



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Kriegskinder –

**Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit in
Österreich auf die psychische Gesundheit der älteren
Bevölkerung.
Kriegsbedingte Traumatisierungen und die Posttraumatische
Belastungsstörung.**

Verfasserin:

Daniela Strasser

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

Abstract English

Aim: 65 years ago a whole generation in Austria was exposed to World War II and allied occupation and suffered from a range of different traumatic experiences. Nevertheless, there are no studies dealing with the psychological effects and post-traumatic stress disorder (PTSD) in people, who survived World War II, in Austria. The aim of the present study is to analyze different kinds of war traumata and trauma exposure differentiating between the four zones of occupation, and their impact on psychological health, especially the presence of PTSD. **Method:** 316 people, born before 1945, were interviewed in all nine provinces of Austria. Trained interviewers provided in a structured interview a checklist for co morbid symptoms (BSI), a screen for current symptoms of post-traumatic stress disorder (PCL-C), a list of traumatic events after the post-war period (TLEQ), and an assessment of resilience (CD-RISC). A detailed historical questionnaire, designed in cooperation with specialists in contemporary history and World War II (BIK), was included. **Results:** A high exposure to different kinds of war traumata, like bombing, war captivity, displacement, combat exposure, sexual assault and traumatic experiences with occupation forces, according to historical data and studies in Germany, are upraised. Age, gender and place of residence during wartime had significant effects on trauma exposure. People in the Sowjet occupation zone were exposed to much more traumatic events than people in Western zones. The number of traumatic events in lifetime, increased through a high number of traumata in World War II, showed significant relations to the symptoms of PTSD in old age. **Discussion:** This multi-disciplinary study allows access to the complex subject of World War II and occupation time in Austria from a psychological and historical perspective. For this reason a better understanding of psychopathological symptoms and problems of the war generation in Austria, focussing on care and psychological intervention, is expected.

Keywords: Austria, post-traumatic stress disorder (PTSD), WWII, war trauma

Danksagung

Vorweg danke ich meinen zwei Kolleginnen Bettina Schiller und Daniela Wintner für die tolle Zusammenarbeit. Unsere kleine Gruppe hat es geschafft, erfolgreich über längere Zeit gemeinsam an diesem Projekt zu arbeiten und uns gegenseitig bei jedem Tief und allen Schwierigkeiten zu unterstützen. Es hat Spaß gemacht mit euch zusammen zu arbeiten. Weiters möchte ich mich beim Projektteam, bei Elisabeth, Tobias, Yvonne, Sophie, Vanessa und Anna für ihre Unterstützung und Mitarbeit bedanken. Danke, dass alle mit soviel Engagement und Begeisterung dabei waren!

Ich bedanke mich bei allen Personen, die sich Zeit für ein Interview mit mir genommen haben. Jedes einzelne Interview war für mich eine Bereicherung und eine interessante und besondere Erfahrung. Danke für das mir entgegengebrachte Vertrauen, um persönliche Erfahrungen und Gefühle mit mir zu teilen.

Weiters möchte ich jenen danken, die mir geholfen haben, vor allem in Oberösterreich Interviewpersonen zu finden: Stephanie Kürner, Renate Strasser, Elisabeth Grill (Pflegedienstleitung Bezirksaltenheim Kleinzell) und meiner Mutter Anna Strasser.

Ich bedanke mich bei meiner Familie. Bei meinen Eltern Anna und Josef Strasser, die mich die ganze Studienzeit unterstützt haben und hinter mir gestanden sind. Ich bedanke mich bei meinen Schwestern Birgit und Jasmin Strasser. Birgit hat mich auf ganzer Linie unterstützt und motiviert und hat es geschafft, meine Arbeitspausen immer wieder aufzulockern. Jasmin hat sich viel Zeit genommen meine Arbeit zu korrigieren. Fürs Korrekturlesen bedanke ich mich weiters bei Anna Strasser und Birgit Strasser.

Nicht zu vergessen ist mein Freund Florian Gruber. Die ganze Zeit, von Arbeitsstart bis zur Abgabe, hat er geduldig jedes Hoch und Tief mitgetragen, stress- und arbeitsreiche Tage mit mir durchlebt und mich in vielen Gesprächen motiviert, inspiriert und manchmal einfach auch nur auf andere Gedanken gebracht.

Ich möchte noch allen danken, die mich während meiner Studienzeit und in der Phase der Diplomarbeit unterstützt, aufgemuntert, inspiriert und auch mal abgelenkt haben. Florian, Birgit, Stephanie, Nicole, Michaela, Anela, Harald, Markus N., Manuel, Markus F., Regina, Raphaela, Juliette, Mathieu. Danke für die tolle Studienzeit!

Ich bedanke mich weiters bei Frau Dr. Brigitte Lueger Schuster, meiner Betreuerin, für die Chance bei diesem Projekt „Kriegskinder“ mitarbeiten zu können. Sie hat sich immer wieder Zeit für Ratschläge, Besprechungen, Reflexion und Supervision genommen.

Schlussendlich bedanke ich mich noch bei den MitarbeiterInnen des Ludwig Boltzmann Institutes für Kriegsfolgenforschung in Graz, insbesondere Frau Dr. Barbara Stelzl-Marx und Herr Dr. Peter Ruggenthaler, die mir Hilfestellung bei der Aufarbeitung der historischen Gegebenheiten im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit gegeben haben. Die Zusammenarbeit mit den ExpertInnen war für mich eine Bereicherung und eine tolle Erfahrung.

ES EHRT UNSERE ZEIT, DASS SIE GENÜGENDE MUT AUFBRINGT,
ANGST VOR DEM KRIEG ZU HABEN.

ALBERT CAMUS

KRIEGE ENTSTEHEN AUS DEM SCHEITERN, DAS MENSCHSEIN DER ANDEREN ZU VERSTEHEN.

DALAI LAMA

DER KRIEG WIRD NIEMALS ZU ENDE SEIN, SOLANGE NOCH EINE WUNDE BLUTET, DIE ER
GESCHLAGEN HAT. HEINRICH BÖLL

Anmerkung:

Die vorliegende empirische Arbeit ist im Rahmen des österreichweiten universitären Projektes „Kriegskinder“ in Zusammenarbeit mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung in Graz entstanden. Aufgrund des Projektumfanges wurde der Themenbereich in drei verschiedenen Diplomarbeiten von Bettina Schiller (2011), Daniela Wintner (2011) und mir bearbeitet. Zur Untersuchung von jeweils unterschiedlichen Fragestellungen wurde das gleiche Datenmaterial verwendet. Überschneidungen der drei Diplomarbeiten werden im Inhaltsverzeichnis und im Text gekennzeichnet.

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung.....	1
2 Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit in Österreich.....	2
2.1 Einleitung.....	2
2.2 Der „Anschluss“ Österreichs an NS-Deutschland.....	2
2.3 Der Zweite Weltkrieg.....	3
2.4 Bombenalarm und Luftangriffe.....	4
2.5 Kämpfe am Ende des Zweiten Weltkrieges.....	6
2.6 Widerstand und Opposition in Österreich.....	7
2.7 Das Kriegsende.....	8
2.8 Allgemeine Lebensumstände.....	8
2.8.1 Kriegsschäden und Wiederaufbau.....	8
2.8.2 Lebensmittelknappheit.....	9
2.8.3 Schulbildung.....	9
2.9 Besatzungszeit.....	10
2.9.1 Amerikanische Besatzungsmacht.....	11
2.9.2 Britische Besatzungsmacht.....	13
2.9.3 Französische Besatzungsmacht.....	14
2.9.4 Sowjetische Besatzungsmacht.....	14
2.10 Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe.....	16
2.11 Verhaftete und verurteilte ÖsterreicherInnen.....	18
2.12 Kriegsgefangenschaft.....	19
2.12.1 Amerikanische Kriegsgefangenschaft.....	20
2.12.2 Britische Kriegsgefangenschaft.....	20
2.12.3 Französische Kriegsgefangenschaft.....	20
2.12.4 Sowjetische Kriegsgefangenschaft.....	21
2.12.5 Kriegsgefangene in Belgien und Jugoslawien.....	21
2.13 Vertriebene, Heimatlose und Verschleppte (Displaced Persons).....	22
2.14 Der Staatsvertrag und das Ende der Besatzung in Österreich.....	23
3 Psychotraumatologie (verfasst von Bettina Schiller).....	24
3.1 Das Trauma.....	24
3.1.1 Traumatypisierung – „man-made disaster“ und „nature-made disaster“.....	26
3.1.2 Differenzierung der Traumaopfer.....	26

3.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder)....	27
3.2.1 Vollbild und partielle PTSD.....	28
3.2.2 Das kognitive Modell der PTSD.....	29
3.2.3 Komorbide Störungen.....	29
3.2.4 Prävalenz der PTSD.....	31
4 Menschen höheren Lebensalters – Psychische Gesundheit und	
Traumatisierungen (verfasst von Bettina Schiller).....	32
4.1 Traumareaktivierung – Entwicklung der PTSD im Alter.....	32
4.2 Altersspezifische Besonderheiten des Psychotraumas.....	33
4.3 Epidemiologie von Traumata im höheren Lebensalter.....	34
4.4 Psychische Gesundheit – Aktueller Forschungsstand	35
4.5 PTSD-Komorbiditäten im Speziellen bezogen auf kriegsbedingte Traumatisierungen.	37
4.6 Zusammenfassung.....	40
5 Trauma und Krieg.....	41
5.1 Einleitung	41
5.2 Kriegsbezogene und zivile Traumata.....	41
5.3 Akzidentelle und interpersonelle Traumata.....	42
5.4 Exposition durch kriegsbezogene traumatische Erfahrungen.....	43
5.4.1 Quantität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen.....	43
5.4.2 Qualität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen.....	44
5.4.3 Einfluss demographische Variablen.....	45
5.4.4 Direkte und indirekte Traumatisierung.....	46
5.4.5 Kriegsbezogene Traumata als schlimmste traumatische Erfahrung.....	47
5.5 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	47
5.5.1 Das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung.....	47
5.5.2 Die partielle Posttraumatische Belastungsstörung.....	48
5.5.3 PTSD-Symptomatik.....	48
5.5.4 Häufigkeit erlebter Traumatisierungen und PTSD.....	49
5.5.5 Gewalt versus andere Kriegstraumata und PTSD.....	50
5.6 Kriterium A - in unterschiedlicher Qualität.....	51
5.6.1 Sexualisierte Kriegsgewalt.....	51
5.6.2 Schwere Luftangriffe.....	52
5.6.3 Vertreibung/Flucht/Umsiedlung.....	53
5.6.4 Direkte Kriegshandlungen und Kampf.....	54

5.6.5 Kriegsgefangenschaft.....	55
5.6.6 Widerstand.....	56
5.7 Zusammenfassung.....	56
6 Kinder im Krieg.....	57
6.1 Einleitung.....	57
6.2 Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung.....	57
6.3 Auswirkungen für betroffene Kinder.....	58
6.4 Aktuelle Situation.....	59
7 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren der PTSD (verfasst von Daniela Wintner).....	61
7.1 Einleitung.....	61
7.2 Resilienz.....	61
7.2.1 Resilienz in Bezug zu Trauma und PTSD.....	63
7.3 Psychologische Modelle.....	64
7.3.1 Soziales Fazilitationsmodell.....	64
7.3.2 Multifaktorielles Rahmenmodell.....	66
7.4 Beeinflussende Faktoren von Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTSD.....	68
8 Protektive Faktoren der PTSD (verfasst von Daniela Wintner).....	69
8.1 Allgemeine Definition.....	69
8.2 Kohärenzsinn.....	69
8.3 Soziale Anerkennung.....	71
8.4 Disclosure.....	72
8.5 Hardiness (Widerstandsfähigkeit).....	73
8.6 Soziale Unterstützung.....	74
8.7 Weitere protektive Faktoren.....	75
9 Risikofaktoren der PTSD (verfasst von Daniela Wintner).....	77
9.1 Allgemeine Definition.....	77
9.2 Mögliche Risikofaktoren.....	77
9.3 Zusammenfassung der Studienergebnisse.....	80
10 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren im Alter (verfasst von Daniela Wintner).....	82
10.1 Belastende Lebensereignisse im Alter.....	83
10.2 Autobiografisches Gedächtnis bei PTSD.....	84
10.3 Traumareaktivierung im Alter.....	84

10.4 Exkurs: PTSD und Demenz.....	86
11 Untersuchungsziel (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner).....	89
11.1 Hypothesengenerierung.....	90
11.2 Fragestellungen.....	91
11.3 Forschungshypothesen.....	93
12 Stichprobenbeschreibung (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner).....	100
12.1 Stichprobenumfang.....	100
12.2 Stichprobenaufteilung.....	100
12.2.1 Die Stichprobe der HistorikerInnen.....	101
12.2.2 Die Stichprobe der Psychologinnen.....	101
12.3 Einschlusskriterien.....	103
13 Methode (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner).....	104
13.1 Untersuchungsdesign.....	104
13.2 Untersuchungsinstrumente.....	104
13.2.1 Mini Mental State Examination (MMSE).....	105
13.2.2 Soziodemographische Daten.....	105
13.2.3 Historischer Background.....	105
13.2.4 Brief Symptom Inventory (BSI).....	106
13.2.5 Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ).....	107
13.2.6 PTSD - Checklist civilian version (PCL-C).....	107
13.2.7 Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC).....	108
13.3 Untersuchungsdurchführung.....	108
13.4 Statistische Verfahren.....	109
13.4.1 Untersuchung von Zusammenhängen.....	110
13.4.2 Untersuchung von Gruppenunterschieden.....	111
14 Ergebnisse	113
14.1 Deskriptive Analyse.....	113
14.1.1 Sozio-demographische Variablen.....	113
14.1.2 Historischer Background.....	115
14.2 Traumaexposition.....	116
14.3 Verwendete diagnostische Verfahren.....	119
14.3.1. Mini Mental State Examination (MMSE).....	119
14.3.2 Brief Symptom Inventory (BSI).....	121
14.3.3 Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ).....	121

14.3.4 Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C).....	123
14.3.5 Connor Davidson Resilience Scale-Kurzskala (CD-RISC).....	126
<i>14.4 Hypothesenprüfung.....</i>	<i>126</i>
14.4.1 Hypothese 1.....	126
14.4.2 Hypothese 2.....	127
14.4.3 Hypothese 3.....	129
14.4.4 Hypothese 4.....	131
14.4.5 Hypothese 5.....	132
14.4.6 Hypothese 6.....	132
14.4.7 Hypothese 7.....	133
14.4.8 Hypothese 8.....	136
14.4.9 Hypothese 9.....	137
14.4.10 Hypothese 10.....	139
14.4.11 Hypothese 11.....	140
14.4.12 Hypothese 12.....	145
14.4.13 Hypothese 13.....	147
14.4.14 Hypothese 14.....	148
14.4.15 Hypothese 15.....	157
14.4.16 Hypothese 16.....	159
14.4.17 Hypothese 17.....	161
14.4.18 Hypothese 18.....	162
15 Kommentarsammlung.....	165
<i>15.1 Allgemeine Lebensumstände.....</i>	<i>165</i>
<i>15.2 Politische Situation.....</i>	<i>166</i>
<i>15.3 Widerstand und Meinung zum Nationalsozialismus.....</i>	<i>166</i>
<i>15.4 Bombenalarm, Kuckuck, Luftangriffe, Bergung und Trümmer.....</i>	<i>167</i>
<i>15.5 Kämpfe, Kriegsfront und Volkssturm.....</i>	<i>169</i>
<i>15.6 Kriegsgefangenschaft.....</i>	<i>170</i>
<i>15.7 Heimatverlust und Flucht.....</i>	<i>170</i>
<i>15.8 Besatzungszeit.....</i>	<i>171</i>
15.8.1 Amerikanische Besatzungsmacht.....	172
15.8.2 Britische Besatzungsmacht.....	172
15.8.3 Französische Besatzungsmacht.....	172
15.8.4 Sowjetische Besatzungsmacht.....	173
<i>15.9 Raub und Diebstahl.....</i>	<i>174</i>

15.10 Bedeutung und Verständnis in der heutigen Zeit.....	175
15.11 Auswirkungen auf Heute.....	176
16 Diskussion.....	177
16.1 Soziodemographische Daten.....	177
16.2 Traumaexposition.....	178
16.3 PTSD-Prävalenz.....	179
16.4 Haupthypothesen.....	180
16.5 Nebenhypothesen.....	187
16.6 Interview und Erhebungsinstrumente.....	188
16.7 Limitation.....	190
16.8 Ausblick.....	192
17 Zusammenfassung.....	194
18 Literaturverzeichnis.....	196
18.1 Literatur der Autorin.....	196
18.2 Gemeinsame Literatur (verwendet von Schiller, Strasser & Wintner).....	207
19 Abbildungsverzeichnis.....	217
20 Tabellenverzeichnis.....	217
21 Anhang.....	219
21.1 Anhang A: Interviewleitfaden.....	219
21.2 Anhang B: Informed Consent.....	238
21.3 Anhang C: Beiblätter – graphische Skalendarstellung	242
21.4 Anhang D: Abstract Deutsch.....	245
21.4 Anhang E: Curriculum Vitae.....	246

1 Einleitung

In Österreich lebt eine ganze Generation, rund zwei Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren (Statistik Austria, 2010), die in den Wirren des Zweiten Weltkrieges und der Nachkriegszeit aufgewachsen ist. Viele waren noch Kinder oder Jugendliche, als Städte bombardiert wurden und das Abwarten der Luftangriffe in den Luftschutzkellern zur Tagesordnung gehörten. Andere, frühere Jahrgänge, wurden als Soldaten zum Kriegsdienst verpflichtet und waren Jahre lang von Familie und Heimat getrennt. Eine ganze Generation von Kindern wuchs in Abwesenheit des Vaters auf und lernte in der Nachkriegszeit Hunger und Unterdrückung durch die Besatzungsmächte kennen. Diese Generation, die Überlebenden des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit, stehen im Fokus dieser Arbeit.

Meine Diplomarbeit ist im Rahmen des Projektes „Kriegskinder“, das auf einer Zusammenarbeit der Universität Wien, Institut für Klinische und Gesundheitspsychologie und dem Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung in Graz beruht, entstanden. Das Ziel war es im Rahmen einer quantitativen Studie mögliche traumatische Erfahrungen aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges und der Besatzung zu erheben. Weiterführend wurde der aktuelle psychische Gesundheitszustand, vor allem in Hinblick auf eine Posttraumatische Belastungsstörung und mögliche Schutz- und Risikofaktoren für diese erhoben.

Durch meine intensive Beschäftigung mit der Kriegs- und Nachkriegszeit in Österreich und dem Thema Traumatisierung durch Krieg, konzentriere ich mich in meiner Arbeit insbesondere auf berichtete traumatische Erfahrungen aus dieser Zeit, unter Berücksichtigung demographischer Variablen und der vier ehemaligen Besatzungszonen und deren Einfluss auf die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Alter. Besonders erscheint, dass neben verschiedenen Studien aus Deutschland, erstmals Personen in Österreich zu diesem Thema befragt wurden. Durch die Zusammenarbeit mit dem BIK, konnte sowohl die psychologische wie auch die historische Seite dieses komplexen Themas in die Konzipierung der Studie miteinbezogen werden.

2 Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit in Österreich

Dieser Abschnitt wurde von der Autorin verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

DIE GESCHICHTE LEHRT DIE MENSCHEN, DASS DIE GESCHICHTE DIE MENSCHEN NICHTS LEHRT.

MAHATMA GANDHI

2.1 Einleitung

Im vorliegenden Kapitel wird der Zweite Weltkrieg und die Besatzungszeit in Österreich von historischer Perspektive beleuchtet. Vor allem wird dargestellt, welche Lebensumstände in Österreich in dieser Zeit herrschten und welchen möglichen traumatischen Erfahrungen die Menschen in der Kriegs- und Besatzungszeit ausgesetzt waren. Anhand historischer Quellen werden Opferzahlen und Angaben zu Betroffenen umrissen.

2.2 Der „Anschluss“ Österreichs an NS-Deutschland

Am 12. März 1938 marschierten die deutschen Truppen in Österreich ein und es kam zum „Anschluss“ von Österreich an NS-Deutschland (Demokratiezentrum Wien, 2008). Einen Tag später, am 13. März 1938, wurde dieser durch das *Gesetz zur Wiedervereinigung Österreichs mit dem deutschen Reich* vollzogen (Studt, 2002).

Innerhalb der österreichischen Bevölkerung bildeten die Nationalsozialisten zwar nicht die Mehrheit, dennoch stieß der „Anschluss“ an das Deutsche Reich auf eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung (Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes [DÖW], 2010). Etwa 250 000 Menschen besuchten die *Befreiungskundgebung* von Adolf Hitler am 15. März 1938 am Heldenplatz in Wien (Botz, 1988). Eine Volksabstimmung am 10. April 1938, die durch den Ausschluss von Juden und politisch Verfolgten, dem Fehlen des Wahlheimnisses und Einschüchterungen geprägt war, führte zu einer Bestätigung von 99.6% für die *Wiedervereinigung von Österreich mit Deutschland* (Haas, 1988).

Während die Jubelstimmung am Heldenplatz noch anhielt, wurden schon in den ersten Tagen der Machtübernahme der NSDAP 60 000 ÖsterreicherInnen verhaftet. Viele wurden ins Konzentrationslager Dachau gebracht. Beim Einmarsch der deutschen Wehrmacht setzten panikartige Flüchtlingsströme aus Wien ein. Anhänger der verbotenen sozialdemokratischen Opposition, jüdische Intellektuelle, Beamte, Industrielle, Aristokraten und Monarchisten versuchten noch ins Ausland zu fliehen (Betz, 1988), da jede Meinungsvielfalt und jeder Widerstand im Keim erstickt wurde.

Mit dem „Anschluss“ 1938 kam es zu Einschnitten und Verfolgung vieler Bevölkerungsgruppen wie Roma, Sinti, so genannten „Asozialen“, Homosexuellen und politischen Gegnern. Aber keine Gruppe musste derartige Schikanen und Verbrechen wie die jüdische Bevölkerung erleben. Von Beginn an wurde die nationalsozialistische Rassenpolitik in Österreich, die *Nürnberger Gesetze*, voll wirksam. Es kam zu Ausschreitungen gegen Juden, zu Plünderungen jüdischer Geschäfte, zu Demütigungen, Erniedrigungen und Verhaftungen. Rund zwei Drittel der jüdischen Bevölkerung, 136 000 Menschen, wurden durch physischen und psychischen Terror aus Österreich vertrieben (Vocelka, 2002). Ab dem Frühjahr 1941 wurden in Wien rund 48 000 Menschen in Ghettos, Konzentrations- und Vernichtungslager deportiert. Von diesen Menschen überlebten weniger als 2 000 Personen. Insgesamt verloren 65 500 ÖsterreicherInnen im Zuge der Shoah ihr Leben. Nur rund 5 500 Personen jüdischer Religion oder Herkunft überlebten die nationalsozialistische Herrschaft in Österreich (DÖW, 2010).

2.3 Der Zweite Weltkrieg

Am 1. September 1939 begann mit Hitlers Angriff auf Polen der Zweite Weltkrieg. Rund 1.3 Millionen Österreicher und Österreicherinnen dienten zwischen 1938 und 1945 in der Deutschen Wehrmacht (Buchmann, 2009). Alle Altersgruppen waren vertreten. Zudem stand die österreichische Bevölkerung im Arbeitsdienst, in SS-Verbänden oder im Volkssturm im Einsatz (Ernst, 1988).

Die Bilanz des Krieges 1945 in Österreich waren rund 247 000 gefallene beziehungsweise für tot erklärt oder als vermisst geltende Menschen. Etwa dreimal so viele kamen verwundet oder verkrüppelt aus dem Krieg zurück (Rauchensteiner, 1995). 24 300 Zivilisten sind bei Luftangriffen oder sonstigen Kriegshandlungen ums Leben gekommen. Am 1. Mai 1949 galten, laut Kriegsopferverband, 116 313 Personen als Versorgungsberechtigte des Zweiten Weltkrieges. Dazu kam noch die Versorgung von Hinterbliebenen und Gleichgestellten wie Witwen, Waisen und Eltern nicht heimgekehrter Kriegsteilnehmer (Ernst, 1988).

Zwischen 1939 und 1945 standen etwa 110 Millionen Soldaten unter Waffen. Mehr als 60 Millionen Menschen starben bei Kampfhandlungen im Land-, Luft- und Seekrieg, als Opfer des Genozids, in Partisanenkämpfen, sowie durch Kriegsverbrechen und Vertreibung. Die größten Verluste verzeichneten die Sowjetunion mit mindestens 25, China mit 15, Deutschland mit 7, Polen mit 6 und Japan mit 2.5 Millionen Toten. Diese Zahlen werden als nicht absolut zuverlässig erachtet (Schreiber, 2002).

