsmuster, die mit wenig Kontrolle der Betroffenen über ihr eigenes Verhalten und wiederholtem Leidensdruck einhergehen, als *maladaptive interpersonale Muster*.

Je aversiver die Folgen dysfunktionaler Verhaltensmuster für ein Individuum sind, desto unverständlicher erscheint die Stabilität und Wiederholung ebensolcher Muster. Verhaltens- und Beziehungsmuster, die wiederholt dazu beitragen, dass Individuen Situationen interpersoneller Gewalt ausgesetzt werden, erscheinen für die Betroffenen besonders dysfunktional und belastend. Jede neue Traumatisierung resultiert in einem erhöhten Risiko für die Entstehung und Intensivierung psychischer Belastungen und Störungen wie z.B. der Posttraumati-

schen Belastungsstörung (Maercker, 2013). Ein funktionaler Anteil in Verhaltensmustern, die wiederholt dazu beitragen Opfer interpersoneller Gewalt zu werden scheint zunächst nicht erkennbar. Lerntheoretisch ist es daher schwer erklärbar warum sich Frauen, die in ihrer Kindheit interpersonell viktimisiert wurden, mit einer stark erhöhten Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter wiederholt auf missbräuchliche Situationen und Beziehungen einlassen, bzw. diese später verlassen als zuvor nicht-viktimisierte Frauen (Dardis et al., 2014; Iverson et al., 2011; Loeb et al., 2014; Meadows et al., 1997; Miller, 2014; Naugle, 2000).

Es stellt sich somit die Frage, warum Personen, die in der Kindheit und Jugend viktimisiert wurden, häufig später wiederholt interpersonelle Gewalt erleben, auch wenn sie nicht mehr Teil des ursprünglichen TäterInnensystems sind. Wie kommt es, dass – gerade nach so gravierenden negativen Erlebnissen wie Traumatisierungen – einige Menschen es schaffen aus dem Zirkel der Gewalt auszusteigen, andere jedoch in der Folge immer wieder zum Opfer werden und es ihnen nicht gelingt alte Verhaltens- und Beziehungsmuster zu durchbrechen? Welche intrapsychischen Variablen wirken protektiv, welche als Risikofaktoren?

Theoretische Erklärungen für die Stabilität maladaptiver Verhaltens- und Beziehungsmuster finden sich sowohl in der psychodynamischen Literatur als auch in der kognitiven Schematheorie (Freud, 1926; OPD, 2014; Grawe et al., 1994). Der Arbeitskreis OPD (2014) sieht die Funktion der Wiederholung bekannter und maladaptiver Interaktionen in dem Bedürfnis des Individuums, neue und überfordernde Erfahrungen zu limitieren. Darauf sei das Individuum je mehr angewiesen, desto eingeschränkter es in seinen Ich-Fähigkeiten und Abwehrmöglichkeiten sei, dh. desto labiler seine Persönlichkeitsstruktur ist.

Auf dieser Grundlage wird trotz der offensichtlichen Dysfunktionalität der Verhaltensweisen, die Reviktimisierung begünstigen, eine intrapsychische Funktion dieser Verhaltensweisen für das Individuum angenommen. Um das Phänomen der Reviktimisierung besser zu verstehen, erscheint es vor diesem Hintergrund notwendig, diese intrapsychischen Funktionen der maladaptiven Verhaltensweisen, die Reviktimisierung zugrunde liegen sowie die hiermit assozi-

ierten behavioralen Risikofaktoren (z.B. ein längeres Verbleiben in Risikosituationen) für Reviktimisierung aufzuspüren und besser zu begreifen. Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, mögliche behaviorale Risikofaktoren spezifisch für Reviktimisierung, und funktionale Variablen, die diesen Risikofaktoren zugrunde liegen könnten, theoretisch zu identifizieren (Studien I und II) und empirisch zu belegen (Studie III).

Weitere Aufmerksamkeit der vorliegenden Arbeit galt dem Zusammenhang von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und generalisierter Schuld- und Schamneigung nach dem Erleben interpersoneller Gewalt. Sowohl PTBS als auch intensives Erleben von Schuld und Scham sind häufige Folgen interpersoneller Viktimisierung. Affekte von Schuld und Scham die sich auf das traumatische Ereignis beziehen, gelten seit den Neuerungen des DSM-5 (APA, 2013) als essentielle Bestandteile posttraumatischer Symptomatik und werden als Risikofaktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung von PTBS diskutiert. *Generalisierte Schuld- und Schamneigung*, d.h. die verstärkte Tendenz mit Schuld und Scham auf Alltagssituationen zu reagieren, im Kontext von PTBS sind dagegen kaum untersucht. Die vorliegende Arbeit untersucht empirisch den Zusammenhang von PTBS und generalisierter Schuld- und Schamneigung und erörtert praktische Implikationen (Studie IV).

Vor der Präsentation der einzelnen Studien wird im ersten Kapitel zunächst ein umfassender theoretischer Überblick über interpersonelle Viktimisierung und mögliche Folgen des Erlebens interpersoneller Gewalt gegeben. Hierbei wird insbesondere auf Reviktimisierung, PTBS und Schuld und Scham eingegangen. In den folgenden Kapiteln werden die vier im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Studien dargelegt, die in Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, bzw. zur Veröffentlichung eingereicht wurden. Im sechsten Kapitel werden die Hauptergebnisse der Dissertation zusammengefasst und diskutiert. Abschließend werden klinische Implikationen abgeleitet.

## Interpersonelle Viktimisierung

### *Definition*

Als *interpersonelle Viktimisierung* wird in der vorliegenden Arbeit das Erleben sexueller und/oder physischer Gewalt bezeichnet, die durch das Opfer gemäß DSM-IV-Kriterien (APA, 1994)<sup>1</sup> als traumatisch erlebt wurde, dh.,

- (1) mit dem Erleben von tatsächlichem oder drohendem Tod, tatsächlicher oder drohender ernsthafter Körperverletzung oder einer Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von einem selbst oder Anderen und
- (2) mit einer Reaktion starker Angst, Hilflosigkeit oder Grauen einherging. Dies kann sich bei Kindern in Form von desorganisiertem oder agitiertem Verhalten äußern.

Diese „strenge“ Definition des Begriffs Viktimisierung wurde in der vorliegenden Arbeit aus methodischen Gründen gewählt, um eine suffiziente Trennschärfe der Untersuchungsgruppen zu gewährleisten. Die Autorin möchte damit nicht unbeachtet lassen, dass auch Vernachlässigung und emotionale Gewalt traumatisch wirken können, und dass auch nicht-traumatisch erlebte Formen von Gewalt psychische Beeinträchtigungen auslösen können.

### *Prävalenz*

Aufgrund der hohen Dunkelziffer lassen sich die realen Prävalenzraten von sexueller und physischer Gewalt an Kindern anhand von Kriminalstatistiken nur schwer abbilden (Wöller, 2014). Der Dunkelfeldanteil von sexueller Gewalt an Kindern wird auf 80% geschätzt (Stadler et al., 2012). In verschiedenen Studien schwanken die Prävalenzen in Abhängigkeit von Definition, Erhebungsmethode, Alter der Kohorte und Geschlecht der Opfer zwischen 2 und 25,2% für sexuellen Missbrauch und zwischen 9,4 und 18% für körperliche Misshandlung (Lampe, 2002). In aktuellen für Deutschland repräsentativen Studien werden Prävalen-

---

<sup>1</sup> Der Zeitpunkt der Planung der vorliegenden Arbeit lag vor dem Erscheinen des DSM 5.

zen von 12,5% für sexuellen Missbrauch (Häuser et al., 2010), und von 15,3 % für schwere physische Gewalt in der Kindheit berichtet (Baier et al., 2009). Sexueller Missbrauch, körperliche und emotionale Gewalt sowie Vernachlässigung treten häufig gemeinsam auf. So erleben beispielsweise 64,3% aller sexuell missbrauchten Kinder und Jugendlichen zugleich körperliche Gewalt durch die Eltern (Wetzels & Pfeiffer, 1995). Sexuelle und physische Gewalt an Kindern findet meist im sozialen Nahraum des Opfers statt, die TäterInnen können zugleich enge Bezugspersonen sein. Entgegen der weitverbreiteten Auffassung treten interpersonelle Viktimisierungen häufiger in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status sowie in sozial isolierten Familien auf (Wöller, 2014). Die Opfer sexueller Gewalt sind überwiegend weiblich, die TäterInnen, auch bei sexuellen Übergriffen auf Jungen, überwiegend männlich (Bieneck et al., 2011). Jungen und Mädchen erleben etwa gleich häufig physische Gewalt durch die Eltern. Diese wird zu etwa gleichen Teilen durch Mütter und durch Väter ausgeübt. Mädchen erleben etwas häufiger physische Gewalt durch die Mutter und Jungen etwas häufiger durch den Vater. Dabei greifen Väter jeweils etwas häufiger zu schweren Gewaltformen als Mütter (Baier et al., 2009).

Als sog. „man-made desaster“ bergen sowohl physische als auch sexuelle Viktimisierungen ein hohes Traumatisierungsrisiko und damit auch ein hohes Risiko Traumafolgestörungen nach sich zu ziehen (Flatten, 2011).

## **Folgen interpersoneller Viktimisierung**

### **Allgemeine physiologische und psychische Folgen**

Interpersonelle Viktimisierungen können sowohl (neuro-)physiologische als auch psychische Veränderungen bewirken. Auf hirnebene sind infolge von Traumatisierungen insbesondere morphologische und funktionale Änderungen im medialen präfrontalen Kortex, der Amygdala und im Hippocampus, sowohl bei Personen mit PTBS als auch bei gesunden Personen, gut belegt (Bremner et al., 2003a; Dannlowski et al., 2012; Woon et al., 2009; Woon et al., 2010). Die Größe und Funktion von Hirnstrukturen wie z.B. des medialen prä-

rontalen Kortex werden durch frühe Umweltbedingungen beeinflusst, wiederholte früh erlebte Gewalt können zu dauerhaften Volumenverlusten führen (Markowitsch & Welzer, 2005; Egle et al., 2014). Volumenreduktionen in o.g. Hirnstrukturen können die physiologische Grundlage darstellen für psychische Defizite in verschiedenen Bereichen wie z.B. der kognitiven Beurteilung affektiver Stimuli, der Fähigkeit Intentionen Anderer zu erkennen und Bindungsverhalten (medialer präfrontalen Kortex), Emotionsregulation (Amygdala) oder Gedächtnisprozesse (Hippocampus). Neben hirnhypophysischen Veränderungen können Traumatisierungen auch hormonelle Veränderungen bedingen. Traumatisierte PatientInnen zeigen Dysfunktionen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, die die physiologische Stressantwort über die Ausschüttung verschiedener Hormone wie Adrenalin, Noradrenalin, Kortikotropinreleasing-Hormon und Kortisol organisiert (Elzinga et al., 2003). Verschiedene Studien zeigen ein uneinheitliches Bild bei traumatisierten ProbandInnen hinsichtlich einer einerseits gesteigerten (Bremner et al., 2003b) sowie auch einer reduzierten Kortisolantwort auf induzierte Stressreize (Morris et al., 2012). Dies könnte die physiologische Grundlage für die inkonsistenten Befunde teilweise hypersensitiver Reaktionen auf Stress sowie auch verlangsamter Stressreaktionen Traumatisierter sein (Soler-Baillo et al., 2005; VanZile-Tamsen et al., 2005; Vythilingam et al., 2007).

Auf der psychischen Ebene werden die Folgen von Missbrauch und Misshandlung insbesondere in den Bereichen Affekt, Selbstwert, Bindung/Beziehung sowie auf psychopathologischer Ebene sichtbar. Wöller (2014) berichtet beispielsweise das häufige Vorkommen von Affekten von Schuld und Scham, Persönlichkeitsveränderungen mit vermindertem Selbstwert und chronischer Affektdysregulation infolge des Erlebens sexueller oder körperlicher Gewalt in der Kindheit. Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen bedeuten für das Opfer einen tiefen Vertrauensbruch, der sich auf die generelle Bindungs- und Beziehungsfähigkeit auswirken kann. Opfer interpersoneller Viktimisierung zeigen sowohl erhöhte Werte in bindungsbezogener Vermeidung als auch in bindungsbezogener Angst (Aspelmeier et al., 2007; Kwako et al., 2010; Roche et al., 1999). Infolgedessen können Opfer interpersoneller Gewalt später Probleme haben Nähe und Sexualität zuzulassen (Noll et al., 2003). Im Zusammen-



hang mit intensiven Wünschen nach Bindung und der erhöhten Angst verlassen zu werden, nutzen einige Opfer jedoch auch risikoreiches oder hypersexuelles Verhalten zum Aufbau und Sicherung von Beziehungen, was sich erneut schädigend auswirken kann (Hillis et al., 2001).

Interpersonelle Viktimisierung in der Kindheit ist zudem assoziiert mit der Entstehung zahlreicher psychischer Störungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung, der Borderline Persönlichkeitsstörung und dissoziativen Störungen (Ozer et al., 2003; Renneberg et al., 2003). Auch Substanzmissbrauch, somatoforme Schmerzstörungen, sexuelle Störungen und Depression können als Folge von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit auftreten (Beitchman et al., 1992; Roberts et al., 2004).

Eine weitere besonders schwerwiegende Folge für viele Opfer von interpersoneller Viktimisierung ist das stark erhöhte Risiko einer *Reviktimisierung*. Das Phänomen der Reviktimisierung wird im nächsten Abschnitt erläutert. In den darauffolgenden Abschnitten wird näher auf die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie auf die Affekte Schuld und Scham in Folge interpersoneller Viktimisierung eingegangen.

### **Reviktimisierung**

#### *Definition*

Nach der allgemeinen Definition von Wöller (2005) bezeichnet Reviktimisierung die Tendenz von Opfern körperlicher und sexueller Traumatisierung in Kindheit und Jugend, im späteren Leben erneut traumatischen Erfahrungen ausgesetzt zu sein.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, *intrapsychische* Risikofaktoren für Reviktimisierung zu identifizieren. Um durch externe Faktoren bedingte Reviktimisierungen wie z.B. Reviktimisierungen durch Wiederholungstaten des/derselben TäterIn oder innerhalb desselben Systems (z.B. Familie) ausschließen zu können, wurden in die empirische Arbeit ausschließlich Reviktimisierungen einbezogen, die mit der ursprünglichen Viktimisierung in keinem direkten Zusammenhang standen.

Als Reviktimisierung wird in der vorliegenden Arbeit daher das Erleben von zwei oder mehr interpersonellen Viktimisierungen bezeichnet, die

- (1) durch mindestens zwei verschiedene TäterInnen, bzw. durch mindestens zwei verschiedene TäterInnensysteme verursacht wurden und
- (2) in mindestens zwei verschiedenen Lebensabschnitten (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) stattfanden.

### *Prävalenz von Reviktimisierung nach interpersoneller Gewalt*

Anhand von sowohl retro- als auch prospektiven Studien ist gut belegt, dass interpersonelle Traumatisierungen das Risiko erneuter Traumatisierungen erhöhen (Coid et al., 2001; Iverson et al., 2011; Loeb et al., 2014; Widom et al., 2000). In Abhängigkeit von der untersuchten Population und der Definition von Viktimisierung und Reviktimisierung sind 10% - 69% aller in der Kindheit sexuell viktimisierten Frauen reviktimisiert (Classen et al., 2005). Insgesamt zeigen Studien, dass Frauen nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit einem 2- bis 3-fach erhöhten Risiko unterliegen, im Erwachsenenalter erneut Opfer sexueller Gewalt zu werden (Arata, 2002; Coid et al., 2001; Gidycz et al., 1993; Loeb et al., 2014; Merrill et al., 1999; Messman-Moore & Long, 2002). Auch physische Gewalt und Misshandlung sind mit einem erhöhten Risiko für Reviktimisierung assoziiert (Arata & Lindemann, 2002; Iverson et al., 2011; Widom et al., 2008).

### *Risikofaktoren und zugrundeliegende Mechanismen von Reviktimisierung*

Insgesamt zeigt sich eine knappe und inkonsistente Datenlage zu den Ursachen und zugrundeliegenden Mechanismen von Reviktimisierung (Messman-Moore & Long, 2003; Rinnehart et al., 2014)

Zunächst wurde Reviktimisierung assoziiert mit den Charakteristika der primären Viktimisierung. *Inzestuöse sexuelle Gewalt* sowie zusätzliche *physische Gewalt* während sexueller Übergriffe gelten als Risikofaktoren für spätere Reviktimisierung (Schaaf & McCanne, 1998; Kessler & Bieschke, 1999; Koverola et al., 1996; Moeller et al., 1996). Ebenso wurde der

Glaube an sog. „Vergewaltigungsmythen“, (stereotype oder falsche Auffassungen über Geschlechterrollen, Vergewaltigung, Vergewaltigungsopfer und Vergewaltiger) sowie Defizite in der Selbstbehauptung mit Reviktimisierung assoziiert (Burth, 1980; Greene & Navarro, 1998). Aus diesen Ansichten abgeleitete Trainings zur Reduktion dysfunktionaler Überzeugungen über sexuelle Gewalt und zur Steigerung der Selbstbehauptung in Risikosituationen waren zur Prävention von Reviktimisierung jedoch nur mäßig erfolgreich (Breitenbecher & Scarce, 1999; Gidycz et al., 2001). Daher stellt sich neben diesen eher deskriptiven und behavioralen Risikofaktoren die Frage nach den therapeutisch veränderbaren intrapsychischen Mechanismen, die der Reviktimisierung zugrunde liegen.

Theoretische Modelle, die eine größere Anzahl von potentiellen Risikofaktoren in Zusammenhang stellen und der ätiologischen Komplexität des Phänomens der Reviktimisierung gerecht werden sind rar. Ein solches Modell, das die bio-psycho-sozialen Faktoren von Reviktimisierung berücksichtigt, sollte im Rahmen dieser Arbeit anhand der bisherigen aktuellen theoretischen und empirischen Studienlage entwickelt werden und wird in Studie I, (Kapitel 2) vorgestellt. Ein weiterer, ergänzender ätiologischer Ansatz für Reviktimisierung, der in der vorliegenden Arbeit untersucht werden sollte, ist das theoretische Konzept von internen Bindungsrepräsentationen mit *bindungsbezogener Angst* als eine mögliche der Reviktimisierung zugrundeliegende Variable (Studie II, Kapitel 3).

In aktuelleren empirischen Studien zu Reviktimisierung wurden insbesondere *Risikoerkennung, bindungsbezogene Angst, Schuld und Scham, Selbstwirksamkeit, Dissoziation, Sensation Seeking und Selbstbehauptung* mit Reviktimisierung assoziiert (Gold, 2008; Soler-Baillo et al., 2005; Kwako et al., 2010; Reese-Weber & Smith, 2011; Feiring et al., 2009; Walsh & Foshee, 1998; Iverson et al., 2013; Charnigo et al., 2013; Katz et al., 2010; Walker et al., 2010). In den bisherigen Studien wurden jedoch nur einzelne Risikofaktoren untersucht. Studien, die verschiedene Faktoren im Zusammenhang empirisch untersuchen sind rar. Darüber hinaus sind die Ergebnisse zu verschiedenen Risikofaktoren wie z.B. Risikoerkennung, Selbstbehauptung und Dissoziation inkonsistent. Während einige Studien Anhaltspunkte für Zusammenhänge zwischen den untersuchten Faktoren und Reviktimisierung zei-

gen konnten (Soler-Baillo et al., 2005; Katz et al., 2010; Iverson et al., 2013), konnte dies in anderen Studien nicht nachgewiesen werden (Gidycz et al., 1995; Islam-Zwart et al., 2005; Risser et al., 2006). Zudem blieb aufgrund des Studiendesigns bisheriger Forschungsarbeiten vielfach unklar, welche der untersuchten Faktoren generell mit Viktimisierung und welche spezifisch mit Reviktimisierung assoziiert sind. In den Untersuchungsgruppen wurde beispielsweise meist nicht zwischen reviktimisierten und viktimisierten Frauen ohne Reviktimisierung unterschieden. Um besser differenzieren zu können, welche Faktoren Reviktimierte von Viktimisierten unterscheiden, wurde in Studie III (Kapitel 4) zwischen Reviktimisierten und viktimisierten Probandinnen differenziert. Es wurden zwei Gruppen mit reviktimisierten Probandinnen anhand o.g. Variablen verglichen: nicht-viktimisierte Frauen und viktimisierte Frauen ohne Reviktimisierung.

### **Posttraumatische Belastungsstörung**

#### *Symptomatik*

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist neben der Akuten Belastungsstörung, der komplexen PTBS und der somatoformen Belastungsstörung eine der häufigsten direkten Traumafolgestörungen (Maercker, 2013).

Sie zeichnet sich gemäß DSM-5-Kriterien (APA, 2013) durch folgende Hauptsymptomgruppen aus:

- **Wiedererleben** / Intrusionen / Flashbacks / Alpträume
- **Vermeidung traumaassoziierter Stimuli** / emotionale Taubheit
- **Negative Kognitionen und Stimmung** / Schuld / Entfremdungsgefühl
- **Hyperarousal** / Affektintoleranz / Schlafstörungen

Eine ausführliche Übersicht zur Symptomatik der PTBS siehe Maercker (2013).

### *Prävalenz von PTBS nach interpersoneller Gewalt*

Interpersonelle Traumatisierungen oder „man-made-desaster“, d.h. willentlich durch Menschen verursachte Traumatisierungen, führen in vielen Fällen zu stärker beeinträchtigenden und länger anhaltenden psychischen Folgen als akzidentelle Traumata (z.B. Autounfälle). Die 1-Jahresprävalenz von PTBS nach einer Vergewaltigung liegt nach Maercker (2013) beispielsweise bei 37,5%, die 1-Jahresprävalenz von PTBS nach körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch in der Kindheit bei 35,3%. Die Prävalenz subsyndromaler Ausprägungen ist wesentlich höher. Damit zählen sexuelle Gewalt und schwere körperlicher Gewalt zu den pathogensten erlebbaren Traumata.

### **Schuld und Scham**

Schuld und Scham sind selbst-bezogene, typischerweise im interpersonellen Kontext erlebte Emotionen, die mit einer negativen Bewertung der eigenen Person einhergehen (Tangney & Dearing, 2002). Während bei Scham das globale Selbst im Fokus der eigenen Bewertung steht, liegt bei Schuld der Fokus auf einem spezifischen eigenen Verhalten, das im Widerspruch zu verinnerlichten Normen steht (Tangney & Dearing, 2002). Diese als aversiv erlebten Affekte werden in ihrer adaptiven Funktion in Zusammenhang gebracht mit der Wiederherstellung von Selbst- und Intimitätsgrenzen (Scham) und der Förderung von für das zwischenmenschliche Zusammenleben günstigen Merkmalen und Verhaltensweisen wie z.B. der Reduktion aggressiver Verhaltensweisen (Schuld) (Benecke & Peham, 2007). Neben der adaptiven Funktion einzelner und angemessener Schuld- und Schamerfahrungen wird häufiges und unverhältnismäßiges Erleben von Schuld und Scham mit erhöhter Psychopathologie assoziiert (Kim et al., 2011; Ghatavi et al., 2002). Schuldgefühle auf Seiten der Opfer im Zusammenhang mit interpersoneller sexueller Gewalt wurden erstmals von Ferenczi (1933/1982) beschrieben. Ihm zufolge geben sich Kinder im Falle von Übergriffen durch die Eltern oft selbst die Schuld, um das Bild der „guten“ Eltern zu erhalten und damit die Möglichkeit der Bindung zu den primären Bezugspersonen zu sichern. Nach Wilson et al., (2006) entstehen Schuld- und Schamgefühle im Kontext interpersoneller Gewalt auch weil Betroffene

ne glauben, selbst verantwortlich für die Übergriffe zu sein oder sich nicht genügend gegen die Übergriffe gewehrt zu haben. Wöller (2013) beschreibt die Schamgefühle von Opfern sexueller Gewalt als besonders stark wenn die Übergriffe auch als genital sexuell erregend wahrgenommen wurden. Die Entstehung von Schuld und Scham als Reaktion auf interpersonelle Traumatisierung kann als internaler kausaler Attributionsprozess verstanden werden, in welchem ein spezifisches eigenes Verhalten oder die eigene Persönlichkeit für das traumatische Ereignis verantwortlich gemacht wird. Hierdurch gewinnt das Opfer ein Gefühl von Kontrolle und kann Gefühle von Ohnmacht und Vorstellungen von Willkür reduzieren (Sherman & McConnell, 1996).

Zusammenhänge zwischen interpersoneller Traumatisierung, erhöhter trauma- oder ereignisspezifischer Schuld und Scham und PTBS sind empirisch gut belegt (Andrews et al., 2000; Ginzburg et al., 2009; Katz et al., 2010; Kletter et al., 2009). Traumaspezifische Schuld und Scham in der Folge traumatischer Ereignisse gelten sowohl als Risikofaktoren für die Entstehung von PTBS als auch als Bestandteile der Störung selbst, die wesentlich zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen (Maercker, 2013; Andrews et al., 2000; Beck et al., 2011; Harman and Lee, 2010; Semb et al., 2011).

Im Gegensatz zur ereignis- oder traumaspezifischen Schuld und Scham bezeichnet *generalisierte* Schuld und Scham die generelle affektive Disposition, situationsübergreifend mit Schuld und Scham zu reagieren, d.h. ein stark mit Schuld und Scham verknüpftes Selbstkonzept (Tangney & Dearing, 2002). Insbesondere bei frühen, wiederholt in der Kindheit erlebten Traumatisierungen und im Zusammenhang mit komplexer PTBS bzw. der Entwicklungstraumastörung (van der Kolk, 2005) liegt die Entstehung eines generalisierten mit Schuld und Scham verknüpften Selbstkonzepts nahe. Das Vorliegen generalisierter Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS hätte andere therapeutische Implikationen als das Vorliegen klar umrissener trauma- und ereignisspezifischer Schuld und Scham. Während traumaspezifische Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS gut belegt ist, fehlen Studien zum Zusammenhang von Trauma/PTBS und generalisierter Schuld und Scham.

## Ziele und Forschungsfragen

Ziel des vorliegenden Forschungsprojektes war es, Variablen, die spezifisch zu Reviktimisierung beitragen können, zu identifizieren, zu einem übergeordneten theoretischen Modell zusammenzufügen und an einer klinischen Stichprobe empirisch zu untersuchen. Ein übergeordnetes Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mit Hilfe der Identifizierung wesentlicher Risikofaktoren für Reviktimisierung sinnvolle praktische Implikationen zur Prävention von Reviktimisierung abzuleiten. Ein weiteres Ziel war es, den Zusammenhang von Posttraumatischer Belastungsstörung und generalisierter Schuld und Scham an einer Stichprobe von Opfern interpersoneller Gewalt zu untersuchen, um auch hier eine Grundlage für die Optimierung von Interventionen zu schaffen.

In der vorliegenden Arbeit wurden folgende Forschungsfragen theoretisch und empirisch untersucht:

1. Welche Variablen und Risikofaktoren werden in der bisherigen Literatur mit Viktimisierung und Reviktimisierung assoziiert? Lassen sich diese einzelnen Variablen in ein übergeordnetes Vulnerabilitätsmodell der Reviktimisierung zusammenfügen?
2. Welche Rolle spielen Bindung und bindungsbezogene Angst als mögliche zugrundeliegende Mechanismen für Reviktimisierung?
3. Welche der bisher mit interpersoneller Viktimisierung und Reviktimisierung verknüpften psychischen Variablen *Risikoerkennung*, *bindungsbezogene Angst*, *Schuld*, *Scham*, *Selbstwirksamkeit*, *State-Dissoziation*, *Sensation Seeking* und *Selbstbehauptung*, lassen sich empirisch als spezifische Risikofaktoren für Reviktimisierung identifizieren?
4. Welche Rolle spielen generalisierte Schuld und Scham und ein mit Schuld und Scham assoziiertes Selbstkonzept nach interpersoneller Viktimisierung im Zusammenhang mit PTBS?





## **Studie I: Reviktimisierung: Ein bio-psycho-soziales Vulnerabilitätsmodell**

---

### Kapitel 2

Eine leicht veränderte Version dieses Kapitels wurde veröffentlicht als:

Bockers, E. & Knaevelsrud, C. (2011). Reviktimisierung: Ein bio-psycho-soziales Vulnerabilitätsmodell. *Psychotherapie Psychosomatik Psychologische Medizin*, 61, 389-397. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1270519>

## **Zusammenfassung**

Personen, die in ihrer Kindheit interpersonellen Traumatisierungen ausgesetzt waren, haben im Erwachsenenalter ein signifikant erhöhtes Risiko erneut traumatisiert zu werden. Trotz der hohen Prävalenz sowohl von Traumatisierungen in der Kindheit als auch von Reviktimisierungen im Erwachsenenalter sind die psychologischen Mechanismen, die Reviktimisierungen zugrunde liegen bisher nicht ausreichend geklärt. In der vorliegenden Literaturübersicht werden die empirische Befundlage und Theorien zu Reviktimisierung dargestellt und diskutiert. Abgeleitet aus der aktuellen Datenlage wird ein bio-psycho- soziales Modell der Reviktimisierung entwickelt.

## **Abstract**

Survivors of child interpersonal traumas are at increased risk of revictimisation in adulthood. Despite high prevalences of childhood victimization as well as adulthood revictimisation knowledge of psychological mechanisms underlying revictimisation is deficient. The present review describes and discusses different findings and theories on revictimisation. Derived from updated findings a bio-psycho-social model of vulnerability to revictimisation is developed.

## Einleitung

Ein substantieller Anteil von Kindern und Jugendlichen erlebt bereits in den frühen Lebensjahren psychische und physische interpersonelle Traumata. Es werden Prävalenzen für sexuellen Missbrauch bei Mädchen in Deutschland, je nach Erhebungsmethode und Definition von sexuellem Missbrauch, von 6-25,2 % und von 2-6,3 % bei Jungen angegeben (Lampe, 2002). Die Prävalenzen für körperliche Misshandlung schwanken, je nach Definition von physischem Missbrauch und Alter der befragten Kohorte zwischen 9,4 und 18 % (Lampe, 2002). Die Folgen von Traumatisierungen im Kindesalter sind vielfältig. Das Erleben von interpersonellen Traumata ist ein zentraler Risikofaktor für die Entwicklung verschiedener psychischer Störungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) oder dissoziativen Störungen (Hunt, 2007; Ozer et al., 2003; Renneberg et al., 2003). Auch Substanzmissbrauch, somatoforme Schmerzstörungen und Depression können als Folge von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit auftreten (Beitchman et al., 1992; Roberts et al., 2004).

Neben eines erhöhten Risikos für oben genannte psychische Störungen, erhöhen interpersonelle Traumatisierungen in der Folge auch das Risiko einer Reviktimisierung, d.h. einer erneuten Traumatisierung in einem späteren Lebensabschnitt (Arata, 2002). Abhängig von der Verwendung einer engen oder weiten Definition der Begriffe Viktimisierung und Reviktimisierung wurden 10-69 % aller in der Kindheit sexuell viktimisierten Frauen im Erwachsenenalter erneut viktimisiert (Arata, 2002; Classen, Paresh & Aggarwal, 2005). Es wurde wiederholt belegt, dass Frauen nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit ein mindestens doppelt erhöhtes Risiko haben, im Erwachsenenalter erneut Opfer sexueller Gewalt zu werden, verglichen mit Frauen, die keine Missbrauchserfahrungen gemacht haben (Arata, 2002; Fergusson, Horwood & Lynsky, 1997; Mayall & Gold, 1995; Messman-Moore & Long, 2002; Wyatt, Guthrie & Notgrass, 1992). In einer Längsschnitt-Studie über 18 Jahre untersuchten Fergusson et al. (1997) in regelmäßigen Abständen eine Kohorte von Frauen aus dem Ge-

burtsjahrgang 1977. Die Autoren berichten, dass 21 % der Frauen, die in der Kindheit sexuellen Missbrauch mit erzwungenem Geschlechtsverkehr erlebt haben, im Alter zwischen 16 und 18 Jahren erneut eine Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung erlebten. Von den Frauen, die in der Kindheit sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt jedoch ohne Geschlechtsverkehr erlebt haben, erlebte 10 % im Alter zwischen 16 und 18 Jahren eine Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung. Die Rate der vergewaltigten Frauen, ohne sexuellen Missbrauch in der Kindheit ist mit 2,3 % signifikant niedriger. Der Studie von Fergusson et al. (1997) zu Folge, war die Wahrscheinlichkeit vergewaltigt zu werden, für junge Frauen, die schon als Kind vergewaltigt worden waren 11 Mal höher und für Frauen, die sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt ohne Vergewaltigung erlebt haben 5 Mal höher als für Frauen, die nie Opfer von sexuellem Missbrauch geworden waren. In einer Untersuchung mit 648 Studentinnen berichten Messman-Moore und Long (Messman-Moore, Log & Siegfried, 2000), dass 11 % der Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, im Erwachsenenalter ungewollten, erzwungenen Geschlechtsverkehr durch einen Bekannten erlebten, gegenüber 4 % der Frauen ohne Missbrauchserfahrungen. Ähnliche Angaben von einer 2-3-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter erneut Opfer von Missbrauch oder Vergewaltigung zu werden bei in der Kindheit viktimisierter Frauen gegenüber nicht-viktimisierten Frauen, fanden Koss und Dinero (1999). Neben sexueller Gewalt ist auch das Erleben physischer Misshandlung in der Kindheit mit einem erhöhten Reviktimisierungsrisiko im Erwachsenenalter, d.h. der Tendenz im späteren Leben erneut traumatischen Erfahrungen ausgesetzt zu sein, assoziiert (Arata & Lindeman, 2002; Schaaf & McCanne, 1998; Widom, Czaja & Dutton, 2008). In einer prospektiven Langzeituntersuchung berichten Widom et al. (2008), dass sowohl in der Kindheit erlebte sexuelle als auch physische Gewalt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Reviktimierung zur Folge haben. Ein Überblick über verschiedene Studien zur Prävalenz von Reviktimierung s. Tabelle 2.1.

## STUDIE I – BIO-PSYCHO-SOZIALES MODELL DER REVIKTIMISIERUNG

Tab. 2.1

*Studien zur Prävalenz von Reviktimisierung*

Studie	Stichprobe	Studiendesign	Ergebnisse
Arata (2000)	N=860 (Studentinnen)	Retrospektiv	63% der Opfer von sexuellem Missbrauch in der Kindheit berichten von sexueller Reviktimisierung im Erwachsenenalter
Fergusson et al. (1997)	N=520 (weibl. Allg.bevölkerung)	Kombination prospektiv und retrospektiv	Identifizierte Opfer von versuchter oder vollzogener Vergewaltigung im Alter zwischen 16 und 18 Jahren: 2,6 % ohne Missbrauch in Kindheit 4,3 % erlebter sexueller Missbrauch in Kindheit ohne Körperkontakt 11,7 % erlebter sexueller Missbrauch in Kindheit mit Körperkontakt 15 % erlebter sexueller Missbrauch in Kindheit mit Geschlechtsverkehr
Gidycz et al. (1995)	N=796 (Studentinnen)	Prospektiv	36,1 % der Vergewaltigungsopfer im Kindesalter vs. 9,6 % der Opfer von sexuellem Missbrauch im Kindesalter ohne Vergewaltigung berichten en Vergewaltigung im Jugend-oder Erwachsenenalter
Messman-Moore & Long (2000)	N=648 (Studentinnen)	Retrospektiv	11,5 % der Opfer von sexuellem Missbrauch in der Kindheit vs. 4 % der nicht viktimisierten Frauen berichten physisch erzwungenen Geschlechts durch einen Bekannten im Erwachsenenalter
Widom et al. (2008)	N=892 (Opfer von physischem und sexuellem Missbrauch sowie Vernachlässigung)	Prospektiv	75,9 % der Opfer von physischem und/oder sexuellem Missbrauch und/oder Vernachlässigung in der Kindheit berichten im Erwachsenenalter von erlebter körperlicher Verletzung vs. 59,9 % der in der Kindheit nicht viktimisierten 19,1 % der Opfer von physischem und/oder sexuellem Missbrauch und/oder Vernachlässigung in der Kindheit berichten im Erwachsenenalter von erlebter versuchter Vergewaltigung vs. 12,9 % der in der Kindheit nicht viktimisierten

Trotz der empirischen Evidenz, dass interpersonelle Traumata im Kindesalter die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Viktimisierungen signifikant erhöhen, erscheint die Datenlage zu zugrundeliegenden Mechanismen dieses Zusammenhangs ausgesprochen inkonsistent (Merrill et al., 1999; Messman-Moore, Ward & Brown, 2009). Bisherige Befunde stützen die Annahme eines komplexen Zusammenhangs zwischen primärer Viktimisierung und Reviktifizierung, moderiert durch vielfältige Faktoren (Fargo, 2009). Es werden verschiedene Variablen, die Reviktifizierungstendenzen bedingen in der Literatur diskutiert, allerdings wurden in den meisten Studien nur einzelne oder wenige Variablen untersucht. Empirisch validierte multivariate Modelle, die das Phänomen der Reviktifizierung umfassender zu erklären versuchen, sind rar.

Ziel dieses Artikels ist es, einen Überblick über empirische Studien zu geben, die sich bisher mit Reviktifizierung befasst haben. Hierbei werden zunächst mögliche Mediatoren zwischen Viktimisierung und Reviktifizierung und Risikofaktoren für Reviktifizierung, sowie bisherige Theorien zusammenfassend dargestellt. Nachfolgend wird ein integratives bio-psycho-soziales Modell der Reviktifizierung entwickelt und vorgestellt.

## Methodisches Vorgehen

Für die Suche nach Studien für diesen Überblicksartikel wurde ein systematisches Vorgehen gewählt. Zunächst wurde eine ausführliche Literaturanalyse über die Datenbanksysteme NCBI/PUBMED, MEDLINE und PsychINFO durchgeführt. Die Datenbanken wurden nach Schlagwörtern wie *Viktimisierung*, *Reviktimisierung*, *Retraumatisierung*, *interpersonelle Gewalt*, *sexueller Missbrauch* und *Misshandlung* durchsucht. Desweiteren wurde in zentralen Artikeln nach relevanten Studien gesucht. Zusätzlich wurden Überblicksarbeiten zur Thematik analysiert. Schließlich wurden AutorInnen angeschrieben, die zum Thema Reviktimisierung forschen, um Zugang zu weiteren aktuellen Studien zu erhalten. Sowohl Studien mit engeren als auch mit weiteren Definitionen von Viktimisierung und Reviktimisierung wurden aufgenommen. Ausgeschlossen wurden jedoch Studien, die mehrfache Viktimisierungen in der Kindheit untersuchten, auch wenn diese durch verschiedene TäterInnen verursacht waren. Es wurden nur Studien aufgenommen, die Reviktimisierung definieren als Viktimisierung in mindestens zwei verschiedenen Lebensabschnitten. Ausgeschlossen wurden des Weiteren Einzelfallstudien und Studien mit ausschließlich soziologischer Herangehensweise.

## Ergebnisse

### Mit Reviktimisierung assoziierte Faktoren

#### *Charakteristik der primären Viktimisierung*

Die Wahrscheinlichkeit und Schwere der späteren Reviktimisierung steigt mit der Anzahl, Frequenz und Schwere der in der Kindheit erlebten Traumata (Gidycz, Hanson & Layman, 1995, Arata, 2000; Coid et al., 2001). Ebenso gibt es Belege, dass die Anwendung von Gewalt bei sexuellem Missbrauch die Wahrscheinlichkeit einer Reviktimisierung erhöht (Koverola, et al., 1996). Die Art der primären Viktimisierung muss dabei nicht der Art der späteren Reviktimmisierung entsprechen. Messman-Moore und Long (2000) berichten, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit auch das Risiko für körperliche Misshandlung im Erwachsenenalter erhöht. In einer Interviewstudie mit in der Kindheit viktimisierten Erwachsenen fanden Widom et al. (2008), dass sowohl physischer als auch sexueller Missbrauch zu einem erhöhten Risiko für verschiedene Formen von Gewalt im Erwachsenenalter führten. Ob die Art der primären Viktimisierung mit der Art der Reviktimisierung übereinstimmt, könnte mit der Schwere des erlebten Missbrauchs zusammenhängen. Coid et al. (2001) berichten, dass weniger schwere Formen von Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit spezifisch mit ähnlichen Formen missbräuchlicher Erfahrungen im Erwachsenenalter im Zusammenhang standen. So waren ungewollte sexuelle Handlungen in der Kindheit assoziiert mit Vergewaltigung und sexuellen Angriffen im Erwachsenenalter, nicht jedoch mit häuslicher Gewalt. Je schwerer die erlebte sexuelle oder physische Gewalt in der Kindheit war, desto eher war die im Erwachsenenalter erlebte Reviktimisierung generalisiert, d.h. sowohl sexueller als auch physischer Art. Die AutorInnen schlussfolgern, dass zwar bei weniger schweren primären Viktimisierungen spezifische Assoziationen vorliegen können, bei ausreichend schweren Viktimisierungen in der Kindheit die spätere Reviktimisierung jedoch nicht notwendigerweise der Art der ursprünglichen Viktimisierung entspricht.

Zudem scheint es einen kumulativen Effekt verschiedener Traumatisierungstypen



hinsichtlich des Reviktimisierungsrisikos zu geben. Personen, die zugleich Opfer von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionalem Missbrauch wurden, haben ein höheres Reviktimisierungsrisiko bezüglich sexueller Gewalt als Opfer nur einer Form von Missbrauch (Moeller, Bachman & Moeller, 1993). In einer Studie von Schaaf und McCanne (1998) wurden 475 College-Studentinnen auf Traumatisierungen in der Kindheit untersucht und in vier Gruppen eingeteilt: erlebte sexuelle und physische Gewalt, nur erlebte physische Gewalt, nur erlebte sexuelle Gewalt und keine erlebte Gewalt. Die AutorInnen fanden die höchste Rate von Viktimisierungen im Erwachsenenalter in der Gruppe mit in der Kindheit erlebter kombinierter sexueller und körperlicher Gewalt. Die zweithöchste Viktimisierungsrate im Erwachsenenalter wurde in der Gruppe mit in der Kindheit erlebter physischer Misshandlung gefunden, gefolgt von der Gruppe mit erlebter sexueller Gewalt und zuletzt der Gruppe ohne Viktimisierung.

Weiteren Einfluss auf die zukünftige Reviktimisierungswahrscheinlichkeit scheint die Beziehung zum/zur TäterIn zu haben. Das höchste Risiko einer späteren Reviktimisierung liegt vor bei inzestuösem primären Missbrauch, gefolgt von Missbrauch im Freundeskreis der Familie und einem verhältnismäßig geringeren Risiko bei Missbrauch durch fremde Personen (Kessler & Bieschke, 1999).

### *Posttraumatische Belastungsstörung*

Als weiterer relevanter Prädiktor für eine erhöhte Reviktimisierungstendenz wird das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) diskutiert. Verschiedene Studien, sowohl mit retrospektiven als auch mit prospektiven Designs, konnten das Vorliegen einer PTBS als Risikofaktor für Reviktimisierung identifizieren (Messman-Moore, Ward & Brown, 2009; Arata, 2000; Risser et al, 2006; Sandberg, Matorin & Lynn, 1999). Sandberg, Matorin & Lynn (1999) berichten in einer prospektiven Studie an 323 College-Studentinnen, dass bei Frauen mit einer präsenten PTBS -Symptomatik sexueller Missbrauch in der Kindheit signifikant stärker mit Reviktimisierung in der 10-Wöchigen Follow-up-Periode in Zusammenhang stand als bei Frauen ohne PTBS. In einer Studie mit einem kombinierten retrospektiven und

prospektivem Design an 276 College-Studentinnen konnten Messman-Moore et al. (2009) zeigen, dass das Vorliegen einer PTBS Prädiktor war für erneute Vergewaltigung, sexualisiertes Verhalten und Substanzmissbrauch während der 8-monatigen Follow-up-Periode. Hierbei medierte Substanzmissbrauch den Zusammenhang zwischen PTBS und einer Reviktimisierung. Die Autorinnen schlagen ein tension-reduction-model vor, in welchem sie davon ausgehen, dass Substanzmissbrauch als Coping für die PTBS -Symptomatik fungiert. In diesem Zusammenhang sind die Studienergebnisse von Risser et al. (2006) interessant, die zeigen, dass vor allem das erhöhte emotionale *arousal* der PTBS als Mediator zwischen sexueller Viktimisierung und späterer Reviktimisierung fungiert, während die beiden Symptomcluster *avoidance* und *reexperiencing* keine signifikanten Prädiktoren waren. Im Widerspruch zur Annahme eines erhöhten Reviktimisierungsrisikos bei Vorliegen einer PTBS, steht die Annahme einer protektiven Funktion der PTBS. In einer Studie zur Risikoerkennung konnten Wilson, Calhoun und Bernat (1999) zeigen, dass Patientinnen mit hoher PTBS-Symptomatik geringere Antwortlatenzen bzgl. der Gefahrenerkennung zeigen, d.h. Risiken schneller erkennen als Patientinnen mit geringer PTBS -Symptomatik.

### *Dissoziation*

Auch Dissoziation wurde im Zusammenhang mit Reviktimisierung untersucht. Es wurde vermutet, dass Dissoziation mit einer adäquaten Informationsverarbeitung in potentiellen Risikosituationen interferiert und somit das Reviktimisierungsrisiko erhöhen könnte. In einer retrospektiven Untersuchung konnten Cloitre, Scarvalone und Difede (1997) einen Zusammenhang nachweisen zwischen Reviktimisierung und dem Vorliegen einer dissoziativen Störung. Dissoziative Störungen könnten jedoch auch als Folge der Reviktimisierung entstanden sein. In einer prospektiven Studie an einer Stichprobe von 323 College-Studentinnen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Dissoziation und erneuter Viktimisierung in der Follow-up-Periode belegt werden (Risser et al., 2006). Der Follow-up-Zeitraum, in dem potentielle Reviktimisierungen erhoben werden konnten, betrug jedoch lediglich 10 Wochen, weshalb mögliche spätere Reviktimisierungen nicht erfasst werden konnten. In bisherigen

Studien wurde Trait-Dissoziation untersucht; zu State-Dissoziation in potentiellen Risikosituationen als bedingendem Faktor für Reviktimisierung liegen bisher keine Untersuchungen vor.

### *Risikoreiches Verhalten*

Selbstschädigendes und risikoreiches Verhalten ist charakteristisch für PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), ähnlich wie es auch bei Personen mit hohen Werten im Konstrukt „Sensation Seeking“ (insbes. in der Skala thrill- and adventure seeking) zu beobachten ist (Sachsse, 1994; Zuckerman, 1994). Das sog. „high-risk-taking-behavior“, d.h. eine höhere Bereitschaft sich auf Risikosituationen einzulassen, wurde im Zusammenhang mit Reviktimisierung diskutiert. Experimentell konnte Naugle (2000) zeigen, dass in der Kindheit viktimisierte ProbandInnen, Videosequenzen von zweideutigen Situationen gefährlicher einschätzen als nicht viktimisierte ProbandInnen, bei einer zugleich höheren Bereitschaft sich diesen Situationen zu fügen. Zu Verhaltensweisen des „high-risk-taking-behavior“ werden außerdem Alkohol- und Substanzmissbrauch gezählt, sowie risikoreiches Sexualverhalten wie sexueller Kontakt mit Unbekannten und ungeschützter sexueller Kontakt.

Belege für den Zusammenhang, von sexuellem und physischem Missbrauch in der Kindheit und späterem Substanzmissbrauch (Bensley et al., 1999) sowie Belege für den Zusammenhang von Alkoholkonsum und risikoreichem Sexualverhalten in der Adoleszenz (Ferguson & Lynskey, 1996), ließen eine Mediatorrolle von Alkohol- und Substanzmissbrauch zwischen Missbrauch in der Kindheit und einer späteren Reviktimisierung vermuten.

Hoher Alkoholkonsum erwies sich als Prädiktor für Viktimisierung (Messman-Moore et al., 2008). In ihrer prospektiven Studie konnten die AutorInnen zeigen, dass College-Studentinnen, die viel Alkohol konsumierten und insbesondere positive Erwartungen hinsichtlich des Alkoholkonsums hatten im Follow-up-Zeitraum mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit vergewaltigt wurden und verbal sexuell bedroht wurden.

Zu Alkohol als Mediator in der Beziehung zwischen Viktimisierung in der Kindheit und späterer Reviktimisierung liegen inkonsistente Studienergebnisse vor. Merrill et al. (1999) identifizierten Alkohol nicht als Mediator sondern, neben sexuellem Missbrauch in der Kindheit, als

unabhängigen Risikofaktor für sexuelle Reviktimisierung. Übereinstimmend mit diesem Ergebnis fanden auch Messman-Moore und Long (2002), dass sowohl sexueller Missbrauch in der Kindheit als auch Alkohol- und Substanzmissbrauch als voneinander unabhängige Prädiktoren für Reviktimisierung fungierten. Es konnte gezeigt werden, dass Alkoholmissbrauch bei Opfern sexuellen Missbrauchs in der Kindheit das Risiko einer Reviktimisierung signifikant erhöht. In einer Longitudinalstudie begleiteten Siegel und Williams (2003) Opfer von Missbrauch in der Kindheit über 20 Jahre hinweg und berichten, dass das Reviktimisierungsrisiko bei Studienteilnehmerinnen mit Alkoholabusus um das 2,5-fache erhöht war. Ähnliche Ergebnisse fanden Gidycz, Loh, Lobo, Lynn und Pashdag (2007). Die AutorInnen vermuten eine komplexe Beziehung zwischen Alkoholkonsum und sexueller Viktimisierung und dass Alkoholkonsum die Beziehung zwischen vergangener Viktimisierung und Reviktimisierung moderieren könnte.

Es stellt sich die Frage wie sich ein erhöhtes Reviktimisierungsrisiko durch Alkoholkonsum erklären lässt. Richardson & Hammock (1991) vermuteten, dass Alkoholkonsum die Fähigkeit, Gefahrensignale rechtzeitig zu decodieren beeinträchtigen kann. Belege hierfür konnten in einer experimentellen Studie erbracht werden, in der Frauen ein Hörspiel-Szenario einer Vergewaltigung anhörten und per Tastendruck anzeigen sollten „ab wann der Mann zu weit gegangen war“ (Loiselle & Fuqua, 2007). Es konnte gezeigt werden, dass Frauen unter Alkoholeinfluss das Risiko signifikant später identifizierten als Frauen, die anstelle des alkoholischen Getränkes ein Placebo-Getränk erhalten hatten. Verzögerte Reaktionszeiten lassen sich jedoch nicht nur auf der Seite des potentiellen Opfers finden. In einer Studie mit einem ähnlichen Design wurden männliche VersuchsteilnehmerInnen gebeten zu entscheiden wann der Mann ihrer Ansicht nach aufhören sollte die Frau sexuell zu berühren. Männer unter Alkoholeinfluss identifizierten das unangemessene sexuelle Verhalten des Mannes im Hörspiel signifikant später. Zusätzlich schätzten Männer, die Alkohol getrunken hatten das sexuelle Erregungsniveau der Frau im Hörspiel signifikant höher ein.

Die Rolle von sexuellem Verhalten hinsichtlich potentieller Viktimisierungen im Erwachsenenalter wurde in verschiedenen Studien untersucht und es konnte gezeigt werden, dass

eine hohe Anzahl von Sexualpartnern, das Eingehen kurzer Beziehungen, sowie anderweitiges risikoreiches Sexualverhalten (bspw. Bereitschaft zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr, Sexueller Kontakt unter Substanzeinfluss oder sexueller Kontakt mit Unbekannten) mit einem erhöhten Risiko einer erneuten Traumatisierung im Erwachsenenalter in Zusammenhang stehen (Arata, 2000; Merrill et al., 1999; Davis, Combs-Lane & Jackson, 2002; Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997; Krahe et al., 1999). Fergusson, Horwood & Lynskey (1997) fanden, dass sexueller Missbrauch im Kindesalter mediiert über einen ontogenetisch früheren Beginn sexueller Aktivität zu einem erhöhten Reviktimisierungsrisiko führte. Während auch Krahe et al. (1999) und Arata (2000) sexuelles Verhalten, insbesondere die Anzahl von SexualpartnerInnen als Mediator in der Beziehung zwischen sexuellem Missbrauch im Kindesalter und Reviktimisierung im Erwachsenenalter identifizieren konnten, zeigten Gidycz et al. (1995) sowie Merrill et al. (1999), dass die Anzahl bisheriger SexualpartnerInnen zwar als Prädiktor für sexuelle Viktimisierung fungierte, es konnte jedoch keine Mediatorrolle zwischen Viktimisierung in der Kindheit und Reviktimisierung im Erwachsenenalter nachgewiesen werden.