2.4 Bombenalarm und Luftangriffe

Die Bombardierung der österreichischen Städte führte zu zahlreichen Toten, Verletzten, Zerstörung und Verlusten. Rund 20 000 ÖsterreicherInnen und unzählige Fremde haben im Luftkrieg das Leben verloren. Schätzungen der Schäden belaufen sich auf die Zerstörung von 12 000 Gebäuden und 75 500 Wohnungen (Rauchensteiner, 1995).

Anfang 1940 ließen sich die ersten Einflüge von britischen Bombern mit Flugblättern festmachen (Etschmann, 2006). Schon am 6. April 1941 kam es in Weiz in der Steiermark zum ersten Angriff durch jugoslawische Maschinen, wobei das erste Luftkriegsopfer, ein 13-jähriges Mädchen, verzeichnet wurde (Beer & Karner, 1992). Erst am 13. August 1943 flogen die schweren Bomberverbände der amerikanischen Air Force einen Angriff gegen die Wiener Neustädter Flugzeugwerke (Etschmann, 2006). Von 4 000 Gebäuden der Stadt blieben nur 18 unbeschädigt, womit Wiener Neustadt als am stärksten zerstörte Stadt Österreichs galt (Portisch, 1985).

Zu den Städten, die ein häufiges Ziel von Luftangriffen waren, gehörten Innsbruck und Linz (Vocelka, 2002) und in Südösterreich Graz, Klagenfurt, Villach, Mur-Mürz-Furche mit Leoben, Bruck an der Mur, Kapfenberg und Knittelfeld (Beer & Karner, 1992). Verstärkt gab es auch Angriffe auf die wichtigsten Eisenbahnverbindungen. Andere Gebiete wiederum blieben fast verschont (Beer & Karner, 1992).

Im Herbst 1944 und März 1945 wurde Wien verstärkt von britischen und amerikanischen Fliegerverbänden angegriffen. Sehenswürdigkeiten wie die Staatsoper und das Burgtheater wurden zerbombt und das Parlament, die Universität, die Albertina und der Stephansdom getroffen. Der Großteil der Schäden betraf aber Wohnhäuser, wobei rund 41% des gesamten Wiener Hausbestandes Kriegsschäden erlitten hatte. Die Wiener Gemeindebezirke Wieden und Leopoldstadt wurden zu 63% zerstört. Das Kanalsystem war beschädigt, die Wasserversorgung in den meisten Bezirken außer Betrieb und die Straßen mit Schutt und Müll versperrt. Die öffentlichen Verkehrsflächen der Stadt wurden durch 4 620 Bombentrichter aufgerissen (Bihl, 2006).

In Graz wurde zwischen Mai und November 1944 an 69 Tagen 107 Mal Luftwarnung gegeben. Bei sechs Angriffen fielen dabei Bomben oder es wurde mit Bordwaffen geschossen. An Allerheiligen im Jahr 1944 waren in Graz die meisten Opfer zu gedenken. 220 Maschinen warfen rund 1 200 Bomben ab. 382 Menschen wurden getötet und 144 verletzt (Beer & Karner, 1992).

Die Menschen hatten mit der ständigen Bedrohung aus der Luft zu leben. Fliegeralarm, Aufsuchen von Luftschutzkellern, Arbeitsunterbrechung, Drahtfunkmeldungen, Flakbeschuss, Entwarnung, laufende Luftschutzübungen, strenge Verdunkelung bei Nacht und die Angst, wieder in den Keller zu müssen, gehörten zum Alltag. Bei Fliegeralarm hatte die Bevölkerung, ob in der Arbeit, in der eigenen Wohnung oder im Theater, die öffentlichen und privaten Luftschutzbunker im jeweiligen Gebiet aufzusuchen. Sogar auf Programmen oder Eintrittskarten kultureller Veranstaltungen waren entsprechende Hinweise vermerkt (Beer & Karner, 1992).

Die Abwehr der feindlichen Flieger beruhte vor allem auf den *Heimatflak-Batterien*.

Als *Flakhelfer* oder *Luftwaffenhelfer* wurden Mittelschüler, Angehörige älterer Jahrgänge, sogenannte *Flakwehrmänner*, Beschäftigte aus Betrieben und *Hilfswillige* (aus Kriegsgefangenen) eingesetzt (Beer & Karner, 1992). Die Fliegerabwehr verfügte zwar über Radargeräte, jedoch wurden, gerade von amerikanischen Vorausflugzeugen tausende Stanniolstreifen abgeworfen. Somit wurde der Luftabwehr vorgegaukelt, dass dies schon feindliche Flugzeuge wären (Portisch, 1985).

2.5 Kämpfe am Ende des Zweiten Weltkrieges

Die militärische Befreiung von außen durch die Armeen der Alliierten Mächte erfolgte vom 29. März 1945 bis zum 8. Mai 1945 (Rauchensteiner, 1998).

Am 29. März 1945 erreichten die ersten sowjetischen Soldaten österreichisches Gebiet. Zunächst war nur der Raum Rechnitz im Burgenland von den Kämpfen erfasst. Die sowjetische Armee trieb vor sich her, was von der Heeresgruppe Süd der Deutschen Armee noch übrig war. Danach folgten die Kämpfe um Wiener Neustadt, der Einbruch ins Raabtal und der Kampf um Wien (Rauchensteiner, 2005). Während im Osten die sogenannte Wiener Angriffsoperation der Roten Armee geschlagen wurde, lag der Westen Österreichs noch unter amerikanischem und britischem Bombenhagel.

Wien wurde am 13. April 1945 nach achttägiger Schlacht eingenommen (Rauchensteiner, 1995). 13% der Stadt waren nach den Kämpfen zerstört, wobei die Zerstörung, im Vergleich zu deutschen Städten, ein kleineres Ausmaß erreichte. 19 000 Tote und 47 000 gefangene Offiziere und Soldaten der deutschen Einheiten (Dornik, 2005) und bis zu 30 000 tote Soldaten auf Seiten der Roten Armee, war die traurige Bilanz dieser acht Tage (Sixl, 2010).

Bei den Kämpfen um Niederösterreich verloren rund 18 000 deutsche Soldaten, 11 500 sowjetische Soldaten und über 3 000 Personen aus der Zivilbevölkerung durch unmittelbare Kampfhandlungen ihr Leben (Mulley, 1998).

Im September 1944 wurde von den Nationalsozialisten begonnen, den Deutschen

Volkssturm aufzustellen, indem jeder Kreis beziehungsweise Bezirk, 500 Mann zur Verfügung stellen sollte. Zum Deutschen Volkssturm war jeder, der eine Waffe tragen konnte, zwischen 16 und 60 Jahren, aufgerufen das Land vor den alliierten Truppen zu verteidigen (Rauchensteiner, 1995).

2.6 Widerstand und Opposition in Österreich

In Österreich kann sowohl die organisierte als auch die unorganisierte Form des Widerstandes gegen den Nationalsozialismus ausgemacht werden. Zum organisierten sind Widerstand durch Sozialisten und Kommunisten, in Betrieben, Gefängnissen und Lagern, im bürgerlichen und christlichen Lager und durch überparteiliche und militärische Gruppen, wie die Gruppe 05, zu zählen. Der Widerstand der Kommunisten scheint zahlenmäßig der weitaus stärkste aller politischen Gruppen zu sein. Handlungen dieser Widerstandsgruppen umfassten beispielsweise die Unterstützung von Verfolgten und ihrer Angehörigen, die Verbreitung illegaler Druckwerke, Arbeitskonflikte, Streiks und die Zusammenarbeit mit den Alliierten Mächten (Neugebauer, 1988).

Eine andere Form war der nichtorganisierte Widerstand, durch einzelne, passive Resistenz, soziales Protestverhalten, wie zum Beispiel das Abhören von ausländischen Sendern, eine antinationalsozialistische Haltung und antinationalsozialistische Äußerungen, Sabotage oder Hilfeleistungen für Verfolgte. Der Anteil der Verfahren aufgrund des *Heimtückegesetzes*, das beispielsweise das Verbreiten von Gerüchten und Witzen gegen die NS-Ideologie, Beleidigungen von NS-Funktionären, das Singen von verbotenen Liedern, Verweigerung von Spenden oder des Deutschen Grußes verbot, beliefen sich auf 10 000 Verfahren (Neugebauer, 1988).

Die zahlenmäßige Erfassung des Widerstandes stellt ein schwieriges Unterfangen dar und ist nur indirekt über die Zahl der Verhaftungen und Verurteilungen annäherbar. Etwa 2 700 österreichische Widerstandskämpfer wurden zum Tode verurteilt, rund 16 000 nicht-jüdische Österreicher kamen in Konzentrationslagern, über 10 000 in Gestapogefängnissen und über 6 000 in Gefängnissen in den durch die Nationalsozialisten besetzten Ländern ums Leben (Vocelka, 2002).

2.7 Das Kriegsende

Die sowjetischen Truppen erreichten als erste der alliierten Mächte österreichisches Gebiet und steuerten als vorrangiges Ziel Wien an. Erst ein Monat nach der Roten Armee erreichten amerikanische, französische und britische Verbände, sowie Titos Partisanenarmee Österreich. In Österreich befanden sich zu dieser Zeit rund eine Million deutsche und verbündete Soldaten und mehr als eine halbe Million Flüchtlinge und Heimatlose. Neben den Massen an kapitulierenden Truppen und Flüchtlingen, hielten sich rund eine Million alliierte Soldaten im Land auf (Rauchensteiner, 1995).

Schon am 27. April 1945 bildete Karl Renner eine provisorische österreichische Regierung, welche am 1. Mai die österreichische Verfassung, von vor 1920, wieder in Kraft setzte (Studt, 2002). Am 30. April 1945 beging Hitler im Bunker der Reichskanzlei in Berlin Selbstmord. Acht Tage später unterzeichnete Generaloberst Alfred Jodl die deutsche Gesamtkapitulation (Studt, 2002).

2.8 Allgemeine Lebensumstände

2.8.1 Kriegsschäden und Wiederaufbau

Die Schäden des Zweiten Weltkrieges in Österreich waren gewaltig und der materielle Schaden wird auf 61 Milliarden Euro zur Preisbasis 2003 geschätzt. Etwa 10% aller Wohnungen, ein Drittel aller Eisenbahnstrecken, sechs Prozent aller Eisenbahnbrücken, sämtliche Donaubrücken und zahlreiche Bahnhöfe wurden zerstört (Sandgruber, 2005).

In einer Gesellschaft, in der die Männer dem Kriegsdienst verpflichtet waren, mussten die Frauen die Verantwortung für ihre Familien übernehmen, das Überleben sichern und überall dort im Einsatz sein, wo Männer fehlten. Die sogenannten *Bombenweiber* und *Trümmerfrauen* organisierten Hamsterfahrten, beteiligten sich am Plündern oder Schwarzmarkthandel (Turner, 1992). Auch alliierte Soldaten halfen beim Wiederaufbau und der Schuttbeseitigung (Ableitinger, 1998).

2.8.2 Lebensmittelknappheit

Die Lebensmittelknappheit führte vor allem in den Städten und in der Bundeshauptstadt Wien zum Hamstern, Plündern, zu einem florierenden Schwarzmarkt und einem Angewiesensein auf die Lebensmittelspenden der Alliierten. Schon in den letzten Kriegsmonaten war Wiens Lebensmittelversorgung zusammengebrochen (Sandgruber, 2005). Schlepperwesen, Schmuggel, Schleichhandel und Schwarzmarkt war der entstandene Gegenpol zu Mangelwirtschaft, staatlich reglementierter Aufbringung und Verteilung von Gütern, eingeschränktem Verkehr und Reisefreiheit (Bauer, 1998).

Die Rote Armee stellte beschlagnahmte Lebensmittel zur Verfügung, die sogenannte *Erste-Mai-Spende* oder *Stalinspende*, in der Bevölkerung auch als *Russen-Erbsen* bekannt (Dornik, 2005). Private und öffentliche Hilfsaktionen aus den USA, Kanada, England, Schweden, Dänemark, Irland, Portugal und der Schweiz und die Erste-Mai-Spende der sowjetischen Besatzungsmacht retteten viele Österreicher vor dem Verhungern (Sandgruber, 2005).

Um das Problem der Lebensmittelknappheit zu regeln, wurde ein Lebensmittelkartensystem eingeführt. Erst 1946/1947 liefen internationale Hilfslieferungen an und 1948 wurde das *European Recovery Program*, der sogenannte *Marshall-Plan*, durch die USA gestartet. Eine Besserung der Versorgung trat umgehend ein. 1952 wurden die letzten Lebensmittelkarten in Österreich verwendet (Dornik, 2005).

2.8.3 Schulbildung

Die Schulbildung in der Zeit des Nationalsozialismus war geprägt von der Ideologie des Regimes. Sie diente in erster Linie der politischen Macht- und Loyalitätssicherung. Die außerschulische Erziehung zwischen dem 10. und 18. Lebensjahr war den Machthabern ein wichtiges Anliegen und reichte über die Schul- und Bildungsinstitutionen hinaus. Die damalige Jugend durchlief von 10 bis 14 Jahren, getrennt für Mädchen und Jungen, das Deutsche Jungvolk (DJ) und Jungmädels (JM) und vom 14. bis 18. Lebensjahr die Hitlerjugend (HJ) beziehungsweise den Bund deutscher Mädchen

(BDM) (Dachs, 1988). In der Hitlerjugend betrieb man, getarnt hinter Veranstaltungen und Lagern, eine systematische paramilitärische Ausbildung künftiger Rekruten der Wehrmacht. Zu Kriegsende zog man diese 14- bis 18-jährigen Jugendlichen vorwiegend zur Verteidigung und zum Bau von Verteidigungsanlagen heran (Rauchensteiner, 1995).

Hauptziel der alliierten Mächte in der Bildungspolitik war die Ideologie des Nationalsozialismus auszumerzen. Ab Weihnachten 1944 setzte in vielen Teilen Österreichs der reguläre Schulbetrieb aus, da Soldaten, Flüchtlinge oder Ämter in den Schulen einquartiert wurden. Beim Einmarsch der Alliierten wurden Schulen beschlagnahmt und als Unterkünfte, Nachschubdepots oder Lazarette der Besatzungssoldaten verwendet. Für einen großen Teil der damaligen Jugend bedeutete dieses Vorgehen, das Fehlen von Lehrern und die Neugestaltung des Unterrichtsplanes den Verlust eines ganzen Schuljahres (Engelbrecht, 1981).

2.9 Besatzungszeit

Am 29. März 1945 betraten sowjetische Truppen an der burgenländischen Grenze österreichisches Territorium (Rauchensteiner, 1995), wo sie auf heftigen Widerstand der Deutschen Wehrmacht und ihrer Verbündeten trafen (Rauchensteiner, 2005). Einen Monat nach der sowjetischen Armee drangen amerikanische und französische Bodentruppen nach Vorarlberg, Tirol, Oberösterreich und Salzburg vor. Anfang Mai 1945 erreichten die Briten und Jugoslawen Kärnten (Rauchensteiner, 1998).

Österreich wurde anhand des Ersten Kontrollabkommens vom 4. Juli 1945 und des Zonenabkommens vom 9. Juli 1945 in vier Besatzungszonen aufgeteilt. Tirol und Vorarlberg wurde von den französischen Truppen besetzt, Kärnten, Steiermark und Osttirol zählte zur britischen Besatzungszone. Salzburg und Oberösterreich, ohne das Mühlviertel, wurde amerikanische Besatzungszone. Die sowjetische Zone machte das Burgenland, Niederösterreich und einen Teil von Oberösterreich, das Mühlviertel, aus. Die sowjetisch besetzten Teile der Steiermark wurden im Juli 1945 den Briten übergeben. Die Stadt Wien wurde zwischen den vier Siegermächten aufgeteilt, der erste

Bezirk zum internationalen Sektor erklärt und somit von allen vier Besatzern gemeinsam verwaltet. Daher prägte der Begriff *die Vier im Jeep*, der das gemeinsame Patrouillieren von je einem Soldaten der vier Alliierten Mächte beschrieb, diese Nachkriegssituation in Wien (Dornik, 2005).

Laut Beer (1998) befanden sich im Herbst 1945 etwa eine Dreitmillion alliierte Besatzungstruppen in Österreich, davon 50 000 Amerikaner, 65 000 Engländer, rund 40 000 Franzosen und nach Rauchensteiner (1972) 180 000 bis 200 000 sowjetische Soldaten. Ab Anfang 1946 ist von circa 150 000 sowjetischen Besatzungssoldaten auf österreichischem Gebiet auszugehen.

2.9.1 Amerikanische Besatzungsmacht

Die amerikanische Besatzungsmacht schrieb ihren Soldaten vor, die Bevölkerung streng und distanziert zu behandeln (Bauer, 1998), leistete aber auch großzügige Hilfe, wie Spenden von Nahrungsmitteln, Brennstoffen, Bekleidung und die Unterstützung von Suppenküchen und Schulausspeisungen (Beer, 1997). In den ersten Besatzungsmonaten führte die US-Besatzungsmacht eine strikte Politik der *Non Fraternization*. Dies bedeutete, dass Kontakte zwischen Besatzungssoldaten und der einheimischen österreichischen Bevölkerung nicht erwünscht waren (Bauer, 1998), was aber kaum zu verhindern war und auch kaum kontrolliert wurde.

Im Sommer 1945 wurde dieses Verbot gelockert und schließlich im Herbst 1945 aufgehoben. Auch Eheschließungen, die zunächst vom Sicherheitsstandpunkt her als „äußert gefährlich“ gegolten hatten, wurden später erlaubt (Bauer & Huber, 2007). Allein in Salzburg wurden bis 1955 rund 2 000 uneheliche Kinder von GI's gezählt (Beer, 1997). In der amerikanischen Besatzungszone boomte jede Form von professioneller aber auch illegaler Prostitution. Jede Frau die Kontakt zu amerikanischen Soldaten aufnahm, stand gesellschaftlich eher im Abseits. Neben Beziehungen zwischen einheimischen Frauen und amerikanischen Soldaten waren intensivere Kontakte der amerikanischen Besatzungssoldaten mit der österreichischen Bevölkerung selten. (Bauer, 1998).

Die amerikanischen Soldaten agierten in der Erinnerung der Bevölkerung oft aus einer Position der Überheblichkeit und zeigten selbstherrliche Gesten. Sie versuchten beispielsweise Dienstleistungen von Einheimischen zu erzwingen, führten auf eigene Faust Requirierungen durch, stahlen Kühe von Almen oder begaben sich mit Jeeps auf die Jagd und schossen Rehe (Bauer, 1998).

In der US-Zone wurden rund 9 000 bis 10 000 Beamte, Angestellte und Arbeiter auf amerikanischen Befehl hin aus dem öffentlichen Dienst entlassen. Insgesamt waren circa 22 000 Personen von der Entnazifizierungspolitik betroffen (Weeks, 2005). Ab September 1945 wurde die Entnazifizierung im Internierungslager Glasenbach durchgeführt (Petschnigg, 2005). Die zahlreichen Ausquartierungen durch die amerikanische Armee schufen neben den Entnazifizierungsmaßnahmen, Spannungen zwischen den Besetzten und Besatzern. Beispielsweise kam es im Mai 1945 in einer Pinzgauer Gemeinde zur Beschlagnahme von 19 der 21 Häuser. Vor allem der sorglose Umgang mit den besetzten Häusern, das Verbrennen von Möbeln beispielsweise, führte in der Bevölkerung zu großem Unmut (Bauer, 1998).

1946 war die Truppenstärke der US-Armee in Österreich mit 41 361 Soldaten und ein Jahr später mit 12 306 Soldaten beziffert. 1953 kam es nochmal zu Aufstockungen auf 17 000 amerikanische Soldaten auf österreichischem Gebiet. Vor allem in der ersten Nachkriegszeit zeigte die amerikanische Besatzungspolitik, insbesondere bei Entwaffnung, Versorgung und späterer Entlassung tausender ehemaliger Wehrmachtssoldaten den Charakter der Improvisation (Bauer, 1998). In den Besatzungsjahren hatte sich der Stil der Besatzungspolitik von totaler Kontrolle zur begrenzten Bevormundung gewandelt. Ende der vierziger Jahre und vor allem in den fünfziger Jahren hatte sich die Präsenz der amerikanischen Armee von der Ausnahmesituation zum Normalzustand verändert. Die Bevölkerung arrangierte sich mit den Besatzern und versuchte ihren Nutzen aus der Anwesenheit „der Amis“ zu ziehen (Bauer, 1998).

Um den GI's den Aufenthalt zu erleichtern, der als langweilig galt, wurde versucht, das amerikanische Leben, wie Bars, Tanzklubs, Shows und Unterhaltungsprogramme nach Europa zu transferieren (Bauer, 1998). Durch amerikanische Musik, Radio,

Filme, Zeitungen, Bücher, Freizeitverhalten oder Sport wurde die Bevölkerung mit dem *American way of life* konfrontiert (Beer, 1997). Die Präsenz der amerikanischen Soldaten führte zum Aufeinanderprallen von Gegensätzen, da sich ihr Lebensstil provokant von der Verzichtsmoral der Trümmerzeit abhob. Für die orientierungslose österreichische Jugend jedoch bestand der Mythos Amerika nicht nur in der Hoffnung auf Massenwohlstand, sondern versprach Unbeschwertheit, Ungezwungenheit, Unabhängigkeit, Freiheit, Zuversicht und Zukunftsglaube (Bauer, 1998).

2.9.2 Britische Besatzungsmacht

Die britische Besatzungsmacht wurde in Kärnten und der Steiermark sehr schnell als Befreier angesehen. Vor allem war die Bevölkerung größtenteils froh, dass die Briten der Roten Armee und den jugoslawischen Verbänden zuvor kamen beziehungsweise diese in den zunächst von sowjetischen und jugoslawischen Einheiten eingenommenen Gebieten ablösten (Beer, 2005).

Vor allem in den ersten Monaten der Besatzung führte die britische Besatzungsmacht eine umfassende Kontrolle des gesamten öffentlichen Lebens, sowohl in den Bereichen Bildung, Sicherheit, Justiz, Wirtschaft, Gesundheit, wie auch Kommunikation durch. Ein wesentliches Anliegen der Briten war die Entnazifizierung. Rund 7 500 Personen wurden unter der britischen Besatzungsmacht verhaftet. Das zentrale Internierungslager der Briten lag in Wolfsberg in Kärnten (Beer, 2005).

Die Grundhaltung gegenüber den Österreichern war von Anfang an wohlwollend und respektvoll und kann als *firm, fair and just* umschrieben werden. Die Soldaten zeigten sich an Österreich interessiert und offen österreich-freundlich (Beer, 1998).

1950 hatte die britische Armee nur noch 2 500 Mann in Österreich stationiert. Graz wurde somit die erste österreichische Landeshauptstadt, die vor dem Abschluss des Staatsvertrages frei von Kampftruppen war (Beer, 2005).

2.9.3 Französische Besatzungsmacht

Frankreich war im Vergleich zu den anderen Besatzern materiell und personell überfordert und konnte somit bei der Lebensmittelknappheit der österreichischen Bevölkerung nicht selber helfen, sondern bestenfalls fremde Hilfe organisieren. Frankreich musste weiters auf Kolonialtruppen und amerikanische Uniformen zurückgreifen.

Die Franzosen fielen durch besonders rigorose Beschlagnahmungen auf und galten in der Bevölkerung als *parfümierte Russen* (Angerer, 2005). Die französische Besatzungsmacht verfolgte die *Désolidarisation*, die die vollkommene Trennung von Österreich und Deutschland zum Ziel hatte (Eisterer, 1997).

Frankreich versuchte in Österreich eine Freundschaftspolitik zu führen, die nach langfristigen Beziehungen und dem Abstellen der Rivalitäten trachtete. Die französischen Soldaten unterlagen keinem Fraternisierungsverbot und Österreich galt als befreundetes Land. Das Verhältnis der Bevölkerung zu den Soldaten war entkrampfter als etwa in der US-Besatzungszone (Eisterer, 1997). Ein Augenmerk wurde auf gezielte Förderung lokaler Traditionen, der eigenen Identität und auf lange Sicht auf das Entwickeln eines österreichischen Nationalbewusstseins in der Bevölkerung gelegt (Angerer, 2005).

In Vorarlberg marschierten marokkanische Truppen unter dem Kommando der französischen Armee ein, welche von der Bevölkerung mit großer Angst erwartet wurden. Jedoch kam es beim Einmarsch in Vorarlberg kaum zu Übergriffen und es wurde keine höhere Anzahl von Vergewaltigungen verzeichnet (Eisterer, 1997).

2.9.4 Sowjetische Besatzungsmacht

Besonders herauszuheben ist die große Truppenstärke der sowjetischen Armee in Österreich. Rund 400 000 sowjetische Soldaten befreiten Österreich. Im Herbst 1945 wird die Anzahl sowjetischer Soldaten auf österreichischem Boden auf 180 000 bis 200 000 geschätzt. Gerade zu Kriegsende und in der ersten Nachkriegszeit waren

sowjetische Soldaten in Ostösterreich im öffentlichen Leben und durch deren Eindringen in die Privatsphäre omnipräsent (Stelzl-Marx, 2005).

In Österreich herrschte zu Kriegsende eine stark antisowjetische und antikommunistische Stimmung (Stelzl-Marx, 2005). Die jahrelange Propaganda der Nationalsozialisten hatte in den Köpfen der Menschen das Bild des „slawischen Untermenschen“ eingehämmert, der als „Hort des jüdischen Bolschewismus“ (Stelzl-Marx, 2009a) und als „Weltfeind Nummer Eins“ galt, dessen „Horden brennend und mordend über Europa herfallen“ würden. Die Propaganda ging soweit, dass die Bewohner der Sowjetunion mit Straßenkötern und Ratten verglichen wurden. Andererseits fürchtete man sich vor den „Armen Teufeln, die im Fehlen jeglicher Zivilisation, Kultur und Wohlstand aufgewachsen waren“ (Wette, 1994). Übergriffe durch sowjetische Besatzungssoldaten bestätigten den Österreichern dieses Bild und prägten sich tief ins kollektive Gedächtnis des Landes ein (Stelzl-Marx, 2005).

Oft zeichnete die Rote Armee ein ambivalentes Bild, da sie einerseits maßgeblich am Wiederaufbau in Österreich beteiligt war und andererseits die Bevölkerung unter Requirierungen, Diebstählen, willkürlichen Haus- und Hofbesetzungen, Verhaftungen, Morden und Vergewaltigungen durch die Rote Armee litt (Mulley, 2005). Es kam vor allem zu Beginn der Besatzungszeit durch Zwangseinquartierungen von Angehörigen der Roten Armee in Privathaushalten zu massiven Spannungen (Stelzl-Marx, 2005).

Die sowjetische Exploitationspolitik umfasste Diebstähle und Beschlagnahmungen von unter anderem Lebensmitteln, wie Getreide, Kartoffel, Vieh, Pferden, Futtermittel, Betriebseinrichtungen, sowie landwirtschaftlichen Maschinen und Traktoren, das Wegschaffen von Wohnungseinrichtungen und den Abtransport von ganzen Industriebetrieben (Rathkolb, 1997). Die begehrtesten Güter stellten für die Rotarmisten Lebensmittel und Alkohol dar (Hafner, 2005). Jedoch muss erwähnt werden, dass die Partizipation der Österreicher selbst (Rathkolb, 1997) und Plünderungen durch deutsche Truppenteile vielerorts berichtet wurden (Mulley, 1998). Es kam auch zu willkürlichen Morden, wobei im Mühlviertel von Mai bis Dezember 1945 155 getötete Personen verzeichnet wurden (Hafner, 2005).

Diese Übergriffe, die die Erinnerung der ÖsterreicherInnen noch heute prägt, fanden vor allem direkt zu Kriegsende und in den ersten beiden Jahren der Besatzung statt (Stelzl-Marx, 2005). Der sinnlosen Verwüstung und dem Entgleiten der Truppen bei gewaltsamen Übergriffen an der Zivilbevölkerung wurde bald Einhalt geboten (Stelzl-Marx, 2009b). Vom sowjetischen Oberkommando wurden entschlossene Maßnahmen zur Unterbindung von Übergriffen gegenüber der Zivilbevölkerung ergriffen (Vartanov, 2005). Österreich galt als befreites Land und unmittelbare Racheakte gegen die Bevölkerung waren prinzipiell verboten und wurden mitunter streng geahndet, was aber erst 1946 eine merkbare Veränderung des Verhaltens sowjetischer Soldaten gegenüber der Zivilbevölkerung hervorrief (Stelzl-Marx, 2005).

Ganz im Gegensatz zu Vergewaltigungen und sexuellen Übergriffen durch sowjetische Besatzungssoldaten werden diese meist als besonders kinderliebend beschrieben. Weiters kommt in Zeitzeugenberichten oft das Thema Kunstbegeisterung vor, da viele Rotarmisten den Aufenthalt in Österreich für kulturelle Aktivitäten nutzten (Dornik, 2005).

2.10 Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe

Zu Kriegsende waren die Angst und das Bangen der ÖsterreicherInnen vor dem Einmarsch der Roten Armee allgegenwärtig. Verstärkt durch Gerüchte und Propaganda fürchteten vor allem die Frauen die Rache der sowjetischen Armee.

Vor allem sowjetische Soldaten sahen die österreichischen Frauen als Beute ihrer Siege und Vergewaltigungen gehörten bis 1946 zum Besatzungsalltag. Die Zahlen der durch die Besatzungssoldaten begangenen Vergewaltigungen liegen jedoch im Dunkeln, wobei im Jahr 1945 in sowjetisch besetzten Bezirken ein signifikanter Anstieg von Geschlechtskrankheiten verzeichnet wurde (Stelzl-Marx, 2005). Die weibliche Bevölkerung jeglichen Alters wurde Opfer dieser Übergriffe (Mulley, 2005). Bischof (1999) schätzt die Vergewaltigungen in Wien anhand von zeitgenössischen Quellen auf 70 000 bis 100 000. Bezüglich Wien und Niederösterreich geht Marianne Baumgartner (1995) von rund 240 000 Übergriffen aus. Gewisse Rückschlüsse

erlauben zudem venerische Krankheiten. Niederösterreich meldete für 1945 insgesamt 47 000 Neuzugänge an Gonorrhö, von 70 000 Fällen in ganz Österreich. Tatsächlich dürfte die Vergewaltigungsrate bei sechs bis sieben Prozent der weiblichen Bevölkerung gelegen sein (Baumgartner, 1995).

Die letztlich unbestimmbare Zahl an Vergewaltigungen ist vor allem auf die schlechte medizinische Infrastruktur, das Schamgefühl der Opfer und die folglich fehlenden Anzeigen zurückzuführen. In der Bevölkerung fehlte damals jede Solidarität für die Opfer, wobei das Leiden durch Sensationsgier und die verbreitete Meinung, die Opfer wären selber an den Übergriffen schuld, verstärkt wurde (Stelzl-Marx, 2005).

Von offizieller Seite der Roten Armee wurden Übergriffe und Exzesse durch die Soldaten nicht geduldet und unmittelbare Racheakte gegen die Bevölkerung galten als verboten. Jedoch waren die sowjetischen Soldaten seit 1941 auf die Rache gegen die „deutschen Faschisten“ eingeschworen worden. Außerdem hatten sie oft selbst Vergewaltigung, Verschleppung oder Kriegsverbrechen durch deutsche Einheiten in der Sowjetunion miterlebt. Zu Kriegsende wurden Schulungen und Befehle erlassen, um diesen Hass und die Vergeltungsgefühle der Besatzungssoldaten einzudämmen (Stelzl-Marx, 2005).

Sogenannte *Davongekommen-Geschichten* sind bezeichnend für diese Zeit, in welchen die Frauen durch Stärke, Mut und List den übermächtigen Soldaten entwischten. Erzählungen dazu können zum Beispiel das Verkleiden als alte, hässliche Frau oder den Schwindel an einer Infektionskrankheit oder ansteckenden Ausschlägen, die sogenannte *Powidlkrankheit*, zu leiden, beinhalten (Stelzl-Marx, 2005).

Zu erwähnen ist auch die *Überlebensprostitution* von Österreicherinnen im Nachkriegsösterreich. Der Mangel an Lebensmitteln und dem Nötigsten war in den Nachkriegsjahren bezeichnend. Daher war eine Beziehung mit Besatzungssoldaten oftmals eine zusätzliche Quelle von Ressourcen. Die sowjetischen Besatzungssoldaten verfügten zwar nicht, wie amerikanische Soldaten, über Luxusgüter und Mangelware, konnten aber Papiere, Passierscheine oder Reisebewilligungen, Zigaretten, Tabak oder

Schnaps auftreiben. Ein weiterer Grund für Liebesbeziehungen zwischen Österreicherinnen und sowjetischen Besatzungssoldaten war vielfach auch, dass der Soldat als Beschützer vor anderen Soldaten fungierte (Stelzl-Marx, 2005).

In dieser Zeit machte sich der Terminus *Russenkinder* breit, der die Diskriminierung und Stigmatisierung der aus Vergewaltigungen oder auch aus Liebesbeziehungen einer Österreicherin und eines sowjetischen Besatzungssoldaten hervorgegangenen Kinder, symbolisiert. Bis in die Sechziger Jahre wurde diese Bezeichnung als weitverbreitetes Schimpfwort benutzt. Bis heute wird dieses Thema vielfach tabuisiert und die betroffenen Frauen schweigen zum Teil immer noch über ihre Beziehung mit Besatzungssoldaten. Viele der betroffenen Kinder sind auf der Suche nach ihrem leiblichen Vater, stoßen aber auf eine Mauer des Schweigens (Stelzl-Marx, 2005).

Sowjetische Soldaten sind aufgrund dieser Übergriffe noch heute überproportional negativ behaftet und positive Aspekte, Wiederaufbauhilfen oder Lebensmittelspenden werden durch die negativen Erinnerungen überlagert (Dornik, 2005).

2.11 Verhaftete und verurteilte ÖsterreicherInnen

Während der Besatzungszeit wurden mehr als 2 200 österreichische Zivilisten verhaftet, wobei hier eine Dunkelziffer, insbesondere von im Jahr 1945 Verschleppten, über deren weiteres Schicksal nichts bekannt ist, vorliegt. Mehr als 1 000 Personen wurden wegen Kriegs-, Staats- und Alltagsverbrechen verurteilt und verbüßten langjährige Haftstrafen, die häufigsten 10, 15, oder 25 Jahre in der UdSSR. Die letzten dieser Verurteilten kehrten erst 1955 nach Österreich zurück. 10 österreichische Frauen und 94 Männer wurden zwischen 1950 und 1953 in der UdSSR hingerichtet. Sie galten Jahrzehnte lang als vermisst oder verstorben und ihr Schicksal lag im Dunkeln (Karner & Stelzl-Marx, 2009).

Gründe für die Verhaftungen waren vielfältig, wie beispielsweise vorwiegend Spionage, unerlaubter Waffenbesitz, Auseinandersetzungen mit Soldaten der Roten Armee, kriminelle Handlungen und auch die Ahndung von NS-Kriegsverbrechen gegenüber

sowjetischen Bürgern. Erst Anfang der 1990er Jahre wurden die sowjetischen Archive teilweise geöffnet und die Einsicht in Personalakte verurteilter österreichischer Zivilisten und Kriegsgefangener ermöglicht (Knoll & Stelzl-Marx, 2005).

Da sowohl die österreichischen Behörden, wie auch Angehörige der Verurteilten oft keinerlei beziehungsweise sehr wenig Information über das Schicksal der Gefangenen bekamen, mutete die Gefangennahme für die Bevölkerung als willkürliche Menschenräuberei an und blieb jahrelang im kollektiven Gedächtnis der Österreicher verankert (Knoll & Stelzl-Marx, 2005).

2.12 Kriegsgefangenschaft

Rund 600 000 ÖsterreicherInnen gerieten als Soldaten und Angehörige der deutschen Streitkräfte in alliierte Kriegsgefangenschaft, wobei ungefähr zwei Drittel der ÖsterreicherInnen im Westen und ein Drittel im Osten festgehalten wurde (Knoll, 2005a). Die Aufteilung der Kriegsgefangenen auf verschiedene Staaten kann aus Tabelle 1 abgelesen werden.

Tabelle 1: *Österreichische Kriegsgefangene* (aus Knoll 2005a, S.133)

USA	139 343
Großbritannien, Commonwealth	133 155
Frankreich	57 995
Belgien	1 500
Gesamt „Westen“	331 993
Sowjetunion	142 815
Jugoslawien	15 856
Gesamt „Osten“	158 671

Schon wenige Wochen und Monate nach Kriegsende wurden 100 000 von ihnen wieder nach Hause gelassen. Die Rückführung der Kriegsgefangenen aus dem Westen

war 1946/1947 so gut wie abgeschlossen. Kriegsgefangene aus der Sowjetunion kehrten mehrheitlich 1947/1948 zurück, wobei der letzte offizielle Heimkehrertransport erst am 23. Dezember 1956 in Österreich eintraf (Knoll, 2005a).

2.12.1 Amerikanische Kriegsgefangenschaft

Die US-Behörden ließen anfangs vor allem Kriegsgefangene, die dringend benötigten Berufsgruppen, wie Beschäftigte in der Landwirtschaft, Verkehrswesen oder Bergbau angehörten, zurück nach Österreich. Weiters wurde von den USA die politische Belastung als Kriterium für eine Entlassung herangezogen. Angehörige der Waffen-SS, des Abwehrdienstes und Kriegsverbrecher wurden zunächst zurückbehalten (Knoll, 2005a).

2.12.2 Britische Kriegsgefangenschaft

Im November 1945 lag die Anzahl österreichischer Kriegsgefangener in Gewahrsam der Briten bei rund 59 000 Personen. Britische Kriegsgefangene wurden vor allem in Deutschland, Norwegen, Großbritannien, Österreich und auch außerhalb von Europa, wie Kanada, mittlerer Osten, Ägypten und Australien festgehalten (Knoll, 2005a). Den Briten war es vor allem wichtig, die Kriegsgefangenen nach Gefährlichkeit bezüglich ihrer nationalsozialistischen Belastung zu charakterisieren und diese ergab die Einstufung in Blacks - Belastete, Greys - Minderbelastete und Whites - Nichtbelastete. Schon bis Herbst 1946 war die Mehrheit der österreichischen Kriegsgefangenen aus Großbritannien repatriiert worden und Ende 1947 kehrten die letzten nach Österreich zurück (Weber, 2005).

2.12.3 Französische Kriegsgefangenschaft

Die letzten Kriegsgefangenen aus französischer Kriegsgefangenschaft kehrten im Oktober 1947 nach Österreich zurück, wobei auch Frankreich die Repatriierung in Abhängigkeit der politischen Belastung vollzog. Österreichische Angehörige der SA, SS, Waffen-SS, SD, Gestapo und NS-Funktionäre wurden an die österreichische Justiz

ausgeliefert (Knoll, 2005a).

2.12.4 Sowjetische Kriegsgefangenschaft

Weit über 130 000 ÖsterreicherInnen wurden in sowjetischer Kriegsgefangenschaft (Knoll, 2005b), im sogenannten *Archipel GUPVI*, der Hauptverwaltung für Angelegenheiten von Kriegsgefangenen und Internierten, registriert. Es handelte sich um ein riesiges Lagersystem, das dem Zweck diente, Kriegsgefangene zu organisieren und ihre Arbeitskraft der sowjetischen Wirtschaft zugänglich zu machen. Diese Lager breiteten sich über die gesamte Sowjetunion aus und umfassten rund 5 000 Teillager, Spitäler und Arbeitsbataillone. Insgesamt wurden Daten und Dokumente von vier Millionen Kriegsgefangenen und Internierten aufbewahrt (Karner, 1995). Sowjetische Lager kennzeichneten sich insbesondere durch die klimatische Extremsituation und entsetzliche Arbeitsbedingungen (Karner, 1999).

Millionen Menschen wurden zum größten Teil unter eklatanten Menschenrechtsverletzungen festgehalten. Tausende Menschen verhungerten, erfroren, starben an Seuchen oder Schwäche, kamen auf der Flucht um oder wurden erschossen. In den Lagern standen Hunger, Krankheit und Tod an der Tagesordnung. Die Kriegsgefangenen starben an Dystrophie, TBC, Wassersucht, Ruhr oder Typhus (Karner, 1995).

2.12.5 Kriegsgefangene in Belgien und Jugoslawien

Die an Belgien übergebenen ÖsterreicherInnen mussten meist unter äußerst schlechten Bedingungen ihre Arbeit verrichten. Sie wurden vor allem in Bergwerken und zur Minenräumung eingesetzt. Die Repatriierung konnte im Mai 1947 abgeschlossen werden (Knoll, 2005a).

In Jugoslawien wurden die geschlagenen Soldaten der Deutschen Wehrmacht der Bevölkerung auf *Sühnemärschen* oder auch *Hunger- und Todesmärsche* genannt, vorgeführt. Diese Märsche sollten den Fall des Deutschen Reiches demonstrieren. Auf diesen Sühnemärschen wurden die Gefangenen tagelang nicht gepflegt, sie wurden

misshandelt und mussten unter menschenverachtenden Bedingungen kilometerweit durchs Land marschieren. Wer bei diesen Märschen aus Hunger, Schwäche und Anstrengung nicht mehr mithalten konnte, wurde gnadenlos erschossen und am Wegrand liegen gelassen. Die Toten wurden nicht registriert. Die Zivilbevölkerung reagierte auf die deutschen Kriegsgefangenen sehr unterschiedlich, da die Reaktionen von unbändigem Hass bis zur aufopfernden Hilfsbereitschaft reichten (Kaltenegger, 2001).

Nach diesen Märschen erreichten die Gefangenen die Lager, wo sie in den Baracken wie Tiere zusammengepfercht untergebracht wurden. In der sogenannten Knochenmühle von Werschetz starb von einer Gruppe 3 000 deutscher und österreichischer Offiziere in den ersten sieben Monaten der Gefangenschaft jeder dritte. Todesursache war vor allem Dysenterie, die Ruhr. Die Kriegsgefangenen von damals gelten als Opfer der Vergeltung (Kaltenegger, 2001).

2.13 Vertriebene, Heimatlose und Verschleppte (Displaced Persons)

In Österreich befanden sich zu Kriegsende rund eine Million *Displaced Persons* (DP's), unter anderem ZwangsarbeiterInnen, Kriegsgefangene, ehemalige KZ-Häftlinge, Flüchtlinge und sogenannte *Volksdeutsche*. Für viele dieser Personen bot sich nach dem Krieg die Möglichkeit, wieder in ihre Heimat zurückzukehren, andere sahen diese nie wieder. Bis 1955 wurden insgesamt 200 000 Volksdeutsche in Österreich eingebürgert (Karner & Ruggenthaler, 2005).

Eine Erhebung durch die Alliierten am 8. November 1945 in Österreich zählte rund eine halbe Million Menschen, bei denen es sich weder um ÖsterreicherInnen, noch um Besatzungssoldaten handelte. Darunter waren 170 000 Donauschwaben, 151 000 Sudetendeutsche, 15 000 Ungarndeutsche und 20 000 Siebenbürger Sachsen und Banater Schwaben (Ableitinger, 1998). Die überwiegende Mehrheit der Volksdeutschen galt als staatenlos und war in Barackenlagern untergebracht (Wassertheurer, 2005). Das eingerichtete Sammellager in Melk war für 5 000 Menschen bestimmt, wobei an manchen Tagen 13 000 Heimatvertriebene eintrafen (Ableitinger, 1998). Bis 1950 waren 177 000 Volksdeutsche in Österreich noch nicht eingebürgert, wobei von ihnen rund

34 000 in Lagern lebten (Wassertheurer, 2005).

Die deutschen Volksgruppen in Jugoslawien ereilte nach 1945 ein anderes Schicksal, da nach Schätzungen ein Fünftel von ihnen Massenmorden zum Opfer fiel. In Werschetz, einer Stadt nahe der rumänischen Grenze, wurden 10 000 von den 15 000 zum Großteil Volksdeutschen verschleppt und umgebracht (Kaltenegger, 2001).

2.14 Der Staatsvertrag und das Ende der Besatzung in Österreich

Am 15. Mai 1955 wurde im Oberen Belvedere der Österreichische Staatsvertrag unterzeichnet, welcher am 27. Juli 1955 in Kraft trat. Leopold Figl verkündete die berühmten Worte „Österreich ist frei“ (Fritz, 2005). Im Staatsvertrag war verankert, dass die Besatzungsmächte 90 Tage nach in Kraft treten des Vertrages abziehen (Schmidl, 2005).

Am 28. oder 29. Oktober verließ der letzte ausländische Soldat, ein britischer Offizier, Österreich. Für die Bevölkerung war der Abzug der Truppen eine Bestätigung der Freiheit des Landes (Schmidl, 2005).

3 Psychotraumatologie (verfasst von Bettina Schiller)

Dieser Abschnitt wurde von Bettina Schiller verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

Da sich die vorliegende Arbeit mit Traumatisierungen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit befasst sollte vorerst geklärt werden, was unter dem Begriff Trauma zu verstehen ist, und welche Auswirkungen dieses auf die psychische Gesundheit haben kann.

3.1 Das Trauma

Anna Freud (1980) zeigte ein großes Engagement für Kinder aus den Kriegskinderheimen Hampstead Nurseries. In ihren Schriften über diese Zeit, scheint vor allem der Fall Bobby als ein gutes Einführungsbeispiel in die vorliegende Thematik.

Bobby geht es leider nicht gut. ... Außerdem hat er furchtbare Alpträume, bei denen er fast verrückt wird, schreit immer los, wenn jemand an die Tür klopft oder wenn es irgendwo bumst. Kürzlich war er draußen, als die Arbeiter ein paar Trümmer auf den Haufen schütteten, und ich dachte, er bekommt einen Anfall, so große Angst hatte er. Die Ärztin von der Fürsorge meint, daß er sich wahrscheinlich irgendwie an den Angriff [Bombenangriff] erinnert, weil es dasselbe Haus ist und unsere neue Wohnung genauso aussieht wie die alte unter dem Dach. (S. 744)

Der Begriff Psychotrauma verbirgt ein kurz oder länger andauerndes Ereignis, welches sich dem Betroffenen unerwartet präsentiert und eine seelische Wunde hinterlassen kann. Das plötzliche Auftreten des traumatischen Ereignisses lässt einem kaum Möglichkeiten offen, sich diesem Geschehen rechtzeitig, mittels Adaptionfähigkeiten (coping abilities), anzupassen. Folglich führt dies zu einer schwerwiegenden Belastung, bei der auch das Selbst- und Weltbild des Betroffenen in Mitleidenschaft

gezogen wird (Friedmann, 2004, S. 12).

Kahn (1963) definierte den Begriff des kumulativen Traumas. Charakteristisch für dieses Trauma ist, dass auch die Summe einzelner nichttraumatischer Erfahrungen, die sich wechselseitig verstärken, zur Ausbildung einer Traumatisierung führen können. Anders als Kahn sprach Keilson (1979) von einer sequentiellen Traumatisierung. Zur Veranschaulichung der einzelnen Phasen einer Traumatisierung zog er die Erlebnisse verfolgter jüdischer Kriegswaisenkinder aus den Niederlanden heran. Da sich die vorliegende Arbeit im Besonderen ehemaligen Kriegskindern widmet, wird die sequentielle Traumatisierung für eine detailreichere Beschreibung im Kapitel 6.2. aufgegriffen.

In Hinblick auf die Dauer bzw. die Häufigkeit des Konfrontiertseins mit einem traumatischen Erlebnis, kann eine Typisierung des Traumas (Typ I und Typ II) nach Terr (1991) vorgenommen werden. Für die Einteilung der zwei Traumtypen zog sie ursprünglich Kindheitstraumatisierungen heran.

Der Trauma Typ I steht für Traumareaktionen, die durch ein unerwartetes Ereignis auftreten können. Dabei kann es sich um eine Vergewaltigung, einen Unfall, eine Naturkatastrophe oder im Speziellen um einen Bombenangriff handeln, wie es das zu Beginn angeführte Zitat von Freud (1980) illustriert. Diese Ereignisse verankern sich im Gedächtnis des Betroffenen und können eine PTSD zur Folge haben. Der Trauma Typ I kann zu einem Trauma Typ II überführen, wenn der Betroffene mehrfachen, sich wiederholenden oder beständigen traumatischen Ereignissen ausgesetzt ist. Aufgrund der immer wiederkehrenden traumatischen Situationen kommt es zu Anpassungsprozessen (dissoziative Prozesse), welche die Situation erträglicher machen und eine Distanzierung schaffen. Von Menschenhand verursachte Traumen, welche über einen längeren Zeitraum andauern und demnach dem Trauma Typ II zuzuordnen sind, führen laut Maercker (2009), im Vergleich zu anderen Formen, bei den Betroffenen zu stärkeren psychischen Beeinträchtigungen, welche sich sogar in Folge chronifizieren können.

3.1.1 Traumatisierung – „man-made disaster“ und „nature-made disaster“

Um aufgrund der Vielfalt traumatischer Ereignisse einen Überblick bewahren zu können, unternahm Friedmann (2004) eine grobe Einteilung dieser, welche sich bezüglich ihrer Verursachung unterscheiden. Dabei gibt es jene, dessen Existenz von Menschenhand (man-made disaster) verursacht wurden und andere die aufgrund von Katastrophen oder Unfällen (nature-made disaster) entstehen.

Bei Traumatisierungen, die aufgrund menschlichen Handelns verursacht wurden ist zu berücksichtigen, in welcher Beziehung der Betroffene zu den verantwortlichen Tätern stand, die Traumaintensität und wie sehr das zuvor bestandene Basisvertrauen zerstört wurde. Neben der physischen Gewalt und sexueller Übergriffe innerhalb der Familie, können noch zivile Gewalt, Geiselnahmen, Verlust der Rechtssicherheit, Folter, Krieg und Massenvernichtungen als Beispiele genannt werden.