In einigen Studien wurde sowohl Substanzmissbrauch als auch sexuelles Verhalten im Zusammenhang mit Viktimisierung untersucht. Wilsnack et al. (2004) berichten, dass Substanzmissbrauch eine Mediatorrolle einnimmt zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und späterem risikoreichen sexuellen Verhalten. Fargo (2009) konnte wiederum zeigen, dass risikoreiches Sexualverhalten die Beziehung zwischen problematischem Alkoholkonsum und sexueller Viktimisierung im Erwachsenenalter mediiert.

### *Risikoerkennung und Risikoreaktion*

Verschiedene Studien mit Experimenten zur situativen Risikoerkennung zeigen, dass Opfer sexuellen Missbrauchs Risikosituationen später identifizieren als Personen, die nicht Opfer sexuellen Missbrauchs waren (Wilson, Calhoun & Bernat, 1999; Gold, 2008; Soler-Baillo, Marx & Sloan, 2005). Gleichfalls erkannten reviktimierte ProbandInnen das Risiko signifikant später als ProbandInnen, die zwar in der Kindheit viktimisiert, jedoch nicht reviktimisiert

waren.

Soler-Baillo, Marx & Sloan (2005) ließen Probandinnen, die sexuelle Gewalt in der Kindheit erlebt hatten und nicht-viktimisierte Probandinnen ein Hörspiel einer Interaktion zwischen einem Paar anhören, das mit einvernehmlichen Küssen beider beginnt und mit einer Vergewaltigung der Frau endet. Die Probandinnen sollten als Maß für die Risikoerkennung über einen Tastendruck anzeigen, ab welchem Zeitpunkt der Mann ihrer Ansicht nach "zu weit gegangen war". Die AutorInnen konnten zeigen, dass der Prozess einer langsameren Risikoerkennung bei Opfern sexueller Gewalt im Vergleich zu nicht viktimisierten Personen, mit einer schwächeren psychophysiologischen Reaktion (Herzrate) in frühen Segmenten des Hörspiels einherging, in denen die Interaktion zwischen dem Paar zweideutig erschien und der Vermutung der AutorInnen zufolge, die Probandinnen mit einer Entscheidungsfindung beschäftigt waren.

In einer ähnlichen Versuchsanordnung berichtet auch Gold (2008) bei Opfern sexueller Gewalt in der Kindheit eine signifikant höhere Antwortlatenz in der simulierten Risikosituation verglichen mit nicht viktimisierten Probandinnen. Messungen des Hautleitwertes zeigten hier jedoch signifikant erhöhte Werte in der physiologischen Reaktion bei den in der Kindheit viktimisierten Probandinnen. Dieser Befund stützt die Ergebnisse einiger Studien, die konträr zu o.g. Befunden stehen. Verschiedene AutorInnen, die Experimente zur Risikoerkennung um eine behaviorale Komponente erweitert haben, konnten zeigen, dass viktimisierte Probandinnen im Vergleich zu nicht viktimisierten Probandinnen, Risiken nicht später erkennen, sondern eine verzögerte Verhaltenstendenz in Risikosituationen aufweisen (Meadows et al., 1997). In Ihrer Studie boten Meadows et al. (1997) College-Studentinnen zweideutige Szenarien dar. Die Probandinnen sollten anzeigen, ab welchem Zeitpunkt sie sich unwohl fühlen würden und ab welchem Zeitpunkt sie die Situation verlassen würden. Die AutorInnen fanden keine Unterschiede hinsichtlich der Risikowahrnehmung zwischen in der Kindheit viktimisierten und nicht-viktimisierten College-Studentinnen. Teilnehmerinnen, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erfahren hatten, gaben jedoch an, die Situationen signifikant später zu verlassen. In einer prospektiven Studie mit 262 College-Studentinnen zeigten auch Mess-

man-Moore und Brown (2006), dass das späte Verlassen einer experimentell hergestellten Risikosituation zukünftige Reviktimisierungen in einer achtmonatigen Follow-up-Periode vorhersagen konnte.

Einige weitere Studienergebnisse unterstützen die Annahme, dass die emotionale Risikoerkennung bei traumatisierten Personen funktioniert. Traumatisierte PatientInnen mit PTBS reagieren beispielsweise hypersensibel auf bedrohliche Reize (Litz & Hearst, 1994; Vythilingham et al., 2007). Auch zeigen PatientInnen mit BPS eine gesteigerte Sensitivität für die Erkennung negativer Emotionen in zweideutigen Gesichtsausdrücken (Domes, Schulze & Herpertz, 2009; Dyck et al, 2009). Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass erwachsene Kinder gewalttätiger Eltern besonders gute sog. „mind-reading abilities“ besitzen (Ekman, 1995). Sie sind in besonderem Ausmaß fähig die Mimik anderer zu interpretieren und negative emotionale Veränderungen zu erkennen. Auch konnte gezeigt werden, dass Frauen und Kinder mit Missbrauchserfahrungen, Affekte in Gesichtsausdrücken schneller erkennen als nicht-traumatisierte Kontrollprobandinnen (Islam-Zwart, Heath & Vik, 2005; Masten et al, 2008).

Sowohl eine Beeinträchtigung der situativen Risikoerkennung als auch eine verzögerte Risikoreaktion wurden im Zusammenhang mit Reviktimisierung diskutiert. Befunde aus Studien, die zwischen Risikowahrnehmung und Risikoreaktion differenzieren, unterstützen die Annahme einer verzögerten Reaktion auf Risikosituationen.

#### *Emotionale Beeinträchtigung und geringe Selbstwirksamkeitserwartungen*

Beeinträchtigungen hinsichtlich verschiedener Aspekte der emotionalen Kompetenz wie das Wahrnehmen und Ausdrücken von Emotionen und das Durchsetzen eigener Interessen wurden bisher in verschiedenen Studien im Zusammenhang mit Reviktimisierung untersucht.

Trotz einer gesteigerten Sensitivität für die Erkennung negativer Emotionen bei PatientInnen mit BPS (Domes, Schulze & Herpertz, 2009; Dyck et al, 2009) und der Fähigkeit von Frauen und Kindern mit Missbrauchserfahrungen, Affekte in Gesichtsausdrücken schneller zu erkennen als nicht-traumatisierte Kontrollprobandinnen (Islam-Zwart, Heath & Vik, 2005; Mas-

ten et al, 2008), scheint die emotionale Kompetenz bezüglich der Fähigkeit, eigene Emotionen identifizieren zu können, bei reviktimisierten Frauen eingeschränkt zu sein. Cloitre et al. (1997) konnten zeigen, dass reviktimisierte Frauen höhere Alexithymie-Werte aufweisen als einfach und nicht viktimisierte Frauen, d.h. reviktimisierte Frauen konnten ihre eigenen Emotionen signifikant schlechter erkennen und verbalisieren. Die richtige Deutung eigener Emotionen in Risikosituationen könnte jedoch ausschlaggebend für eine angemessene Gefahrenreaktion sein. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass das Erleben von Gewalt in der Kindheit die Entwicklung funktionaler Emotionsregulationsmuster beeinträchtigen kann (Maughan & Cicchetti, 2002). Bei Frauen mit Missbrauchserfahrung in der Kindheit konnte Emotionsregulation als Mediator zwischen Missbrauch und funktionaler psychischer Beeinträchtigung identifiziert werden (Cloitre et al., 2005). Insbesondere wenn sexuelles Verhalten zur Emotionsregulation genutzt wird kann dadurch das Reviktimisierungsrisiko erhöht werden. In einer prospektiven Studie an College-Studentinnen konnten Messman-Moore et al. (2008) zeigen, dass die Nutzung von Sexualität zur Erfüllung nicht-sexueller Bedürfnisse, insbesondere zur Reduktion negativer Affekte im Zusammenhang mit Einsamkeit und Isolation, ein signifikanter Prädiktor war für sexuelle Viktimisierung im Follow-up-Zeitraum.

Zum Zusammenhang von Reviktimisierung und der Fähigkeit, sich in kritischen Situationen emotional behaupten und durchsetzen zu können liegen einige Studien mit widersprüchlichen Ergebnissen vor. Während Gidycz et al. (1995) Selbstbehauptung nicht als Prädiktor für Reviktimisierung in der dreimonatigen Follow-up-Periode identifizieren konnten, zeigten Greene und Navarro (1998), ebenfalls in einer prospektiven Studie, dass situationsspezifische Selbstbehauptung gegenüber Personen des anderen Geschlechts als signifikanter Protektionsfaktor für sexuelle Viktimisierung fungierte.

Einer aktuellen Studie zu Reviktimisierung bei College-Studentinnen zufolge scheint ein Zusammenhang zu bestehen zwischen Schuldgefühlen und der Fähigkeit zur Selbstbehauptung (Katz et al., 2010). Die AutorInnen konnten zeigen, dass Selbstbeschuldigungen hinsichtlich einer ersten sexuellen Viktimisierung indirekt eine spätere Reviktimisierung vorher-sagen konnten, moderiert über eine mangelnde Selbstbehauptung und Durchsetzungsfähig-



keit in sexuellen Situationen. Schuld und Schamaffekte sowie Gefühle von Machtlosigkeit nach Traumatisierungen sind häufig (Whiffen & Macintosh, 2005). Diese Affekte wurden bisher in wenigen Studien als potentielle Prädiktoren für Reviktimisierung untersucht. Feiring, Simon und Cleland (2009) konnten in einer Longitudinalstudie zeigen, dass missbrauchsspezifische Schuld und Schamgefühle, besser als die Schwere des erlebten Missbrauchs, erklären konnten, welche Personen später Opfer von sog. „Dating-Agressionen“ wurden. In einer prospektiven Longitudinalstudie mit 160 Jugendlichen berichten die AutorInnen, dass insbesondere die Kombination von missbrauchsspezifischer Scham und Schuld klinisch signifikante dissoziative Symptome erklären konnte, die auch im Zusammenhang mit Reviktimisierung diskutiert wurden (Feiring, Cleland & Simon, 2010).

Zum Zusammenhang von Reviktimisierung und generalisierter, situationsübergreifender Neigung zu Scham und Schuld, liegen bisher wenige Daten vor. Proulx, Koverola, Fedorowicz und Kral (1995) fanden bei reviktimisierten Probandinnen im Vergleich zu einfach und nicht viktimisierten Probandinnen signifikant höhere Werte auf der Skala „Selbstbeschuldigungen“ als generelle Copingstrategie. Kim, Talbot und Cicchetti (2009) konnten zeigen, dass die Häufigkeit von Schamgefühlen im täglichen Erleben als Mediator hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Missbrauch in der Kindheit und interpersonellen Konflikten fungierte. Schamneigung d.h. die Prädisposition, sich selbst situationsübergreifend für negative Erfahrungen zu entwerten (Tangney, 1990) wurde bisher nicht als Mediator zwischen Viktimisierung in der Kindheit und Reviktimisierung im Erwachsenenalter untersucht.

Das Gefühl extremer Hilflosigkeit ist Kriterium für die Definition eines traumatischen Ereignisses und das Erleben von Machtlosigkeit nach Traumatisierungen ist häufig (Coffey et al., 1996) Selbstwirksamkeitserleben zeigte sich als Resilienz-Faktor im Umgang mit posttraumatischem Stress (Cieslak, Benight & Lehman, 2008; DeRoon-Cassini et al., 2010). Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass ein geringes Ausmaß an Selbstwirksamkeitserwartungen die Wahrscheinlichkeit von zukünftig erlebter sexueller Gewalt erhöht. Walsh & Foshee (1998) befragten High-School-Schülerinnen der siebten und achten Klasse zu Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und bisher erlebtem erzwungenem sexuellem Kontakt. Nach einer 6-

monatigen Follow-up Periode wurden 732 Teilnehmerinnen, die zum Zeitpunkt der ersten Messung keine sexuellen Übergriffe erlebt hatten, erneut nach in der Zwischenzeit vorgefallenen Übergriffen gefragt. Selbstwirksamkeitsüberzeugung zeigte sich als signifikanter Prädiktor für erzwungene sexuelle Übergriffe: je größer die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, desto geringer war das Risiko eines sexuellen Übergriffes in der Follow-up-Periode. Selbstwirksamkeitsüberzeugung als Mediator zwischen Viktimisierung in der Kindheit und Reviktifizierung im Erwachsenenalter wurde bisher nicht untersucht.

### **Theorien zu Reviktifizierung**

#### *Die psychodynamische Perspektive*

Freud (1893) beschreibt, dass es in Folge eines Traumas zu einer gesteigerten Erregung des Nervensystems komme. Kann sich das Individuum dieser Erregung nicht durch eine adäquate Reaktion entledigen, bestehe die Möglichkeit, dass die Erinnerung an das traumatische Geschehen wiederholt dieselben Affekte hervorruft wie zum Zeitpunkt des Traumas. Die Tendenz traumatische Erlebnisse zu wiederholen, versteht Freud als den Versuch des Ich „deren Ablauf selbsttätig leiten zu können“. In einer Wendung vom Passiven zum Aktiven versuche das Individuum ursprünglich überfordernde Reize emotional neu zu erleben und zu bewältigen (Freud, 1926).

In objektbeziehungstheoretischen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass bei Reviktifizierungen selbstdestruktive Tendenzen traumatischer Introjekte wirken, entstanden durch in der Vergangenheit internalisierte negative Beziehungserfahrungen. Über Internalisierungsmechanismen „wird die Schuld des Täters zum Schuldgefühl des Opfers“ (Hirsch, 2007). Sind die Eltern selbst Täter oder nicht ausreichend Schutz gewährend, können negative Überzeugungen über das Selbst ein positives Bild der Eltern erhalten, wodurch sich das Opfer vor dem endgültigen Verlust der zwar traumatisierenden oder nicht schützenden, oft jedoch einzigen verfügbaren Objekte bewahrt (Hirsch, 2007). Die Wiederholung der Selbstdestruktion wird als Versuch verstanden, das Gute, das einem als Kind vorenthalten wurde von einem

Objekt zu erhalten, das dem traumatisierenden Objekt ähnlich ist. Somit werden, in der Hoffnung, dass das traumatische Objekt in Zukunft doch noch positiv besetzt werden kann, Objekte gewählt, die wieder traumatisierend wirken können (Torok, 1968). Zugleich kann die Vorstellung, selbst wertlos, schlecht und schuldig zu sein die Wahrscheinlichkeit erhöhen, misshandelndes Verhalten anderer erneut zuzulassen (Wöller, 2005). Die Wiederherstellung traumaähnlicher Situationen kann somit auch im Sinne einer Selbstbestrafung verstanden werden, wodurch eigene Schuldgefühle gemindert werden sollen, zugleich aber auch das erlittene Trauma kommuniziert wird (Hirsch, 2007). Verschiedene Studien stützen den Zusammenhang von Schuldgefühlen und Reviktimisierungstendenzen (Katz et al., 2010; Whiffen & Macintosh, 2005).

### *Die physiologische Perspektive und tension reduction-Modelle*

Van der Kolk (1989) sieht eine Dysregulation des autonomen Nervensystems in Folge eines erlebten Traumas im Zusammenhang mit Reviktimisierungstendenzen. Die Tendenz traumatisierter Personen auf Stresssituationen physiologisch mit Hyperarousal zu reagieren, beeinträchtigt einerseits die Fähigkeit angemessen im Sinne einer Kampf-Flucht-Reaktion auf gefährliche Situationen zu reagieren, andererseits könne das Wiedererleben einer traumaähnlichen Situation endogene Opioid-Reaktionen auslösen, die analgetisch und anxiolytisch wirken. So konnte bei Vietnam-Veteranen mit PTBS während des Ansehens von Kampfhandlungen per Video eine signifikante Reduktion des Schmerzempfindens festgestellt werden. Van der Kolk (1989) vermutet, dass die physiologisch bedingte Verminderung von Angst und Schmerz in extremen Stresssituationen, protektivem Verhalten in Gefahrensituationen entgegenstehen und Reviktimisierungen begünstigen könnte.

Chu (1992) sieht das Reviktimisierungsrisiko in Abhängigkeit des vorherrschenden PTBS-Symptomclusters. Er beschreibt, dass chronische posttraumatische Reaktionen häufig durch bi-phasisch alternierende Perioden von *Numbing* und *Intrusionen* gekennzeichnet seien. In den Intrusions-Phasen seien die autonome Übererregung und Hypervigilanz vorherrschend, so dass selbst auf ungefährliche Reize Stressreaktionen folgten. In dieser Phase sei das

Risiko einer Reviktimisierung reduziert. Ein erhöhtes Risiko reviktimisiert zu werden, bestehe während der Numbing-Phase. Dissoziation, Vermeidung der Erinnerung traumatischer Inhalte sowie assoziierter Affekte wie bspw. antizipatorischer Ängste können dazu beitragen, dass Gefahrenreize nicht erkannt werden. Chus Theorie liefert einen Erklärungsansatz für die inkonsistenten Ergebnisse zum Zusammenhang von PTBS und Reviktimisierung. In einigen Studien war das Vorliegen einer PTBS als Risikofaktor für Reviktimisierung identifiziert worden (Messman\_Moore, Ward & Brown, 2009; Arata, 2000; Risser et al., 2006), während Wilson, Calhoun & Bernat (1999) eine protektive Funktion der PTBS vermuteten.

Einen ähnlichen Mechanismus postulieren Messman-Moore et al. (2009) in ihrem *tension-reduction-model*. Sie verstehen Alkohol- und Substanzmissbrauch als "chemisch induzierte Dissoziation" mit dem Ziel einer Reduktion psychischen Stresses. In der Folge könne Alkoholkonsum protektives Verhalten beeinträchtigen und somit zu einem erhöhten Reviktimisierungsrisiko beitragen. Die Resultate ihrer Studie, in der Substanzmissbrauch den Zusammenhang zwischen PTBS und Reviktimisierung medierte, stützen die Theorie.

### *Die multifaktorielle Perspektive*

In ihrem *Social-Development-Model* geht Cloitre (1998) davon aus, dass Missbrauch in der Kindheit mit Entwicklungsaufgaben hinsichtlich Affektregulation und interpersonellen Beziehungen interferiert. Traumabedingtes chronisches Hyperarousal und eine familiäre Umgebung in der Missbrauch zugelassen wird, verhindere das Erlernen von Fähigkeiten der Affektregulation. Cloitre postuliert verschiedene in Folge auftretende Risikofaktoren wie Alexithymie, Dissoziation, emotionale Überflutung sowie Substanzmissbrauch, die eine angemessene Reaktion in Gefahrensituationen beeinträchtigen und so das Reviktimisierungsrisiko erhöhen. Zusätzlich beschreibt sie, dass bei Kindern, die in ihren Familien Missbrauch erleben, Fürsorglichkeit und Missbrauch miteinander verknüpft sind. Diese erlernten Beziehungsschemata erhöhen später die Wahrscheinlichkeit, sexuelles oder physisches missbräuchliches Verhalten in Beziehungen zu akzeptieren.

Grauerholz (2000) stellt mit dem *Ecological Model* ein Modell vor, das erstmals nicht nur die

Vulnerabilität des Opfers, sondern auch das Verhalten der Täter und soziokulturelle Faktoren mit einbezieht. Das Modell versucht Reviktimisierung auf vier Ebenen zu erklären. Die erste Ebene ist die Ebene der *ontogenetischen Entwicklung* und beinhaltet Faktoren wie die familiäre Umgebung und die Folgen der ursprünglichen Viktimisierung. Die zweite Ebene, das *Mikrosystem* bezieht sich auf die Kontextfaktoren, die die Reviktimisierung beeinflussen können. Hierzu können TäterInnenkontakt, Dissoziation, Substanzmissbrauch oder Selbstbehauptungsfähigkeiten des Opfers gehören. Die dritte Ebene, das *Exosystem* beschreibt die sozialen Strukturen, in die das Opfer eingebunden ist. Faktoren des Exosystems sind sozioökonomischer Status, soziale Unterstützung oder Isolation. Auf der vierten Ebene, dem *Makrosystem* wirken gesellschaftliche und kulturelle Faktoren, beispielsweise die kulturelle Tendenz, dem Opfer die Schuld für die Reviktimisierung anzulasten.

### **Ableitung eines integrativen bio-psycho-sozialen Modells der Reviktimisierung**

Dem Phänomen der Reviktimisierung scheinen komplexe Mechanismen zu unterliegen. In verschiedenen Forschungsrichtungen sind unterschiedliche Ansätze hinsichtlich der Untersuchung von Reviktimisierung zu beobachten, mit der Folge einer fragmentierten Auflistung von Risikofaktoren und Erklärungsansätzen. Bisherige Versuche der Theoriebildung scheinen jedoch nicht im Widerspruch zueinander zu stehen. Vielmehr werden in den einzelnen Theorien unterschiedliche Aspekte beleuchtet und eine gegenseitige Ergänzung dieser verschiedenen Ansätze scheint der Komplexität der zugrunde liegenden Mechanismen von Reviktimisierung eher gerecht werden zu können. Sowohl physiologische Prozesse, psychische Traumafolgen als auch soziale Faktoren, sowie Interaktionen innerhalb dieser drei Ebenen scheinen die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Reviktimisierung zu beeinflussen. Im Folgenden wird ein bio-psycho-soziales Modell der Reviktimisierung vorgestellt, bei dessen Genese versucht wurde, die wichtigsten bisherigen Studienresultate und theoretischen Ansätze in zu integrieren.

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass eine primäre Traumatisierung auf der physiologischen

Ebene zu einer anhaltenden Dysregulation des Nervensystems und einem chronisch erhöhten physiologischen Arousal führen kann. Auf der psychischen Ebene wird dies sichtbar im erhöhten psychischen Arousal als ein Symptom der PTBS und einer Beeinträchtigung der Emotionsregulation. Mögliche psychische Maßnahmen des Individuums einer emotionalen Überflutung und dem erhöhten psychischen Stress entgegen zu steuern sind Dissoziation und Substanzmissbrauch, wodurch über eine verzögerte Risikoerkennung und -reaktion eine Reviktimisierung begünstigt werden kann. Aufgrund der trauma-bedingten Veränderungen im Nervensystem werden in traumaähnlichen Situationen analgetisch und anxiolytisch wirkende endogene Opiode ausgeschüttet. Diese körpereigene Opioid-Reaktion könnte dazu beitragen, dass neben Dissoziation und Substanzmissbrauch auch risikoreiches Verhalten im Sinne von Sensation Seeking zur Emotionsregulation eingesetzt wird und sich das Reviktimisierungsrisiko so erhöht. Die Bereitschaft zu risikoreichem Verhalten und die Hilflosigkeit eines potentiellen Opfers in einem Zustand der Dissoziation oder unter Substanzeinfluss könnten von potentiellen Tätern erkannt und ausgenutzt werden. Hier können auch soziale Faktoren, Überzeugungen und gesellschaftliche Normen wirken: Überzeugungen, dass Frauen unter Alkoholeinfluss sexuell willig seien oder die gesellschaftlich akzeptierte Tendenz, dem Opfer die Schuld zuzuweisen, könnten Schuld- und Schamgefühle der Opfer verstärken und so Reviktimisierungstendenzen fördern.

Neben der PTBS und der Beeinträchtigung der Emotionsregulation kann Alexithymie Folge schwerer Traumatisierung sein, wodurch ebenfalls die Risikoerkennung eingeschränkt sein könnte. Desweiteren kommt es auf der psychischen Ebene häufig zu Beeinträchtigungen im Selbstwirksamkeitserleben und starken Gefühlen von Schuld und Scham. Beide Variablen könnten - mediert durch mangelnde Selbstbehauptung - eine adäquate Risikoreaktion verhindern und Reviktimisierung begünstigen. Restriktive gesellschaftliche Normen könnten zur Entstehung und Verstärkung von Schuld- und Schamgefühlen beitragen. Zusätzlich wird das Risiko einer Reviktimisierung durch soziale Faktoren wie soziale Unterstützung, Isolation, ökonomische Ressourcen und auch der Bereitschaft des Täters erneut Kontakt aufzunehmen beeinflusst. Im Sinne einer Feedbackschleife wird eine Reviktimisierung erneut negative

Rückwirkungen auf das physiologische und psychische Arousal, sowie Selbstwirksamkeitserleben, Schuld- und Schamgefühle haben, so dass verständlich wird warum einige Personen wiederholt zum Opfer werden.

In Abbildung 1 wird das bio-psycho-soziale Modell der Reviktimisierung in einem graphischen Schema zusammenfassend dargestellt.

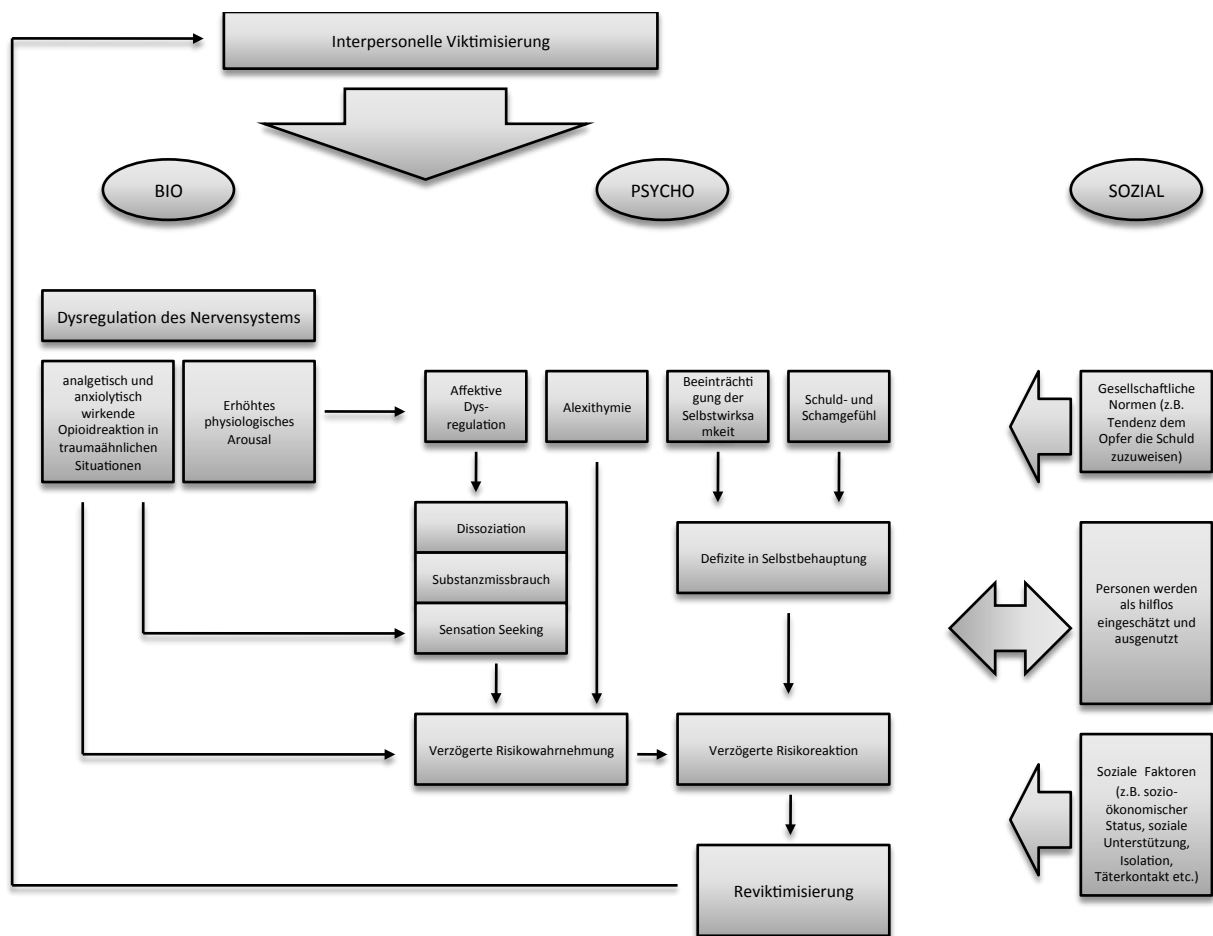


Abb. 1: Graphische Darstellung des bio-psycho-sozialen Modells der Reviktimisierung

## Diskussion

### Limitierungen und Forschungsausblick

Der vorliegende Übersichtsartikel bzw. die ihm zugrundeliegenden Studien haben verschiedene Limitierungen. Die meisten der in diesem Review berichteten Studien beziehen sich auf intrapsychische Prozesse sowie das Verhalten der Opfer interpersoneller Gewalt, nicht auf das Verhalten der TäterInnen. Es wurde nicht im Speziellen nach Studien gesucht, die TäterInnenverhalten analysieren oder die Rolle sozial-gesellschaftlicher Faktoren für Reviktimisierung untersuchen. In diesem Kontext erscheint es unerlässlich zwischen der Erforschung der Variablen, die die Opfer von Gewalt für erneute Viktimisierung vulnerabel machen und dem Versuch die Schuld für Reviktimisierungen auf der Seite der Opfer zu suchen, zu differenzieren. Die Verantwortung für interpersonelle Gewalt liegt bei dem/der TäterIn. Ohne jedoch die Faktoren zu identifizieren, die einer erhöhten Vulnerabilität der Opfer zugrundeliegen, scheint die Entwicklung adäquater Interventionen zur Prävention und zum Schutz vor Reviktimisierung erschwert.

Eine wesentliche Limitierung des Übersichtsartikels ist, dass die vorgestellten empirischen Studien nur eingeschränkt methodisch bewertet wurden. Zudem konnten nicht in jedem Fall Studien, die hinsichtlich einer Variable keine Effekte fanden, integriert werden. Die Definitionen von Viktimisierung und Reviktimisierung in den vorliegenden Studien zeigen eine große Variabilität. In den vorliegenden Übersichtsartikel wurden nur Studien aufgenommen, die Reviktimisierung definierten als Viktimisierung in mindestens zwei verschiedenen Lebensabschnitten. Studien, die beispielsweise mehrfache Viktimisierungen in der Kindheit untersuchten, auch wenn diese durch verschiedene TäterInnen verursacht wurden, wurden nicht integriert. Dennoch wurden sowohl Studien mit engeren als auch mit weiteren Definitionen von Viktimisierung und Reviktimisierung aufgenommen. Für zukünftige Studien wäre eine Vereinheitlichung der Definitionen wünschenswert. Um eine angemessene Definition von Reviktimisierung zu finden, erscheint es sinnvoll, hierbei zukünftig in Anlehnung an Diagno-



sekkriterien für traumatische Ereignisse des DSM-IV vorzugehen.

Viele Studien konnten Korrelate von Reviktimisierung identifizieren. Hinsichtlich verschiedener mit Reviktimisierung assoziierten Faktoren wie beispielsweise Dissoziation bleibt unklar, ob oder zu welchen Anteilen diese Variablen Risikofaktoren oder Konsequenzen hinsichtlich Reviktimisierung darstellen. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob Dissoziation als *Trait* eher eine Folge von Viktimisierung ist, während die akute Dissoziation als *State* im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren Reviktimisierung begünstigen kann. Um zukünftig Risikofaktoren von Konsequenzen von Reviktimisierung besser trennen zu können, besteht ein Bedarf an experimentellen Studien und Longitudinalstudien mit prospektiven Designs. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Zusammensetzung der Stichproben bisheriger Studien. Ein großer Teil der Untersuchungen sind an jungen, weiblichen Collegestudentinnen mit sexueller Viktimisierung durchgeführt worden. Zur besseren Generalisierbarkeit der Studienergebnisse zu Reviktimisierung sind zukünftig klinische Studien, Studien zu nicht-sexueller Traumatisierung sowie Untersuchungen an männlichen und nicht-akademischen Populationen wünschenswert.

Problematisch ist ebenso die Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten in der Erhebung der Viktimisierungsgeschichte Betroffener. Es zeigte sich, dass die Prävalenz von Viktimisierung im Selbstreport unterschätzt wird (Williams, Siegel & Pomeroy, 2000). Arata (2002) vermutet, dass hier unter Umständen eine Konfundierung bestehen könnte mit der Bereitschaft erlebte Gewalt zu berichten. Verschiedene Variablen, die im Zusammenhang mit Reviktimisierung gefunden wurden, könnten demnach stattdessen mit der Bereitschaft zusammenhängen, sich selbst als Opfer von Gewalt anzuerkennen.

Auch erscheint es vor dem Hintergrund erhöhter Alexithymiewerte reviktimisierter Personen (Cloitre, Scarvalone & Difede, 1997) ungünstig, Schuld und Scham im Selbstreport zu erheben. Diese Affekte im Zusammenhang mit Reviktimisierung könnten bisher unterschätzt worden sein. Für zukünftige Studien erscheint es sinnvoll, diesbezüglich auf implizite Messmethoden zurück zu greifen.

Bisherige Modelle von Reviktimisierung sind empirisch kaum überprüft, kognitiv-behaviorale

Modelle fehlen. Als Grundlage für die Entwicklung von Psychotherapien und hinsichtlich Reviktimisierung präventiv wirkenden Interventionen sind gut validierte Modelle und Theorien jedoch unerlässlich. Für zukünftige Forschung wäre ein Fokus auf die Überprüfung vorhandener Modelle wünschenswert.

### **Fazit für die Praxis**

Das Phänomen der Reviktimisierung ist hochprävalent. In der psychotherapeutischen Arbeit mit PatientInnen, die körperliche oder sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt haben, sollte dies berücksichtigt werden. Psychoedukative Programme, die über Risikofaktoren für Reviktimisierung und sogenannte „Vergewaltigungsmythen“ informieren, konnten eine zukünftige Reviktimisierung bei in der Kindheit sexuell missbrauchten Frauen nicht signifikant reduzieren (Breitenbecher & Scarce, 1999; Manson & Gidycz, 1993; Gidycz et al., 2001). Wöller (2005) weist darauf hin, dass die Aufforderung, sich von potentiell reviktimisierenden Bedingungen fernzuhalten erfolglos bleiben wird, wenn die zugrundeliegenden Mechanismen und Verhaltensmotive der PatientInnen nicht erkannt und bearbeitet werden. Das Muster der zu Reviktimisierung beitragenden Risikofaktoren kann interindividuell unterschiedlich sein. Eine gründliche individuelle Exploration vorliegender Risikofaktoren, wie beispielsweise affektive Dysregulation oder Schuld- und Schamgefühle, sollte dabei ihrer kognitiv-behavioralen oder tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Bearbeitung vorausgehen.

## **Studie II: Sexuelle Reviktimisierung – Bindungsbezogene Angst als zugrundeliegender Mechanismus?**

---

### Kapitel 3

Eine leicht veränderte Version dieses Kapitels wurde publiziert als:

Bockers, E. & Knaevelsrud, C. (2014). Sexuelle Reviktimisierung: Bindungsbezogene Angst als zugrundeliegender Mechanismus? *Psychotherapie im Dialog*, 15, 78-80.  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370822>

## Einleitung

### Reviktimisierung

Neben einer Erhöhung des Risikos für verschiedene psychische Störungen durch interpersonelle Traumatisierungen (Roberts et al., 2004), erhöhen Traumatisierungen in der Kindheit z.B. durch sexuelle Gewalt auch das Risiko einer Reviktimisierung (Arata, 2002). Als Reviktimisierung wird eine erneute Traumatisierung in einem späteren Lebensabschnitt bezeichnet. Durch bisher diskutierte Risikofaktoren für wiederholt erlebte sexuelle Gewalt konnten die zugrundeliegenden Mechanismen von Reviktimisierung jedoch nicht erklärt werden. Zunehmend intensiv diskutiert im Zusammenhang mit Reviktimisierung werden bindungsbezogene Aspekte, insbesondere bindungsbezogene Angst.

### *Prävalenz*

Abhängig von der Verwendung einer engen oder weiten Definition der Begriffe Viktimisierung und Reviktimisierung werden 10-69 % aller in der Kindheit sexuell viktimisierten Frauen im Erwachsenenalter reviktimisiert (Arata, 2002; Classen, Paresh & Aggarwal, 2005). Das Risiko von in der Kindheit viktimisierten Frauen im Erwachsenenalter erneut Opfer von Missbrauch oder Vergewaltigung zu werden ist gegenüber nicht-viktimisierten Frauen ca. um das 2-3-fache erhöht (Koss & Dinero, 1999; Messman-Moore & Long, 2000).

### *Risikofaktoren*

Als zentrale Risikofaktoren wurden bisher beispielsweise Charakteristika der primären Viktimisierung (z.B. inzestuöser Missbrauch, zusätzliche physische Gewaltanwendung während sexueller Gewalt), risikoreiches sexuelles Verhalten (z.B. früher erster Geschlechtsverkehr, sexueller Kontakt mit Unbekannten, ungeschützte sexuelle Kontakte) und Defizite in der Selbstbehauptung (z.B. mangelnde Abgrenzungs- und Durchsetzungsfähigkeit, Vertretung eigener Interessen) aufgeführt (Bockers & Knaevelsrud, 2011).

### *Intrapsychisch zugrundeliegende Mechanismen*

Trotz der hohen Prävalenzen sind die psychologischen Mechanismen, die Reviktimisierung zugrunde liegen bisher nicht ausreichend geklärt. Es ergibt sich die Frage, welche intrapsychischen Mechanismen, neben den o.g. eher deskriptiven, behavioralen Risikofaktoren, Reviktimisierung zugrunde liegen. Als ein möglicher Mediator zwischen primärer Viktimisierung und den oben genannten behavioralen Variablen (z.B. defizitäre Selbstbehauptung), die Reviktimisierung konkret mitbedingen, werden zunehmend bindungstheoretische Aspekte in Betracht gezogen.

## **Bindung**

### *Bindungstheorie*

Sowohl aufgrund positiver als auch negativer Beziehungserfahrungen bilden sich schon früh spezifische Bindungsmuster zwischen Kind und Bezugsperson. In seiner Bindungstheorie beschreibt Bowlby (1988), dass Menschen aufgrund dieser Erfahrungen bis ins Erwachsenenalter stabile individuelle Arbeitsmodelle über Beziehungen bilden. Aus diesen Arbeitsmodellen bilden sich Kognitionen darüber, wie sich andere in Interaktionen verhalten, was man in Beziehungen zu erwarten hat und wie man sich selbst in Beziehungen verhalten sollte. Gleichfalls sind diese Erfahrungen Grundlage für Überzeugungen, die ein Kind über sich selbst entwickelt. Wachsen Kinder in einer warmen, liebevollen und fürsorglichen Umgebung auf, entwickeln sie die Überzeugung, es selbst wert zu sein positiv und liebevoll behandelt zu werden. Verhalten sich Bezugspersonen dagegen abweisend, unvorhersehbar und missbräuchlich, entstehen Überzeugungen selbst wertlos zu sein sowie ein inneres Arbeitsmodell von anderen als missbrauchend und wenig einschätzbar. Früh erworbene Überzeugungen über sich selbst und andere scheinen Kognitionen, Verhaltensweisen und das Sexualverhalten in späteren Beziehungen zu beeinflussen (Diamond & Blatt, 2007). Weiterhin wird angenommen, dass die relativ stabilen Bindungsmuster die Wahl späterer BeziehungspartnerInnen beeinflussen. (Bowlby, 1973; Fraley & Davis, 1997). Individuen wählen meist PartnerInnen, dessen Bindungsmuster mit dem selbst ursprünglich erfahrenen Bindungsmuster

kongruent ist. Hierdurch werden Überzeugungen hinsichtlich Bindung wiederum bestätigt (Frazier et al., 1996).

### *Bindungsmodelle*

Das ursprünglich von Ainsworth (1978) entwickelte Modell besteht aus den Kategorien sichere, ängstliche und vermeidende Bindung. Dieses Modell wurde im Verlauf der Zeit wiederholt ergänzt und abgewandelt (Übersicht s. Brennan, Clark & Shaver, 1998). Brennan, Clark und Shaver (1998) fanden jedoch, dass sich die verschiedenen Modelle zu Bindung bei Erwachsenen im Wesentlichen auf zwei Dimensionen reduzieren lassen:

- Bindungsbezogene Vermeidung und
- Bindungsbezogene Angst.

Im Gegensatz zu unsicher gebundenen Personen, zeigen sicher gebundene Personen hierbei niedrige Werte in beiden Dimensionen. Während Personen mit hohen Werten in bindungsbezogener Vermeidung sich unwohl in nahen emotionalen Beziehungen fühlen, zeigen Personen mit hohen Werten in bindungsbezogener Angst ein starkes Bedürfnis nach Nähe und erhöhte Angst, verlassen zu werden (Hazan & Shaver, 1987). Letztere sorgen sich beispielsweise darum ob ihrE PartnerIn verfügbar und fürsorglich ist oder darum, ihreN PartnerIn mehr zu lieben als von ihm/ihr geliebt zu werden.

Studien, die sich mit Bindungsstil und sexuellem Missbrauch beschäftigen, zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Viktimisierung in der Kindheit und unsicherem Bindungsstil im Erwachsenenalter (Alexander, 1993; Aspelmeier, Elliott & Smith, 2007; Kwako et al., 2010; Roche, Runtz & Hunter, 1999, Styron & Janoff-Bulman, 1997). Auch wurden Partnerschaften mit bindungsängstlichen Partnerinnen und bindungsvermeidenden männlichen Partnern assoziiert mit Gewalt in der Beziehung (Doumas et al., 2008). Insbesondere bindungsbezogene Angst zeigte sich als Korrelat von sexueller Gewalt in der Kindheit sowie als Prädiktor für spätere Reviktimsierung (Lee, Reese-Weber & Kahn, 2014; Reese-Weber & Smith, 2011).

## **Ergebnisse und Diskussion**

### **Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und Reviktimisierung**

#### *Bindungsbezogene Angst und Selbstbehauptung*

Wie Nurius (2000) beschreibt, gibt es, ausgehend von der Perspektive eines Individuums immer relative Kosten dafür, eine bestimmte Handlung in einer spezifischen Situation auszuführen oder diese eben nicht auszuführen. Frauen mit hoher bindungsbezogener Angst sind signifikant besorgter darüber, von anderen abgelehnt und zurückgewiesen zu werden (Jaremka et al., 2013). Demnach sind auch die individuellen Kosten dafür, sich in risikoreichen Situationen mit InteraktionspartnerInnen abzugrenzen und Widerstand zu leisten entsprechend höher. Bei Personen mit hoher bindungsbezogener Angst könnte die Angst Beziehungen zu gefährden zu weniger selbstbehauptendem Verhalten führen und so das Reviktimisierungsrisiko erhöhen. Studien zu Selbstbehauptung und Reviktimisierung stützen diesen Gedanken (Kearns & Calhoun, 2010). Auch eine Studie von Macy, Nurius und Norris (2006) konnte belegen, dass Frauen mit erhöhter Angst ihre Beziehung mit dem (männlichen) Täter zu gefährden, weniger sexuelle Selbstbehauptung zeigten.

#### *Bindungsbezogene Angst und risikoreiches sexuelles Verhalten*

Messman-Moore et al. (2008) konnten zeigen, dass die Nutzung von Sexualität zur Erfüllung nicht-sexueller Bedürfnisse, insbesondere zur Reduktion negativer Affekte im Zusammenhang mit Einsamkeit und Isolation, ein signifikanter Prädiktor war für zukünftige sexuelle Viktimisierung. Insbesondere wenn sexuelles Verhalten (z. B. früher erster Geschlechtsverkehr) zur Herstellung oder Sicherung emotional bedeutsamer Bindungen genutzt wird, könnte hierdurch das Reviktimisierungsrisiko erhöht werden. Studien zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen bindungsbezogener Angst und frühem ersten Geschlechtsverkehr bei Mädchen (Bogaert & Sadava, 2002; Gentzler & Kerns, 2004). Des Weiteren finden sich Zusammenhänge zwischen bindungsbezogener Angst und problematischem sexuellem Ver-

halten wie dem sog. „out-of-control sexual behaviour“, das Konstrukte wie sexuelle Impulsivität sowie sexuelle Sucht oder Zwang einschliesst (Faisandier, Taylor & Salisbury, 2012). Das Motiv der Bindungssicherung und das Bedürfnis nach emotionaler Nähe hat hier scheinbar eine höhere Priorität für das Individuum als das Motiv sich selbst zu schützen.

### *Bindungsbezogene Angst und die Charakteristik der primären Viktimisierung*

Je intensiver das Bindungssystem erschüttert ist und je wichtiger die Personen sind, die das Bindungssystem erschüttern, desto stärker ist vermutlich in der Folge die Angst des Individuums bedeutsame Bindungen zu verlieren und die Tendenz, Risiken zugunsten von Bindungen zu vernachlässigen. Hierdurch wird verständlich warum das höchste Risiko einer späteren Reviktimisierung bei *inzestuösem* primären Missbrauch vorliegt, gefolgt von Missbrauch im Freundeskreis der Familie und einem verhältnismäßig geringeren Risiko bei Missbrauch durch fremde Personen (Kessler & Bieschke, 1999).

### **Bindung – stabil oder veränderbar?**

In der ursprünglichen Bindungstheorie galten früh entstandene Bindungsmuster als potentiell stabil bis ins Erwachsenenalter. Auch Fraley (2002) beschreibt, dass Bindungsrepräsentationen durch Erfahrungen mit Bezugspersonen in der frühen Kindheit entstehen und dass diese wiederum Beziehungen im Erwachsenenalter prägen. Dennoch geht er davon aus, dass diese adaptiv erworbenen Bindungsrepräsentationen durch neue Beziehungserfahrungen verändert werden können und dass vorherige Erfahrungen gar überschrieben werden können.

Entgegen der oft vertretenen Ansicht, dass ein unsicherer Bindungsstil und bindungsbezogene Angst über die Lebensspanne hinweg stabil seien, zeigen neuere Studien, dass diese mit Hilfe psychotherapeutischer Interventionen signifikant veränderbar sind (Maxwell et al., 2014; Tasca et al., 2007).

Bei der therapeutischen Bearbeitung von bindungsbezogener Angst, sollte es den PatientInnen ermöglicht werden, im Rahmen der therapeutischen Beziehung eine der ursprünglich traumatisierenden Beziehungserfahrung entgegengesetzte, neue Erfahrung zu machen. Das



kann in jeder psychotherapeutischen Behandlung durch die Arbeit am Verhalten, an der therapeutischen Beziehung selbst, an Emotionen und Kognitionen, unabhängig von der jeweiligen Therapieschule, gelingen.

### **Fazit**

In der psychotherapeutischen Arbeit mit in der Kindheit sexuell traumatisierten PatientInnen sollte das hochprävalente Phänomen der Reviktimisierung berücksichtigt werden. Um Reviktimisierungen erfolgreich präventiv zu begegnen, sollten die zugrundeliegenden Mechanismen und Verhaltensmotive der Patientinnen und Patienten wie beispielsweise erhöhte Bindungsbezogene Angst therapeutisch erkannt und bearbeitet werden.



## **Studie III: Risk Recognition, Attachment Anxiety, Self-Efficacy, and State Dissociation Predict Revictimization**

*(Risikoerkennung, Bindungsbezogene Angst, Selbstwirksamkeit und State Dissoziation als Prädiktoren für Reviktimisierung)*

---

### Kapitel 4

Eine leicht veränderte Version dieses Kapitels wurde publiziert als:

Bockers, E., Roepke, S., Michael, L., Renneberg, B. & Knaevelsrud, C. (2014). Risk Recognition, Attachment Anxiety, Self-Efficacy, and State Dissociation Predict Revictimization. PLoS ONE 9(9): e108206. doi:10.1371/journal.pone.0108206.

Die Studie wurde in englischer Sprache publiziert und wird daher in ihrer originalen Form abgedruckt.

## **Abstract**

### *Background*

Previous research has identified a number of variables that constitute potential risk factors for victimization and revictimization. However, it remains unclear which factors are associated not only with childhood or adolescent victimization, but specifically with revictimization. The aim of this study was to determine whether risk recognition ability and other variables previously associated with revictimization are specifically able to differentiate individuals with childhood victimization only from revictimized individuals, and thus to predict revictimization.

### *Methods*

Participants were  $N = 85$  women aged 21 to 64 years who were interpersonally victimized in childhood or adolescence only, interpersonally revictimized in another period of life, or not victimized. A logistic regression analysis was conducted to examine whether risk recognition ability, sensation seeking, self-efficacy, state dissociation, shame, guilt, assertiveness, and attachment anxiety predicted group membership.

### *Results*

The logistic regression analysis revealed risk recognition ability, attachment anxiety, state dissociation, and self-efficacy as significant predictors of revictimization. The final model accurately classified 82.4% of revictimized, 59.1% of victimized and 93.1% of non-victimized women. The overall classification rate was 80%.

### *Conclusions*

This study suggests that risk recognition ability, attachment anxiety, self-efficacy, and state dissociation play a key role in revictimization. Increased risk recognition ability after an interpersonal trauma may act as a protective factor against repeated victimization that revictimized individuals may lack. A lack of increased risk recognition ability in combination with higher attachment anxiety, lower self-efficacy, and higher state dissociation may increase the risk of revictimization.

## **Introduction**

The prevalence of re-exposure to trauma in later life among individuals who experienced victimization in childhood or adolescence is high. There is widespread empirical evidence that child sexual abuse significantly increases the risk of repeated victimization in adulthood (Arata, 2002; Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Messman-Moore & Long, 2002; Coid, et al., 2001). Overall, the data indicate a two- to three-times higher risk of revictimization among victims of child sexual abuse (Arata, 2002; Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005). Physical maltreatment in childhood also increases the probability of revictimization (Arata & Lindeman, 2002; Schaaf & McCanne, 1998; Widom, Czaja, & Dutton, 2008). Given a prevalence of child sexual and physical abuse in girls of 8 to 31% (Barth, et al., 2013), revictimization is clearly a relevant societal problem. Victimization and repeated victimization are associated with posttraumatic stress disorder (Risser, et al., 2006), dissociation (Noll, et al., 2003), and interpersonal problems (Rich, et al., 2005), as well as with substantial psychological strain. The public health costs resulting from repeated victimization are substantial (Walsh, Galea, & Koenen, 2012).

### **Variables associated with victimization and revictimization**

Previous reviews have found several psychological variables to be associated with victimization and revictimization (Arata, 2002; Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; McAndrew & Teitelman, 2007; Bockers & Knaevelsrud, 2011), namely, deficits in risk recognition ability, self-efficacy, and assertiveness, as well as increased sensation seeking, dissociation, feelings of guilt and shame, and attachment anxiety.

#### *Risk recognition*

Risk recognition ability is the ability to sufficiently recognize danger cues (e.g., in social interactions) and to correctly identify dangerous situations. Various studies on situational risk

recognition have found that victims of sexual abuse show lower risk recognition ability than do non-victims (Gold, 2008; Soler-Baillo, Marx, & Sloan, 2005). However, other studies have found no support for the association between risk recognition and sexual victimization history (Breitenbecher, 1999; VanZile-Tamsen, Testa, & Livingston, 2005). Some studies even suggest that emotional risk recognition in victimized individuals is above average (Elwood, et al., 2007; Litz & Hearst, 1994; Vythilingam, et al., 2007). These inconsistent findings may be due to the fact that most of the studies did not distinguish between victimized and revictimized individuals. Messman-Moore and Brown (2006), who *did* differentiate between victimized and revictimized women, found higher risk recognition in victimized women and lower risk recognition in revictimized women than in non-victimized women. Likewise, Wilson, et al. (1999) found that revictimized individuals show lower risk recognition ability than do victims of a single assault. To date, risk recognition has been assessed in college or community samples only; no previous studies have examined risk recognition in a clinical context with severely impaired patients.

#### *Further relevant variables*

Isolated studies investigating the link between *self-efficacy* and revictimization have found evidence for a relationship between the two (Lamoureux, et al., 2012; Walsh & Foshee, 1998). For example, Lamoureux, et al. (2012) found that low self-efficacy acts as a mediating variable between child sexual abuse and high-risk sexual behavior, which can increase the risk of revictimization (Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010).

*Assertiveness* refers to the ability to stand up for one's rights—for example, to say “no” without feeling guilty. Low assertiveness has been associated with sexual victimization and revictimization (Katz, et al, 2010; Kearns & Calhoun, 2010; Walker, Messman-Moore, & Ward, 2011). Gidycz, et al. (2008) found that women's low assertiveness was predicted by experiences of child sexual abuse. Furthermore, women who were revictimized in adulthood showed significantly lower assertiveness than did non-victims (Kearns & Calhoun, 2010).