Bei Katastrophen oder Unfällen wird dem Ausmaß der Unerwartbarkeit große Bedeutung beigemessen. Naturkatastrophen, technische Katastrophen wie Dammbrüche, Arbeits- und Verkehrsunfälle können sich bei den Betroffenen dramatisch auswirken. Aber auch die Konfrontation mit dem Berufsalltag, wie etwa bei Feuerwehrmännern, kann die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen.

3.1.2 Differenzierung der Traumaopfer

Neben einer Unterteilung von Traumata in man-made und nature-made disaster, können laut Friedmann (2004) auch Typen von Traumaopfer unterschieden werden. Diese werden als Primär-, Sekundär- und Tertiäropfer bezeichnet. Von einem Primäropfer spricht man, wenn der Betroffene das traumatische Ereignis unmittelbar erfährt (z.B. Opfer von Gewalt). Ein Sekundäropfer ist jene Person, welche direkt mit dem traumatischen Geschehen des Primäropfers in Berührung kommt (z.B. Augenzeuge, Einsatzkraft). Das Tertiäropfer ist im Vergleich zu den anderen beiden Opfergruppen mit keinem traumatischen Ereignis direkt konfrontiert, sondern dessen Freunde oder Familie.

3.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder)

Dieser Abschnitt befasst sich eingehend mit der Posttraumatischen Belastungsstörung, welche sich als mögliche Folge eines traumatischen Ereignisses entwickeln kann. Nicht alle Menschen, die solch einer Belastung ausgesetzt waren, entwickeln eine Störung, wofür die individuelle Vulnerabilität und vorhandene Coping-Strategien verantwortlich gemacht werden können (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010).

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist laut ICD-10 „[...] eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling et al., 2010, S. 183). Sie weist ein charakteristisches Muster auf, welches sich aus Intrusionssymptomen (Kriterium B), Vermeidungssymptomen (Kriterium C), emotionalen Betäubungssymptomen und physiologischen Übererregungssymptomen (Kriterium D) zusammensetzt (Maercker, 2002).

Die PTSD wird nach DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001) diagnostiziert, wenn ein traumatisches Ereignis erfahren wurde, wobei entweder die eigene körperliche Unversehrtheit bedroht war, oder miterlebt wurde wie diese eines anderen bedroht wurde (Kriterium A1). Das Ereignis muss bei dem Betroffenen eine intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen zur Folge haben (Kriterium A2). Die PTSD weist ein Symptommuster auf, welches durch Intrusionen (Kriterium B), Vermeidung (Kriterium C), und physiologischer Übererregung (Kriterium D) charakterisiert ist. Des Weiteren müssen für die Diagnose, die Symptome länger als ein Monat bestehen (Kriterium E) und ein bedeutsames Leiden beziehungsweise Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld bestehen (Kriterium F).

Im ICD-10 wird angegeben, dass die Störung ausschließlich dann diagnostiziert werden kann, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis

eintritt. Es kann jedoch auch eine wahrscheinliche Diagnose gestellt werden, wenn die Störung erst nach sechs Monaten beginnt. Voraussetzung ist jedoch, dass sich die klinischen Merkmale als typisch erweisen und keine anderen Störungen, wie Angst- oder Zwangsstörungen vorliegen (Dilling et al., 2010).

Das DSM-IV unterscheidet weiters zwischen einem akuten oder chronischen Verlauf einer PTSD. Als akut wird eine PTSD dann gesehen, wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern und als chronisch, wenn diese die Dauer von drei Monaten überschreiten. Wenn die Symptome mindestens sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis auftreten, dabei kann es sich sogar um Jahre handeln, spricht man von einem verzögerten Beginn (Saß et al., 2001). Symptome, die sich aufgrund jahrelangem Bestehen chronifizieren, können folglich zu einer dauernden Persönlichkeitsänderung führen (Dilling et al., 2010).

Kritisch anzumerken ist, dass in beiden Klassifikationssystemen die Diagnose einer komplexen PTSD (DESNOS), welche sich durch Folter und/ oder Misshandlung entwickelt, fehlt. Weiters ist noch die Differenzierung zwischen man-made und nature-made disasters und die Definition einer partiellen PTSD ausständig (Lueger-Schuster, 2004).

3.2.1 Vollbild und partielle PTSD

Von einem Vollbild einer PTSD wird dann gesprochen, wenn die dafür vorgegebenen Diagnosekriterien nach DSM-IV erfüllt sind. Dabei müssen mindestens ein Symptom aus dem B-Kriterium, mindestens drei aus dem C-Kriterium und mindestens zwei aus dem D-Kriterium erfüllt sein. Um eine partielle PTSD diagnostizieren zu können, müssen zwei der B bis D-Symptomkriterien vorliegen (Teegen & Meister, 2000).

3.2.2 Das kognitive Modell der PTSD

Zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsstörung lassen sich verschiedenste Erklärungsansätze finden, wobei im Folgenden auf das kognitive Modell der PTSD von Ehlers & Clark (2000) näher eingegangen wird.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist Folge eines Ereignisses, welches sich in der Vergangenheit zugetragen hat. Somit gehört die drohende Gefahr ebenfalls der Vergangenheit an. Personen, die ein traumatisches Ereignis erlebten und infolgedessen eine PTSD entwickelten, haben dieses dahingehend verarbeitet, dass sie sich trotz Beendigung des Ereignisses noch gegenwärtig bedroht fühlen. So können beispielsweise auch Kriegsereignisse, welche 60 Jahre und länger zurückliegen, zu solch einem Empfinden führen. Dieses Phänomen lässt sich anhand zweier Schlüsselprozesse erklären. Einerseits sind dafür die individuellen Unterschiede der Beurteilung des Traumas und dessen Folgeerscheinungen verantwortlich, andererseits die individuellen Unterschiede der Erinnerungen an das traumatische Ereignis und die Verknüpfungen zu anderen autobiografischen Erinnerungen. Das Empfinden einer gegenwärtigen Bedrohung löst bei dem Betroffenen unter anderem Intrusionen und Angst aus. Im Gegensatz zu Personen, die sich nach traumatischen Ereignissen wieder gut erholen, sind jene mit einer PTSD nicht in der Lage das traumatische Ereignis als zeitlich begrenzt zu betrachten. Die gegenwärtig wahrgenommene Bedrohung kann sich auf eine externe („die Welt ist gefährlich“) oder eine interne („ich bin unfähig“) Gefahr beziehen.

3.2.3 Komorbide Störungen

Neben den Symptomen einer PTSD kann eine Vielzahl von Komorbiditäten, wie etwa Angststörungen, Depression, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Sucht, und Somatisierungsstörungen einhergehen (vgl. Friedmann, 2004; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Spitzer et al., 2008). Die komorbiden Störungen haben zur Funktion das Psychotrauma so gut als möglich verarbeiten zu können. Dabei sind diese durch defensive Abwehrstrategien (z.B. Dissoziation, welche eine verstärkende Wirkung auf das Abwehren der Erinnerungen an das Trauma verübt) und

Funktionsdefizite (z.B. Impulsdurchbrüche oder posttraumatische Konversion) charakterisiert (Ermann, 2007). Sie können bereits bei einzelnen PTSD-Symptomen bzw. bei einer partiellen PTSD eine bedeutsame Rolle spielen, wie es beispielsweise die Studie von Marshall et al. (2001) aufzeigt. Dabei wurde ersichtlich, dass ein Anstieg der PTSD-Symptomatik mit einer immer stärker werdenden symptomatischen Belastung einhergeht. Das Vollbild einer PTSD wies im Durchschnitt drei weitere Diagnosen auf, was sich auch mit anderen Studienergebnissen deckt. Weiters zeigte sich, dass insbesondere die männliche Bevölkerung davon betroffen war (vgl. Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Kessler et al., 1995).

Zu beachten ist jedoch, dass die Posttraumatische Belastungssymptomatik und Symptome anderer Störungen, im besonderen Depressionen und Angststörungen, zu einem hohen Maße ineinander greifen und dies folglich zu einer erhöhten Komorbiditätsrate beitragen kann (Creamer et al., 2001; Deering, Glover, Ready, Eddleman & Alarcon, 1996; Kessler et al., 1995).

Weiters können komorbide Störungen zu einer Verschleierung der PTSD-Symptomatik führen und folglich eine Chronifizierung mit zunehmender Therapieresistenz nach sich ziehen (Friedmann, 2004). Ermann (2007) spricht in diesem Fall von pseudoneurotisch posttraumatischen Störungen, welche ausschließlich durch neurotische Störungen wie Depressionen, Angst-, Zwang- oder Somatisierungsstörungen charakterisiert sind. Die typischen posttraumatischen Belastungssymptome sind jedoch kaum bis gar nicht vorhanden. Im Rahmen einer Differentialdiagnostik sollte daher das eventuelle Vorliegen einer Traumatisierung berücksichtigt werden. Dies sollte vor allem bei Menschen höheren Alters geschehen, da sie kaum auf ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen kommen (siehe Kapitel 4.2.).

Wie sich traumatische, im Speziellen kriegsbedingte Ereignisse bei Menschen höheren Lebensalters auswirken und welche PTSD-Komorbiditäten vor allem in dieser Altersgruppe vorherrschend sind, wird im Kapitel 4.5. näher erläutert.

3.2.4 Prävalenz der PTSD

Je nach Art des Psychotraumas liegt die Wahrscheinlichkeit bei 9.2% eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln (Friedmann, 2004, S. 14). Die PTSD-Lebenszeitprävalenz der Allgemeinbevölkerung beträgt 1-14%. Risikopopulationen wie Kriegsveteranen, Opfer von Vulkanausbrüchen oder krimineller Gewalt weisen eine PTSD-Prävalenz von 3-58% auf (Saß et al., 2001, S. 490).

4 Menschen höheren Lebensalters – Psychische Gesundheit und Traumatisierungen (verfasst von Bettina Schiller)

Dieser Abschnitt wurde von Bettina Schiller verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

Baltes (1996) hat sich eingehend mit dem Alter befasst und kam zu dem Entschluss, die Zukunft des Alters als „Hoffnung mit Trauerflor“ zu bezeichnen. Aufgrund der vergangenen Jahre, welche eine Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen, wie beispielsweise das medizinische Angebot für „junge Alte“ (60 bis 75-jährigen) mit sich brachten, revidierte Baltes (1999) jedoch seine zuvor kritische Ansicht und sieht auch für das hohe Alter (80+) eine „Belle Époque“ immer näher rücken. Dieses Kapitel widmet sich nun ganz besonders den Menschen höheren Alters, wobei deren psychischer Gesundheitszustand und Traumatisierungen den Rahmen bilden sollen.

In den vergangenen Jahren wurde der Fokus auf Konsequenzen von Psychotraumen im Generellen auf jüngere Altersgruppen (vgl. Andreski, Chilcoat & Breslau, 1998; Suliman et al., 2009) gerichtet. Bei Menschen höheren Alters hat diese Thematik noch wenig Beachtung gefunden. Studien, die sich mit den Folgen traumatischer Ereignisse befassen, berücksichtigen entweder einen zu geringen Anteil älterer Menschen als Stichprobe, was zu einer mangelnden Aussage eventuell vorliegender Alterseffekte führt, oder ausschließlich jüngere Menschen (Hiskey, Luckie, Davies & Brewin, 2008; Kuwert & Knaevelsrud, 2009). Ebenso existieren wenige Ergebnisse über die besonderen Merkmale von Traumatisierungen bei Menschen höheren Lebensalters (Maercker, 2002).

4.1 Traumareaktivierung – Entwicklung der PTSD im Alter

Nach dem Erfahren eines traumatischen Ereignisses kann eine sofortige Reaktion (PTSD) darauf ausbleiben und erst Jahre danach zum Vorschein kommen. Durch den Alterungsprozess, der häufig das Gefühl des Ausgeliefertseins verbirgt, kann es zu einer Traumareaktivierung kommen. Die Zeit zwischen dem traumatischen Ereignis und

dem Beginn der Traumareaktivierung verläuft meist symptomfrei (Heuft, 1999). In manchen Fällen können jedoch Brückensymptome bestehen, die den PTSD-Symptomclustern C (Vermeidung) und D (Übererregung) nach ICD-10 zugeordnet werden können (Böwing & Schröder, 2009).

Heuft (1999) nennt folgende Gründe, welche gerade im höheren Alter zu einer Traumareaktivierung führen können:

- Menschen höheren Alters sind nicht mehr dem stressbesetzten Lebensalltag ausgesetzt und haben daher mehr Zeit sich über noch unbewältigte Aufgaben Gedanken zu machen.
- Sie haben meist das Empfinden, noch Unerledigtes bewältigen zu müssen, und
- der Altersprozess im Allgemeinen. Die dadurch entstandene Hilfsbedürftigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins kann eine Reaktivierung begünstigen, da sie diese Empfindungen an die erlebte traumatische Situation erinnern lassen.

4.2 Altersspezifische Besonderheiten des Psychotraumas

Psychotraumen, die sich erst im höheren Alter präsentieren, weisen altersspezifische Besonderheiten auf. Dabei wird die Bedeutung des Traumas in den psychischen Altersprozess eingebettet und dessen Bewältigung aufgrund der altersspezifischen Gedächtnisorganisationen und –funktionen verändert. Das bislang bei älteren Menschen das Vorliegen einer Traumatisierung nicht als klinisch relevant angesehen wurde, könnte auf mehrere Gründe zurückgeführt werden. Einerseits kommen sie im Rahmen einer Therapie, welche sie kaum in Anspruch nehmen/ bzw. nehmen können, eher selten auf ihre Traumen zu sprechen. Andererseits sehen sie ihre Probleme, wie beispielsweise Ein- und Durchschlafstörungen, häufig als altersbedingt an und erkennen nicht, dass es sich hierbei eventuell um eine Symptomatik einer Traumafolgestörung handeln könnte. Auch Trauerfälle, mit denen man in diesem Lebensabschnitt häufiger konfrontiert wird, führen zu einer Stabilisierung und Verfestigung gewisser Bewältigungsstrategien. Folglich lassen einem die genannten Gründe verstehen, warum ältere Menschen die erlebten Traumata weniger angst- und affektbesetzt erleben und sie diese eher als Schicksalsschläge interpretieren (Maercker, 2002).

In Anbetracht der Posttraumatischen Belastungsstörung wird, bezogen auf die ältere Bevölkerung, eine spezifische Unterscheidung von PTSD-Typen vorgenommen. Wie bereits im Kapitel 3.2. erwähnt, differenziert auch Maercker (2002) zwischen einer chronischen, aktuellen und verzögert auftretenden PTSD, jedoch unter Berücksichtigung altersspezifischer Merkmale.

Somit kann eine chronische PTSD im Alter auf jegliche Arten ehemalig erlebter Psychotraumata zurückgeführt werden. Aufgrund ihrer Biographie können jedoch vor allem Kriegs-, Vertreibungs- und Verfolgungserlebnisse, aber auch rassistisch motivierte Verfolgungserlebnisse überlebender KZ-Häftlinge als Ursachen genannt werden. Im höheren Alter ist man beispielsweise auch nicht von der Gefahr gefer, Opfer krimineller Gewalt zu werden. In diesem Fall würde man von einer aktuellen PTSD sprechen. Auf die verzögert auftretende PTSD bzw. die Traumareaktivierung im Alter wurde bereits im Kapitel 4.1. eingegangen.

4.3 Epidemiologie von Traumata im höheren Lebensalter

Über die Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung können kaum Aussagen getroffen werden. Begründend dafür ist die breit gefächerte Vielfalt an Ursachen und die damit verbundene Schwierigkeit der interkulturellen Vergleichbarkeit. Weiters erschweren die Variationen von Untersuchungs- und Erhebungsstandards eine Vergleichbarkeit der Daten (Friedmann, 2004).

Vermehrt findet man epidemiologische Daten zur PTSD im amerikanischen Sprachraum (vgl. Breslau, 2002; Kessler et al., 1995). Epidemiologische Studien, welche vor allem der Trauma- und PTSD-Prävalenzen der deutschen Allgemeinbevölkerung der über 60-Jährigen Beachtung schenken, existieren erst seit dem Jahr 2008 (Kuwert & Knaevelsrud, 2009, S. 429).

Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) konnten im Rahmen ihrer repräsentativen Studie aufzeigen, dass die Teilnehmer von insgesamt N=814 der über 60-Jährigen, zu 47.4% von mindestens einem traumatischen Ereignis berichteten.

Die Einmonatsprävalenz der PTSD wies insgesamt einen signifikanten Anstieg über die Altersgruppen auf wobei diese bei den Älteren 3.4% betrug (S. 582). Bezogen auf die partielle PTSD zeigte sich eine Einmonatsprävalenz von 2.0% (S. 584).

Bei der Studie von Spitzer et al. (2008) wurde bei der gewählten Stichprobe aus Vorkommern erkennbar, dass die Menschen im Alter von 65+ (N=851), im Vergleich zu den jüngeren, eine höhere Traumaexposition aufwiesen. Wie auch in der vorherigen Studie erfuhr ein großer Anteil der älteren Menschen mehr als ein traumatisches Ereignis. Die Traumaprävalenz ergab 76.5%. Weiters konnte eine Lebenszeit- und Einmonatsprävalenz der PTSD von 3.1% und 1.5% aufgezeigt werden, welche sich in Hinblick auf die anderen Altersgruppen nicht unterscheidet. Zu den häufigsten genannten Traumaarten zählten der unerwartete Tod einer nahe stehenden Person (41.7%) und Kriegstraumatisierungen (39.7%). Unter Berücksichtigung des Genderspektes wurde ersichtlich, dass Frauen signifikant weniger Traumata angaben als Männer. Hingegen wiesen Männer im Allgemeinen ein höheres Risiko einer Traumaexposition auf. Genderunterschiede in Bezug auf PTSD-Prävalenzen konnten keine gefunden werden (S.696-697).

Angesichts der erhöhten Trauma- und PTSD-Prävalenzraten der älteren Bevölkerung, gehen Maercker et al. (2008) von der Annahme aus, dass vor allem die Ereignisse des Zweiten Weltkrieges eine Ursache darstellen könnten.

4.4 Psychische Gesundheit – Aktueller Forschungsstand

Der Forschungsschwerpunkt innerhalb des älteren Bevölkerungsanteils, der immer mehr ansteigt (Statistisches Jahrbuch, 2010), liegt insbesondere bei den dementiellen Erkrankungen. Hinsichtlich depressiver und anderer psychischer Störungen im Alter ist leider noch wenig bekannt (Riedel-Heller, 2004). In der Europäischen Union konnte im Allgemeinen ein signifikanter Anstieg der psychischen Beschwerden über die Altersgruppen hinweg aufgezeigt werden, was auch im Speziellen für Österreich zutrifft (The European Opinion Research Group, 2003).

Im höheren Lebensalter stellen besonders Somatisierungen ein häufiges Leiden dar (vgl. Heuft, Schneider, Klaiberg & Brähler, 2007; Teege & Handwerk, 2006). In einer Studie aus Deutschland (Hessel, Geyer, Gunzelmann, Schumacher & Brähler, 2003) gaben 71.8% der älteren Menschen an, mindestens ein Symptom zu beklagen. 23.4% berichteten sogar acht oder mehr Symptome (S. 293). Gründe für die erhöhte Belastung durch somatoforme Beschwerden im Alter könnten neurotische Kernkonflikte in der Kindheit und Jugend sein, das Bestehen eines Aktualkonfliktes, oder eine Traumareaktivierung. Im Rahmen einer medizinischen Untersuchung sollte daher die Aufmerksamkeit nicht nur auf die somatischen Beschwerden, sondern auch auf die psychosomatischen und psychiatrischen Aspekte gerichtet werden (Heuft, Schneider, Nehen & Kruse, 2000).

Weiters lassen sich im Alter auch häufig depressive Störungen finden. Die Prävalenzraten liegen bei 12.3% (Copeland et al., 2004, S. 46) und 26.8% (Wernicke, Linden, Gilberg & Helmchen, 2000, S. 117). Interessant ist, dass depressive Symptome vor allem vorherrschend sind, wenn funktionelle Störungen (z.B. sich nicht mehr waschen, oder selbständig ankleiden können) vorliegen. Ältere Menschen mit physischen chronischen Erkrankungen, litten hingegen weniger an depressiven Symptomen (Braam et al., 2005). Außerdem wurde ein hoher Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depression nachgewiesen (Linden et al., 1998).

Bezüglich Angsterkrankungen zeigen sich bei älteren Menschen vor allem Generalisierte Angststörungen und Phobien als vorherrschend, welche leider häufig unentdeckt bleiben (Maercker, 2003).

Richtet man den Fokus auf schizophrene Erkrankungen im Alter so liegen, im Vergleich zu anderen Störungen, eher geringe Prävalenzraten vor (Copeland et al., 1998; Wernicke et al., 2000).

Studien, die sich speziell dem psychischen Gesundheitszustand der älteren österreichischen Bevölkerung widmen, liegen derzeit noch keine vor. Im Österreichischen Psychiatriebericht 2001 sind jedoch unter anderem Angaben bezüglich

Selbstmordraten zu finden. Seit dem Jahr 1945 nehmen sich ungefähr 1.500 bis über 2.000 Österreicher pro Jahr das Leben. Am Ende des Zweiten Weltkrieges konnte insgesamt ein Anstieg der Selbstmorde verzeichnet werden. Vor allem stellen dabei Menschen höheren Alters eine Risikogruppe für den Vollzug eines Suizids dar (Katschnig, Ladinser, Scherer, Sonneck & Wancata, 2001, S. 16).

Bezüglich spezifischer Geschlechtsunterschiede in den symptomatischen Beschwerden konnten Wernicke et al. (2000) aufzeigen, dass insbesondere Frauen höher belastet sind. In der Studie von Linden et al. (1998) gaben vermehrt Männer somatische Beschwerden an wohingegen Frauen vorwiegend unter depressiven Symptomen litten. Ergebnisse von Hessel et al. (2003) wiesen vergleichsweise keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Somatisierungen auf. In Hinblick auf Angsterkrankungen im Allgemeinen zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede. Über phobische Ängste klagten jedoch mehr Frauen als Männer (Schaub & Linden, 2000).

4.5 PTSD-Komorbiditäten im Speziellen bezogen auf kriegsbedingte Traumatisierungen

In diesem Abschnitt werden nun aktuelle Studienergebnisse zusammengetragen, welche vor allem auf die begleitenden psychischen Störungen in Folge einer Kriegstraumatisierung Bezug nehmen. Von zentralem Interesse sind folglich Komorbiditäten, welche 60 Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg neben einer PTSD bestehen.

Die meisten Studien, die sich mit dieser Thematik befassen, stammen aus dem amerikanischen Sprachraum. Am häufigsten wurden dafür Kriegsveteranen aus dem Vietnam- und Zweiten Weltkrieg als Stichprobe herangezogen, welche unter anderem spezifische Besonderheiten psychiatrischer Symptomatiken zeigten, wie etwa Substanzabhängigkeit bei amerikanischen Kriegsveteranen oder Somatisierungen die sich vor allem durch das Erleiden physischer Gewalt entwickelten (Deering et al., 1996). Weiters klagten Kriegsveteranen mit PTSD häufig über Depressionen und Angststörungen (Ginzburg, Ein-Dor & Solomon, 2010).

Das eine Posttraumatische Belastungsstörung nicht immer eine erhöhte Komorbiditätsrate zur Folge hat, zeigten Studien mit Kriegsgefangenen. So konnten beispielsweise keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen jenen mit und jenen ohne PTSD aufgedeckt werden (Kluznik, Speed, VanValkenburg & Magraw, 1986). Aus den Daten einer anderen Studie trifft dies bei über einem Drittel der Personen mit Lebenszeit-PTSD und über der Hälfte jener mit aktueller PTSD zu. Bei den Kriegsgefangenen mit einer Lebenszeit-PTSD erwies sich ein erhöhtes Risiko an einer Panikstörung, Major Depression, Alkoholabhängigkeit und –missbrauch, oder einer sozialen Phobie zu erkranken. Bei jenen mit einer aktuellen PTSD bestand weiters (exklusive Alkoholabhängigkeit und –missbrauch) das Risiko einer Dysthymie und einer generalisierten Angststörung (Engdahl, Dikel, Eberly & Blank, 1998).