*Sensation seeking* is significantly linked to a number of risk-taking behaviors (Dahlen, et al., 2005; Zuckerman, 1994). There is, for example, evidence of associations between sensation seeking and risky sexual behavior (Charnigo, et al., 2013), which in turn predicts sexual revictimization (Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010).

There is widespread evidence for an association between victimization and *dissociation*, that is, a feeling of detachment from one's physical and emotional experience (Putnam, 1997; Silberg, 2000). Revictimization has also been associated with dissociation as well as with longer latencies of processing trauma-related stimuli (Cloitre, Scarvalone, & Difede, 1997; Field, et al., 2001; Iverson, et al., 2013). However, Risser, et al. (2006) found no significant link between dissociation and repeated victimization in a follow-up period. All previous studies have assessed *trait* dissociation; research examining *state* dissociation during risky situations as a variable potentially contributing to revictimization is lacking.

Feelings of event-related *guilt and shame* are frequent consequences of victimization (Babcock & DePrince, 2012; Whiffen & Macintosh, 2005). Also guilt- and shame-proneness are associated with victimization (Leskela, Dieperink, & Thuras, 2002). Event-related guilt and shame have also been associated with revictimization (Proulx, et al., 1995; Feiring, Simon, & Cleland, 2009). In their longitudinal study, for example, Feiring, Simon, and Cleland (2009) found that shame and self-blame predict the experience of future dating aggression in individuals with past child sexual abuse. Research examining guilt- and shame-proneness in association with revictimization is lacking.

*Attachment anxiety* refers to an increased need for reassurance and fear of abandonment in relationships. Two recent studies on attachment anxiety have reported a positive correlation between child sexual abuse and attachment anxiety in adulthood (Kwako, et al., 2010; Reese-Weber & Smith, 2011). Moreover, a prospective study on predictors of revictimization (Reese-Weber & Smith, 2011) found that attachment anxiety plays an important role in later revictimization.

Identifying the impact of different variables on revictimization is essential for the development of efficient interventions and for the optimization of existing programs to protect survivors of

violence from repeated victimization. In order to identify relevant risk factors for revictimization, it seems important to distinguish variables associated with victimization only from variables associated specifically with revictimization.

Most previous studies on revictimization have used selective samples, such as samples of college students. Few have examined clinical samples. This raises the question of whether or not the variables thus far associated with revictimization also apply to more severely impaired women who are at the highest risk of revictimization (Arata, 2002). Furthermore, there has been great variability in previous definitions of victimization and revictimization. Different studies report different inclusion criteria for victimization and revictimization (e.g., from exhibitionism to severe rape), and they have failed to determine whether the incidents experienced met specific trauma criteria. Furthermore, two traumatic events committed by the same perpetrator are often counted as revictimization. We propose to use the term *victimization* when an event of interpersonal violence is experienced as *traumatic* according to the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994). We propose to use the term *revictimization* when at least two different traumatic events are experienced in two different periods of life and committed by different perpetrators.

### **Study aim and hypotheses**

The aim of the study was to identify variables that predict revictimization in a clinical sample. A specific aim was to provide insights into which variables are specifically altered in revictimized women relative to women who were victimized in childhood or adolescence only.

We hypothesized that the variables risk recognition, guilt, shame, attachment anxiety, sensation seeking, state dissociation, assertiveness, and self-efficacy would predict revictimization. We expected that revictimized individuals would show lower risk recognition ability than victimized or non-victimized individuals, and that individuals victimized in childhood/adolescence only would show higher risk recognition ability than revictimized individuals or non-victimized individuals. In addition, we expected revictimized individuals to show



### STUDIE III – PREDICTORS OF REVICTIMIZATION

higher levels of guilt-proneness, shame-proneness, attachment anxiety, sensation seeking, and state dissociation than individuals victimized in childhood/adolescence only, as well as lower levels of assertiveness and self-efficacy.

## Materials and Methods

### Ethics statement

The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008. The study was approved by the Freie Universität Berlin's Internal Ethical Review Board.

### Sample and recruitment

The sample comprised 85 adult women between the ages of 21 and 64 years ( $M = 35.4$ ;  $SD = 11.5$ ); 22 (26%) in the victimized group (VIC), 34 (40%) in the revictimized group (REVIC), and 29 (34%) in the non-victimized comparison group (NON-VIC). Victimized and revictimized participants were inpatients recruited at the department of Psychiatry at Charité – University Medicine Berlin. Non-victimized controls were female undergraduate students at the Freie Universität Berlin and women recruited through announcements on the internet.

The inclusion criterion for the victimized group (VIC) was exposure to one or more incidents of interpersonal violence—i.e., sexual abuse or physical maltreatment—during childhood (age 0–14) only or during adolescence (age 14–18) only. Incidents of violence must have been experienced as traumatic events according to the criteria of the DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). The inclusion criteria for the revictimized group (REVIC) were exposure to two or more incidents of interpersonal violence that were experienced as traumatic events according to the criteria of the DSM-IV, that were committed by different perpetrators, and that occurred in at least two different periods of life (i.e., childhood, adolescence, or adulthood). The inclusion criterion for the non-victimized comparison group was lack of exposure to traumatic events. Exclusion criteria for all three groups were lifetime psychotic disorder, substance dependence or abuse within the last six months, or acute suicidality.

## Measures

### *Risk recognition ability*

To assess risk recognition ability, we developed stimulus material in German, based on the risk perception vignette of Marx and Gross (1995). Participants listened to an audiotaped vignette of a man and a woman engaged in conversation and sexual activity resulting in a sexual assault. The intensity of both the man's threats and the woman's refusals escalated over time (see Table 4.1). The vignette contained various risk factors for date rape described in the literature (Norris, Nurius, & Graham, 1999), including alcohol consumption, sexual comments, verbal persuasion, ignoring the woman's refusal, a degree of isolation, and verbal threats and physical pressure, also increasing over time.

Risk recognition ability was assessed by measuring response latency—that is, the length of time before participants pressed a button to indicate that they felt uncomfortable. Higher latencies indicate lower risk recognition ability. To keep the vignette's potential effects on acute dissociation constant and to prevent hesitation caused by curiosity about how the interaction would continue, participants were told that they would be able to listen to the end of the vignette after pressing the button.

The script developed by Marx and Gross (1995) has been used and validated in previous studies (Bernat, Stolp, & Calhoun, 1997; Bernat, Wilson, & Calhoun, 1999; Loiselle & Fuqua, 2007; Marx, Gross, & Juergens, 1997). To examine the validity of the German version, we presented the script of the vignette to 20 undergraduate female students and six experts prior to the study. Experts were postdoctoral clinical psychologists and therapists who had worked with trauma victims. Raters were asked to assess whether the scenario was realistic and whether the risk for victimization increased over time the longer the woman remained in the situation. Both questions were rated on a scale from 0 to 7 (ranging from *strongly disagree* to *strongly agree*). Raters strongly agreed that the scenario was realistic ( $M = 5.8$ ;  $SD = 1.28$ ) and that the risk for victimization increased over time ( $M = 6.4$ ;  $SD = 0.82$ ). The interaction was narrated by professional actors.

*Psychopathology and traumatic events*

Current major depression, posttraumatic stress disorder (PTSD), and borderline personality disorder (BPD) were assessed by means of the Structured Clinical Interviews for DSM-IV Axis I and II Disorders (SCID-I, SCID-II) (First, et al., 1996; First, et al., 1997). The semi-structured interviews used to make DSM-IV diagnoses show good test–retest reliability (Zanarini, et al., 2000). Traumatic events were assessed using an adapted version of sections 1 and 2 of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa, et al., 1997). The PDS is a 49-item self-report measure containing four sections assessing all DSM-IV criteria for PTSD. With an alpha of 0.94, the German version of the PDS shows high internal consistency (Griesel, Wessa, & Flor, 2006). In order to assess all experienced events in terms of the DSM-IV trauma criteria, we conducted the PDS in interview format. Additionally, 10 traumatic events specific to child sexual abuse and maltreatment were added to the PDS checklist (e.g., “being forced to watch sexual activities” or “violence between parents”). These additional items were based on selected items from the Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure scale (MACE; Teicher & Parigger, unpublished) and the trauma list of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake, et al., 1995). To assess revictimization, we obtained the following information for each experienced event: the victim’s age at the time, how often the event was experienced, and who perpetrated it. In applying section 2 of the PDS, we did not only assess whether the *most upsetting* traumatic event met the DSM-IV trauma criteria; rather, we evaluated all traumatic events experienced in this respect.

Table 4.1

*Excerpts from the vignette used in the risk recognition task*

Time in minutes from onset	Interaction
1:25	(m) "Lisa, you look super sexy in your dress tonight. Would you like to go outside with me for a while?" (w) "No, it's too cold outside, but I'd like to drink something, maybe another coke."
3:55	(m) "Kiss me, Lisa." (...) (w) "I like kissing you but don't touch my butt, that's too fast for me." (m) "Sorry, but so close to you I just about lose control."
4:42	(w) "Don't you listen, Felix, I don't want you to touch my breasts!" (louder) (m) "Shh, be quiet, don't let the others hear us." (w) "Stop it, please!" (m) "OK, then I should go home and we should probably stop seeing each other." (w) "Come on Felix, don't be upset."
5:10	(m) "I know you want it, Lisa! Kiss me! It's so hard to control myself!" (w) "Stop it! Get your hands out of my pants. You know I don't like that!" (m) "Come on, just a little bit! Stop acting up, Lisa!"
5:33	(m) "Don't make me hurt you, Lisa!" (w) "I've told you I don't want any more! Take your hands off me!" (cries) (m) "Lie down!"

*Note.* (m) = man; (w) = woman.

### *Sensation seeking*

Form V of the Sensation Seeking Scale (SSS-V) (Zuckerman, 1994; Zuckerman, et al., 1964) contains 40 items yielding four subscale scores (Thrill and Adventure Seeking, Disinhibition, Experience Seeking, and Boredom Susceptibility). Cronbach's alphas  $>.75$  are reported (Roberti, Storch, & Bravata, 2003).

### *Self-efficacy*

The General Self-Efficacy Scale (GSE) (Schwarzer & Jerusalem, 1995) is an unidimensional 10-item self-report scale designed to assess a general sense of perceived self-efficacy. Cronbach's alphas are reported to range from .76 to .90 (Schwarzer & Born, 1997).

*State dissociation*

The Dissociation-Tension-Scale acute (Dissoziations-Spannungs-Skala; DSS-acute) (Stigelmayr, et al., 2003) consists of 21 items tapping dissociation and one assessing average inner tension. The authors report a Cronbach's alpha of .94.

*Guilt- and shame-proneness*

The short form of the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA-3) (Tangney, et al., 2000; Tangney & Dearing, 2002) presents 11 everyday-life situations in which things have gone wrong. For each situation, participants rate how likely they would be to respond with guilt and shame. Tangney & Dearing (2002) report Cronbach's alphas ranging from .70 to .88.

*Assertiveness*

The 30-item short form of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue-SF) (Freudenthaler, et al., 2008; Petrides & Furnham, 2001) is a self-report measure assessing 15 distinct facets of emotional intelligence. We used the assertiveness subscale. Internal consistency (Cronbach's alpha) of the subscales has been reported to range from .71 to .92.

*Attachment Anxiety*

The German version of the Experiences in Close Relationships Inventory (ECR) (Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Ehrental, et al., 2009) is a 36-item self-report measure consisting of two subscales, measuring attachment anxiety and avoidance in close relationships. We used the anxiety subscale, for which Ehrental, et al. (2009) report a Cronbach's alpha of .91.

*Crystallized intelligence*

We used the Multiple Choice Vocabulary Test (Mehrfach-Wortschatz-Test; MWT-B) (Lehrl, Triebig, & Fischer, 1995) to test verbal intelligence. In healthy adults, results on the MWT-B correlate well with global IQ (Lehrl, Triebig, & Fischer, 1995).

## **Procedure**

On arrival, participants were given a full explanation of the study procedures. They then gave written informed consent to participate in the study. Subsequently, sociodemographic information (e.g., age, education) was gathered, diagnostic interviews (SCID-I, SCID-II, PDS) were conducted, and participants completed the questionnaire measures (GSE, SSS-V, TOSCA-3, TEIQUE-SF, ECR, MWT-B). Each participant was given the following instructions on the computer monitor before the risk recognition task:

*Please listen carefully to the following interaction and try to put yourself in Lisa's position. I would like you to signal, by pressing the colored key on the keyboard in front of you, as soon as you feel uncomfortable with what is happening to Lisa. You will only need to push the key once. Please continue to listen to the situation until it is finished, even if you have pressed the key.*

The experimental procedure was programmed using the computer program e-prime. Both the audio material and the instructions were thus presented in standardized form. Response latency was saved automatically. Immediately after listening to the vignette, participants filled in the Dissociation-Tension-Scale (DSS-acute). After completing all measures, participants were debriefed, given the opportunity to ask questions, and compensated.

## **Data Analysis**

Data were analyzed using SPSS version 20 (IBM Corp., 2011). Chi-square and univariate analyses of variance (ANOVA) were conducted to test for baseline group differences in age, verbal IQ, educational level, psychopathology, number of victimizations during childhood/adolescence, and type of trauma. We then conducted a multiple logistic regression analysis to determine whether the variables risk recognition ability, self-efficacy, state dissociation, shame, guilt, assertiveness, sensation seeking, and attachment anxiety predicted membership of the three groups (VIC, REVIC, NON-VIC). Revictimization was used as the

reference category. To reduce multicollinearity, we centered the independent variables before entering them in the analysis. A goodness-of-fit test was applied to assess the extent to which the model provided better fit than a null model with no predictors. In proportion to the number of independent variables used in our study, the sample size of the three groups was relatively small for a logistic regression. We therefore used bootstrapping to obtain a more robust estimate of the confidence intervals. The statistical significance of the association between group membership and the respective variables was determined using a 95% bootstrap confidence interval (CI). The bootstrap procedure is recommended for small data sets (Adèr, Mellenbergh, & Hand, 2008), and its confidence intervals are asymptotically more accurate and more correct as well as more robust than are standard confidence intervals (DiCiccio & Efron, 1996; Zadkarami, 2008). To counteract problems caused by complete separation—that is, when the outcome variable can be perfectly predicted by a set of variables (Field, 2009)—we set the number of bootstrap samples to 10,000. In the multiple logistic regression analysis model,  $p$  values  $< 0.05$  were considered significant.



## Results

### Baseline group differences

Univariate ANOVAs were calculated to test for baseline group differences in age, verbal IQ, and educational level. Chi-square tests were conducted to compare victimized and revictimized individuals with respect to diagnosis of depression, PTSD, and borderline personality disorder. No significant differences were found (see Table 4.2). Likewise, chi-square tests revealed that victimized and revictimized women did not differ in terms of the number of victimizations during childhood/adolescence,  $\chi^2(5) = 4.42$ ,  $p = .490$ , or the type of trauma (i.e., sexual abuse only, physical abuse only, or both),  $\chi^2(2) = 3.55$ ,  $p = .169$ .

Table 4.2

#### *Sociodemographic characteristics and psychopathology of the sample*

Variables	REVIC (n=34)	VIC (n=22)	NON-VIC (n=29)	Groups	
				F-ratio	<i>p</i>
Age, M (SD)	35.88 (8.56)	33.45 (11.39)	37.41 (14.54)	.90	.411
Educational level, M (SD) <sup>1</sup>	11.10 (2.16)	11.00 (1.63)	11.69 (1.56)	.97	.382
Crystallized intelligence, M (SD) <sup>2</sup>	27.94 (4.49)	28.00 (3.67)	29.60 (2.18)	2.15	.123
				$\chi^2(1)$	<i>p</i>
PTSD, in %	52.94	40.91	-	1.05	.306
Depression, in %	29.41	18.18	-	1.07	.301
Borderline personality disorder, in %	44.12	45.46	-	0.002	.962

Note. <sup>1</sup> = measured in number of years in school; <sup>2</sup> = measured with the MWT-B.

### Logistic Regression Analysis Predicting Revictimization

A multiple logistic regression analysis was conducted to predict group membership using risk recognition ability, self-efficacy, state dissociation, shame, guilt, assertiveness, sensation seeking, and attachment anxiety as predictors. A test of the final model against a constant model was significant, indicating that the set of variables included reliably predicted group membership,  $\chi^2(16) = 95.15, p < .001$ . The nonsignificant goodness-of-fit test indicated good model fit,  $\chi^2(152) = 165.96, p = .207$ . Nagelkerke's  $R^2 = .76$  indicated that the predictive quality of the independent variables used was moderately strong. Overall, the predictors accurately classified 82.4 % of the revictimized women (see Table 4.3 for an overview of the predicted probabilities).

Table 4.3

*Findings of the logistic regression analysis: observed and predicted classifications*

Observed	Predicted			% Correct
	REVIC	VIC	NON-VIC	
REVIC	28	6	0	82.4
VIC	6	13	3	59.1
NON-VIC	1	1	27	93.1
Overall % correct	41.2	23.5	35.3	80.0

Table 4.4

*Descriptive statistics: Means and standard deviations (in parentheses) of potential risk factors for revictimization across all three groups*

Variable	1: REVIC (n=34)	2: VIC (n=22)	3: NON-VIC (n=29)
Risk recognition (sec)	197.24 (117.46)	131.83 (91.26)	235.97 (77.66)
Self-efficacy	20.42 (6.14)	21.04 (7.20)	31.60 (4.52)
Assertiveness	5.37 (2.78)	7.49 (3.65)	10.55 (3.41)
Guilt-proneness	49.20 (4.22)	47.17(6.25)	44.10 (4.53)
Shame-proneness	41.10 (7.36)	38.69 (9.76)	29.27 (8.42)
Sensation seeking	16.51 (7.94)	14.86 (8.70)	17.51(6.21)
State dissociation	2.71 (2.11)	2.11(1.86)	.25 (.29)
Attachment anxiety	4.81 (1.11)	3.88 (1.30)	2.29 (1.56)

STUDIE III – PREDICTORS OF REVICTIMIZATION

Table 4.4 reports the descriptive statistics of the independent variables across the groups. Statistical tests of the individual predictors showed that only risk recognition, attachment anxiety, self-efficacy, and state dissociation were significantly associated with group membership (see Table 4.5). As shown in Table 4.5, risk recognition and attachment anxiety significantly distinguished between victimized and revictimized individuals. State dissociation and self-efficacy significantly distinguished between revictimized individuals and non-victimized controls.

Table 4.5

*Multinomial logistic regression model predicting revictimization*

	B (SE)	Bootstrapped 95 % CI	
		Lower	Upper
<b>VIC vs. REVIC</b>			
Constant	-.07 (25.15)	-1.73	1.05
Risk recognition	-.01 (.26) **	-.03	-.002
Self-efficacy	.00 (.07)	-.21	.20
Assertiveness	.14 (6.55)	-.15	.73
Guilt-proneness	-.03 (1.26)	-.30	.22
Shame-proneness	-.02 (3.51)	-.28	.20
Sensation seeking	-.04 (2.74)	-.29	.09
State dissociation	.04 (15.33)	-.72	.89
Attachment anxiety	-.74 (47.91) *	-2.60	-.12
<b>NON-VIC vs. REVIC</b>			
Constant	-4.11 (2976.12) **	-1551.12	-2.17
Risk recognition	-.01 (12.67)	-2.34	1.31
Self-efficacy	.23 (156.99) **	.00	73.16
Assertiveness	.21 (220.91)	-14.76	70.20
Guilt-proneness	-.19 (163.86)	-48.02	4.62
Shame-proneness	.15 (149.25)	-1.83	45.54
Sensation seeking	-.05 (62.44)	-17.46	8.78
State dissociation	-2.99 (2179.55) **	-1013.83	-1.23
Attachment anxiety	-1.20 (406.52)	-154.14	15.47

Note. Multiple logistic regression was performed with 10,000 bootstrap replications; SE = Standard error; CI = Confidence interval; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

## Discussion

The aim of this study was to identify variables that predict revictimization. We were particularly interested in predictor variables that distinguished between the victimized group and the revictimized group. Our results showed that the set of variables we assessed accurately classified 82.4% of revictimized individuals and 93.1% of victimized individuals. Risk recognition ability, attachment anxiety, state dissociation, and self-efficacy were significant predictors of group membership. Risk recognition ability and attachment anxiety significantly distinguished revictimized women from women who had been victimized during childhood or adolescence only. Thus, these variables were specifically related to revictimization but not to victimization. State dissociation and self-efficacy significantly distinguished revictimized women from non-victimized women. In the following, we discuss these results in detail.

The two trauma groups (VIC and REVIC) did not differ in terms of psychopathology, number of victimizations during childhood/adolescence, or the type of trauma. These findings suggest that revictimization is neither specifically associated with disorders such as PTSD or borderline personality disorder, nor with the type and frequency of victimizations during childhood.

Our data showed that lower **risk recognition** ability, measured in terms of response latencies, distinguished between the victimized and the revictimized group, but not between the revictimized group and the non-victimized group. These findings indicate that risk recognition may not be impaired in revictimized individuals, but rather increased in victimized individuals. This interpretation is in line with the findings of the only previous study on revictimization and risk recognition that has differentiated between victimized and revictimized individuals in accordance with our definition of victimization and revictimization (Messman-Moore & Brown, 2006). The authors found that women with childhood victimization only identified threat cues significantly faster than did revictimized women or women without a history of victimization. They explained the former group's ability to quickly identify threat as a result of

a sensitization to danger cues. This sensitization may serve as a buffer against future revictimization that may not be present in revictimized individuals. A lack of this potential buffer in combination with impairments in other variables in revictimized women may create a specific vulnerability for revictimization. The fact that revictimized and non-victimized individuals did not differ in terms of risk recognition ability suggests that additional variables are involved in revictimization. Thus, delayed or detrimental responses to real-life risky situations might be influenced not only by lower risk recognition, but also by other individual variables, such as self-efficacy and state dissociation, or by other, as yet unconsidered, variables that are impaired in victimized individuals.

**Attachment anxiety** also differentiated revictimized from victimized individuals in our study, with revictimized individuals showing higher levels of attachment anxiety. These findings are consistent with those of the only previous study that has assessed revictimization and attachment anxiety: Reese-Weber and Smith (2011) identified attachment anxiety as an important predictor of revictimization. As Nurius (2000) pointed out, from an individual perspective, there are always relative costs of both taking and not taking a specific action in a specific situation. Individuals with high levels of attachment anxiety are significantly more concerned about being rejected by others (Jaremka, et al., 2013). Thus, the individual cost of showing direct resistance towards an acquaintance in a risky situation may be much higher, which might increase the risk of revictimization. To our knowledge, the present study was the first to empirically assess attachment anxiety and revictimization in a clinical sample. Further research is therefore needed to corroborate our findings.

**Self-efficacy** differentiated revictimized individuals from non-victimized individuals; lower self-efficacy significantly predicted revictimization. This finding is in line with the results of studies indicating that impaired self-efficacy is associated with risky sexual behavior and with later victimization in a population of adolescent females (Lamoureux, et al., 2012; Walsh & Foshee, 1998). However, in the present study, lower self-efficacy did not significantly differentiate between revictimized and victimized individuals. Hence, it cannot be concluded that low self-efficacy is specifically associated with revictimization. Rather, low self-efficacy may

be associated with victimization in general, rather than with revictimization in particular. In addition, the present study examined *general* self-efficacy. Further research into the role of *situation-specific* self-efficacy (e.g., *sexual* self-efficacy) seems warranted, particularly with regard to different forms of revictimization.

Finally, higher **state dissociation** positively predicted the likelihood of revictimization. Like self-efficacy, state dissociation differentiated between revictimized and non-victimized, but not between revictimized and victimized individuals. This pattern of results suggests that state dissociation is related to revictimization, but it may also be related to victimization in general. These findings are consistent with the results of a prospective study by Iverson, et al. (2013), who found higher levels of dissociation to be associated with a higher revictimization risk. Our finding of higher state dissociation as a predictor of revictimization is also in line with the theoretical work of Chu (1992), who suggested that victimized individuals are at a particularly high risk of revictimization during acute numbing, when normal anticipatory anxiety is unavailable. In contrast to our finding, Risser, et al. (2006) found no significant link between dissociation and repeated victimization in a follow-up period. However, these authors assessed a college population. Additionally, to our best knowledge, the present study was the first to empirically assess *state* dissociation, rather than *trait* dissociation and revictimization; further research is therefore needed.

Contrary to our expectations, none of the other variables (sensation seeking, assertiveness, guilt, or shame) were found to predict revictimization. In the longitudinal study by Feiring, Cleland, and Simon (2010), shame and self-blame did emerge to be positive predictors of revictimization. In contrast to the present study, however, these authors assessed abuse-specific feelings of shame and self-blame. General shame and guilt-proneness may be more strongly associated with victimization than with revictimization. Another possible explanation for the lacking association between revictimization and guilt and shame may be the potentially higher level of alexithymia in individuals after traumatization. Alexithymia—that is, difficulty identifying and describing one's own feelings (Nemiah, Freyberger, & Sifneos, 1976)—was

not examined and controlled in the present study. Shame and guilt were assessed using an explicit self-report measure. In future research, we propose that guilt and shame be assessed by means of implicit measures. The lack of significant results with respect to assertiveness is surprising given that the highest level of assertiveness was found in the non-victimized group, whereas the lowest level of assertiveness was found in the revictimized group. This may be explained by the inclusion of overlapping constructs in the logistic regression model, such as self-efficacy.

Previous research found that risky sexual behavior predicts sexual revictimization (Messman-Moore, Walsh, & DiLillo, 2010). For that reason, we assumed that sensation seeking, which is linked to risky sexual behavior (Charnigo, et al, 2013), may be associated with revictimization. However, our results showed that sensation seeking did not predict revictimization. The general concept of sensation seeking including dimensions like *Thrill and Adventure Seeking* or *Experience Seeking* relates to behaviors which produce feelings of excitement but are not necessarily risky in an interpersonal context. Persons with high levels of sensation seeking may have different underlying motives for their behavior than victims of child sexual abuse showing risky sexual behavior or engaging in relationships with violent partners. Whereas high sensation seeking may be due to a higher individual need for novelty (Donohew, Lorch, & Palmgreen, 1998), sexually risky behavior in victims of interpersonal violence may be due to higher attachment anxiety and the fear of abandonment (Bockers & Knaevelsrud, 2014).

Generally, the discrepancy between these and previous findings may also be due to differences in the samples. Previous studies on revictimization have assessed college and community samples, rather than clinical samples (Katz, et al., 2010; Kearns & Calhoun, 2010; Walker, Messman-Moore, & Ward, 2011).