Anhand der soeben dargestellten Ergebnisse wurde ersichtlich, welche negativen Auswirkungen das Kriegsgeschehen auf die psychische Gesundheit der ehemaligen Kriegsgefangenen und -veteranen hat und das die PTSD häufig eine Ursache für die Ausbildung weiterer psychischer Symptomatiken darstellt. Ein weiteres einschneidendes Ereignis, welches tiefe Wunden bei dem Betroffenen hinterlässt, ist der sexuelle Missbrauch, welchem insbesondere mehr Frauen als Männer zum Opfer gefallen sind. Im Vergleich zeigte sich auch das Frauen, die dies erleiden mussten, über mehr psychische Beschwerden klagten, angefangen von Affektiven Störungen, Angststörungen bis hin zu Substanzmissbrauch, als die männliche Bevölkerung. Weiters sind die psychischen Beschwerden bei jenen Personen mehr vertreten, die in ihrer Kindheit eine Vergewaltigung erfahren haben, als jene Personen welche dieses Schicksal nicht erleiden mussten. Für beide Geschlechter zeigte sich, dass eine Vergewaltigung häufig zur Ausbildung einer PTSD führt. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Studienergebnisse auch das psychische Befinden einer jüngeren Generation widerspiegelt die den Zweiten Weltkrieg nicht miterlebte (Bromet, Sonnega & Kessler, 1998; Molnar, Buka, & Kessler, 2001).

Angesichts der Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges, im Besonderen auf die aktuelle Psychopathologie der deutschen Bevölkerung, wurde ersichtlich, dass Personen

mit einer kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu jenen ohne PTSD ebenfalls zahlreiche symptomatische Beschwerden angaben, welche mittels der Symptom-Checkliste nach Derogatis (SCL-90-R; Franke, 1995) erfasst wurden. Genauer gesagt ergaben sich signifikante Unterschiede in allen Subskalen der SCL-90-R, außer bei Somatisierungen und Aggressivität (Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann, 2007).

Ehemalige Frontkrankenschwestern mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (partiell/voll) litten neben Depressionen und Angststörungen außerdem häufig unter Zwangsstörungen, Unsicherheit im Sozialkontakt, einem ausgeprägten Misstrauen und Entfremdung gegenüber anderen. Im Vergleich zu jenen ohne PTSD wiesen sie folglich eine signifikant höhere Gesamtbelastung durch psychische Beschwerden auf. Unterschiede, bezogen auf Somatisierungen, die in beiden Gruppen hoch ausgeprägt waren, konnten in der Studie von Teegen und Handwerk (2006) wie auch bei der vorherig erwähnten, keine aufgedeckt werden.

Böwing, Schmidt, Juckel & Schröder (2008) widmeten ihr Interesse speziell den älteren psychotischen Patienten mit PTSD. Sie gehen von der Annahme aus, dass psychotische Symptome aufgrund traumatischer Kriegereignisse, die sich häufig in psychotischen Phasen widerspiegelten, ausgelöst werden. Ein höheres Alter und zerebrale Funktionsstörungen stellten sich als Risikofaktoren dar.

Bei Personen, welche zwischen dem Jahr 1944 und 1947 aus ihrer Heimat vertrieben wurden, hinterließ auch dieses Schicksal 60 Jahre danach tiefe Spuren. Sie klagten bei der Befragung über Beeinträchtigungen in mindestens einem Bereich der Alltagsbewältigung, die auf PTSD, subjektiven physischen und psychischen Symptomen beruhen (Fischer, Struwe & Lemke, 2006). Teegen und Meister (2000) untersuchten ehemalige deutsche Flüchtlinge, wobei jene mit PTSD (partiell/voll) im Vergleich zu denen ohne PTSD vor allem über Somatisierungen, Ängstlichkeit, phobische Angst und Depressivität klagten. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Komorbiditäten konnten sie keine aufzeigen.

Mit dem Schicksal der Bombardierungen waren vor allem Frauen konfrontiert, was sich auch in den Angaben ihrer Lebensqualität zeigte. Weiters klagten mehr Frauen als Männer, im Speziellen ältere, vermehrt über somatoforme Beschwerden (Heuft et al., 2007).

Teegen und Cizmic (2003) untersuchten im Rahmen ihrer Studie pflegebedürftige ältere Menschen. Personen mit PTSD wiesen vergleichsweise zu jenen ohne PTSD signifikant mehr komorbide Beschwerden auf, wobei vor allem depressive Symptome, Angst und Ärger angegeben wurden. Insbesondere waren Personen mit vorliegender Multimorbidität und erhöhter Hilfsbedürftigkeit davon betroffen.

4.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend betrachtet lassen sich nur sehr wenige Studien finden, die sich mit dem psychischen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung befassen. Forschungsergebnisse dieses Kapitels weisen darauf hin, dass Menschen höheren Alters meist nicht nur an psychischen Erkrankungen wie Somatisierung, Depression oder Angststörungen leiden, sondern diesem Zustand häufig auch eine Kriegstraumatisierung zugrunde liegt. Über die Auswirkungen der traumatischen Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit auf die psychische Gesundheit der älteren österreichischen Bevölkerung liegen noch keine Forschungsergebnisse vor, weshalb diese im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht werden.

5 Trauma und Krieg

Dieser Abschnitt wurde von der Autorin verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

DER KRIEG HAT EINEN LANGEN ARM. NOCH LANGE, NACHDEM ER VORBEI IST, HOLT ER SICH SEINE OPFER.

MARTIN KESSEL

5.1 Einleitung

Im folgenden Kapitel wird auf die psychischen Folgen für Betroffene von Krieg, insbesondere des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit in Österreich, näher eingegangen. Einleitend erfolgt eine Klassifizierung der Traumatisierung durch Krieg und die Darstellung verschiedener Extrembelastungen, die durch das Leben und Aufwachsen im Kriegsgebiet entstehen können. Weiters werden die Zusammenhänge zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und Kriegserfahrungen beleuchtet und auf deren Symptomatik näher eingegangen. Ein besonderes Augenmerk wird auf Opfer von sexualisierter Kriegsgewalt, schweren Luftangriffen, Vertreibung und Flucht, Kampf, Kriegsgefangenschaft und Widerstand gelegt und das Schicksal der betroffenen Personengruppen näher thematisiert (siehe Kapitel 5.6.).

Es muss an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen werden, dass in diesem Kapitel die unvorstellbaren Gräueltaten der NS-Zeit und die Folgen für die Opfer des Holocaust nicht behandelt werden können. Jedoch wird, zur vollständigen Darstellung des Themas, in verschiedensten Zusammenhängen auf die Ergebnisse der umfassenden wissenschaftlichen Forschung mit Opfern des Holocaust zurückgegriffen.

5.2 Kriegsbezogene und zivile Traumata

Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) unterscheiden *kriegsbezogene* und *zivile Traumata*. Zu den zivilen Traumata werden von den Autoren beispielsweise Vergewaltigung, körperliche Gewalt oder schwerer Unfall gezählt. Als kriegsbezogene Traumata können unter anderem direkte Kriegshandlungen, Ausbom-

bung, Gefangenschaft oder Heimatvertreibung genannt werden.

5.3 Akzidentelle und interpersonelle Traumata

Kriegerische Gewalt und Bürgerkriegssituationen werden zu den *man-made-disaster* gezählt (Friedmann, 2004). Maercker und Michael (2009) greifen auf eine andere Terminologie zurück, wobei die Einteilung traumatischer Ereignisse nach den Verursachungsformen in *akzidentelle und interpersonelle Traumata* getroffen wird. Weiters wird die Kategorisierung von Terr (1991) herangezogen, welcher *Typ-I-Traumata* und *Typ-II-Traumata* unterscheidet.

Abbildung 1: Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse und der Risikograde für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (aus Maercker & Michael, 2009, S. 106)

		Einteilung nach Verursachung	
		Akzidentelle Traumata	Interpersonelle Traumata
Einteilung nach Erstreckung	Typ-I-Traumata	Schwere Verkehrsunfälle Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)	Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung) Kriminelle bzw. körperliche Gewalt Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)
	Typ-II-Traumata	Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung) Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen)	Sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Kriegserleben Geiselaft Folter politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft)

Kriegserleben ist zu den interpersonellen Traumata zu zählen und stellt ein Typ-II-Traumata, also ein länger andauerndes oder sich wiederholendes Erleben von Extrembelastungen, dar. Diese Kategorie, zu der unter anderem Krieg, Folter oder politische Inhaftierung gehören, weist das höchste Risiko zur Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf (Maercker & Michael, 2009).

5.4 Exposition durch kriegsbezogene traumatische Erfahrungen

5.4.1 Quantität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen

Die Mehrzahl der Untersuchungen, welche sich mit dem Thema der Traumatisierung durch Krieg beschäftigen, zeigen, dass ein Großteil der befragten Personen mindestens ein traumatisches Kriegserlebnis zu berichten hatte.

In einer Stichprobe von 37 pflegebedürftigen alten Menschen erinnerten sich 35 Personen an traumatische Erlebnisse aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit (Teegen & Cizmic, 2003). Untersuchungen mit ehemaligen deutschen Flüchtlingen am Ende des Zweiten Weltkrieges (Teegen & Meister, 2000), ehemaligen Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006) und Opfern der Dresdner Bombennacht (Maercker, Herrle & Grimm, 1999) kommen zu dem Ergebnis, dass alle Befragten Angaben zu Extrembelastungen während der Kriegszeit machten.

Von Überlebenden des Zweiten Weltkrieges werden rund drei bis fünf traumatische Kriegserfahrungen berichtet. Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger und Ermann (2007) untersuchten zwischen 1933 und 1945 geborene Probanden, welche im Durchschnitt von 2.8 traumatischen Kriegserlebnissen berichteten. Bramsen und Ploeg (1999) beleuchteten recht einzigartig das Schicksal der Zivilisten, welche die größte Gruppe der Überlebenden des Zweiten Weltkrieges ausmachten. Sie fanden eine, im Vergleich höhere Anzahl von 4.2 traumatischen Erlebnissen während der Kriegszeit.

In Studien mit Gruppen, welche im Zweiten Weltkrieg und in der Nachkriegszeit von der Normalbevölkerung unterschiedlichen Lebensbedingungen unterworfen waren, werden erhöhte Häufigkeiten traumatischer Erlebnisse festgestellt. Auf der einen Seite berichten deutsche Kindersoldaten im Zweiten Weltkrieg, 60 Jahre nach ihrem Einsatz, mit 2.7 traumatischen Erfahrungen, von einer geringen Anzahl an Extrembelastungen (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger & Maercker, 2009), während deutsche Flüchtlinge am Ende des Zweiten Weltkrieges rund fünf (Teegen & Meister, 2000) und ehemalige Frontkrankenschwestern im Zweiten Weltkrieg im Mittel vier

traumatische Kriegserfahrungen erinnerten (Teegen & Handwerk, 2006).

5.4.2 Qualität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen

Ältere Menschen, die den Zweiten Weltkrieg miterlebt haben, berichten am häufigsten über Extrembelastungen durch direkte Kriegshandlungen, Ausgebombtsein und traumatische Ereignisse im Zusammenhang mit der Heimatvertreibung (Maercker et al., 2008), direkten Frontkontakt, Misshandlungen durch sowjetische Besatzungstruppen, Flucht und Vertreibung (Kuwert et al., 2007), Kriegseinsatz, Bombardierung, Vertreibung und Gefangenschaft (Glaesmer, Gunzelmann, Braehler, Forstmeier & Maercker, 2010), Bombardierung und Beschuss, Verlust von Angehörigen durch plötzliche Trennung oder gewaltsamen Tod, Konfrontation mit Sterbenden/Toten, Vertreibung/Flucht und Vergewaltigung (Teegen & Cizmic, 2003).

Deutsche Krankenschwestern, deren Einsatzgebiet im Zweiten Weltkrieg an der Kriegsfrente war, gaben mehrheitlich traumatische Extrembelastungen durch die Betreuung von Schwerverletzten und Sterbenden an. Ungefähr jede Sechste wurde während ihrer Tätigkeit bombardiert oder beschossen, während nahezu die Hälfte mit Toten, welche Misshandlungen oder Verstümmelungen aufwiesen, konfrontiert war. Ein Drittel litt selber an schweren Erkrankungen oder Seuchen und ein Fünftel der Befragten geriet nach dem Krieg in Gefangenschaft. Rund ein Siebtel der Befragten erlebte Misshandlungen, Vergewaltigungen am eigenen Leib oder als Zeugin oder Hinrichtungen mit (Teegen & Handwerk, 2006).

Radebold (2008) zählt folgende mögliche Traumata der Kriegsgeneration, vor allem für Personen, die den Zweiten Weltkrieg als Kinder oder Jugendliche miterlebt haben, auf:

- Miterleben zahlreicher Bombenangriffe und Ausbombungen
- Evakuierung oder Kinderlandverschickung und daraus folgende Trennung von Mutter und Familie
- Flucht
- Hunger, Unterernährung und mangelhafte Versorgung

- Vertreibung/Flucht und späteres Aufwachsen in einer fremden bis feindselig eingestellten Umwelt
- Lang anhaltende oder dauernde väterliche Abwesenheit
- Zusätzlicher Verlust der Mutter
- Aktive und passive Gewalterfahrung

5.4.3 Einfluss demographische Variablen

5.4.3.1 Geschlecht

Da der Großteil der Forschung zum Thema Krieg selektierte Gruppen behandelt und somit einerseits nur Männer (vgl. Dohrenwend, Neria, Marshall, Lewis- Fernandez, Turner, Turse & Koenen, 2004; Engdahl, Dikel, Eberly & Blank 1997; Kang, Bullman & Taylor, 2006; Schnurr & Spiro, 1999) und andererseits nur Frauen (vgl. Kuwert, Klauer, Eichhorn, Grundke, Dudeck, Schomerus & Freyberger, 2010; Loncar, Medved, Jovanovic & Hotujac, 2006; Teegen & Handwerk, 2006) zu den verschiedensten Arten von Kriegstraumatisierungen, wie beispielsweise Kriegsgefangenschaft, Kampf oder Vergewaltigung untersucht, ist die Darstellung von Unterschieden im Erleben von kriegsbezogenen Erfahrungen anhand des Geschlechts vernachlässigt behandelt worden.

Gläser und Mitarbeiter (2010) stellten fest, dass sich Frauen und Männer nicht bezüglich der Quantität der erlebten Kriegstraumatisierungen unterscheiden. Jedoch wurde das Erleben von Kriegsgefangenschaft signifikant öfter von Männern berichtet. In einer Untersuchung zum Thema Bombardierung mit 776 vor 1946 geborenen Personen, berichteten Frauen häufiger von Ausbombungen (Heuft, Schneider, Klaiberg & Brähler, 2007). In einer Stichprobe von deutschen Flüchtlingen am Ende des Zweiten Weltkrieges von Teegen und Meister (2000), konnten keine Geschlechtsunterschiede bezüglich Anzahl und subjektiver Schwere traumatischer Erfahrungen ausgemacht werden, obwohl ausschließlich Frauen angaben, Opfer von Vergewaltigungen geworden zu sein. Männer erinnerten sich häufiger an den Anblick verstümelter und misshandelter Toter.

5.4.3.2 Alter

In einer Stichprobe Deutscher Normalbevölkerung im Alter von über 60 Jahren zeigt sich ein signifikanter Anstieg der kriegsbezogenen Traumatisierungen über die Altersgruppen. Die Verteilung verdeutlicht, dass 20% der 60- bis 64- Jährigen, 40% der 65- bis 79-Jährigen, 47% der 70- bis 74-Jährigen und 66% der über 75-Jährigen über kriegsbezogene Traumata berichteten (Gläsmer et al., 2010).

Eine weitere Untersuchung mit jugoslawischen Kindern im Alter von 6 bis 16 Jahren postuliert ähnliche Zusammenhänge. Ältere Kinder berichteten demnach von einer höheren Anzahl an traumatischen Erfahrungen als jüngere Kinder. Ältere Kinder erlebten verstärkt das Bergen von Leichen und Verletzten, wurden häufiger bedroht und Zeuge oder Zeugin von Morden und Verwundungen, erlebten häufiger eine Bedrohung durch Heckenschützen und größere Verluste in der Familie und im Freundeskreis (Allwood et al., 2002).

5.4.4 Direkte und indirekte Traumatisierung

In keiner der hier vorgestellten Studien wird explizit auf direkte und indirekte Traumata eingegangen, wobei das Bezeugen von Misshandlungen, Vergewaltigungen oder Hinrichtungen (Teegen & Handwerk, 2006), Bezeugen von Morden, die Nähe zu Tod (Strauss, Dapp, Anders, Renteln-Kruse & Schmidt, 2010), Mitansehen müssen von Vergewaltigung, Mord, Verwundung (Allwood et al., 2002) und das Bezeugen von Gewalt, Folter und Tod (Ai, Peterson & Ubelhor, 2002) in verschiedenen Studien zu den häufigsten Extrebelastungen, an die man sich erinnern konnte, gezählt werden können.

Zur Demonstration der Auswirkungen traumatischer Erfahrungen, welche man als Zeuge miterlebt, wird an dieser Stelle eine Studie von Teegen und Grotwinkel (2001) herangezogen. Diese Untersuchung beschäftigt sich mit posttraumatischen Belastungen, denen Journalisten, welche besonders in Kriegs- und Krisengebieten eingesetzt werden, ausgesetzt sind. Am häufigsten wurde die Konfrontation mit

Schwerverletzten, der gewaltsame Tod von Menschen, die Konfrontation mit Leichen und menschlichen Überresten, der Tod von Kollegen und die eigene Lebensgefahr berichtet. Bei 13% der befragten Journalisten wurde eine voll ausgeprägte Posttraumatische Belastungsstörung und bei weiteren 15% eine partielle Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt.

5.4.5 Kriegsbezogene Traumata als schlimmste traumatische Erfahrung

Extrembelastungen, die das Kriegsgeschehen mit sich bringt und Gewalterfahrungen werden vom Großteil der Befragten als schlimmstes traumatisches Erlebnis bewertet. Obwohl diese schon rund 60 Jahre zurückliegen, werden kriegsbezogene Traumata, häufiger als zivile, als schlimmste traumatische Erfahrung in der Lebensspanne eingeordnet (Gläsmer et al., 2010). Auch ein Drittel niederländischer Überlebender des Zweiten Weltkrieges gibt den Krieg als das schlimmste Ereignis in der Lebensgeschichte an (Bramsen & Ploeg, 1999).

5.5 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung

5.5.1 Das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Prävalenzangaben einer Posttraumatischen Belastungsstörung liegen bei Studien mit deutschen Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006) und ehemaligen deutschen Flüchtlingen am Ende des Zweiten Weltkrieges bei fünf Prozent (Teegen & Meister, 2000). Auch Maercker und Mitarbeiter (1999) können bei einer Stichprobe von Dresdner Bombennachtsoptionen bei 4.3% die Diagnose einer vollausgebildeten Posttraumatischen Belastungsstörung stellen.

Eine Untersuchung von niederländischen Überlebenden des Zweiten Weltkrieges zeigt ähnliche Ergebnisse, wobei bei 4.6% aller Befragten und 4% der befragten Zivilisten eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt wurde (Bramsen & Ploeg, 1999). Gläsmer et al. (2010) fanden bei 3.4% eine PTSD. Höhere Prävalenzen der Posttraumatischen Belastungsstörung wurden bei Kuwert, Spitzer und Mitarbeiter (2007) mit

10.8% in einer Stichprobe von 1933 bis 1945 geborenen Probanden und bei Teegen und Cizmic (2003) mit 11% bei pflegebedürftigen alten Menschen gefunden. Wobei ein möglicher Grund für die unterschiedlichen Prävalenzangaben in der Verwendung unterschiedlicher diagnostischer Verfahren liegen kann.

5.5.2 Die partielle Posttraumatische Belastungsstörung

Unter Berücksichtigung einer partiellen PTSD erhöhen sich die Prävalenzraten auf rund 25 bis 30% aller Befragten (vgl. Teegen & Handwerk, 2006; Teegen & Meister, 2000). Die Untersuchung von pflegebedürftigen alten Menschen von Teegen und Cizmic (2003) ergibt, dass unter Einbeziehung der subsyndromalen PTSD, ganze 43% der Befragten durch traumabezogene Symptome deutlich belastet waren.

Im Vergleich dazu wird hier eine Studie aus der Schweiz von Maercker und Pielmaier (2010) angeführt. In einer Analyse der Züricher Altersstudie berichten die Autoren Prävalenzraten von 0.7% für eine Posttraumatische Belastungsstörung und 4.2% für eine partielle Posttraumatische Belastungsstörung. Nur 8.4% der Schweizer Stichprobe gaben an, Kriegserlebnisse erfahren zu haben. Ein relativ hoher Anteil der Personen mit PTSD hat Kriegstraumatisierungen und Verfolgungserlebnisse selbst miterlebt. Diese Prävalenzangaben für PTSD in der Schweiz liegen deutlich unter den Angaben aus Ländern die am Zweiten Weltkrieg beteiligt waren.

5.5.3 PTSD-Symptomatik

Des Weiteren wird auf die einzelnen Symptomgruppen der Posttraumatischen Belastungsstörung, Intrusions-, Vermeidungs-, emotionale Betäubungs- und physiologische Übererregungssymptome, näher eingegangen.

Intrusionssymptome werden als häufig auftretend bei kriegstraumatisierten Menschen beobachtet. Rund jeder Zweite in einer Stichprobe von Vertriebenen nach dem Zweiten Weltkrieg litt an Symptomen anhaltender Erinnerung, Wiedererleben der Belastung und sich wiederholenden Träumen (Fischer, Struwe & Lemke, 2006).

Vergleichbare Ergebnisse werden von Teegen und Cizmic (2003) berichtet, wobei 46% der Stichprobe an quälenden Erinnerungen durch Kriegserfahrungen litten. Ehemalige deutsche Flüchtlinge wurden gefragt, welche Stimuli Erinnerungen auslösen können. Neben Erkrankung/Tod der Eltern und naher Angehöriger und traumaspezifische Reize, wie zum Beispiel verderbende Nahrungsmittel, Krähengeschrei, russische Soldaten, Schiffe/Fähren, wurden vor allem Berichte, Dokumentationen, Filme zum Thema Krieg und Vertreibung genannt (Teegen & Meister, 2000).

Aussagen zu einem erhöhten Erregungsniveau werden nach Intrusionssymptomen am zweit häufigsten beklagt. 41% der befragten Senioren litt unter einem erhöhten körperlichen Erregungsniveau, besonders häufig wurde Hypervigilanz erwähnt (Teegen & Cizmic, 2003).

Vermeidungsverhalten wird von den Opfern eher seltener angegeben (vgl. Teegen & Cizmic, 2003; Teegen & Handwerk, 2006; Teegen & Meister, 2000).

Interessante Ergebnisse liefert eine Studie mit jüdischen Opfern der Naziverfolgung. Jüngere Opfer berichteten eher Symptome der psychischen Amnesie, emotionaler Distanziertheit und Hypervigilanz, hingegen weniger intrusive Gedanken und Alpträume. Die Autoren weisen darauf hin, dass intrusive Symptome und Wiedererleben eine höhere Ausbildung der Sprache und begriffliche Kapazität erfordern könnten und daraus folgernd von jüngeren Befragten eher somatische oder nonverbale Symptome, wie Vermeidung, erhöhtes Erregungsniveau und Distanziertheit zum Vorschein kommen (Yehuda, Schmeidler, Siever, Binder-Brynes & Elkin, 1997).

5.5.4 Häufigkeit erlebter Traumatisierungen und PTSD

Selten wird in Studien zum Thema Krieg und Trauma der Zusammenhang zwischen Häufigkeit der erlebten Kriegstraumatisierungen und einer PTSD behandelt. In den folgend dargestellten Studien von Bramsen und Mitarbeiter (1999) und Strauss und Mitarbeiter (2010) wird dieser Zusammenhang näher thematisiert.

Bramsen und Mitarbeiter (1999) demonstrieren, dass die PTSD Prävalenz von Befragten, die 0 bis 2 traumatische Erfahrungen erlebt hatten, bei 2% und bei jenen mit 8 bis 18 traumatischen Erlebnissen bei 7% lag. Dieser Anstieg kann als signifikant bezeichnet werden.

Strauss und Mitarbeiter (2010) berichten in einer Untersuchung mit Displaced Persons und einer Kontrollgruppe ebenfalls von einem positiven Zusammenhang von Traumexposition und posttraumatischer Symptomausprägung, wobei jene mit 7 bis 9 traumatischen Erfahrungen ein sechsfaches Risiko und jene mit 10 bis 12 traumatischen Erlebnissen ein achtfaches Risiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen.

5.5.5 Gewalt versus andere Kriegstraumata und PTSD

Allwood et al. (2002) treffen in einer Studie mit bosnischen Kindern eine Unterscheidung zwischen Traumatisierung durch ein Gewalterlebnis und Traumatisierung durch ein nicht gewaltsames Erlebnis im Krieg. Als Traumatisierungen durch Gewalt werden beispielsweise Nähe zu Schüssen, Bezeugen von Mord oder Vergewaltigung, eigene Erfahrung mit Vergewaltigung, das Bergen von Toten oder Verwundeten und als gewaltlose Kriegstraumata Umsiedelung, Kälte, Nahrungsmittelknappheit und Angst vor Verhungern eingeordnet.

Die Ergebnisse demonstrieren, dass jene untersuchten Kinder, die beide Arten von traumatischen Erlebnissen erfahren hatten, an einem signifikant höherem Ausmaß an PTSD Symptomen litten. Kinder, die nur Gewalttraumata ausgesetzt waren, zeigten keinen Unterschied in der PTSD Symptomatik im Vergleich zu Kindern, die nichtgewaltsame Traumata erlebt hatten (Allwood et al., 2002).

Im Großteil der wissenschaftlichen Untersuchungen werden vordergründig gewaltsame traumatische Erlebnisse im Krieg erhoben und dem Erfragen von nicht gewaltsamen traumatischen Erlebnissen wenig Bedeutung zugemessen. Strauss und Mitarbeiter (2010) nennen nicht gewaltsame traumatische Erlebnisse wie das Fehlen von

Wasser, Nahrung, Zuflucht und Krankheit ohne medizinische Versorgung. Das Fehlen von Essen und Medizin wird weiters in einer Untersuchung von Ai et al. (2002) erfragt. Teegen und Cizmic (2003) gehen darauf ein, dass die Hälfte der Stichprobe von pflegebedürftigen alten Menschen berichten, Hunger am eigenen Leib erfahren zu haben. Studien zu nicht gewaltsamen Traumen wie Umsiedelung (vgl. Glaesmer et al., 2010; Kuwert et al., 2007; Kuwert & Freyberger, 2007; Maercker et al., 2008) werden im Abschnitt 5.6. behandelt.

5.6 Kriterium A - in unterschiedlicher Qualität

Als stärkster Prädiktor für posttraumatische Symptome wird von Strauss und Mitarbeiter (2010) die Verletzung von Menschenrechten, wie beispielsweise Folter, Vergewaltigung und Verschleppung berichtet. Bramsen und Ploeg (1999) berichten Ergebnisse einer Untersuchung mit niederländischen Überlebenden des Zweiten Weltkrieges, die darauf hinweisen, dass Verfolgte in Europa und Asien, gefolgt von Militärveranen und Widerstandskämpfern die höchsten Raten für eine Posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen.

Im Folgenden wird einzeln auf Menschengruppen, die im Zweiten Weltkrieg und in der Nachkriegszeit Opfer von schweren Traumatisierungen geworden sind, eingegangen. Die folgenden Gruppen - Opfer sexualisierter Kriegsgewalt, Opfer von schweren Luftangriffen, Vertriebene und Flüchtlinge, Betroffene von direkten Kriegshandlungen und Kampf, Kriegsgefangene und Mitglieder des Widerstandes - werden vorwiegend anhand von ausgewählten Studien behandelt.

5.6.1 Sexualisierte Kriegsgewalt

Vergewaltigung und sexueller Übergriff können massive Erniedrigung und Demütigung auslösen und für weibliche Opfer eines Krieges, zu den erlebten Extremlastungen, entstanden durch Krieg, eine zusätzliche Traumatisierung darstellen (Hauser & Joachim, 2003). Opfer sexueller Kriegsgewalt müssen die spezifischen Folgen der Vergewaltigung an sich und darüber hinaus noch multiple Kriegstraumata, wie

beispielsweise Heimatverlust, Bombenkrieg oder Verlust von Angehörigen, erleben.

Obwohl die hohen Fallzahlen von Vergewaltigungen am Ende des Zweiten Weltkrieges bekannt sind, gibt es zu den Spätfolgen für die heute älteren Frauen und aus den Vergewaltigungen hervorgegangenen Kindern wenig wissenschaftliche Erkenntnisse (Kuwert & Freyberger, 2007). Kuwert et al. (2010) untersuchten 27 Frauen, die am Ende des Zweiten Weltkrieges vergewaltigt wurden und stellten bei 19% eine vollausgebildete und bei 30% eine partielle PTSD fest.

Eine Studie mit 68 bosnischen Frauen, die im Krieg im ehemaligen Jugoslawien Opfer von Vergewaltigungen wurden, zeigt erschreckende Ergebnisse. 44 der befragten Frauen wurden mehr als einmal und ein Großteil von verschiedenen Tätern vergewaltigt. 21 Frauen wurden jeden Tag während ihrer Gefangenschaft Opfer von sexuellen Übergriffen und fast ein Drittel der Frauen musste unter Zwang Übergriffe auf andere Frauen, wie ihre Mütter, Schwestern oder Nachbarinnen, mitansehen. Der Großteil der Frauen erlebte während den Übergriffen verbale Drohungen oder physische Folter, wie Schlagen, Schnitte, Würgen oder Verbrennungen. Die Hälfte berichtete von betrunkenen Tätern. 29 der Opfer wurden durch die Vergewaltigung schwanger. Bei 21 Frauen wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt (Loncar et al., 2006).

Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse, dass sexualisierte Kriegsgewalt oft als Werkzeug und Waffe in der Kriegsführung genutzt und auch in den Kriegen der letzten Jahre, beispielsweise in Afrika, Osteuropa oder Asien, dramatische Ausmaße erreichte (Gingerich & Leaning, 2004), schwere Langzeitschädigungen hinterlässt und tiefe Wunden für die psychische Gesundheit der Opfer hervorrufen kann.

5.6.2 Schwere Luftangriffe

Wie oben schon erwähnt, zählten Ausgebombtsein und Bombenangriffe zu den häufigst genannten Traumatisierungen durch Krieg (vgl. Glaesmer et al., 2010; Maercker et al., 2008; Teegen & Cizmic, 2003; Teegen & Handwerk, 2006).

Heuft und Mitarbeiter (2007) berichten, dass von 776 vor 1946 geborenen Personen 20.7% ausgebombt wurden.

Maercker et al. (1999) befassten sich mit der Untersuchung von Opfern der Dresdner Bombennacht. Es wurden 47 Personen im Alter von 57 bis 95 Jahren befragt, wobei die Studienteilnehmer multiple traumatische Erfahrungen durch die Bombennacht berichteten. Beispiele für traumatische Erlebnisse waren eigene Lebensgefahr, körperliche Verletzung und Verlust von Angehörigen oder Freunden. Bei 4.3% konnte eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden. Als Kennzeichen, das am höchsten mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung assoziiert war, konnte die Nähe zu den Bombenabwürfen ausgemacht werden.

5.6.3 Vertreibung/Flucht/Umsiedlung

In einer Studie von Kuwert und Feyberger (2007) beschreiben 86% der Personen, die eine Vertreibung erfahren hatten, diese als traumatisierende Erfahrung. Als besonders belastend werden von den Opfern lebensgefährliche Bombardierungen der Flüchtlingstrecks, Verlust von Familienangehörigen, Überfälle und Vergewaltigungen beschrieben. Bei 5% der Stichprobe wurde eine vollausgeprägte PTSD und bei weiteren 25% eine partielle PTSD festgestellt (Teegen & Meister, 2000).

Strauss und Mitarbeiter (2010) stellten in ihrer Untersuchung Displaced Persons (DP's) im Zweiten Weltkrieg einer Kontrollgruppe gegenüber. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Gruppe der Displaced Persons durchschnittlich 4.5 und in der Kontrollgruppe 2.5 traumatische Erlebnisse berichtet wurden. Signifikante Unterschiede ergaben sich in traumatischen Erfahrungen wie das Fehlen von Wasser, Nahrung und Zuflucht, erzwungene Trennung von Familienmitgliedern, Kampfsituationen, Krankheit ohne medizinische Versorgung, Nah-Tod-Erfahrungen und die Ermordung von Fremden. Unterschiede ergaben sich auch bezüglich der Quantität der PTSD Symptomausprägung zwischen den Gruppen, wobei die Gruppe der DP's signifikant häufiger an Symptomen litt.

Ai et al. (2002) berichten, dass 60.5% einer Stichprobe von Flüchtlingen aus dem Kosovo eine PTSD aufwiesen. Die Befragten erzählten im Mittel 15 traumatische Erfahrungen, welche von Evakuierung, Erfahrungen im Flüchtlingscamp, Fehlen von Essen und Medizin, bis zur Trennung oder Tod von geliebten Menschen reichte. Höhere PTSD Raten zeigten Zusammenhänge mit einer höheren Frequenz von erlebten traumatischen Erfahrungen.

5.6.4 Direkte Kriegshandlungen und Kampf

Soldaten im Krieg sind verschiedensten traumatischen Erlebnissen ausgesetzt, wie beispielsweise dem Sterben von Kameraden oder Freunden, der direkten Begegnung mit dem Feind, Beschuss, eigene Verletzung oder Gefangennahme.

Kindersoldaten im Zweiten Weltkrieg, damals 9 bis 17 Jahre alt, berichteten von direkten Kampfhandlungen, traumatischen Erlebnissen in Gefangenschaft, Miterleben des Todes eines Kameraden, eigenen Verletzungen und Bezeugen von Verbrechen der Nationalsozialisten (Forstmeier et al., 2009).

Es wurden signifikante Beziehungen zwischen dem Erleben von Kampfhandlungen und PTSD (Hunt & Robbins, 2010; Schnurr & Spiro, 1999) gefunden. Dohrenwend und Mitarbeiter (2004) berichten in ihrer Studie mit Veteranen des Vietnamkrieges über zweifach erhöhte PTSD Raten von Soldaten, die mehr Kampferfahrungen, unter anderem direkte Beteiligung an Kampfoperationen und das Erleben von feindlichem Beschuss, als Soldaten, die eine geringe Erfahrung mit direkter Kriegseinwirkung erlebt hatten.

Pizarro, Silver und Prause (2006) fanden in einer Stichprobe amerikanischer Bürgerkriegsveteranen heraus, dass, je öfter eine Person den Tod von Kameraden miterlebte und je jünger sie beim Eintritt in den Kriegsdienst war, desto mehr physische und psychische Symptome wurden berichtet.

Eine Studie mit 2 677 National Guard Soldiers, welche im Irak eingesetzt waren,

zeigt, dass die Prädiktoren für eine höhere Ausprägung von traumatischen Symptomen neben demographischen Variablen, wie weibliches Geschlecht und Alter, die Partizipation in direkten Kampfhandlungen, Miterleben von Explosionen und gefährliche Verletzungen darstellen (Ferrier-Auerbach, Erbes, Polusny, Rath & Sponheim, 2010). Hunt und Robbins (2010) fanden einen signifikanten Einfluss des militärischen Ranges auf die PTSD Symptomatik. Jene die höhere Ränge bekleideten, zeigten weniger psychologischen Stress.

5.6.5 Kriegsgefangenschaft

Frühere Kriegsgefangene stellen eine gefährdete Personengruppe durch ihre Kampferlebnisse, die Gefangennahme und die Gefangenschaft dar. In einer Untersuchung von Engdahl et al. (1997) von 262 U.S. Gefangenen im Zweiten Weltkrieg und Korea Krieg, deren Gefangennahme zwischen einem und 46 Monaten andauerte, zeigte, dass rund die Hälfte der Befragten die Kriterien für eine lifetime PTSD erfüllten und rund 29% an einer aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung litten. Kampferfahrungen, Gewichtsverlust, das Erleben von Schlägen und Folter während der Gefangenschaft hatten signifikant positive Zusammenhänge mit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Je jünger die Personen bei Gefangennahme waren, desto eher wurde eine PTSD diagnostiziert. In einer Nachfolgeuntersuchung, zwei Jahre später, zeigen die Autoren, dass die Stärke des traumatischen Erlebnisses während der Gefangenschaft der beste Prädiktor für eine Posttraumatische Belastungsstörung ist (Gold, Engdahl, Eberly, Blake, Page & Frueh, 2000).

Solomon und Dekel (2007) kommen zu ähnlichen Ergebnissen. 23% der befragten israelischen Kriegsgefangenen im Yom Kippur Krieg im Jahr 1973 und vergleichsweise dazu nur 4% der Kontrollgruppe erfüllten die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Ehemalige Kriegsgefangene zeigten in allen PTSD Symptomklassen signifikant höhere Ausprägungen. Auch Kang et al. (2006) unterstützen diese Ergebnisse und berichten ein signifikant erhöhtes Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kriegsgefangenen.

Hunt und Robbins (2010) können jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Kriegsgefangenen und nicht Kriegsgefangenen feststellen. Auch keine Unterschiede zwischen Kriegsgefangenen in Europa oder im Fernen Osten werden berichtet.

5.6.6 Widerstand

Den Mitgliedern des Widerstandes gegen die Nazidiktatur im Zweiten Weltkrieg wird in den Untersuchungen zum Thema Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges wenig Aufmerksamkeit beigemessen.

Einzig Bramsen und Ploeg (1999) zeigen, dass Widerstandskämpfer eine PTSD Prävalenz von 3.8 aufwiesen. Im Mittel wurden von den 384 befragten Tätigen im Widerstand 6.3 traumatische Erlebnisse berichtet.

5.7 Zusammenfassung

Ein Großteil der Überlebenden des Zweiten Weltkrieges gibt an, traumatische Erfahrungen in dieser Zeit erlebt zu haben. Diese kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen werden häufig als schlimmste in der Lebensspanne eingeordnet. Prävalenzangaben einer PTSD variieren in den herangezogenen Untersuchungen mit Überlebenden des Zweiten Weltkrieges von rund 3 bis 11% für eine volle PTSD und von rund 25 bis 30% für eine partielle PTSD. Intrusion und Wiedererleben wird als häufigster Symptomcluster der PTSD in den Untersuchungen berichtet.

Dem Erleben von spezifischen kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen, wie sexualisierter Kriegsgewalt, Luftangriffe, Vertreibung und Flucht, direkte Kriegshandlungen, Kriegsgefangenschaft und Betätigung im Widerstand muss besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden, da diese Erfahrungen zu einer erhöhten Traumaeexposition und somit zu stärkeren Belastungen im Alter führen können.

6 Kinder im Krieg

Dieser Abschnitt wurde von der Autorin verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

AN DEN FRIEDEN DENKEN HEISST, AN DIE KINDER DENKEN. MICHAEL GORBATSCHOW

6.1 Einleitung

Da die ältere Generation in Österreich den Zweiten Weltkrieg meist als Kleinkind, Kind oder Jugendliche/r erlebt hat, wird dem Thema Kinder und Krieg ein gesonder-tes Kapitel gewidmet. Im Speziellen wird das Konzept der sequentiellen Traumatisierung nach Keilson (1992, 1999) erklärt und verschiedenste Auswirkungen von Krieg auf Kinder dargestellt. Abschließend wird auf die aktuelle Situation von Kindern in Krisengebieten in unserer Zeit eingegangen.

6.2 Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung

Keilson (1992, 1999) untersuchte die Langzeitfolgen der Traumatisierung von Kindern durch den Krieg, wobei er seine Ergebnisse besonders auf Studien mit überleben-den Opfern des Holocaust stützt. Obwohl das unvorstellbar erfahrene Leid der jüdi-schen Bevölkerung durch die NS-Verfolgung im Zweiten Weltkrieg keineswegs ange-zweifelt, oder mit anderen Menschen, die den Zweiten Weltkrieg miterlebt haben, gleichgesetzt werden kann, können Keilsons Ergebnisse auch für die Kriegsgeneration interessante Erkenntnisse liefern.

Keilsons (1999) Untersuchungen dokumentieren Beziehungen zwischen dem Alter, in dem die Traumatisierung stattfand, der Schwere der Traumatisierung und den Persön-lichkeitsstörungen im Erwachsenenalter. Im Zuge seiner Untersuchungen teilte Keilson die Nazi-Verfolgung in drei Phasen ein:

- Die *erste traumatische Sequenz* (Vorkriegsperiode) beinhaltet die feindliche Be-setzung und den beginnenden Terror gegen die jüdische Bevölkerung.

- Die *zweite traumatische Sequenz* (Kriegsperiode) ist gekennzeichnet durch die direkte Verfolgung, Deportation von Eltern und Kindern, beziehungsweise Trennung von Mutter und Kind, Versteck in improvisierten Kriegspflegefamilien, Aufenthalt in Konzentrations- und Vernichtungslagern.
- Die *dritte traumatische Sequenz* bezieht sich auf die Zeit nach dem Krieg (Nachkriegsperiode).

Keilson stellte fest, dass die Nachkriegszeit für die überlebenden Kinder im Erwachsenenalter beträchtlichere und folgenschwerere psychologische Auswirkungen hatte, als die Kriegsperiode an sich. Wer in dieser Zeit eine Fortsetzung der Stigmatisierung, mangelnde Unterstützung und Ausgrenzung erfuhr, litt dadurch stärker an den Folgeerscheinungen der PTSD als jene, die in ein freundliches und stützendes Milieu zurückkamen (Keilson, 1992).

Diese Zusammenhänge wurde von Hal-van Raalte, IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg (2007) untersucht. Insgesamt wurden 203 Überlebende des Holocaust, geboren zwischen 1935 und 1944, hinsichtlich verschiedener Faktoren befragt. Im Vergleich von Holocaust-Überlebenden mit und ohne PTSD, berichtete jene Gruppe der Überlebenden mit PTSD über eine schlechtere Qualität der Versorgung und Obhut nach dem Krieg. Alter, der Verlust von Eltern oder ob die Befragten überhaupt Erinnerungen an den Krieg hatten, hatte keinen signifikanten Einfluss. Diese Ergebnisse können als Untermauerung des Konzeptes der sequentiellen Traumatisierung herangezogen werden.

6.3 Auswirkungen für betroffene Kinder

Radebold (2008) unterscheidet drei zentrale Beschädigungen für Kinder im Krieg:

- Trennungen und Verluste von wichtigen Bezugspersonen
- Gewalterfahrungen und
- Verlust von Sicherheit, Geborgenheit und Heimat.

Lis-Turlejska, Plichta, Luszcynska und Benight (2008) in einer Untersuchung mit jüdischen und nicht-jüdischen Befragten wiederum kommen zu dem Ergebnis, dass der Verlust der Eltern das Risiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung verstärkt. Der Effekt des Verlustes der Eltern zeigte einen höheren Einfluss auf die Auswirkungen im hohen Alter als die Nationalität. Darunter ist zu verstehen, dass nicht jüdische oder nicht-jüdische Abstammung, sondern die Erfahrung vom Verlust der Eltern für spätere Beeinträchtigungen entscheidend ist.

Die Folgen des Krieges können für Kinder oft viel stärker sein, da Kinder auf andere Menschen angewiesen sind. Nach einer Traumatisierung wird der Trost und die Zuwendung der Eltern oder anderer Bezugspersonen ersehnt, diese sind jedoch im Krieg umgekommen, verletzt oder damit beschäftigt, die Familie vor dem heillosen Zustand des Krieges zu schützen. Die Auffangnetze für traumatisierte Kinder in Friedenszeiten stehen nicht zur Verfügung (Riedesser, 2006). Selbst traumatisierte Eltern sind oft nur eine unzureichende Unterstützung bei der Verarbeitung des Erlebten. Krieg, Vertreibung, Flucht, Zerstörung, Gewalt und Tod können tiefe seelische Wunden bei Kindern hinterlassen und das kindliche Sicherheitsgefühl erschüttern (Herpertz-Dahlmann, Hahn & Hempt, 2005).

Allwood et al. (2002) untersuchten 791 bosnische Kinder im Alter von 6 bis 16 Jahren. Die Mehrzahl der Kinder erlebte den Tod oder die Verwundung eines Familienmitgliedes und nahen Schusswechsel, wobei viele der Kinder mehreren Extremlastungen während einer kurzen Zeit ausgesetzt waren. 41% der Kinder wies eine Posttraumatische Belastungsstörung auf.

6.4 Aktuelle Situation

Das Thema Kindheit im Krieg hat nichts an Aktualität verloren und ist nicht nur wichtig für die ältere Generation in Österreich, die im Krieg aufgewachsen ist. Laut Unicef sind in unserer Zeit 90% der Opfer eines Krieges zivile Personen, davon sind 80% Frauen und Kinder (Unicef, 2007).

In einem Unicef Grundsatzpapier (2000) heißt es:

Die Hauptlast der bewaffneten Konflikte der Gegenwart tragen die Familie. ... Kinder leiden nicht nur, weil sie der verwundbarste Teil einer Zivilbevölkerung im Kriegsfall sind. In der Beschaffenheit der heutigen Kriege ist ein Angriff auf die Kindheit an sich mit eingeschlossen. (S. 2)

Beispiele dafür sind, dass eine Million Kinder im vergangenen Jahrzehnt einen oder beide Elternteile im Krieg verloren hat, fünf Millionen Kinder wurden verletzt oder verstümmelt. Die Konflikte im Nahen Osten bedeuten für über eine Million Kinder ein Leben im dauerhaften seelischen Ausnahmezustand. Allein in Afrika sind 120 000 Kindersoldaten im Einsatz (Unicef, 2002).

Die Bedürfnisse und Rechte der Kinder auf Überleben, Schutz vor Missbrauch und Ausbeutung, Recht auf Nahrung, Wasser und Gesundheit werden vor allem im Kriegszustand verletzt. Daher ist im Krieg der Schutz der Kinder und Jugendlichen ein wichtiges Anliegen.

7 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren der PTSD (verfasst von Daniela Wintner)

Dieser Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

7.1 Einleitung

In der Literatur zeigt sich, dass traumatische Erfahrungen keine Seltenheit sind. Eine Studie von Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) in der eine Erhebung an repräsentativen Bevölkerungsgruppen im Alter von 18-60 Jahren durchgeführt wurde, ergab, dass die Mehrheit aller untersuchten Personen mindestens einmal im Laufe ihres Lebens mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert wurden. Bei der Mehrheit der Betroffenen treten im Anschluss an das Trauma Symptome wie Schreckhaftigkeit, Vermeidung traumarelevanter Reize und/oder ungewollte bedrückende Erinnerungen auf. Üblicherweise treten diese Symptome jedoch nur vorübergehend auf und Betroffene überstehen traumatische Ereignisse ohne daran zu erkranken (Maercker & Michael, 2009; Teegen & Cizmic, 2003).

Es zeigt sich, dass sich eine Posttraumatische Belastungsstörung nur bei einem sehr kleinen Teil der Menschen entwickelt. Das weist daraufhin, dass ein traumatisches Ereignis allein nicht immer für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung verantwortlich sein muss und es eine Vielzahl an beeinflussenden Faktoren gibt welche sich positiv, oder aber auch negativ auf die Traumabewältigung auswirken können (Teegen & Cizmic, 2003).

7.2 Resilienz

In der psychosozialen Literatur versteht man unter dem Begriff Resilienz einen Prozess der erfolgreichen Anpassung an, Not und Trauma, Tragödien, Androhungen von Leid und Einflüssen von Stress. Resilienz stellt in gewisser Weise einen Mediator dar, welcher erklärt, dass sich psychische Erkrankungen nach traumatischen Ereignissen nicht immer entwickeln müssen (Yehuda & Flory, 2007).

Bonanno (2004) definiert Resilienz folgendermaßen:

Resilience to loss and trauma pertains to the ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event, such as the death of a close relation or a violent or life-threatening situation, to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning. (S. 20)

Somit bedeutet Resilienz vereinfacht gesagt, die Fähigkeit von Erwachsenen eine stabile Funktionsfähigkeit auch nach traumatischen Ereignissen beizubehalten. Folglich weist das Konzept der Resilienz ein Gegengewicht zu der Sichtweise, dass traumatische Belastungen mit negativen Folgen einhergehen, auf (Yehuda & Flory, 2007).

Als in der Psychologie der Begriff Resilienz auftauchte, kam es zu einer Veränderung der gewohnten Sichtweise (Wasner, 2008). Lange Zeit dominierte in der Gesundheitsforschung die klassische pathogenetische Forschungsrichtung, welche Ursachen sucht, die für die Entstehung einer Krankheit verantwortlich sind und Risikofaktoren zu identifizieren versucht, die diese Krankheit aufrechterhalten bzw. begünstigen. Folglich richtet man dabei die Aufmerksamkeit auf negative Effekte. In neueren Ansätzen verschiebt sich der Blickwinkel auf Ressourcen und protektive Faktoren, die einen Menschen trotz einwirkender Belastungen gesund halten und zur Gesundheit beitragen können (Hammelstein & Reimann, 2006). Die Resilienzforschung beschäftigt sich daher mit der Frage, warum Personen trotz widriger Lebensumstände gesund bleiben, wohingegen andere Personen unter selben Bedingungen krank werden (Bender & Lösel, 1998).

Das Konzept der Resilienz weist Ähnlichkeiten mit dem Salutogenese Konzept von Aaron Antonovsky (1987) auf, welches als einer der bekanntesten, an individuellen Ressourcen und Schutzfaktoren orientierten Ansätze gilt und die Notwendigkeit der intensiven Ausrichtung von Fragen zur psychisch gesunden Entwicklung betont. Der

Fokus soll somit auf schützende Faktoren und Ressourcen gerichtet werden (Bender & Lösel, 1998).

7.2.1 Resilienz in Bezug zu Trauma und PTSD

Der Großteil der Forschung über posttraumatische Belastungsstörung fokussiert sich auf die Untersuchung von Variablen, den Risikofaktoren, die PTSD aufgrund eines Traumas begründen, trotz der Tatsache dass die meisten traumatisierten Menschen keine PTSD entwickeln (Hoge, Austin & Pollack, 2007). Obwohl traumatische Erlebnisse bei einem Teil der Betroffenen zu schweren Belastungen führen, scheint es auch Betroffene zu geben welche sich schneller erholen, ohne ersichtlichen Beeinträchtigungen in ihrer Funktionsfähigkeit (Bonanno, 2004; King et al., 1998).