Some strengths and limitations of the study warrant consideration. To our knowledge, this study is the first to examine the association of a set of variables including risk recognition, attachment anxiety, self-efficacy, and state dissociation with revictimization in an inpatient clinical population. One potential limitation is the relatively small sample size, which reduces

the statistical power to detect small effects. However, our calculations indicate that there was adequate power to detect effects of moderate size. Furthermore, although risk recognition was measured implicitly, the risk recognition task cannot represent risk scenarios completely realistically. For example, patterns of physical and emotional arousal and state dissociation probably differ in real-life dangerous situations. Participants may also have reacted in a socially desirable manner, which could have led them to indicate that they felt uncomfortable earlier than they would have done if facing the same situation in reality. Because most of the victimized and revictimized women in our sample knew their perpetrators, we presented an acquaintance risk scenario with someone the fictional woman had dated once. However, many of the revictimized women in our study reported victimizations in long-term relationships, which were not represented in our risk scenario. Furthermore, although this paradigm has been used and validated in several previous studies (Bernat, Stolp, & Calhoun, 1997; Bernat, Wilson, & Calhoun, 1999; Loisielle & Fuqua, 2007; Marx, Gross, & Juergens, 1997), the German version of the risk recognition task needs further validation. The findings of the pilot study we conducted prior to the present study showed good validity.

Despite these limitations, and although the study design does not allow causal relationships to be drawn, we believe the findings of our study to be of importance as they highlight the relevance of four variables predicting revictimization: risk recognition, attachment anxiety, self-efficacy, and state dissociation. Particularly risk recognition and attachment anxiety seem to be important variables increasing the risk of revictimization. Our findings underline the importance of risk recognition training and interventions focusing on attachment anxiety to prevent later revictimization in victimized women. Recent studies have shown that attachment insecurity and attachment anxiety, often believed to persist throughout the lifespan, are also significantly changeable through psychotherapeutic interventions such as psychodynamic interpersonal psychotherapy (Maxwell, et al., 2013; Tasca, et al., 2007).

In sum, our findings suggest that lower risk recognition ability in victimized individuals in combination with higher attachment anxiety, higher state dissociation, and lower self-efficacy may further increase the risk of revictimization.



**Studie IV: Generalized Guilt and Shame differentiate between interpersonally traumatized Women with and without Posttraumatic Stress Disorder**

*(Generalisierte Schuld und Scham differenzieren zwischen interpersonell traumatisierten Frauen mit und ohne Posttraumatischer Belastungsstörung)*

---

Kapitel 5

Eine leicht veränderte Version dieses Kapitels wurde zur Publikation angenommen als:

Bockers, E., Roepke, S., Michael, L., Renneberg, B. & Knaevelsrud, C. The Role of Generalized Explicit and Implicit Guilt and Shame in Interpersonal Traumatization and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000428>

## Übergeordnete Diskussion

---

### Kapitel 6

Reviktimisierung und PTBS sind häufige Langzeitfolgen von interpersoneller Viktimisierung. In der bisherigen Literatur werden verschiedene Variablen diskutiert, die als Risikofaktoren für Reviktimisierung und das Entstehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung infolge interpersoneller Viktimisierung vermutet werden. Bisher blieb ungeklärt, welche Variablen nicht nur generell mit Viktimisierung sondern *spezifisch* mit *Reviktimisierung* assoziiert sind. Meist wurden zudem *einzelne* Variablen im Zusammenhang mit Reviktimisierung untersucht, so dass die Literatur eine Vielzahl einzeln nebeneinanderstehende, hierarchisch nicht geordnete Variablen berichtet. Klinische Studien zum Thema sind rar. Ein Ziel des vorliegenden Forschungsprojektes war es daher, Variablen, die spezifisch zu Reviktimisierung beitragen können, zu identifizieren, zu einem übergeordneten Modell zusammenzufügen und an einer klinischen Stichprobe empirisch zu untersuchen.

Traumaspezifische Schuld und Scham gelten als wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung von PTBS und als Faktoren, die zur Aufrechterhaltung von PTBS beitragen. Während traumaspezifische Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS gut belegt sind, fehlen Studien zum Zusammenhang von Trauma/PTBS und *generalisierter* Schuld und Scham. Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, den Forschungsstand zu PTBS und generalisierter Schuld und Scham zu erweitern.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studien sowie ihre Limitierungen und klinischen Implikationen diskutiert.

## Risikofaktoren für Reviktimisierung

Die Ergebnisse der ersten Studie, in der eine theoretische Übersicht der bisher im Zusammenhang mit Reviktimisierung untersuchten Variablen erstellt wurde, zeigen Reviktimisierung als Folge multifaktorieller, bio-psycho-sozialer Prozesse. Es kann angenommen werden, dass posttraumatische physiologische Prozesse, psychische Traumafolgen und soziale Faktoren miteinander interagieren und so die Grundlage bilden für ein erhöhtes Reviktimisierungsrisiko. Aus dem entwickelten bio-psycho-sozialen Vulnerabilitätsmodell kann abgeleitet werden, dass dem posttraumatisch erhöhten physiologischen und psychischen Arousal (Zustände emotionaler Überflutung) mit verschiedenen emotionsregulierenden Maßnahmen entgegengewirkt wird: Auf der physiologischen Ebene reagieren Traumatisierte in traumaähnlichen Situationen mit der vermehrten Ausschüttung endogener Opiate, die analgetisch und anxiolytisch wirken, in der Folge jedoch protektivem Verhalten in Gefahrensituationen entgegenstehen könnten (van der Kolk, 1998). Auf der psychischen Ebene sind bei (re-)viktimsierten Frauen insbesondere Dissoziation und Substanzmissbrauch (als chemisch induzierte Dissoziation) signifikant erhöht, um einem erhöhten psychischen Arousal entgegen zu wirken, was zu einer verzögerten Risikowahrnehmung in potentiellen Risikosituationen führen könnte. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit einer Studie von Risser et al. (2006), in der die Autoren zeigen, dass insbesondere das erhöhte *Arousal* der PTBS als Mediator zwischen sexueller Viktimisierung und späterer Reviktimisierung fungiert. Des Weiteren stehen diese Ergebnisse im Einklang mit Studien, die den Zusammenhang zwischen Dissoziation und Reviktimisierung belegen konnten (Cloitre et al., 1999; Iverson et al., 2013). Aufgrund der raren Datenlage sind hierzu jedoch weitere empirische Studien erforderlich. Alkohol- und Substanzmissbrauch konnten in verschiedenen Studien sowohl als Prädiktor für Reviktimisierung als auch als Mediator zwischen primärer Viktimisierung und Reviktimisierung identifiziert werden (Loiselle & Fuqua, 2007; Siegel & Williams, 2003; Gidycz et al., 2007; Messman-Moore & Long, 2002). Ein weiteres wesentliches Ergebnis der Übersichts-

arbeit ist, dass das Erleben interpersoneller Traumata häufig mit Schuld- und Schamgefühlen sowie reduzierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen assoziiert ist. Es ist denkbar, dass Individuen, die sich in risikoreichen Interaktionen selbst beschuldigen oder sich schämen, weniger in der Lage sind, sich in kritischen Situationen Hilfe zu suchen oder sich selbst zu behaupten. Hierfür sprechen die Ergebnisse einer Studie von Katz et al. (2010). Die Autorinnen konnten zeigen, dass Selbstbeschuldigungen hinsichtlich einer primären Viktimisierung mediiert über verringerte Selbstbehauptung eine erneute Reviktimisierung vorhersagen konnte.

Ein ähnlicher Mechanismus wie für Schuld, Scham und Selbstwirksamkeit wird für die Variable *bindungsbezogene Angst* vermutet, die in der zweiten Studie (Kapitel 3) thematisiert wurde. Hohe bindungsbezogene Angst geht einher mit der erhöhten Sorge, abgelehnt und verlassen zu werden. Oft ist dies assoziiert mit großen Ängsten vor Einsamkeit und Alleinsein. Individuen mit hoher bindungsbezogener Angst versuchen daher intensiv Ablehnung in Interaktion mit Anderen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden (Jaremka, 2013). Die „intrapyschischen Kosten“ dafür, sich Anderen gegenüber abzugrenzen, ist für ein Individuum mit hoher bindungsbezogener Angst also besonders hoch. Auch hier lässt sich vermuten, dass aus Angst vor Beziehungsabbrüchen in Gefahrensituationen nicht ausreichend selbstbehauptendes und sich selbst schützendes Verhalten gezeigt werden kann und sich so das Reviktimisierungsrisiko erhöhen kann. Zudem kann der Versuch, durch sexuelles Verhalten Beziehungen aufzubauen und zu sichern das Reviktimisierungsrisiko erhöhen. Dies indizieren Studien, die zeigen, dass Mädchen und junge Frauen mit erhöhter bindungsbezogener Angst signifikant früher Geschlechtsverkehr haben und häufiger risikoreiches sexuelles Verhalten zeigen (Bogaert & Sadava, 2002; Gentzler & Kerns, 2004). Auch empirische Studien, die bindungsbezogene Angst als Korrelat von sexueller Gewalt in der Kindheit und als Prädiktor für spätere Reviktimisierung identifizieren konnten, unterstützen die Theorie von bindungsbezogener Angst als einem zugrundeliegenden Mechanismus von Reviktimisierung (Lee et al., 2014; Reese-Weber & Smith, 2011).

## Empirische Überprüfung der Risikofaktoren für Reviktimisierung

Aufbauend auf die Ergebnisse der theoretischen Studien I und II, wurden in Studie III die mit Reviktimisierung assoziierten Variablen Risikoerkennung, bindungsbezogene Angst, Schuld und Scham, Selbstwirksamkeit, State-Dissoziation, Sensation Seeking und Selbstbehauptung empirisch untersucht. Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob die o.g. Variablen generell in Zusammenhang mit Viktimisierung stehen oder ob diese spezifisch mit Reviktimisierung assoziiert sind. Hierzu wurden drei Gruppen miteinander verglichen: reviktimisierte Frauen, in der Kindheit viktimisierte Frauen ohne spätere Reviktimisierung und eine nicht-viktimisierte Kontrollgruppe.

Die drei Untersuchungsgruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter und Schulbildung. Die reviktimisierte Gruppe unterschied sich nicht signifikant von der viktimisierten Gruppe hinsichtlich der untersuchten Psychopathologie, so dass davon ausgegangen werden kann, dass andere Variablen als die vorliegenden Diagnosen PTBS, Borderline Persönlichkeitsstörung und Depression als Risikofaktoren für Reviktimisierung eine Rolle spielen. Der Befund, dass eine niedrigere **Risikoerkennung** zwischen der reviktimisierten und der viktimisierten Gruppe unterscheidet, jedoch nicht zwischen der reviktimisierten und nicht-viktimisierten Gruppe, zeigt, dass die Risikoerkennung in der Gruppe der reviktimisierten Frauen nicht verringert, sondern diese in der viktimisierten Gruppe erhöht ist. Diese Interpretation stimmt überein mit den Ergebnissen der einzigen Studie zu Reviktimisierung, in der viktimisierte und reviktimisierte Probandinnen getrennt voneinander untersucht wurden (Messman-Moore & Brown, 2006). Die Autorinnen berichten, dass Opfer von Viktimisierung in der Kindheit, die im Erwachsenenalter nicht reviktimisiert wurden, Gefahrenreize signifikant schneller erkannten als reviktimisierte Frauen und Frauen ohne jegliche Viktimisierungen. Als Erklärung für diese gesteigerte Risikoerkennung bei viktimisierten Probandinnen nannten die Autorinnen eine eventuelle Sensitivierung für Gefahrenreize aufgrund früherer traumatischer Erfahrungen, die nun als potentieller Protektionsfaktor gegenüber weiterer (Re-)Viktimisierungen fungieren könnte. Die Ergebnisse der

vorliegenden Arbeit stützen die Annahme der Autorinnen und lassen vermuten, dass dieser Protektionsfaktor bei reviktimisierten Frauen fehlen könnte. Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit, dass reviktimisierte und nicht-viktimisierte Frauen sich hinsichtlich der Risikoerkennung nicht signifikant unterscheiden, impliziert darüber hinaus, dass neben Risikoerkennung zusätzliche Variablen zu einem erhöhten Reviktimisierungsrisiko beitragen müssen. Es ist möglich, dass ebenso erhöhte State Dissoziation nach der Erkennung eines Gefahrenreizes, Defizite in Selbstwirksamkeitsüberzeugungen oder die Angst eine Bezugsperson zu verlieren (bindungsbezogene Angst), adäquates Verhalten in Risikosituationen beeinträchtigen. Beeinträchtigungen in den Variablen State Dissoziation, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und bindungsbezogener Angst wiesen sowohl viktimisierte als auch reviktimisierte Probandinnen in der vorliegenden Studie III auf. Eine „normale“ Risikoerkennung in Kombination mit anderen Risikofaktoren könnte demnach das Reviktimisierungsrisiko erhöhen, während eine posttraumatisch erhöhte Risikoerkennung andere vorhandene Risikofaktoren für Reviktimisierung u.U. kompensieren könnte.

In Studie III konnte auch **bindungsbezogene Angst** reviktimisierte Probandinnen von viktimisierten Probandinnen differenzieren. Bindungsbezogene Angst konnte damit ebenso empirisch als spezifischer Prädiktor für Reviktimisierung identifiziert werden. Unsere Befunde, dass reviktimisierte Probandinnen signifikant höhere Werte in bindungsbezogener Angst aufwiesen als viktimisierte und nicht-viktimisierte Probandinnen, stimmen überein mit Befunden der einzigen bisherigen Studie, die Reviktimisierung und bindungsbezogene Angst im Zusammenhang untersucht hat. Diese konnte bindungsbezogene Angst als signifikanten Prädiktor für Reviktimisierung identifizieren (Reese-Weber & Smith, 2011). Personen mit hoher bindungsbezogener Angst sind deutlich besorgter darüber von anderen Personen abgelehnt und verlassen zu werden (Jaremka et al., 2014). Nach Wöller (2014) lassen sich die meisten Symptome und Persönlichkeitsveränderungen sexuell traumatisierter PatientInnen aus der Notwendigkeit erklären, die Bindung zu primären Bezugspersonen zu sichern. Die Ergebnisse unserer Studie stützen die Annahme, dass die erhöhte Angst vor Ablehnung es

erschweren könnte, sich in potentiellen Risikosituationen gegenüber bekannten Personen abzugrenzen, und sich so in der Folge das Reviktimisierungsrisiko erhöht.

Niedrige **Selbstwirksamkeit** und erhöhte **State Dissoziation** konnten ebenfalls empirisch als Prädiktoren für Reviktimisierung identifiziert werden. Einschränkend sollte festgehalten werden, dass Selbstwirksamkeit und State Dissoziation zwar einen signifikanten prädiktiven Wert für Reviktimisierung zeigten, jedoch nicht signifikant zwischen reviktimisierten und viktimisierten Probandinnen unterscheiden konnten. Daher wäre es möglich, dass Selbstwirksamkeit und State Dissoziation eher mit Viktimisierung im Allgemeinen als spezifisch mit Reviktimisierung assoziiert sind. Die vorliegenden Befunde stimmen überein mit Studienergebnissen, die zeigen, dass beeinträchtigte Selbstwirksamkeit assoziiert ist mit risikoreichem sexuellem Verhalten sowie mit prospektiver Viktimisierung (Lamoureux et al., 2012; Walsh & Foshee, 1998). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie III stützen zudem die theoretische Arbeit von Chu (1992), in der postuliert wird, dass viktimisierte Personen während akuter dissoziativer Phasen einem spezifisch erhöhten Risiko für Reviktimisierung ausgesetzt sind weil eine angemessene antizipatorische Angst vor Risiken nicht erlebbar ist. Auch konnte eine prospektive Studie von Iverson et al. (2013) zeigen, dass höhere Werte in Dissoziation assoziiert waren mit einem höheren Risiko reviktimisiert zu werden. Die Befunde der vorliegenden Studie stehen jedoch im Widerspruch zu den Ergebnissen von Risser et al. (2006), die keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Reviktimisierung und Dissoziation zeigen konnten. Möglicherweise liefert die Differenzierung zwischen State- und Trait-Dissoziation eine Erklärung für diese widersprüchlichen Befunde. Es könnte sein, dass nicht die generelle Tendenz zur Dissoziation sondern lediglich ein akuter dissoziativer Zustand (wie in Studie III untersucht) in einer Risikosituation das Reviktimisierungsrisiko erhöht. Es wäre interessant zukünftig zu untersuchen, ob Individuen, die trotz erhöhter Trait-Dissoziativität in Gefahrensituationen wenig mit State-Dissoziation reagieren, die Möglichkeit adäquater Reaktionen in Risikosituationen behalten.

## ÜBERGEORDNETE DISKUSSION

Die Variablen Sensation Seeking, Selbstbehauptung und Schuld und Scham zeigten sich in der vorliegenden Studie nicht als Prädiktoren für Reviktimisierung. Messman-Moore et al. (2010) konnten zeigen, dass risikoreiches Sexualverhalten, das mit Sensation Seeking assoziiert wird, als Prädiktor für Reviktimisierung fungierte. Die vorliegende Arbeit konnte dieses Ergebnis nicht bestätigen. Dies führt zu der Überlegung, dass u. U. nicht risikoreiches Sexualverhalten das Reviktimisierungsrisiko erhöht, sondern das zugrundeliegende Motiv dieses Verhaltens. Ein experimentierfreudiges, „ausschweifendes“ Sexualverhalten mit verschiedenen, häufig wechselnden Partnern, auch in Kombination mit Substanzmissbrauch aufgrund von erhöhten Experience-Seeking muss nicht zwangsläufig das Risiko sexueller Gewalt erhöhen. Erhöht sein könnte das Risiko sexueller Gewalt jedoch, wenn ein ebensolches Verhalten aufgrund von Verlustangst und Angst vor Ablehnung anderer gezeigt würde. Ist die positive Lust das Motiv für risikoreiches Sexualverhalten, würde das Motiv angesichts einer Gefahrensituation wegfallen und die Person würde sich schützen. Sind jedoch bindungsbezogene Ängste das Motiv, gerät das Individuum angesichts einer Gefahrensituation in ein Dilemma. Ob das Individuum sich schützen wird, würde nun davon abhängen welche Angst größer ist: die Angst die Bezugsperson zu verlieren oder die Angst durch die Bezugsperson verletzt zu werden. Zukünftige Studien, die Reviktimisierung und risikoreiches Sexualverhalten im Zusammenhang mit bindungsbezogener Angst untersuchen erscheinen sinnvoll.

Entgegen der Erwartungen zeigte sich auch Selbstbehauptung nicht als Prädiktor von Reviktimisierung. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass mit Selbstwirksamkeit ein der Selbstbehauptung konzeptionell ähnliches Konstrukt in das Logistische Regressionsmodell eingeschlossen wurde. Eine hohe Korrelationen zwischen den beiden Konstrukten kann ein möglicher Grund für das Fehlen statistisch signifikanter Ergebnisse hinsichtlich Selbstbehauptung als Prädiktor für Reviktimisierung sein.

Ebenso unerwartet zeigten sich Schuld und Scham nicht als Prädiktoren für Reviktimisierung. Im Unterschied zu einer Studie von Feiring et al. (2010), in der *missbrauchsspezifische* Schuld und Scham mit Reviktimisierung assoziiert war, wurde in der



vorliegenden Studie jedoch *generalisierte* Schuld und Scham untersucht. Möglicherweise tragen insbesondere situationsspezifische Schuld- und Schamgefühle, die eng mit der ursprünglichen Primärviktimisierung assoziiert sind zu einem erhöhten Reviktimisierungsrisiko bei. Die generalisierte Tendenz in Alltagssituationen mit Schuld und Scham zu reagieren scheint aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht mit einer erhöhten Reviktimisierungstendenz assoziiert zu sein. Weitere mögliche Erklärungen für die nicht-signifikanten Ergebnisse hinsichtlich Schuld und Scham und Reviktimisierung werden in der Diskussion der Studie III (Kapitel 4) näher ausgeführt.

## **Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS**

Schuld und Scham zeigten sich in der vorliegenden Arbeit nicht als Prädiktoren für Reviktimisierung. Sie sind jedoch häufige Affekte in der Folge von interpersoneller Traumatisierungen (Andrews et al., 2000; Ginzburg et al., 2009; Katz et al., 2010; Kletter et al., 2009, Wöller, 2014). *Traumaspesifische* Schuld und Scham in der Folge traumatischer Ereignisse gelten als Risikofaktoren für die Entstehung von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sowie als Faktoren, die zur Aufrechterhaltung von PTBS beitragen (Andrews et al., 2000; Beck et al., 2011; Harman and Lee, 2010; Maercker, 2013; Semb et al., 2011). Ziel der vierten Studie war es den Forschungsstand zum Zusammenhang von explizit und implizit gemessener *generalisierter* Schuld und Scham und PTBS zu erweitern.

### *Traumatisierte versus nicht-traumatisierte Frauen*

Die in Studie IV berichteten höheren Werte generalisierter expliziter Schuld und Scham sowie höherer impliziter Scham bei traumatisierten Frauen ohne PTBS im Vergleich zu nicht-traumatisierten Frauen stimmen überein mit den Ergebnissen von Studien zu Viktimisierung und Schuld (Dorahy and Clearwater, 2011; Katz et al., 2010; Miller et al., 2010) sowie den Ergebnissen von Studien zu Viktimisierung und Scham (Dorahy and Clearwater, 2011; Webb et al., 2007). Im Gegensatz zu den Erwartungen zeigten die traumatisierten Probandinnen

ohne PTBS jedoch keine höheren Werte in impliziter Schuld als die nicht-traumatisierten Probandinnen. Interessanterweise fanden Webb et al. (2007) ein ähnliches Muster bei ProbandInnen nach psychischer Misshandlung. Psychische Misshandlung war assoziiert mit Scham, jedoch nicht mit Schuld. Es könnte sein, dass Traumatisierung generell eher mit impliziter Scham als mit impliziter Schuld assoziiert ist. Da dies jedoch die erste Studie zu Traumatisierung und impliziter Schuld und Scham ist, sind zukünftige Studien mit größeren und unterschiedlich traumatisierten Stichproben notwendig um diese Ergebnisse zu replizieren.

### *Traumatisierte Frauen mit PTBS versus traumatisierte Frauen ohne PTBS*

Den Erwartungen gemäß zeigten die Probandinnen mit PTBS höhere Werte in generalisierter expliziter Schuld und Scham sowie in impliziter Schuld, verglichen mit den beiden anderen Gruppen. Ähnliche Ergebnisse fanden Leskela et al. (2002), die eine positive Korrelation von PTBS und generalisierter Scham berichten. Ebenfalls berichten Rüsck et al. (2007) von höheren Werten generalisierter Schuld bei Probandinnen mit PTBS im Vergleich zu Probandinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung ohne PTBS. Entgegen der Erwartungen zeigten Probandinnen mit PTBS jedoch nicht höhere Werte als traumatisierte Probandinnen ohne PTBS in impliziter Scham. Während beide traumatisierten Gruppen (mit und ohne PTBS) verglichen mit der nicht-traumatisierten Gruppe mit impliziter Scham assoziiert sind, könnte PTBS zusätzlich spezifisch mit impliziter Schuld zusammenhängen. Wie Tangney et al. (2007) postulieren, beinhaltet Scham einen Fokus auf das Selbst, während Schuld sich auf ein spezifisches Verhalten bezieht und somit proaktiver und lösungsorientierter auflösbar ist. Die stärkere Assoziation von PTBS mit einem zu Schuld neigenden Selbstkonzept (verglichen mit den beiden anderen Gruppen), könnte im Sinne eines erhöhten Sicherheitsbedürfnisses im Zusammenhang mit PTBS interpretiert werden. Hirsch (2007, S.64) führt aus, dass ein Schuldgefühl Ausdruck eines Bedürfnisses nach *Bewirken-Können* und *nicht ohnmächtig Ausgeliefert-sein-Müssen* ist. Gefühle von Ohnmacht könnten für PatientInnen mit PTBS so aversiv sein, dass Selbstbeschuldigungen in Alltagssituationen, die diesen Ohnmachtsgeföh-

len entgegenwirken weniger aversiv erscheinen. Aufgrund der geringen Anzahl von Studien zu diesem Thema, sind auch hierzu zukünftige Studien mit größeren und unterschiedlich traumatisierten Stichproben notwendig um die vorliegenden Ergebnisse zu replizieren. Auch wäre es interessant, Schuld und Scham an einer Stichprobe mit komplexer PTBS und einer Stichprobe mit einfacher PTBS im Vergleich zu untersuchen.

### **Stärken und Limitierungen**

Die vorliegende Arbeit liefert mit der Identifizierung von Risikofaktoren für Reviktimisierung neue Erkenntnisse zu einer bisher wenig beforschten, jedoch wissenschaftlich und klinisch relevanten Thematik. Die in der bisherigen Literatur einzeln beschriebenen, mit Reviktimisierung assoziierten Variablen wurden erstmals zusammengefasst und in einem Bio-psycho-sozialen Modell hierarchisch geordnet und nachfolgend gemeinsam empirisch untersucht. Als Limitierung beider theoretischer Studien (Kapitel 2 und 3) fiel auf, dass die Definitionen von Viktimisierung und Reviktimisierung in den in der Literatur berichteten Studien eine große Variabilität aufweisen. Daher wurden in beide Übersichtsartikel nur Studien aufgenommen, die Reviktimisierung definierten als Viktimisierung in mindestens 2 verschiedenen Lebensabschnitten. Für die empirische Studie III (Kapitel 4) wurden enge, standardisierte Definitionen von Viktimisierung und Reviktimisierung gewählt (Kapitel 1). Erstmals wurde eine Definition von Reviktimisierung verwendet, die es ermöglichte, die untersuchten Gruppenunterschiede auf intrapsychische Variablen und nicht auf externale Variablen wie z.B. mehrfache Viktimisierung durch den selben Täter aufgrund von mehrfachem Täterkontakt zurückzuführen. Studie III ist zudem eine der wenigen Studien, die viktimisierte und reviktimierte Personen getrennt voneinander empirisch untersucht hat, so dass es möglich war, Risikofaktoren von Viktimisierung von Risikofaktoren für Reviktimisierung zu differenzieren. Ebenfalls wurde im Gegensatz zu der Mehrzahl bisheriger Studien an studentischen Populationen eine psychopathologisch schwer belastete klinische Stichprobe untersucht. Dies ist insbesondere deshalb von Vorteil, weil schwer traumatisierte Frauen

besonders häufig von Reviktimisierung betroffen sind. Zudem können die der Reviktimisierung zugrundeliegenden Muster schwer belasteter Frauen von den Mustern weniger belasteten Frauen mit höherer psychischer Stabilität und Funktionalität abweichen.