In jüngerer Zeit wurde der Begriff Resilienz im Kontext von akuten Traumen wie zum Beispiel Kampfhandlungen, Angriffen, Unfällen oder Naturkatastrophen verwendet. In diesem Zusammenhang sind resiliente Personen diejenigen, die zwar ein Trauma erleben aber darauf keine PTSD entwickeln (Hoge, Austin & Pollack, 2007). Hoge, Austin und Pollack (2007) sind der Meinung, dass Resilienz in Zusammenhang mit PTSD, persönliche, psychologische und biologische Variablen, welche gegen die Entwicklung von psychischen Erkrankungen schützen sollen, inkludiert.

Ein wesentlicher Punkt ist, dass obwohl resiliente Personen in ihrem körperlichen und emotionalen Erleben kurzfristig einige Veränderungen wahrnehmen könnten, sind ihre Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis in der Regel relativ kurz und behindern ihre Funktionsfähigkeit zu keinem erheblichen Maße. So berichten resiliente Personen über wenige oder überhaupt keine psychischen Symptome und verfügen auch weiterhin über die Fähigkeit, ein selbsterfüllendes Leben zu leben und neue Aufgaben und Erfahrungen begeistert anzunehmen (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007).

Studien haben festgestellt dass vor allem wahrgenommene soziale Unterstützung mit einer höheren Resilienzausprägung verbunden ist (King, Keane, Fairbank und Adams, 1998; Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley und Southwick, 2010).

So zeigten King, Keane, Fairbank und Adams (1998), an Vietnam Veteranen, dass die in ihrer Studie verwendeten Resilienzfaktoren, Hardiness und soziale Unterstützung, einen starken Einfluss auf die PTSD-Symptomatik aufweisen und dass wahrgenommene und strukturelle (z.B. Mitgliedschaft in Organisationen) soziale Unterstützung mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit an PTSD zu erkranken einhergeht.

Auch Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley und Southwick (2010), untersuchten in ihrer Studie an Kriegsveteranen, ob protektive Faktoren wie Resilienz und soziale Unterstützung vor PTSD schützen. Die Ergebnisse stellten einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und PTSD-Symptomatik fest. Personen mit PTSD wiesen eine geringere Resilienz auf und berichteten über geringere soziale Unterstützung als Personen ohne PTSD.

Anhand der Ergebnisse einer Untersuchung von Gold, Engdahl, Eberly, Blake, Page und Frueh (2000) an ehemaligen Kriegsgefangenen des Zweiten Weltkrieges und des Korea Krieges lässt sich sagen, dass u.a. die Resilienzfaktoren (Bildung und Alter während des Krieges) die besten Prädiktoren für aktuelle PTSD-Symptome darstellten.

7.3 Psychologische Modelle

Im folgenden Abschnitt werden zwei Modelle vorgestellt die sich mit den Ursachen für Traumafolgestörungen beschäftigen. Sowohl das soziale Fazilitationsmodell (Maercker, 2009) als auch das multifaktorielle Rahmenmodell (Maercker, 2003) führen Faktoren auf, welche den Verlauf und die Entstehung einer PTSD entscheidend beeinflussen können.

7.3.1 Soziales Fazilitationsmodell

Die Hauptaussage dieses Modells ist, dass sowohl die Entwicklung als auch der Verlauf einer PTSD stark durch zwischenmenschliche und eigene auf die Umwelt bezogene Gefühle und Gedanken beeinflusst wird. Das Modell begründet sich vor allem

durch die Ergebnisse der Metaanalyse von Brewin, Andrews und Valentine (2000), die soziale Unterstützung als wichtigsten Prädiktor in der PTSD-Symptomatik identifizierten.

Maercker (2009) betont zum einen die Wichtigkeit der Umweltfaktoren. Denn allein die Tatsache, ob es sich um ein man-made oder nature-made Trauma handelt, beeinflusst den Krankheitsverlauf. Man-made Traumata erschüttern stärker als Traumata, die aufgrund von Katastrophen oder Unfällen (nature-made) verursacht wurden, und die Häufigkeit nachfolgender PTSD Symptome ist vergleichsweise größer (vgl. Friedmann, 2004). Bezogen auf die Reaktionen der Umwelt spielt soziale Unterstützung eine große Rolle in der Traumaverarbeitung aber auch empfundene soziale Anerkennung als Opfer bzw. Überlebender stellt einen Schutzfaktor in der Verarbeitung dar (vgl. Maercker & Müller, 2004).

Weiters sind nach Maercker (2009) bei traumatisierten Personen die Gedanken und Gefühle bezogen auf ihr Umfeld bei der Verarbeitung wichtig. Traumatisierte erleben die Welt nach dem Trauma oft als ungerecht und feindselig. Fühlen sich traumatisierte Personen von ihrem Umfeld ausgeschlossen führt dies zu negativen Auswirkungen bezüglich ihres Bewältigungsverhaltens. Wohingegen sich zum Beispiel die Möglichkeit über das Trauma zu sprechen (Disclosure) positiv auf ihr Bewältigungsverhalten auswirkt. Eine zusätzliche wichtige Rolle spielen eigene Gefühle der Traumatisierten, wie Scham oder Ärger bei der Traumaverarbeitung. Lang anhaltender Ärger, welcher bei Traumatisierten oft zu finden ist, vergrößert ihre Bewältigungsprobleme (Maercker, 2009). Darüber hinaus beeinflussen auch soziale Komplikationen, wie zum Beispiel Scheidungen, Bildungsabbrüche oder Arbeitsprobleme die Entstehung und den Verlauf einer PTSD (Maercker, 2009).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in diesem Modell vor Allem die Faktoren soziale Unterstützung, soziale Anerkennung und die Möglichkeit zur Offenlegung traumatischer Erfahrungen die PTSD-Symptomatik erleichtert. Diese Schutzfaktoren werden im Kapitel 8 näher erläutert.

7.3.2 Multifaktorielles Rahmenmodell

Ein weiteres bekanntes Modell innerhalb der Entstehung von Traumafolgestörungen ist das Multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2003). Es beschäftigt sich mit der Frage, warum es nur bei einem Teil der traumatisierten Personen zum Ausbrechen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und zu seelischen Einbußen kommt, während ein anderer Teil vollkommen schadenfrei davonkommt. Sein Modell zeigt, dass es bestimmte Faktoren gibt, die verantwortlich dafür sind ob traumatisierte Personen psychische Auffälligkeiten entwickeln oder nicht.

Das Modell nach Maercker (2003) enthält fünf ätiologische Faktoren:

- Risiko- bzw. Schutzfaktoren
- Ereignisfaktoren
- Aufrechterhaltungsfaktoren
- gesundheitsfördernde Faktoren und
- posttraumatische Prozesse

Risiko- und Schutzfaktoren: Brewin et al. (2000) hatten folgende Prädiktoren identifiziert:

- frühere traumatische Erlebnisse (z.B. in der Kindheit)
- niedriges Bildungsniveau und geringe Intelligenz
- weibliches Geschlecht
- junges Alter zum Moment der Traumatisierung

Ereignisfaktoren:

- Schwere des Traumas (Traumadauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad, Anzahl der Toten)
- Initiale Reaktionen (vor allem die Fähigkeit sich nicht aufzugeben ist wichtig um die Folgen einer PTSD gering zu halten)

Aufrechterhaltungsfaktoren:

- vermeidender Bewältigungsstil (Jeder Gedanke und jedes Gefühl das mit dem Trauma in Verbindung steht wird vermieden)
- kognitive Veränderungen (veränderte Anschauungen und Einstellungen gegenüber sich selbst und gegenüber der Welt sowie Selbstvorwürfe und Schuldgefühle)

Gesundheitsfördernde Faktoren bzw. Schutzfaktoren: Nach Maercker (2003) wirken sich folgende Faktoren positiv auf die Bewältigung von Belastungen aus:

- Kohärenzsinn
- soziale Anerkennung
- Disclosure

Posttraumatische Prozesse und Resultate

Der letzte Teil des multifaktoriellen Rahmenmodelles beinhaltet die verschiedenen posttraumatischen Prozesse und Resultate. Mögliche Konsequenzen einer Traumaeinwirkung können beispielsweise psychische Störungen (PTSD, Angststörungen, depressive Störungen, dissoziative Störungen, etc.) sein. Ebenso kann es zu psychosozialen Veränderungen (z.B. Karrierebrüche, Trennungen, Erziehungsschwierigkeiten, etc.) kommen (Maercker, 2003).

- Posttraumatische Reifung (Posttraumatisches Wachstum)

Ein weiteres wichtiges Resultat bei traumatisierten Personen ist mit persönlichen Reifungsprozessen verbunden. Posttraumatische Reifung resultiert aus der Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen. Bei den Betroffenen werden die Folgen der Auseinandersetzung als positiv erlebt und als Chance für weitere persönliche Entwicklung angesehen. Die daraus resultierenden wahrgenommenen Veränderungen gehen mit einer neuen positiven Sichtweise gegenüber der Welt und einer allgemein positiver erlebten Veränderung des Selbst einher und werden als Wachstumsprozesse empfunden (Fookan, 2009; Zöllner, Calhoun & Tedeschi, 2006).

7.4 Beeinflussende Faktoren von Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTSD

Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen ist die Posttraumatische Belastungsstörung an die Voraussetzung gebunden, dass eine Ursache für die Erkrankung, das erlebte Trauma, als wichtiges Kennzeichen zur Definition dazugehört. Neben diesem Kennzeichen existieren allerdings eine Reihe weiterer Faktoren, welche für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsstörung entscheidend sind (Maercker & Michael, 2009). Das Augenmerk soll dabei nicht nur auf die Schwere des Traumas (Maercker, 2003) oder auf die Traumaart (Friedmann, 2004) gerichtet werden, sondern auch auf Faktoren, die sich negativ auf die Traumabewältigung auswirken können (Risikofaktoren) und dadurch eine Entwicklung einer PTSD begünstigen. Daneben ist es wichtig protektive Faktoren (Schutzfaktoren) bzw. Schlüsselfaktoren der Resilienz zu identifizieren, welche bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen unterstützend waren. Denn nicht jeder der ein traumatisches Erlebnis erfuhr, entwickelte als Folge eine PTSD (Maercker, 2003).

Die Identifizierung von Resilienzfaktoren könnte sicherlich wichtige Erkenntnisse liefern, wie Resilienz und Bewältigung von traumatischen Ereignissen gefördert werden können (Yehuda & Flory, 2007).

In den nächsten zwei Kapiteln soll nun ein Überblick über aktuelle Studienergebnisse gegeben werden, die sich vor allem auf die Risiko- und Schutzfaktoren der Betroffenen in Folge einer Kriegstraumatisierung beziehen. Die meisten Studien befassen sich mit den Spätfolgen bei Kriegsveteranen aus dem Vietnam- und 2. Weltkrieg. Es wurde aber auch Literatur zu ehemaligen, Bombenopfern (Maercker, Herrle & Grimm, 1999), politisch Inhaftierten (Gäbler, Maercker & Schützwohl, 2008), Flüchtlingen (Teegen & Meister, 2000), Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006) und Kriegsgefangenen (Gold, Engdahl, Eberly, Blake, Page, & Frueh, 2000) berücksichtigt. Neben dem amerikanischen Sprachraum existieren auch im deutschen Sprachraum Studien welche sie mit der Untersuchung dieser Thematik befassen.

8 Protektive Faktoren der PTSD (verfasst von Daniela Wintner)

Dieser Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

8.1 Allgemeine Definition

Gesundheitsfördernde Faktoren bzw. Schutzfaktoren versetzen Betroffene in die Lage ihre traumatischen Erlebnisse besser zu verarbeiten bzw. zu integrieren (Maercker, 2003). Wenn es im Leben zu einer Konfrontation mit einem traumatischen Erlebnis kommt, versuchen Betroffene dieses Erlebnis und seine Folgen so gut es geht zu bewältigen. Von großer Bedeutung bei diesen Bewältigungsversuchen sind die vorhandenen Ressourcen bzw. Schutzfaktoren der jeweiligen Personen, die Betroffenen ermöglichen sich mit Belastungen effektiv auseinanderzusetzen und gleichzeitig dazu befähigen nicht an den belastenden Einflüssen zu erkranken (Hammelstein & Reimann, 2005).

Folgende Faktoren werden als bedeutend im Bezug zu Traumata gesehen:

8.2 Kohärenzsinn

Der *sense of coherence* spiegelt die Sichtweise des Lebens einer Person wider und beinhaltet die Fähigkeit auf Stresssituationen, unter Anwendung vorhandener Ressourcen, adäquat eingehen zu können. Damit ist eine globale Ausrichtung gemeint, um das Leben als strukturiert, kontrollierbar und sinnvoll anzusehen (Eriksson & Lindström, 2005). Personen, welche über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen, betrachten aufgrund ihrer Grundanschauung, das eigene Leben und Handeln als innerlich zusammenhängend und sinnvoll (Maercker, 2009).

Nach Antonovsky (1997) setzt sich der Kohärenzsinn aus drei Komponenten zusammen:

1. **Verstehbarkeit:** Damit ist gemeint, dass eine Person ihre Umwelt als verstehbar einschätzt und auch mit unerwarteten Situationen umgehen kann.

2. **Bewältigbarkeit bzw. Handhabbarkeit:** Darunter versteht man, dass eine Person über eine gewisse Anzahl an Ressourcen verfügt um Anforderungen und Schwierigkeiten bewältigen zu können.
3. **Sinnhaftigkeit:** Dieser motivationalen Komponente wird besondere Beachtung in Bezug auf die Stärke des Kohärenzerlebens geschenkt. Das heißt, dass Personen ihr Leben als sinnvoll betrachten und aus Schwierigkeiten lernen können und es sich sozusagen lohnt sich mit schwierigen Situationen auseinanderzusetzen.

Personen, die ihr Leben und die Welt in der Regel als sinnvoll betrachten, sind besser in der Lage an ihren traumatischen Erlebnissen zu wachsen und einen Sinn darin zu finden (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger & Maercker, 2009).

Kuwert, Knaevelsrud, Rosenthal, Dudeck, Freyberger und Spitzer (2008) betrachten das Kohärenzgefühl als eine Bewältigungsfähigkeit, die Personen robuster gegenüber potenziell traumatischen Stressoren macht. Nach Maercker (2003) können Personen mit einem hohen Kohärenzsinn, aufgrund ihrer individuellen Weltanschauung, traumatische Ereignisse besser verarbeiten (vgl. Kuwert et al., 2007, 2008).

In einer weiteren Studie von Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger und Ermann (2007) wurde das Kohärenzgefühl als protektiver Faktor in der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse bestätigt. Bei ihrer Untersuchung an ehemaligen deutschen Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges erzielten diese signifikant höhere Werte als die Vergleichsgruppe, was darauf schließen lässt, dass das Kohärenzgefühl ein protektiver Faktor in der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse ist und die Menschen stärker gegenüber traumatischer Einflüsse macht.

Teegen und Cizmic (2003) konnten in ihrer Untersuchung hinsichtlich des Kohärenzgefühls belegen, dass Teilnehmer mit Posttraumatischer Belastungsstörung über ein geringeres Kohärenzerleben und über eine geringere Ausprägung salutogenetischer Einstellungen verfügten als Teilnehmer ohne PTSD.

Hinsichtlich einer Untersuchung an ehemaligen deutschen Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006) des 2. Weltkrieges, konnte gezeigt werden, dass das Kohärenzgefühl der ehemaligen Frontkrankenschwestern signifikant stärker ausgeprägt war als zu einer repräsentativen Stichprobe älterer Menschen und zu einer Vergleichsgruppe ehemaliger weiblicher Flüchtlinge. Somit ist zu vermuten, dass das Leben der Frontkrankenschwestern mehr durch traumatische Erlebnisse gezeichnet war und dass sich diese Erfahrungen positiv auf ihr Leben auswirkten. Im Bezug auf Unterschiede zwischen ehemaligen Frontkrankenschwestern mit und ohne PTSD wurde festgestellt, dass Frauen mit voller oder partieller PTSD über ein geringeres Kohärenzgefühl verfügten als Frauen ohne PTSD.

Die Ergebnisse einer weiteren Untersuchung von Teegen und Meister (2000), welche ehemalige deutsche Flüchtlinge des 2. Weltkrieges zu ihren Erinnerungen an traumatische Erfahrungen befragten und Bewältigungsstrategien der Betroffenen ermittelten, verdeutlichten, dass Teilnehmer mit PTSD über ein geringer ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügten als Teilnehmer ohne PTSD.

8.3 Soziale Anerkennung

Maercker und Müller (2004) verstehen unter sozialer Anerkennung, dass Traumaopfer von ihrer Gesellschaft positive Reaktionen und Wertschätzung für ihren einzigartigen Zustand erfahren. Der Begriff "sozial" inkludiert hierbei nicht nur die engsten sozialen Netzwerke des Opfers (z.B. Familie und Freunde), sondern auch bedeutsame Personen (z.B. lokale Behörden) und Gruppen (z.B. am Arbeitsplatz, Mitbürger). Im besten Fall umfasst soziale Anerkennung bedingungslose Unterstützung als Opfer oder Überlebender. Im schlimmsten Fall erfahren Betroffene eine Reihe an negativen Feedback, wie Ignoranz, Ablehnung und/oder Schuldzuschreibungen. Im Vergleich zur sozialen Unterstützung, die durch den Grad der emotionalen und instrumentellen Unterstützung durch bekannte Personen aus der Umgebung der Betroffenen definiert ist, wird das Umfeld bei der sozialen Anerkennung erweitert.

Wenn Betroffene als Opfer bzw. als Überlebende des traumatischen Ereignisses

anerkannt werden und ihnen zusätzlich Mitgefühl und Verständnis gegenüber der Besonderheit des Erlebten entgegengebracht wird, kann dies im besten Fall die Belastungen verringern (Maercker, 2003).

Die Untersuchung von Gäbler, Maercker und Schützwohl (2008) untermauerte die Tatsache, dass sich soziale Anerkennung traumatischer Belastungen seitens der Gesellschaft als wichtige Variable in der PTSD-Symptomatik herausstellte. Es war den Betroffenen wichtig, dass ihre traumatischen Erlebnisse von Freunden und Familienmitgliedern anerkannt wurden. Ebenso war ihnen Anerkennung und Wertschätzung gegenüber ihrer traumatischen Erlebnisse von Seiten der Gesellschaft wichtig. Personen welche das Gefühl haben, dass ihre Erlebnisse von ihrem sozialen Umfeld als zu wenig bedeutsam empfunden werden, wurden mit einer eindeutig stärker ausgebildeten PTSD-Symptomatik assoziiert. Erlebte Wertschätzung und Anerkennung stellen somit wichtige Schutzfaktoren dar. In der Studie von Maercker und Müller (2006) wurde ebenfalls der Faktor, soziale Anerkennung als Opfer, als Prädiktor der PTSD-Symptomatik bestätigt.

8.4 Disclosure

Das offene Sprechen über traumatische Ereignisse wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus (Maercker, 2003). In mehreren Studien wurden die gesundheitsförderlichen Auswirkungen, über das Offenlegen und sich Mitteilen seiner traumatischen Erlebnisse, bestätigt (vgl. Müller & Maercker, 2006; Pennebaker, Barger & Tiebout, 1989).

Das Ziel der Studie von Pennebaker, Barger und Tiebout (1989) war es herauszufinden, ob der Akt der Offenlegung traumatischer persönlicher Erfahrungen rund um den Holocaust positive Auswirkungen auf die langfristige Gesundheit hat. In der vorliegenden Studie diskutierten 33 Holocaust Überlebende in einem ein- bis zweistündigen Interview über ihre Erfahrungen während des 2. Weltkrieges, während Hautleitfähigkeit und Herzfrequenz kontinuierlich überwacht wurden. Jedes Interview wurde auf Video aufgezeichnet. Die Gesundheit der Teilnehmer wurde vor und 14 Monate nach der Untersuchung dokumentiert. Anhand der Ergebnisse wurde festgestellt, dass

diejenigen Personen, die ihre Erfahrungen während des Interviews offenbarten, weniger gesundheitliche Probleme im Jahr nach der Untersuchung aufwiesen, als Personen die wenig erzählten. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Offenlegung von persönlichen Erfahrungen und langfristiger psychischer Gesundheit nach dem Interview.

In der Studie von Maercker und Müller (2006) wurde der Einfluss der Faktoren, wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer und Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Disclosure), auf die Traumaverarbeitung untersucht.

Die Ergebnisse zeigten einen Einfluss der beiden Faktoren auf die PTSD-Symptomatik. Den größten Einfluss leistete allerdings der Faktor Disclosure. Vor allem die selbst wahrgenommene emotionale Reaktion beim Offenlegen traumatischer Erfahrungen stellte einen relevanten Prädiktor dar.

8.5 Hardiness (Widerstandsfähigkeit)

Bonanno (2004) sieht Hardiness, als besonders bedeutsamen Resilienzfaktor in Bezug zu Traumata an. Das Persönlichkeitsmerkmal „Widerstandsfähigkeit“ oder „Zähfestigkeit“ hilft extremen Stress abzufangen. Menschen mit dieser Eigenschaft nutzen soziale Unterstützung und sind besser gerüstet um erfolgreiche Bewältigungsstrategien anzuwenden.

Nach Bonanno (2004) setzt sich Hardiness aus drei Dimensionen zusammen:

- Die Fähigkeit ein sinnvolles Ziel im Leben zu erkennen.
- Der Glaube, dass man die Umwelt und Ergebnisse von Ereignissen beeinflussen kann.
- Der Glaube, dass man sowohl aus positiven als auch aus negativen Erfahrungen lernen und daran wachsen kann.

Nach Edwards, Sakasa und van Wyk (2005), beinhaltet Hardiness das Gefühl der Kontrolle über das eigene Schicksal und ein Gefühl der Selbstverpflichtung.

Hardiness mildert die negativen Auswirkungen von belastenden Lebensereignissen und kann einen positiven Beitrag hinsichtlich körperlichen Erkrankungen und psychischen Belastungen leisten. In mehreren Studien wurde Hardiness mit einer geringeren PTSD-Symptomatik assoziiert (vgl. King et al., 1998; Zakin, Solomon & Neria, 2003).

Die Untersuchung einer Gruppe von Vietnam Veteranen von King, Fairbank, Keane und Adams (1998) zeigte, dass stärker ausgeprägte Hardiness nach Kriegstraumata mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von PTSD-Symptomen assoziiert war. Zakin, Solomon und Neria (2003) konnten anhand ihrer Untersuchung belegen, dass das Vorhandensein von Hardiness sowohl bei ehemaligen Kriegsgefangenen als auch bei Kriegsveteranen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit an PTSD zu erkranken verbunden war.

8.6 Soziale Unterstützung

Das Fehlen von sozialer Unterstützung wird immer wieder in Zusammenhang mit PTSD beschrieben (vgl. Brewin et al., 2000; Gäbler, Maercker & Schützwohl, 2008; Gold et al., 2000; King et al., 1999; Kuwert et al., 2008; Pietrzak et al., 2009). Wahrgenommene soziale Unterstützung wird mit Gesundheit und einem positiven Wohlbefinden verbunden (Bonanno et al., 2007).

Brewin et al. (2000) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen und die Bewältigung der Folgen, durch soziale Unterstützung stark gefördert werden kann. Somit stellt wahrgenommene soziale Unterstützung einen wichtigen Schutzfaktor dar. Dabei ist nicht ausschlaggebend wie viele Personen das soziale Netzwerk umfassen, sondern die Qualität der erhaltenen Hilfe, dass also die Helfer den Betroffenen wirklich helfen können. Folglich kann man davon ausgehen, dass Personen mit einem intakten und zufriedenen sozialem Umfeld, besser in der Lage sind traumatische Erlebnisse zu bewältigen (Maercker, 1998).

In einer Studie von King, King, Foy, Keane und Fairbank (1999) wurde die positive

Wirkung von sozialer Unterstützung bestätigt. Es konnte belegt werden, dass sie einen wichtigen Beitrag in der Entstehung und Aufrechterhaltung posttraumatischer Reaktionen leistet. King et al. (1998) stellten in ihrer Studie fest, dass sowohl wahrgenommene als auch strukturelle (z.B. Mitgliedschaft in Organisationen) soziale Unterstützung mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von PTSD assoziiert war.

Pietrzak et al. (2009) untersuchten in ihrer Studie ob soziale Unterstützung einen Schutzfaktor für PTSD darstellt. Sie konnten anhand von 272 Kriegsveteranen aufzeigen, dass höhere wahrgenommene soziale Unterstützung negativ mit PTSD verbunden war. Die Ergebnisse einer Untersuchung von Gäbler et al. (2008) verdeutlichten, dass sich vorhandene soziale Unterstützung als Schutzfaktor für die PTSD-Symptomatik bestätigt. Es stellte sich heraus, dass Personen mit sozialer Unterstützung und wahrgenommener Zufriedenheit mit den Sozialkontakten mit einer geringeren PTSD-Symptomatik einhergehen, wohingegen Isolation, Unzufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk und erlebte Einsamkeit einen negativen Einfluss auf die PTSD-Entwicklung hat.