Studie IV ist nach dem Wissen der Autorin die erste Studie, die explizite und implizite generalisierte Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS an einer interpersonell traumatisierten Stichprobe untersucht. Traumatisierte Personen zeigen oftmals Schwierigkeiten, eigene Emotionen zu erkennen und zu verbalisieren (Cloitre et al., 1997). Eine weitere Stärke der vorliegenden Arbeit ist daher, dass Schuld und Scham erstmals neben expliziter Erhebung auch implizit-experimentell an einer klinischen Stichprobe traumatisierter Patientinnen erhoben wurde.

In den empirischen Studien (Studien III und IV) wurde insgesamt versucht, sich den Fragestellungen multimethodal zu nähern. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe von klinischen Interviews, Fragebögen sowie experimentellen Aufgaben und psychophysiologischen Messungen<sup>2</sup>. Die Verwendung des experimentellen Impliziten Assoziationstests (IAT) wird jedoch in der Literatur auch kritisch hinterfragt. Insbesondere die interne Validität des IAT kann mit Bezug auf Studien zu dessen zugrundeliegenden psychologischen Prozessen infrage gestellt werden (für eine Übersicht s. Gawronski & Conrey, 2004). Einige Studien belegen, dass der IAT durchaus die Aktivierungsstärke von Assoziationen misst. Jedoch zeigte er sich relativ leicht durch Kontextvariationen zu beeinflussen (Gawronski & Bodenhausen, 2004; Richeson & Ambady, 2003). Es scheinen somit nicht nur chronische sondern auch situativ aktivierte Assoziationen die Ergebnisse des IAT zu beeinflussen. Insgesamt zeigt die bisherige Forschung jedoch positive Evidenz für die konvergente, diskriminante, prädiktive und inkrementelle Validität des IAT (für eine Übersicht s. Gawronski & Conrey, 2004). Zur experimentellen Erhebung von Risikoerkennung wurde

---

<sup>2</sup> zusätzlich wurden physiologische Messungen der Herzraten während der Durchführung des Experimentes zur Risikoerkennung abgenommen. Die Ergebnisse befinden sich in der Auswertung und werden voraussichtlich kurz nach Einreichung der vorliegenden Arbeit in einem gesonderten Fachartikel berichtet.

ein möglichst realitätsnahes Paradigma entwickelt, welches in einer Pilotstudie durch die ProbandInnen als realistisch eingeschätzt wurde (s. Studie III, Kapitel 4). Dennoch ist nicht auszuschließen, dass sich die psychische Reaktion der ProbandInnen auf eine auditiv rezipierte Risikosituation von der Reaktion auf reale Risikosituationen unterscheidet.

Eine wesentliche Limitierung der vorliegenden Arbeit ist das querschnittliche Design beider empirischer Studien (Kapitel 4 und 5). Aus diesem Grund können keine Aussagen über die Richtung der festgestellten Zusammenhänge zwischen den Variablen Risikoerkennung, bindungsbezogener Angst, Selbstwirksamkeit und State Dissoziation einerseits und Reviktimisierung andererseits getroffen werden. Ebenso kann nicht geschlossen werden, ob Schuld und Scham Prädiktoren für oder Folgen von Traumatisierung und PTBS sind. Hierzu wären zukünftig Longitudinalstudien mit prospektiven Designs wünschenswert. Auch die Untersuchung einer ausschließlich weiblichen, interpersonell traumatisierten Stichprobe kann als Limitierung der Studien angemerkt werden. Für andere traumatisierte Gruppen wie bspw. Kriegsveteranen oder Opfer von Naturkatastrophen und Unfällen könnten andere Risiken und Risikofaktoren für Reviktimisierung gelten. Ebenso könnten sie andere Muster von Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS aufweisen. Die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit beziehen sich auf weibliche, interpersonell traumatisierte Individuen, die erstmals in Kindheit oder Jugend viktimisiert wurden und können nicht auf andere traumatisierte Gruppen generalisiert werden.

### **Klinische Implikationen**

*Man schafft niemals Veränderung, indem man das Bestehende bekämpft. Um etwas zu verändern, baut man neue Modelle, die das Alte überflüssig machen.*

(R. Buckminster Fuller, \*1895)

In der Einleitung wurde die Frage aufgeworfen, warum viele Frauen nach traumatischen Erfahrungen wiederholt Verhaltensmuster zeigen, die erneut zu viktimisierenden Beziehungserfahrungen führen und welche zugrundeliegenden Mechanismen und Risikofaktoren hierzu

beitragen könnten. Ebenso stellte sich die Frage, was traumatisierte Frauen dazu befähigen könnte diese dysfunktionalen Verhaltensweisen nicht mehr zeigen zu müssen, um so das Reviktimisierungsrisiko zu vermindern.

Die **Risikoerkennung** der viktimisierten Probandinnen war verglichen mit beiden anderen untersuchten Gruppen erhöht. Die Risikoerkennung der reviktimisierten Probandinnen war verglichen mit der nicht-traumatisierten Kontrollgruppe jedoch nicht beeinträchtigt. Somit erscheint es klinisch sinnvoll, nicht die Risikoerkennung der Betroffenen zu fördern, sondern therapeutisch auf die identifizierten Risikofaktoren **erhöhte bindungsbezogene Angst, erhöhte State-Dissoziation** in Risikosituationen sowie **verminderte Selbstwirksamkeit** Bezug zu nehmen. Hierzu ist es hilfreich zunächst die intrapsychische Funktion der dysfunktionalen Verhaltensweisen zu verstehen, die mit den relevanten Risikofaktoren zusammenhängen und die zu Reviktimisierung beitragen können.

Es ist vorstellbar, dass bei der psychisch so stark belasteten Gruppe reviktimisierter Frauen die Herstellung und Sicherung von Bindung eine so wichtige intrapsychische Funktion einnimmt, dass die funktionierende Wahrnehmung von Risiko in interpersonellen Situationen im Vergleich dazu weniger verhaltensrelevant wird. Im Sinne von: „Es ist wichtiger, dass Jemand da ist als die Tatsache *ob* ein Risiko von ihm ausgeht“. Klinisch-therapeutisch scheint es daher von besonderer Relevanz bindungsbezogene Ängste und Ängste vor dem Alleinsein zu bearbeiten. Dies kann durch das Erleben einer stabilen Bindungserfahrung im Rahmen der therapeutischen Beziehung erfolgen aber auch durch kognitive Methoden und Gedankenexperimente sowie durch die Anleitung zu selbstfürsorglichem Verhalten. Studien zeigen, dass ein unsicherer Bindungsstil, der mit erhöhter bindungsbezogener Angst einhergeht, therapeutisch veränderbar ist (Maxwell et al., 2014; Tasca et al., 2007).

Während andauerndem sexuellen und/oder physischen Missbrauch haben die Betroffenen wiederholt die Erfahrung gemacht, dass Ohnmacht und die Unwirksamkeit des eigenen Verhaltens hinsichtlich interpersoneller Viktimisierungen die Norm sind. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen konnten nicht entstehen. Im Erwachsenenalter nun davon auszugehen, dass das eigene Verhalten wie beispielsweise Abgrenzung oder das Einholen von

Hilfe in Risikosituationen etwas bewirken kann, kann den Betroffenen nur unwahrscheinlich erscheinen. Die vermuteten individuellen Kosten für adäquates Verhalten wären höher als der erwartete Nutzen. In einer Risikosituation jedoch zu dissoziieren und dadurch aversive Affekte wie Angst, Wut, Scham etc. abzuwehren, hat für Betroffene dagegen einen individuell größeren Nutzen. Reale Risiken, die von akuter Dissoziation in bedrohlichen Situationen ausgehen, werden nicht wahrgenommen. Daher erscheint es präventiv sinnvoll, neben Psychoedukation, im Rahmen der Therapie Defizite in der Selbstwirksamkeit zu bearbeiten. Den mangelnden Selbstwirksamkeitsüberzeugungen können therapeutisch neue Erfahrungen in Alltagssituationen entgegengesetzt werden. Mit Hilfe von Rollenspielen und angeleiteter Exposition können Betroffene die Erfahrung machen, dass ihr eigenes, sich selbst schützendes und abgrenzendes Verhalten Wirkung zeigt. Dissoziation dient in der Regel der Vermeidung von Angst und anderen negativen Affekten (Boos & Schönfeld, 2014). Allein die wachsende Überzeugung sich selbst schützen zu können wird bei den Betroffenen Ängste reduzieren und damit die Funktion und das Vorhandensein dissoziativen Verhaltens reduzieren. Auch die Identifikation und Bearbeitung anderer interindividuell unterschiedlicher aversiver Affekte wie Schuld, Scham, Wut und Ekel erscheint in diesem Kontext sinnvoll. Zur therapeutischen Behandlung von Patientinnen mit hoher dissoziativer Symptomatik und Angst eignen sich zudem konfrontative Verfahren (Boos & Schönfeld, 2014).

Die in der vorliegenden Arbeit festgestellte hypersensitive Risikowahrnehmung in der Gruppe der Viktimisierten kann als Protektionsfaktor gegenüber Reviktimisierung interpretiert werden. Dennoch kann die übermäßige Sensitivierung auch mit einem psychophysiologischen Hyperarousal verknüpft sein, das zusätzlich Leidensdruck verursacht<sup>3</sup>. Ein ähnliches therapeutisches Vorgehen wie in der Gruppe der Reviktimisierten zur Stärkung von funktionalem Bindungsverhalten und Selbstwirksamkeit könnte die intrapsychische Funktion von hypersensitiver Risikoerkennung vermindern und damit das erhöhte Arousal reduzieren.

---

<sup>3</sup> Erste Ergebnisse der Auswertung der Herzraten der Probandinnen der vorliegenden Studie weisen auf ein erhöhtes physiologisches Arousal in der Gruppe der viktimisierten Probandinnen verglichen mit den reviktimisierten und nicht-viktimisierten Probandinnen hin.

Generalisierte Schuld und Scham zeigten sich nicht als relevante Risikofaktoren für Reviktimisierung. Jedoch scheinen auf Alltagssituationen generalisierte Affekte von expliziter und impliziter Schuld und expliziter Scham mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung zusammenzuhängen. Nach dem kognitiven Modell der PTBS von Ehlers und Clark (2000) persistiert eine PTBS dann, wenn die betroffene Person das Trauma so verarbeitet, dass weiterhin ein Gefühl andauernder Bedrohung besteht. Diese Bedrohung kann sowohl durch externale Faktoren als auch durch internale Faktoren bedingt sein. Harman and Lee (2010) vermuten, dass eine andauernde negative Bewertung des Selbst als internale Bedrohung zur Aufrechterhaltung von PTBS beitragen kann. Dieser Mechanismus ist auch für Schuld als permanente negative Bewertung eigener Handlungen vorstellbar. Wenn diese Affekte nicht nur bezüglich trauma-spezifischer Ereignisse auftreten, sondern sich auf Alltagssituationen generalisieren und eng mit dem eigenen Selbstkonzept verknüpft sind wird ihre internale Bedrohlichkeit besonders hoch sein. Aus diesem Grund sollte neben der therapeutischen Bearbeitung von traumaspezifischer Schuld und Scham auch generalisierte Schuld und Scham Fokus therapeutischer Interventionen sein. Hierzu eignen sich beispielsweise therapeutisch angeleitete Realitätsprüfungen der entsprechenden Affekte und kognitive Methoden (Boos & Schönfeld, 2014).

Insgesamt ist anzunehmen, dass wenn die dem dysfunktionalen Verhalten zugrundeliegenden intrapsychischen Mechanismen wie bindungsbezogene Angst, verminderte Selbstwirksamkeit und Dissoziation erfolgreich therapeutisch bearbeitet werden, die Betroffenen in die Lage kommen können, adäquates Verhalten hinsichtlich potentiell bedrohlicher Situationen zu zeigen. Die Bearbeitung von generalisierten Schuld- und Schamaffekten in Alltagssituationen könnte zur Reduktion von PTBS-Symptomen beitragen und sich positiv auf den Verlauf einer PTBS auswirken.





## Zusammenfassung

---

### Kapitel 7

Interpersonelle Traumatisierungen in der Kindheit erhöhen in der Folge das Risiko für Reviktimisierungen sowie das Risiko für verschiedene psychische Störungen wie z. B. der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In der bisherigen Literatur werden verschiedene Variablen und Mechanismen, die Reviktimisierungstendenzen bedingen, diskutiert. Allerdings ist die zugrundeliegende empirische Datenlage knapp und inkonsistent. Schuld und Scham in der Folge traumatischer Ereignisse gelten als Risikofaktoren für die Entstehung von PTBS und als Faktoren, die zur Aufrechterhaltung von PTBS beitragen. Während *traumaspezifische* Schuld und Scham im Zusammenhang mit PTBS gut belegt sind, fehlen Studien zum Zusammenhang von Trauma, PTBS und *generalisierter* Schuld und Scham.

Ziel der Arbeit war es zunächst, Variablen, die zu Reviktimisierung beitragen können, theoretisch zu identifizieren und Modelle zugrundeliegender Mechanismen von Reviktimisierung zu bilden (Studien I und II). Darauffolgend sollte empirisch untersucht werden, welche der theoretisch eruierten Faktoren spezifisch mit Reviktimisierungstendenzen bei Frauen mit interpersonellen Gewalterfahrungen assoziiert sind (Studie III). Ein übergeordnetes Ziel war es, hierbei klinisch-praktische Überlegungen zur Prävention von Reviktimisierungen bei interpersonell traumatisierter Frauen abzuleiten. Ein weiteres Ziel war es, den Forschungsstand zu PTBS und generalisierter Schuld und Scham zu erweitern, um auch hier eine Grundlage für die Optimierung von Interventionen zu schaffen (Studie IV).

Es wurde ein hierarchisch geordnetes *bio-psycho-soziales Modell* der Reviktimisierung entwickelt, das Reviktimisierung als Folge multifaktorieller Prozesse darstellt. In einer zweiten theoretischen Studie wurde *bindungsbezogene Angst* als zugrundeliegender Mechanismus

von Reviktimisierung betrachtet und als wesentlicher Risikofaktor für Reviktimisierung verstanden. Die empirische Überprüfung der potentiellen Risikofaktoren *Risikoerkennung*, *Selbstbehauptung*, *Selbstwirksamkeitsüberzeugungen*, *Schuld* und *Scham*, *Sensation Seeking*, *bindungsbezogene Angst* und *State-Dissoziation* wurde in Studie III an 34 reviktimisierten, 22 viktimisierten und 29 nicht-viktimisierten Probandinnen durchgeführt. In Studie IV wurden 28 traumatisierte Probandinnen mit PTBS, 32 traumatisierte Probandinnen ohne PTBS und 32 nicht-traumatisierte Probandinnen hinsichtlich expliziter und impliziter Schuld und Scham untersucht.

In Studie III zeigten sich die Variablen *Risikoerkennung*, *bindungsbezogene Angst*, *State Dissoziation* und *Selbstwirksamkeit* als signifikante Prädiktoren für die Gruppenzugehörigkeit. Die Variablen *bindungsbezogene Angst* und *Risikoerkennung* konnten die viktimisierten Probandinnen von den reviktimisierten Probandinnen differenzieren. Die Ergebnisse zeigen höhere *bindungsbezogene Angst* und niedrigere *Risikoerkennung* bei den reviktimisierten verglichen mit den viktimisierten Probandinnen. Weiterhin zeigte sich, dass reviktimierte Probandinnen kein Defizit in der *Risikoerkennung* aufweisen, sondern, dass die *Risikoerkennung* der viktimisierten Probandinnen verglichen mit beiden anderen Gruppen erhöht war. Die Variablen *State Dissoziation* und *Selbstwirksamkeit* konnten die reviktimisierten von den nicht-viktimisierten Probandinnen differenzieren. Hierbei zeigten die reviktimisierten Probandinnen höhere *State-Dissoziation* und geringere *Selbstwirksamkeit* als die nicht-viktimisierten Probandinnen.

Die Ergebnisse der Studie IV weisen darauf hin, dass explizite Schuld und Scham bei Frauen mit PTBS signifikant höher war als bei traumatisierten Frauen ohne PTBS. Verglichen mit der nicht-traumatisierten Kontrollgruppe, war sowohl PTBS als auch Traumatisierung ohne PTBS mit generalisierter *expliziter* Schuld und Scham assoziiert. Während Traumatisierung generell (mit und ohne PTBS) mit einem *impliziten* zu *Scham* neigenden Selbstkonzept assoziiert war, zeigte sich PTBS spezifisch mit einem *impliziten* zu *Schuld* neigenden Selbstkonzept assoziiert.

## ZUSAMMENFASSUNG

Stärken der Studie III sind die sorgfältige Definition von Viktimisierung und Reviktimisierung, die Untersuchung von Reviktimisierung an einer schwer belasteten Stichprobe und die Differenzierung zwischen viktimisierten und reviktimisierten Probandinnen. Stärken der Studie IV ist die erstmals implizite Messung von Schuld und Scham im Zusammenhang mit Trauma und PTBS. Kritisch anzumerken ist das querschnittliche Design beider empirischer Studien, das keine Aussagen über die Richtung der gefundenen Zusammenhänge zulässt. Insgesamt legen die Befunde nahe, dass eine nicht-erhöhte Risikoerkennung bei interpersonell traumatisierten Personen in Kombination mit den Risikofaktoren erhöhte bindungsbezogener Angst und erhöhte State-Dissoziation sowie verminderter Selbstwirksamkeit das Reviktimisierungsrisiko erhöhen kann. Diese Risikofaktoren sollten in der therapeutischen Arbeit mit interpersonell traumatisierten Personen zur Prävention von Reviktimisierung berücksichtigt werden. Eine erhöhte Risikoerkennung bei viktimisierten Personen könnte im Sinne eines Protektionsfaktors gegenüber Reviktimisierung interpretiert werden. Schließlich weisen die Ergebnisse darauf hin, dass nicht nur traumaspezifische Schuld und Scham, sondern zusätzlich generalisierte Schuld und Scham sowie insbesondere ein stark mit Schuld assoziiertes Selbstkonzept wichtig für das Verständnis von PTBS sind und in der Planung von Interventionen bedacht werden sollten.



## Literaturverzeichnis

---

- Adèr, H. J., Mellenbergh, G. J., Hand, D. J. (2008). *Advising on Research Methods: A Consultant's Companion*. Huizen, The Netherlands: Johannes van Kessel Publishing.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Erlbaum.
- Alexander, P. C. (1993). The differential effect of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *J Interpers Violence, 8*, 346-362.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4<sup>th</sup> ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD Symptoms in Victims of Violent Crime: The Role of Shame, Anger, and Childhood Abuse. *J Abnorm Psychol, 109*, 69-73.
- Arata, C. M. (2000). From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreat, 5*, 28-38.
- Arata, C. M., (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clin Psychol Sci Prac, 9*, 135-164.
- Arata, C. M. & Lindman, L. (2002). Marriage, child abuse, and sexual revictimization. *J Interpers Violence, 17*, 953-971.
- Arbeitskreis OPD (2014). *OPD-2 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. 3. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

- Aspelmeier, J. E., Elliott, A. N., & Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse Negl*, 31, 549-566.
- Babcock, R. L. & DePrince, A. P. (2012). Childhood betrayal trauma and self-blame appraisals among survivors of intimate partner abuse. *J Traum Dissociation*, 13, 526-538.
- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. et al. (2009). *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt: Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesinnenministeriums des Innern und des KFN*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., et al. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*, 58, 469-483.
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., et al., (2011). Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: Shame, guilt, and PTSD. *Behav Ther*, 42, 740-750.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., et al. (1992). A Review of the Long-Term Effects of Child Sexual Abuse. *Child Abuse Negl*, 16, 101-118.
- Benecke, C. & Peham, D. (2007). Scham und Schuld bei Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 11, 21-30.
- Bensley, L. S., Spieker, S. J., Van Eenwyk, J., et al. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. II. Alcohol and drug use. *J Adolesc Health*, 24, 173-180.
- Bernat, J. A., Stolp, S., & Calhoun, K. S. (1997). Construct validity and test-retest reliability of a date rape decision latency measure. *J Psychopathol Behav*, 19, 315-330.
- Bernat, J. A., Wilson, A. E., & Calhoun, K. S. (1999). Sexual coercion history, calloused sexual beliefs and judgments of sexual coercion in a date rape analogue. *Violence Vict*, 14, 147-160.

- Bieneck, S., Stadler, L., & Pfeiffer, C. (2011). *Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., et al. (1995). The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress, 8*, 75-90.
- Bockers, E. & Knaevelsrud, C. (2011). Reviktimisierung: Ein bio-psycho-soziales Vulnerabilitätsmodell. *Psychother Psychosom Med Psychol, 61*, 389-397.
- Bockers, E. & Knaevelsrud, C. (2014). Sexuelle Reviktimisierung: Bindungsbezogene Angst als zugrundeliegender Mechanismus? *Psychotherapie im Dialog, 1*, 78-30.
- Bockers, E., Roepke, S., Michael, L., et al., (2014). Risk Recognition, Attachment Anxiety, Self-Efficacy, and State Dissociation Predict Revictimization. *PLoS ONE, 9*, e108206, doi:10.1371/journal.pone.0108206.
- Bogaert, A. F. & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behaviour. *Pers Relatsh, 9*, 191-204.
- Boos, A. & Schönfeld, S. (2014). Sexuelle Traumatisierung. Konfrontationorientierte Therapie. *Psychotherapie im Dialog, 1*, 16-20.
- Bowlby, J. (1988). *Secure base: Parent—Child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger*. Volume 2. New York: Basic Books.
- Breitenbecher, K. H. (1999). The association between the perception of threat in a dating situation and sexual victimization. *Violence Vict, 14*, 135-146.
- Breitenbecher, K.H. & Scarce, M. (1999). An evaluation of the effectiveness of a sexual assault education program focussing on psychological barriers to resistance. *J Interpers Violence, 16*, 387-407.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E. et al. (2003a). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry, 160*, 924-932.



- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E. et al. (2003b). Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 733-750.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In: Simpson, J. A., Rholes, W. S. (ed.). *Attachment theory and close relationships*, 46-76. New York: Guilford Press.
- Briere, J. & Runtz, M. (1987). Post-Sexual Abuse Trauma: Data and implications for clinical practice. *J Interpers Violence*, 2, 367-379.
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Soc Sci Med*, 69, 1032-1039.
- Burth, M. R. (1980). *Cultural myths and supports for rape*. *J Pers Soc Psychol*, 38, 217–230.
- Charnigo, R., Noar, S. M., Garnettm, C., et al. (2013). Sensation seeking and impulsivity: combined associations with risky sexual behavior in a large sample of young adults. *J Sex Res*, 50, 480-488.
- Chu, J. (1992). The revictimization of adult women with histories of childhood abuse *J Psychother Pract Res*, 1, 259-269.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*, 6, 103-129.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., et al. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behav Ther*, 36, 119-124.
- Cieslak, R., Benight, C.C., & Lehman, V. C. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behav Res Ther*, 46, 788-798.
- Cloitre, M. (1998). *Sexual revictimization. Risk factors and prevention*. New York: Guilford.
- Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *J Trauma Stress*, 10, 437-452.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, et al., (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *J Trauma Stress*, 22, 399–408.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., et al. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse Negl*, 20, 447-455.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., et al. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358, 450-454.
- Dahlen, E. R., Martin, R. C., Ragan, K., et al. (2005). Driving anger, sensation seeking, impulsiveness, and boredom proneness in the prediction of unsafe driving. *Accident Anal Prev*, 37, 341-348.
- Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., et al. (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry*, 71, 286–293.
- Dardis, C. M., Dixon, K. J., Edwards, K. M. et al. (2014). An Examination of the Factors Related to Dating Violence Perpetration Among Young Men and Women and Associated Theoretical Explanations: A Review of the Literature. *Trauma Violence Abuse*, published online before print, doi: 10.1177/1524838013517559.
- Davis, J. L., Combs-Lane, A. M., & Jackson, T. L. (2002) Risky behaviors associated with interpersonal victimization - Comparisons based on type, number, and characteristics of assault incidents. *J Interpers Violence*, 17, 611-629.
- DeRoon-Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D., et al. Psychopathology and Resilience Following Traumatic Injury: A Latent Growth Mixture Model Analysis. *Rehabil Psychol*, 55, 1-11.
- Diamond, D. & Blatt, S. J. (2007). Introduction. In: Diamon, D., Blatt, S. J., & Lichtenberg, J. D. (ed.). *Attachment and sexuality*, 1-26. New York: Erlbaum.
- DiCiccio, T. J. & Efron, B. (1996). Bootstrap confidence intervals. *Stat Sci*, 11, 189-228.

- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion Recognition in Borderline Personality Disorder - A Review of the Literature. *J Pers Disord*, 23, 6-19.
- Donohew, L., Lorch, E. P., & Palmgreen, P. (1998). Applications of a theoretic model of information exposure to health interventions. *Hum Commun Res*, 24, 454-468.
- Dorahy, M. J. & Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *J Child Sex Abuse*, 21, 155-175.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., et al. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *J Affect Disord*, 147, 72-9.
- Doumas, D. M., Pearson, C. L., Elgin, J. E. et al. (2008). Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence: the "mispairing" of partners' attachment styles. *J Interpers Violence*, 23, 616-634.
- Dyk, M., Habel, U., Slodczyk, J., et al. (2008). Negative bias in fast emotion discrimination in borderline personality disorder. *Psychol Med*, 28, 1-10.
- Dyck, M., Habel, U., Slodczyk, J., et al. (2009). Negative bias in fast emotion discrimination in borderline personality disorder. *Psychol Me*, 39, 855-864.
- Egle, U. T., Klinger, D., Ecker-Egle, M.-L., et al. (2014). Sexuelle Traumatisierung: Schmerz und Somatisierung als Folge. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 32-35.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38, 319-45.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Lamla, A., et al. (2009). Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens "Experiences in Close Relationships - Revised" (ECR-RD). *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59, 215-223.
- Elwood, L. S., Williams, N. L., Olatunji, B. O., et al. (2007). Interpretation biases in victims and non-victims of interpersonal trauma and their relation to symptom development. *J Anxiety Disord*, 21, 554-567.
- Elzinga, B. M., Schmahl, C. G., Vermetten, E. et al. (2003). Higher cortisol levels following exposure to traumatic reminders in abuserelated PTSD. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1656–1665.

- Ekman, P. (1995). *Telling Lies: Clues to deceit in the marketplace, politics and marriage*. New York: Norton.
- Faisandier, K. M., Taylor, J. E., & Salisbury, R. M. (2012). What does attachment have to do with out-of-control sexual behaviour? *NZ J Psychol*, 41, 19.
- Fargo, J. D. (2009). Pathways to adult sexual revictimization: direct and indirect behavioral risk factors across the lifespan. *J Interpers Violence* 2009, 24, 1771-1791.
- Feiring, C., Cleland, C. M., & Simon, V. A. (2010). Abuse-Specific Self-Schemas and Self-Functioning: A Prospective Study of Sexually Abused Youth. *J Clin Child Adolesc*, 39, 35-50.
- Feiring, C., Simon, V. A., & Cleland, C. M. (2009). Childhood Sexual Abuse, Stigmatization, Internalizing Symptoms, and the Development of Sexual Difficulties and Dating Aggression. *J Consult Clin Psych*, 77, 127-137.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl*, 21, 789-803.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Pediatrics*, 98, 91-96.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*: Sage publications.
- Field, N. P., Classen, C., Butler, L. D., et al. (2001). Revictimization and information processing in women survivors of childhood sexual abuse. *J Anxiety Disord*, 15, 459-469.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon M, et al. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., et al. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc.

- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., et al. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, 202-210.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., et al. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assessment*, 9, 445-451.
- Fowke, A., Ross, S., & Ashcroft, K. (2012). Childhood maltreatment and internalized shame in adults with a diagnosis of bipolar disorder. *Clin Psychol Psychother*, 19, 450-7.
- Fraley, R. C. & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Pers Relatsh*, 4, 131-144.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Pers Soc Psychol Rev*, 6, 123-151.
- Frazier, P. A., Byer, A. L., Fischer, A. R. et al. (1996). Adult attachment style and partner choice: Correlational and experimental findings. *Pers Relatsh*, 3, 117–136.
- Freud, S. (1893). *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Freudenthaler, H., Neubauer, A. C., Gabler, P., et al. (2008). Testing and validating the trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue) in a German-speaking sample. *Pers Individ Dif*, 45, 673-678.
- Gawronski, B. & Bodenhausen, G. V. (2005). Accessibility effects on implicit social cognition: The role of accessible content versus accessibility experiences. *J Personality Soc Psychol*, 89, 672-685.
- Gawronski, B. & Conrey, F. R. (2004). Der Implizite Assoziationstest als Maß automatisch aktivierter Assoziationen: Reichweite und Grenzen. *Psychol Rundsch*, 55, 118–126.
- Gentzler, A. L. & Kerns K. A. (2004). Associations between insecure attachment and sexual experiences. *Pers Relatsh*, 11, 249-265.

- Ghatavi, K., Nicolson, R., MacDonald, C., et al. (2002). Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *J Affect Disord*, *68*, 307–315.
- Gidycz, C. A., Hanson, K., & Layman, M. J. (1995). Prospective Analysis of the Relationships among Sexual Assault Experiences - an Extension of Previous Findings. *Psychol Women Quart*, *19*, 5-29.
- Gidycz, C. A., Loh, C., Lobo, T., et al. (2007). Reciprocal relationships among alcohol use, risk perception, and sexual victimization: A prospective analysis. *J Am Coll Health*, *56*, 5-14.
- Gidycz, C. A., Lynn, S. J., Rich, C. L., et al. (2001). The evaluation of a sexual assault risk reduction program: a multisite investigation. *J Consult Clin Psychol*, *69*, 1073-1078.
- Gidycz, C. A., van Wynsberghe, A., & Edwards, K. M. (2008). Prediction of women's utilization of resistance strategies in a sexual assault situation: A prospective study. *J Interpers Violence*, *23*, 571-588.
- Ginzburg, K., Butler, L. D., Giese-Davis, J., et al. (2009). Shame, guilt, and posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood sexual abuse at risk for human immunodeficiency virus: Outcomes of a randomized clinical trial of group psychotherapy treatment. *J Nerv Ment Dis*, *197*, 536-542.
- Gold, S. D. (2008). Potential mediators of sexual assault risk recognition among women with histories of childhood sexual abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, *69*, 61-B.
- Grauerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreat*, *5*, 5-17.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

- Greene, D. M. & Navarro, R. L. (1998). Situation-specific assertiveness in the epidemiology of sexual victimization among university women: A prospective path analysis. *Psychol Women Quart*, 22, 589–604.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *J Pers Soc Psychol*, 74, 1464-1480.
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: An improved scoring algorithm. *J Pers Soc Psychol*, 85, 197-216.
- Griesel, D., Wessa, M., & Flor, H. (2006). Psychometric qualities of a German translated Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychol Assessment*, 18, 262-268.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. et al. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Umfrage der Deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 287-294.
- Hanson, K. A. & Gidycz, C. A. (1993). Evaluation of a sexual assault prevention program. *J Consult Clin Psychol*, 61, 1046-1052.
- Harman, R. & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clin Psychol Psychother*, 17, 13–24.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 5, 511-524.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Felitti, V. J. et al. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviours in women: A retrospective cohort study. *Fam Plann Perspect*, 33, 206-211.
- Hirsch, M. (2007). *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress Response Syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Hunt, M. (2007). Borderline personality disorder across the life span. *J Women Aging*, 19, 173-191.

- IBM Corp. (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk*. New York: IBM Corp.
- Islam-Zwart, K. A., Heath, N. M., Vik, P. W. (2005). Facial recognition performance of female inmates as a result of sexual assault history. *J Trauma Stress, 18*, 263-266.
- Iverson, K. M., Jimenez, S., Harrington, K. M. et al. (2011). The contribution of childhood family violence on later intimate partner violence among robbery victims. *Violence and Victims, 26*, 73-87.
- Iverson, K. M., Litwack, S. D., Pineles, S. L., et al. (2013). Predictors of intimate partner violence revictimization: The relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. *J Trauma Stress, 26*, 102-110.
- Izard, C. (1982). Measuring emotions in human development. In C. Izard (Ed.), *Measuring emotions in infants and children* (pp 3-18). New York: Cambridge University Press.
- Jaremka, L. M., Glaser, R., Loving, T. J. et al. (2013). Attachment anxiety is linked to alterations in cortisol production and cellular immunity. *Psychol Sci, 24*, 272-279.
- Katz, J., May, P., Sorensen, S., et al. (2010). Sexual revictimization during women's first year of college: Self-blame and sexual refusal assertiveness as possible mechanisms. *J Interpers Violence, 25*, 2113-2126.
- Kearns, M. C. & Calhoun, K. S. (2010). Sexual revictimization and interpersonal effectiveness. *Violence Vict, 25*, 504-517.
- Kessler, B. L., & Bieschke, K. J. (1999). A retrospective analysis of shame, dissociation, and adult victimization in survivors of childhood sexual abuse. *J Couns Psychol, 46*, 335-341.
- Kim, J., Talbot, N. L., & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse Negl, 33*, 362-371.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull, 137*, 68-96.
- Kletter, H., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2009). Guilt and posttraumatic stress symptoms in child victims of interpersonal violence. *Clin Child Psychol Psychiatry, 14*, 71-83.



- Koss, M. P. & Dinero, T. E. (1999). Discriminant-Analysis of Risk-Factors for Sexual Victimization among a National Sample of College-Women. *J Consult Clin Psychol*, 57, 242-250.
- Koverola, C., Proulx, J., Battle, P., et al. (1996). Family functioning as predictors of distress in revictimized sexual abuse survivors. *J Interpers Violence*, 11, 263-280.
- Krahe, B., Scheinberger-Olwig, R., Waizenhofer, E., et al. (1999). Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence. *Child Abuse Negl*, 23, 383-394.
- Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., et al. (2010). Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 15, 407-422.
- Lamoureux, B. E., Palmieri, P. A., Jackson, A. P., et al. (2012). Child sexual abuse and adulthood interpersonal outcomes: Examining pathways for intervention. *Psychol Trauma*, 4, 605-613.
- Lampe, A. (2002). The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe. *Z Psychosom Med Psychother*, 48, 370-380.
- Lee, M., Reese-Weber, M., & Kahn, J. H. (2014). Exposure to Family Violence and Attachment Styles as Predictors of Dating Violence Perpetration Among Men and Women: A Mediation Model. *J Interpers Violence*, 29, 20-43.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol*, 74, 451-466.
- Lehrl, S., Triebig, G., & Fischer, B. (1995). Multiple choice vocabulary test MWT as a valid and short test to estimate premorbid intelligence. *Acta Neurol Scand*, 91, 335-345.
- Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*, 15, 223-226.
- Litz, B. & Hearst, D. (1994). *Clinical implications and applications of information processing: Models of post-traumatic stress disorder*. Muncie: Accelerated Development.

- Loeb, T. B., Holloway, I. W., Galvan, F. H., et al. (2014). Associations between intimate partner violence and posttraumatic stress symptom severity in a multiethnic sample of men with histories of childhood sexual abuse. *Violence Vict*, 29, 451-63.
- Loiselle, M. & Fuqua, W. R. (2007). Alcohol's effects on women's risk detection in a date-rape vignette. *J Am Coll Health*, 55, 261-266.
- McAndrew, E. & Teitelman, A. M. (2007). A review of the literature regarding a history of sexual abuse as a risk factor for risky sexual behavior in females. *J Stud Nurs Res*, 1, 11-17.
- Macy, R.J., Nurius, P. S., & Norris, J. (2006). Responding in their best interests: Contextualizing women's coping with acquaintance sexual aggression. *Violence Against Wom*, 12, 478-500.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Markowitsch, H. J. & Welzer, H. (2005). *Das autobiographische Gedächtnis: Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Marx, B. P. & Gross, A. M. (1995). An analysis of two contextual variables. *Behav Modif*, 19, 451-463.
- Marx, B. P., Gross, A. M., & Juergens, J. (1997). The effects of Alcohol consumption and expectancies in an experimental date rape analogue. *J Psychopathol Behav*, 19, 281-302.
- Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., et al. (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse Negl*, 32, 139-153.
- Maughan, A. & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Dev*, 73, 1525-1542.
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Ritchie, K. et al. (2014). Change in attachment insecurity is related to improved outcomes 1 year post group therapy in women with binge eating disorder. *Psychother*, 51, 57-65.

- Mayall, A. & Gold, S. R. (1995). Definitional Issues and Mediating Variables in the Sexual Revictimization of Women Sexually Abused as Children. *J Interpers Violence, 10*, 26-42.
- Meade, A. W. (2009). *FreeIAT*: An open-source program to administer the implicit association test. *Appl Psych Meas, 33*, 643.
- Meadows, E. A., Jaycox, L. H., Orsillo, S. M., et al. (1997). The impact of assault on risk recognition in ambiguous situations. Presented at the *31st annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. Miami Beach, FL.
- Merrill, L. L., Newell, C. E., Thomsen, C. J., et al. (1999). Childhood abuse and sexual revictimization in a female Navy recruit sample. *J Trauma Stress, 12*, 211-225.
- Messman-Moore, T. L. & Brown, A. L. (2006). Risk perception, rape, and sexual revictimization: A prospective study of college women. *Psychol Women Quart, 30*, 159-172.
- Messman-Moore, T. L., Coates, A. A., Gaffey, K. J., et al. (2008). Sexuality, substance use, and susceptibility to victimization: risk for rape and sexual coercion in a prospective study of college women. *J Interpers Violence, 23*, 1730-1746.
- Messman-Moore, T. L. & Long, P. J. (2002). Alcohol and substance use disorders as predictors of child to adult sexual revictimization in a sample of community women. *Violence Vict, 17*, 319-340.
- Messman-Moore, T. L., Long, P. J., & Siegfried, N. J. (2000). The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child Maltreat, 5*, 18-27.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K.L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse Negl, 34*, 967-976.
- Messman-Moore, T. L., Ward, R. M., & Brown, A. L. (2009). Substance use and PTSD symptoms impact the likelihood of rape and revictimization in college women. *J Interpers Violence, 24*, 499-521.

- Miller, A. K., Handley, I. M., Markma, K. D., & Miller, J. H. (2010). Deconstructing self-blame following sexual assault: The critical roles of cognitive content and process. *Violence Against Women, 16*, 1120-1137.
- Miller, L. E. (2014). Perceived Threat in Childhood. A Review of Research and Implications for Children Living in Violent Households. *Trauma Violence Abuse*, published online before print, doi: 10.1177/1524838013517563.
- Moeller, T. P., Bachmann, G. A., & Moeller J. R. (1993). The Combined Effects of Physical, Sexual, and Emotional Abuse during Childhood - Long-Term Health Consequences for Women. *Child Abuse Negl, 17*, 623-640.
- Morris, M. C., Compas, B. E & Garber, J. (2012). Relations among posttraumatic stress disorder, comorbid major depression, and HPA function: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev, 32*, 301–315.
- Naugle, A. E. (2000). Identifying behavioral risk factors for repeated victimization using video-taped stimulus materials. University of Nevada, Reno. *Dissertation Abstracts International, 61*, 1091.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: Hill, O. W. (ed). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, pp. 430–439, Butterworths: London.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., et al. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *J Interpers Violence, 18*, 1452-1471.
- Norris, J., Nurius, P. S., & Graham, T. L. (1999). When a date changes from fun to dangerous: Factors affecting woman's ability to distinguish. *Violence Against Women, 5*, 230-250.
- Nurius, P. S. (2000). Risk Perception for acquaintance sexual aggression: A social-cognitive perspective. *Aggress Violent Behav, 5*, 63-78.
- Oktedalen, T., Hoffart, A., & Langkaas, T. F. (2014). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery

- exposure and imagery rescripting-A randomized controlled trial. *Psychother Res.*, 23, 1-15.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., et al. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 129, 52-73.
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2001). Trait emotional Intelligence. Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *Eur J Pers*, 15, 425-448.
- Proulx, J., Koverola, C., Fedorowicz, A., et al. (1995). Coping Strategies as Predictors of Distress in Survivors of Single and Multiple Sexual Victimization and Nonvictimized Controls. *J Appl Soc Psychol*, 25, 1464-1483.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Reese-Weber, M. & Smith, D. M. (2011). Outcomes of child sexual abuse as predictors of later sexual victimization. *J Interpers Violence*, 26, 1884-1905.
- Renneberg, B., Weiß, M., Unger, J., et al. (2003). Ätiologische Faktoren bei der Borderline Persönlichkeitsstörung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24, 347-364.
- Rich, C. L., Gidycz, C. A., Warkentin, J. B., et al. (2005). Child and adolescent abuse and subsequent victimization: A prospective study. *Child Abuse Negl*, 29, 1373-1394.
- Richardson, D. R. & Hammock, D.S. (1991). *Alcohol and acquaintance rape*. New York: Wiley.
- Richeson, J. A. & Ambady, N. (2003). Effects of situational power on automatic racial prejudice. *J Exp Soc Psychol*, 39, 177-183.
- Rinehart, J. K., Yeater, E. A., Musci, R. J., et al. (2014). The role of ethnicity, sexual attitudes, and sexual behavior in sexual revictimization during the transition to emerging adulthood. *Child Maltreat*, 19, 178-87.
- Risser, H. J., Hetzel-Riggan, M. D., Thomsen, C. J., et al. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: the role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *J Trauma Stress*, 19, 687-698.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Roberti, J. W., Storch, E. A., & Bravata, E. A. (2003). Further psychometric support for the Sensation Seeking Scale – Form. *J Pers Assess*, *81*, 291-292.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., et al. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life: Mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse Negl*, *28*, 525-545.
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *J Interpers Violence*, *14*, 184-207.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Bohus, M., et al. (2007). The impact of Posttraumatic Stress Disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*, *195*, 537-539.
- Sachsse, U. (1994). Overt Self-Injury. *Psychother Psychosom*, *62*, 82-90.
- Sandberg, D. A., Matorin, A. I., & Lynn, S. J. (1999). Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects. *J Trauma Stress*, *12*, 127-138.
- Schaaf, K. K. & McCanne, T. R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse Negl*, *22*, 1119-1133.
- Schwarzer, R. & Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychol*, *3*, 177-190.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman, J., Wright, S., & Johnston, M. (ed). *Measures in health psychology: A user's portfolio Causal and control beliefs*, pp. 35-37. Windsor, UK: Nfer-Nelson.
- Semb, O., Strömsten, L. M., Sundbom, E., et al. (2011). Distress after a single violent crime: How shame-proneness and event-related shame work together as risk factors for post-victimization symptoms. *Psychol Rep*, *109*, 3-23.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, *59*, 22–33.
- Sherman, S. J., & McConnell, A. R. (1996). The role of counterfactual thinking in reasoning. *Appl Cognitive Psych*, *10*, 113-124.
- Shin, K. M., Cho, S. M., & Lee, S. H. (2014). A pilot prospective study of the relationship among cognitive factors, shame, and guilt proneness on posttraumatic stress disorder symptoms in female victims of sexual violence. *J Korean Med Sci.*, *29*, 831-6.
- Siegel, J. A. & Williams, L. M. (2003). Risk factors for sexual victimization of women - Results from a prospective study. *Violence against Wom*, *9*, 902-930.
- Silberg, J. L. (2000). Fifteen years of dissociation in maltreated children: Where do we go from here? *Child Maltreatment*, *5*, 119-136.
- Soler-Baillo, J. M., Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). The psychophysiological correlates of risk recognition among victims and non-victims of sexual assault. *Behav Res Ther*, *43*, 169-181.
- Stadler, L., Bieneck, S. & Pfeiffer, C. (2012). Repräsentativbefragug Sexueller Missbrauch 2011. *Forschungsbericht Nr. 118*, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Stiglmayr, C. E., Braakman, D., Haaf, B., et al. (2003). Development and characteristics of dissociation-tension-scale acute (DSS-Akute). *Psychother Psychosom Med Psychol*, *53*, 287-294.
- Styron, T. & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression and conflict resolution. *Child Abuse Negl*, *21*, 1015-1023.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing Individual-Differences in Proneness to Shame and Guilt - Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *J Pers Soc Psychol*, *59*, 102-111.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford.

- Tangney, J. P., & Mashek, D.J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu Rev Psychol*, 58, 345-372.
- Tangney, J. P., Dearing, R., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (2000). *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol*, 101, 469-478.
- Tasca, G., Balfour, L., Ritchie, K. et al. (2007). Change in attachment anxiety is associated with improved depression among women with binge eating disorder. *Psychother*, 44, 423-433.
- Torok, M. (1968). *Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis* *Revue française de psychanalyse*, 32, 229-251.
- VanZile-Tamsen, C., Testa, M., & Livingston, J. A. (2005). The impact of sexual assault history and relationship context on appraisal of and responses to acquaintance sexual assault risk. *J Interpers Violence*, 20, 813-832.
- Van der Kolk, B. (1998). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimisation and masochism. *Psychiat Clin N Am*, 12, 389-411.
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann*, 35, 979-987.
- Vythilingam, M., Blair, K. S., McCaffrey, D., et al. (2007). Biased emotional attention in post-traumatic stress disorder: A help as well as a hindrance? *Psychol Med*, 37, 1445-1455.
- Walker, D. P., Messman-Moore, T. L., & Ward, R. M. (2011). Number of sexual partners and sexual assertiveness predict sexual victimization: Do more partners equal more risk? *Violence Vict*, 26, 774-787.
- Walsh, J. F. & Foshee, V. (1998). Self-efficacy, self-determination and victim blaming as predictors of adolescent sexual victimization. *Health Educ Res*, 13, 139-144.



- Walsh, K., Galea, S., & Koenen, K. C. (2012). Mechanisms underlying sexual violence exposure and psychosocial sequelae: A theoretical and empirical review. *Clin Psychol -Sci Pr*, 19, 260-275.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., et al. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of maltreatment. *Child Abuse Negl*, 31, 1143-1153.
- Wetzels, P. & Pfeiffer, C. (1995). Sexualisierte Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum. In: *Materialien zur Frauenpolitik. Band 48*. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Whiffen, V. E. & Macintosh, B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A clinical review. *Trauma Violence Abuse*, 6, 24-39.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse Negl*, 32, 785-796.
- Williams, L. M., Siegel, J. A., & Pomeroy, J. J. (2000). *Validity of woman's self-reports of documented child sexual abuse*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilson, A. E., Calhoun, K. S., & Bernat, J. A. (1999). Risk recognition and trauma-related symptoms among sexually revictimized women. *J Consult Clin Psych*, 67, 705-710.
- Wilson, J. P., Drozdek, B., & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic shame and guilt. *Trauma Violence Abuse*, 79, 122-141.
- Wöller, W. (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. *Fortschr Neurol Psychiat*, 73, 83-90.
- Wöller, W. (2014). Sexuelle Traumatisierung: Psychodynamische Aspekte. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 22-26.
- Wong, M. R., Cook, D. (1992). Shame and its contribution to PTSD. *J Trauma Stress*, 5, 557-562.
- Woon, F. L. & Hedges, D. W. (2009). Amygdala volume in adults with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 21, 5–12.

- Woon, F. L., Sood, S., & Hedges, D. W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: a meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, *34*, 1181–1188.
- Wyatt, G. E., Guthrie, D., & Notgrass, C. M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *J Consult Clin Psychol*, *60*, 167-173.
- Wyatt, G. E., Notgrass, C.M., & Gordon, G. (1995). *The effects of African American women's sexual revictimization: strategies for prevention*. New York: Haworth Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zadkarami, M. R. (2008). Bootstrapping: A Nonparametric Approach to Identify the Effect of Sparsity of Data in the Binary Regression Models. *J Appl Sci*, *8*, 2991-2997.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal Pers Disord*, *14*, 291-299.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M., Kolin, E. A., Price, L., et al. (1964). Development of a sensation seeking scale. *J Consult Clin Psychol* *28*, 477-482.



## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1	Das Bio-psycho-soziale Modell der Reviktimisierung	47
-------------	--	----

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 2.1	Studien zur Prävalenz von Reviktimisierung	29
Tabelle 4.1	Excerpts from the vignette used in the risk recognition task	69
Tabelle 4.2	Sociodemographic characteristics and psychopathology of the sample	73
Tabelle 4.3	Findings of the logistic regression analysis: observed and predicted classifications	74
Tabelle 4.4	Descriptive statistics: Means and standard deviations (in parentheses) of potential risk factors for revictimization across all three groups	74
Tabelle 4.5	Multinomial logistic regression model predicting revictimization	75
Tabelle 5.1	Baseline group differences	88
Tabelle 5.2	Means (standard deviations) and group comparisons of explicit and implicit variables across women with PTSD (PTSD), traumatized women without PTSD (Trauma), and non-traumatized women (Non-Trauma)	89



## Summary

---

Childhood interpersonal traumatizations increase the risk for revictimizations as well as for psychological disorders like the posttraumatic stress disorder (PTSD). Different variables and mechanisms underlying revictimization are discussed in current literature. However, empirical data on revictimization is poor and inconsistent. Guilt and shame following traumatic events are considered as risk factors for the development and persistence of PTSD. PTSD is frequently associated with trauma-related guilt and shame. However, research on generalized guilt and shame in PTSD is lacking.

Aim of the dissertation was to theoretically identify variables contributing to revictimization and to develop models of underlying mechanisms of revictimization (studies I and II). Subsequently it was aimed to empirically investigate which of these variables are specifically associated with revictimization in interpersonally victimized women (study III). A superordinate aim was to derive clinical considerations for the prevention of revictimization. Another aim was to expand the current state of research on PTSD and generalized guilt and shame to optimize interventions in this field (study IV).

A hierarchical bio-psycho-social model of revictimization was developed. It presents revictimization as result of multifactorial processes. In a second theoretical study attachment anxiety as underlying mechanism for revictimization is investigated and considered as crucial risk factor for revictimization. The potential risk factors risk recognition, assertiveness, self-efficacy, guilt, shame, sensation seeking, attachment anxiety, and state-dissociation were investigated in study III with 34 revictimized, 22 victimized, and 29 non-victimized individuals. In the second empirical study (study IV) 28 traumatized individuals with PTSD, 32 traumatized individuals without PTSD, and 32 non-traumatized individuals were investigated regarding explicit and implicit generalized guilt and shame.

Study III showed the variables risk recognition, attachment anxiety, state-dissociation, and self-efficacy as significant predictors for group membership. Attachment anxiety and risk recognition differentiated revictimized from victimized individuals. The results show higher attachment anxiety and lower risk recognition in revictimized compared to victimized individuals. Furthermore, results show that revictimized individuals do not show a deficit regarding risk recognition but risk recognition in victimized individuals is increased compared to both other groups. State-dissociation and self-efficacy differentiated revictimized from non-victimized individuals. Revictimized individuals showed higher state-dissociation and lower self-efficacy than the non-victimized individuals.

The results of study IV indicate that explicit guilt- and shame was significantly higher in women with PTSD than in traumatized women without PTSD. However, PTSD as well as traumatization without PTSD are associated with generalized explicit guilt and shame. Traumatization in general (with and without PTSD) was associated with a shame-prone implicit self-concept. PTSD was specifically associated with a guilt-prone implicit self-concept.

Strength of study III are the accurate definition of victimization and revictimization, the differentiation between victimized and revictimized individuals, as well as the investigation of revictimization in a severely impaired sample. Strength of study IV is the implicit measure of guilt and shame in association with trauma and PTSD. A Limitation is the cross-sectional design of both empirical studies which does not allow causal relationships to be drawn.

Overall, results indicate, that non-increased risk recognition in interpersonally victimized individuals in combination with increased attachment anxiety and state-dissociation, as well as decreased self-efficacy can increase the risk for revictimization. To prevent revictimization these risk factors should be considered in the treatment of interpersonally traumatized individuals. An increased risk recognition may be interpreted as a protective factor regarding revictimization. Furthermore, results indicate that in addition to trauma-related guilt and shame, *generalized* explicit guilt- and shame and an implicit guilt-prone self-concept seems to play a crucial role in PTSD. This should be considered in treating patients with PTSD.

## Selbstständigkeitserklärung

---

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Arbeit selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet, sowie sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren eingereicht, angenommen oder abgelehnt worden.

Berlin, den 19. April 2015

---

Estelle Bockers