Anhand einer großen Studie in welcher über 1300 Vietnamveteranen untersucht wurden, legten die Ergebnisse nahe, dass die PTSD-Symptomatik signifikant von wahrgenommener sozialer Unterstützung beeinflusst wird (Koenen, Stellman, Stellman & Sommer, 2003).

8.7 Weitere protektive Faktoren

Maercker (1998) identifizierte in seinen Studien eine Reihe an Faktoren, die bei der Bewältigung von traumatischen Ereignissen protektiv wirken:

- Man setzt sich offen mit dem Trauma auseinander
- Männliches Geschlecht
- Höhere Bildung
- Traumatisches Ereignis fand im mittleren Alter statt

Bonanno (2004) führt folgende Resilienzfaktoren an, die als bedeutend in Bezug zu Traumata gesehen werden:

- **Widerstandsfähigkeit (Hardiness)**
- **Hohe Selbstaufwertung und hohes Selbstbewusstsein:** Menschen mit einer überhöhten Selbstaufwertung scheinen resistenter gegenüber Belastungen zu sein. Darunter ist die Tendenz zu eigennützigen Verzerrungen in Bezug auf Wahrnehmung und Attribution gemeint (z.B. Überschätzung der eigenen positiven Eigenschaften). Solche Personen tendieren zu narzisstischen Zügen und rufen bei anderen Personen negative Reaktionen hervor. Weiters scheinen Personen mit hoher Selbstaufwertung völlig ahnungslos zu sein, dass durch ihr Verhalten kritische Reaktionen bei anderen Personen erweckt werden. Und diese Art von Selbst-Verzerrung scheint eine entscheidende Rolle in der Ausbildung ihrer Fähigkeit – eine stabile und gesunde Funktionsfähigkeit nach einem traumatischen Ereignis aufrechtzuerhalten – zu sein (Bonanno, 2005).
- **Coping durch Verdrängung:** Hardiness und Selbstaufwertung sind kognitive Prozesse, während repressives Coping als Folge von emotional-orientierten Mechanismen eintritt, wie zum Beispiel emotionale Dissoziation. Personen die negative Gefühle, Gedanken und Erinnerungen vermeiden, berichten über relativ weniger Stressreaktionen in Stresssituationen. Sie scheinen besser mit Belastungen umzugehen und auch wenn sie manchmal mehr körperliche Symptome aufweisen, verschwinden diese auf lange Sicht wieder.
- **Positive Emotionen und Humor:** Beide spielen eine Rolle in Bezug auf Resilienz, da die negativen Aspekte des Ereignisses in den Hintergrund kehren und somit auch die negativen Emotionen allmählich vergehen.

9 Risikofaktoren der PTSD (verfasst von Daniela Wintner)

Dieser Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

9.1 Allgemeine Definition

Als Risikofaktoren werden jene Faktoren bezeichnet, welche einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf einer Krankheit einer Person haben und das Risiko für das Entstehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhöhen (Maercker, 2003).

9.2 Mögliche Risikofaktoren

Als Risikofaktoren können neben dem Fehlen der aus Kapitel 8 genannten Schutzfaktoren noch folgende gelten. Friedmann (2004) führt eine Reihe von Risikofaktoren an, die für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausschlaggebend sind:

A. Subjektive Risikofaktoren:

- Die Person war auf das Trauma nicht vorbereitet
- Im Verlaufe des Traumas erlebt die Person, dass sie nur wenige Möglichkeiten besitzt um das Geschehene zu beeinflussen
- Bei der Person treten Schuldgefühle im Bezug auf das Erlebte auf
- Es kommt zu keiner Hilfe während des Traumageschehens
- Gefährdete Risikogruppen sind vor allem junge und alte Personen

B. Objektive Risikofaktoren

- Traumaart: Wie schon im Abschnitt 3 angeführt, erschüttern Traumata, welche von Menschen (man-made-disaster) verursacht wurden stärker als Traumata die aufgrund von Katastrophen oder Unfällen (nature-made-disaster) verursacht wurden. Wenn das Trauma dann auch noch mit Absicht ausgelöst wurde (z.B. Folter) wird die Wirkung erheblich verstärkt. Schließlich ist natürlich die Dauer

des Traumas relevant.

- Auftreten einer physischen Verletzung: Traumatisierte Personen, welche körperliche Frakturen erleiden mussten werden durch diese Beeinträchtigung ständig an das Trauma erinnert, da sie mit den körperlichen Folgen des Traumas kontinuierlich konfrontiert werden.
- Ausgesetztsein gegenüber traumarelevanten Signalen: Beispielsweise durch andere Betroffene erinnert werden, sich weiterhin im Traumaumfeld aufhalten, etc.

Die bisher umfassendste Studie zu den Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung ist die Studie von Brewin et al. (2000). Sie identifizierten in einer Metaanalyse von 77 Studien 14 posttraumatische Einflussfaktoren bei Erwachsenen. Den stärksten Einfluss auf die Entwicklung einer PTSD haben demnach folgende Risikofaktoren:

- •Schweregrad des Traumas
- Mangel an sozialer Unterstützung
- Allgemeiner Lebensstress
- Belastungen in der Kindheit
- Geringes Bildungsniveau
- Weibliches Geschlecht
- Niedriger sozioökonomischer Status

Vor allem die Faktoren, Schwergrad des Traumas, Mangel an sozialer Unterstützung und allgemeiner Lebensstress, stellten sich als wichtige Prädiktoren für die Ausprägung der PTSD heraus, weit vor den peritraumatischen Einflussfaktoren (Brewin et al., 2000).

King et al. (1999) untersuchten in ihrer Studie die Beziehung zwischen prätraumatischen Risikofaktoren (sozioökonomischer Status, Beziehung zu Vater, instabile Familienverhältnisse, frühere Traumata, antisoziales Verhalten in der Kindheit, Kriegseintrittsalter), Kriegsgebietstressoren (Kämpfe, Misshandlungen und Gewalt, Bedrohungen, schreckliche Kriegsgebietsumgebung), posttraumatischen Einflussfaktoren

(stressende Lebensereignisse, Widerstandsfähigkeit, soziale Unterstützung) hinsichtlich des Schweregrades der PTSD-Symptome.

Für Frauen hatten sechs Variablen einen direkten Einfluss auf den Schweregrad einer PTSD:

- Frühere Traumata (prätraumatische Risikofaktoren)
- Misshandlungen und Gewalterfahrungen (Kriegsgebietstressoren)
- Zusätzliche stressende Lebensereignisse (posttraumatische Einflussfaktoren)
- Hardiness (posttraumatische Einflussfaktoren)
- Soziale Unterstützung (posttraumatische Einflussfaktoren)

Für Frauen hatten die posttraumatischen Einflussfaktoren den stärksten Einfluss auf die PTSD Entwicklung.

Für Männer hatten neun Variablen einen direkten Einfluss auf den Schweregrad einer PTSD:

- Die selben sechs Faktoren wie bei den Frauen
- Das Alter in dem sie in den Krieg eingezogen wurden (prätraumatische Risikofaktoren)
- schreckliche Kriegsgebietsumgebung (Kriegsgebietsstressoren)
- soziale Unterstützung (posttraumatische Einflussfaktoren)

Für Männer hatten die Kriegsgebietstressoren den stärksten Einfluss auf die PTSD Entwicklung.

Demographische Risikofaktoren

Wie auch schon bei Friedmann (2004) fanden auch Maercker, Herrle und Grimm (1999) in ihrer Studie an ehemaligen Dresdner Bombennachtsopfer das Alter als Risikofaktor heraus. Es zeigte sich, dass Personen die Traumatisierungen im Jugendalter und mittleren Erwachsenenalter erfahren mussten, ein erhöhtes Risiko aufwiesen an PTSD nach einem Trauma zu erkranken. Weiters stellte sich das Geschlecht als

wichtiger Risikofaktor in der Entstehung einer PTSD heraus. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass in Bezug auf die PTSD-Symptomatik von einer höheren Vulnerabilität bei Frauen ausgegangen werden kann (Brewin et al., 2000; Teegen & Meister, 2000; Voges & Romney, 2002).

In einer Studie von Magruder et al. (2004) wurden an Kriegsveteranen demographische Faktoren hinsichtlich ihrer Beziehungen zu PTSD untersucht. Es zeigte sich, dass diejenigen Personen, welche in einer Beziehung lebten eine geringere PTSD-Symptomatik aufwiesen als allein lebende Personen. Zusätzlich leistete die Variable Berufsstand einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik. Personen die einer Arbeit nachgingen wiesen geringere PTSD-Symptome auf als Personen welche nicht arbeitstätig waren.

9.3 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Zusammenfassend lässt sich anhand zahlreicher Forschungsergebnisse sagen, dass sich die Faktoren, Alter, Geschlecht, Familienstand, soziale Anerkennung, soziale Unterstützung, Kohärenzgefühl, Hardiness, Disclosure, frühere Traumata, Traumaschwere und zusätzlicher Lebensstress, als wichtige Variablen in der PTSD-Symptomatik, in Bezug auf kriegstraumatisierte Personen, herausstellten. Bei den meisten Untersuchungen zeigte sich, dass vor allem soziale Unterstützung einen wichtigen Prädiktor in der Entstehung einer PTSD darstellt und Personen mit sozialer Unterstützung und wahrgenommener Zufriedenheit mit ihren sozialen Kontakten mit einer geringeren PTSD-Symptomatik einhergehen (Brewin et al., 2000; Gäbler, Maercker & Schützwohl, 2008; Gold et al., 2000; King et al., 1999; Kuwert et al., 2008; Pietrzak et al., 2009).

Zusätzlich wurde der Faktor soziale Wertschätzung als Opfer oder Überlebender als Prädiktor der PTSD-Symptomatik bestätigt (Maercker & Müller, 2006), somit kommt es durch eine verringerte Anerkennung traumatischer Belastungen seitens der Gesellschaft, zu einer stärkeren Ausprägung von PTSD-Symptomen (Gäbler, Maercker & Schützwohl, 2008).

In Bezug auf das Alter ergab sich, dass Personen welche Traumatisierungen im Jugendalter und/oder mittleren Erwachsenenalter erfahren mussten, ein erhöhtes Risiko aufweisen an PTSD zu erkranken (Friedmann, 2004; Gold et al., 2000; King et al., 1999; Maercker et al., 1999).

Hinsichtlich des Kohärenzgefühles lässt sich sagen, dass Personen mit PTSD über ein geringeres Kohärenzgefühl verfügten als Personen ohne PTSD (Teegen & Handwerk, 2006; Teegen & Meister, 2000). Es stellte sich jedoch auch heraus, dass kriegstraumatisierte Personen über ein höheres Kohärenzgefühl verfügten (Kuwert et al., 2008; Teegen & Handwerk, 2006).

Bezogen auf das Geschlecht zeigte sich, dass Frauen signifikant häufiger unter PTSD-Symptomen litten als Männer (Brewin et al., 2000; Teegen & Meister, 2000). Ebenso stellten sich noch zusätzliche stressende Lebensereignisse (Bonanno, 2004; Brewin et al., 2000; King et al., 1999), Traumaschwere (Brewin et al., 2000; Gold et al., 2000; Maercker et al., 1999), frühere Traumata (Gold et al., 2000; King et al., 1999), Persönlichkeitsfaktoren (v.a. Hardiness) (Bonanno, 2004; Gold et al., 2000; King et al., 1998; King et al., 1999) und Disclosure (Müller & Maercker, 2006; Pennebaker et al., 1989) als einflussreiche Faktoren in der PTSD-Symptomatik heraus.

10 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren im

Alter (verfasst von Daniela Wintner)

Dieser Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und ist auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) enthalten.

Das folgende Kapitel bezieht sich auf die besonderen Lebensbedingungen älterer Menschen. Neben der Beschreibung belastender Lebensereignisse älterer Menschen, werden die pathogenetischen Faktoren einer Traumareaktivierung näher beleuchtet und ein kurzer Einblick zur Beschaffenheit des autobiographischen Gedächtnisses bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung gegeben. Schließlich findet sich am Ende des Kapitels ein Exkurs bezüglich des Themas PTSD und Demenz. Dazu werden interessante und aktuelle Studienergebnisse angeführt, welche sich mit dem Thema beschäftigen, dass neben biologischen Faktoren auch psychosoziale Faktoren, wie beispielsweise traumatische Erfahrungen, als mögliche Gründe für eine Demenzerkrankung in Frage kommen.

Vor allem sollen die belastenden Ereignisse im Alter näher beleuchtet werden. Nach Heuft (1999) kann nämlich der Alterungsprozess einen verzögerten Beginn bzw. eine Verschlimmerung der PTSD-Symptomatik begünstigen. Im höheren Lebensalter wird die Bedeutung des Traumas in die Prozesse des Alterns einbezogen und durch belastende Lebensereignisse, Stressoren und Bewältigungsmaßnahmen des Älterwerdens verändert (Maercker, 2002).

Der Prozess des Alterns ist gekennzeichnet durch eine Zunahme an belastenden körperlichen und seelischen Einbußen. Menschen höheren Alters werden mit dem Verlust von nahe stehenden Personen, der Einschränkung sozialer Interaktionen und einer Zunahme an körperlichen Erkrankungen und Funktionseinbußen konfrontiert (Teegen & Cizmic, 2003). Durch die veränderten Lebensbedingungen und der damit zusammenhängenden Belastungen können bisher funktionale Bewältigungsmaßnahmen wie beispielsweise intensives Arbeiten, Sport etc. nicht mehr erfolgreich angewendet werden und es kann zu einem Wiederauftreten oder zu einer Verschlimmerung bereits

bestehender PTSD-Symptome kommen. Zusätzlich können auch andere Auslöser wie beispielsweise Jahrestage des Traumas eine Verschlimmerung begünstigen (Hankin, 1997).

Hinsichtlich der Schutzfaktoren im höheren Alter gelten für eine gute Bewältigung traumatischer Erlebnisse, nahezu die selben protektiven Faktoren wie im Kapitel 8 beschrieben, also vor Allem der Kohärenzsinn, das Sprechen über das Trauma, soziale Anerkennung als Opfer bzw. Überlebender sowie soziale Unterstützung.

10.1 Belastende Lebensereignisse im Alter

Nach Maercker (2002) zählen zu den belastendsten Ereignissen im Alter:

- Eintritt in die Pension
- Verlust von Bezugspersonen
- Zunahme von körperlichen und kognitiven Funktionseinbußen
- Zusätzliche Belastungen und Kumulationseffekte (z.B. psychische und physische Krankheiten, Geldprobleme, traumatische Ereignisse aus früheren Zeiten, Bewusstwerden des eigenen Todes)

Kuwert und Knaevelsrud (2009) zählen folgende Stressoren im höheren Lebensalter auf:

- Verlust von Mobilität
- Geldprobleme
- Verringerte soziale Kontakte
- Umzug in ein Pensionisten bzw. Pflegeheim
- Körperliche Krankheiten
- Verminderte sensorische Fähigkeit
- Einnahme von Medikamenten mit Nebenwirkungen
- Partnerverlust
- Pensionierung
- Kognitive Beeinträchtigungen

Sie sind der Ansicht, dass Traumafolgestörungen durch die genannten Stressoren im höheren Lebensalter negativ beeinflusst werden und die körperliche und psychische Gesundheit stark beeinträchtigen können.

10.2 Autobiografisches Gedächtnis bei PTSD

Da sich die Gedächtnisorganisation und -funktion im Laufe des Lebens verändert kann es dadurch im höheren Alter zu einer Veränderung traumarelevanter Erinnerungen kommen. Das Gedächtnis speichert üblicherweise autobiografische Erinnerungen in einer geordneten Weise ab. Es werden Erlebnisse nach Zeitintervallen (z.B. Schulzeit, Beruf) und nach persönlich wichtigen Bereichen (z.B. Hobbies, Einstellungen) geordnet. Der Abruf dieser Ereignisse funktioniert anhand von Suchstrategien, welche sich an der Bedeutung der Erlebnisse richten.

Leidet man jedoch an einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird davon ausgegangen, dass das Traumagedächtnis zu wenig nach seiner Bedeutung geordnet ist und nicht vollständig in den Zusammenhang anderer Erinnerungen eingegliedert wurde. Aufgrund der Tatsache, dass die Erlebnisse ungenügend in ihrer Bedeutung geordnet wurden, kommt es zu bruchstückhaften vorhandenen Erinnerungen die weder inhaltlich noch zeitlich richtig wiedergegeben werden können. Es kommt daher beispielsweise oft zu einem assoziativen Hin-und-her-Springen in Darstellungen von PTSD Patienten (Maercker, 2002).

10.3 Traumareaktivierung im Alter

Wie schon im Kapitel 7 angesprochen kann es im Alter zu einer Reaktivierung vergangener Traumata kommen.

Heuft (1999) betont, dass Belastungen innerhalb des Alterungsprozesses traumatische Inhalte wiedererwecken, oder einen verzögerten Beginn bzw. eine Verschlimmerung der PTSD-Symptomatik begünstigen können. Oft wird der Alterungsprozess aufgrund der oft bevorstehenden Abhängigkeit und Hilflosigkeit als sehr ängstigend erlebt. Das

Gefühl des Ausgeliefert-Seins und der Abhängigkeit ähnelt stark der damaligen traumatischen Situation, in welcher sich die Betroffenen auch ausgeliefert und hilflos fühlten. Dieses Wiedererwachen von Erinnerungen führt gegebenenfalls zu der Auslösung einer Traumareaktivierung. Obwohl ein Teil der älteren Menschen trotz traumatischer Erfahrungen im Laufe ihres Lebens keine PTSD entwickeln können traumatische Inhalte erst nach vielen Jahren, in der Zweiten Hälfte des Erwachsenenalters, aktiviert werden (Heuft, 1999).

So sind nach Maercker et al. (1999) Ereignisse wie die Pensionierung und der Verlust von sozialen Rollen gravierende Gründe für die Verschlimmerung einer bestehenden PTSD-Symptomatik.

Nach Böwing und Schröder (2009) lassen sich fünf pathogenetische Dimensionen einer Traumareaktivierung unterscheiden:

- **Somatische Dimension: Gebrechlichkeit:** Nach Heuft (1999) erfahren Patienten, aufgrund des körperlichen Alterungsprozess, ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefert-Seins und werden dadurch an das traumatische Erlebnis erinnert.
- **Psychische Dimension: kognitive Beeinträchtigungen (Vergesslichkeit):** Durch eine veränderte Gedächtnisorganisation und -funktion können traumarelevante Erinnerungen verändert werden.
- **Soziale Dimension: Einsamkeit:** Durch Veränderungen der sozialen Situation (z.B. Pensionierung, Selbstständigkeit der Kinder oder Tod des Partners) werden Türen zur Wahrnehmung bislang unbewältigter Erlebnisse geöffnet.
- **Biografische Dimension: Lebensrückblick:** Im Alter kann aufgrund von Auseinandersetzungen mit der eigenen Person, wie beispielsweise das Verfassen einer Autobiografie oder ein Besuch in der alten Heimat, eine Traumareaktivierung ausgelöst werden.
- **Politische Dimension: Kriegsberichterstattung:** In den letzten Jahren kam es vermehrt zu Berichten und Filmen über den Zweiten Weltkrieg. Bei Betroffenen kann es dadurch zu einer Aufarbeitung ihrer vergangenen Erlebnisse kommen, und kann wiederum eine Traumareaktivierung begünstigen.

10.4 Exkurs: PTSD und Demenz

Die Ursachen von Alzheimer Demenz (AD) sind vielfältig und noch teilweise unbekannt. So geht man zum Beispiel davon aus, dass genetische Faktoren, starker Alkoholkonsum, geringer Bildungsgrad und höheres Alter Risikofaktoren der AD darstellen (Paulitsch, 2008). Es wird angenommen, dass es im Laufe der Erkrankung zu vermehrten Proteinablagerungen im Gehirn kommt und dies zu einem Absterben von Nervenzellen führt (Knecht & Berger, 2004). Somit wird die Krankheit Demenz meist als unvermeidbares Schicksal betrachtet dessen Entstehung und Verlauf man nicht beeinflussen kann. Neueste Forschungsergebnisse zeigen jedoch auch eine andere Sichtweise der Entstehungsursachen von AD (Kumrow, 2009).

Folgend werden Studien angeführt die sich mit der Thematik befassen, dass neben den hirnorganischen und genetischen Ursachen, die für eine Demenz verantwortlich sind, auch psychosoziale Faktoren existieren können die eine Demenz im Alter begünstigen. So dass zum Beispiel auch traumatische Erlebnisse oder häufiger Stress zu kognitiven Beeinträchtigungen im Alter führen können (Goodman et al., 2007; Yaffe, 2010).

Bei der sogenannten “Nonnenstudie“, wurden Nonnen über einen längeren Zeitraum von einem Ärzteteam begleitet und erlaubten dem Forschungsteam die Untersuchung ihrer Gehirne nach deren Tod. Bei den gesunden, nicht demenzkranken, Nonnen zeigten sich degenerative Veränderungen des Gehirns, die auf eine hochgradige Demenzerkrankung hinweisen würden. Im Gegenzug zeigten sich bei Nonnen desselben Klosters, die im Laufe ihres Lebens tatsächlich eine Demenzerkrankung erfahren mussten, geringere degenerative Veränderungen des Gehirns. Aufgrund dieser Ergebnisse können nicht nur hirnorganische Veränderungen als Entstehungsursache für Demenz angenommen werden. Es muss individuelle Faktoren geben die im Alter dazu beitragen an Demenz zu erkranken (Snowdon, 2003).

In einer Studie von Böwing, Schmidt, Juckel und Schröder (2008) wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren kriegstraumatisierte gerontopsychiatrische Patienten, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten, untersucht. Es wurden 12 PTSD-

Patienten mit psychotischen Symptomen (z.B. Verfolgungswahn, optische Halluzinationen, Schwangerschaftswahn) mit 22 nichtpsychotischen PTSD-Patienten verglichen. Die Ergebnisse stellten fest, dass die psychotischen Patienten dabei eindeutig öfter dement waren als die nichtpsychotischen (75% versus 27%). Die psychotischen Erlebnisse standen in nahen Bezug zu den traumatischen Erlebnissen. Dies führte zu dem Schluss, dass psychotische Symptome bei gerontopsychiatrischen Patienten genauer untersucht werden sollten um mögliche Bezüge zu traumatischen Erlebnissen aufzudecken. Denn so könnten psychotische Symptome auch als PTSD-Symptome, die sich im Laufe hirndegenerativer Erkrankungen (Demenz) verändert haben, verstanden werden.

Goodman et al. (2007) untersuchten ebenfalls die kognitive Leistung an gerontopsychiatrischen Patienten welche an einer Schizophrenie litten. Patienten die den Holocaust überlebt hatten und an PTSD litten, wurden mit schizophreniekranken Patienten ohne Holocaust Erfahrungen und ohne PTSD-Symptomen verglichen. Dabei erzielte die Holocaust Gruppe signifikant schlechtere Ergebnisse und zeigte eine kognitiv stärkere Beeinträchtigung als die Vergleichsgruppe.

Dass sich die Demenzrate nach einem traumatischen Erlebnis erhöht, konnte eine aktuelle Untersuchung von Yaffe et al. (2010) belegen. Sie gingen der Frage nach ob das Vorhandensein einer PTSD einen Risikofaktor für eine dementielle Erkrankung darstellt. Insgesamt nahmen 181 093 anfänglich kognitiv unbeeinträchtigte Vietnam-Kriegsveteranen teil, bei ca. 50 000 wurde eine PTSD diagnostiziert. Während des Zeitraumes 2001-2007 wurden bei 31 107 (17,2%) Teilnehmer eine Demenz diagnostiziert. Die Ergebnisse zeigten, dass diejenigen Kriegsveteranen, die mit PTSD diagnostiziert worden sind, ein beinahe zweifach höheres Risiko an Demenz zu erkranken aufwiesen als jene die nicht unter PTSD litten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Menschen höheren Alters mit einer Vielzahl an belastenden Ereignissen konfrontiert werden. Anhand der veränderten Lebensbedingungen und der fortschreitenden Funktionseinbußen können bisher erfolgreiche Bewältigungsstrategien nicht mehr adäquat angewendet werden. Neben

Friedmann (2004), welcher alte Personen als gefährdete Risikogruppen für PTSD ansieht und Maercker et al. (1999), die beispielsweise die Pensionierung als Grund für die Verschlimmerung einer bestehenden PTSD in Betracht ziehen, betont auch Heuft (1999), dass Belastungen innerhalb des Alterungsprozesses traumatische Inhalte wieder erwecken und einen verzögerten Beginn einer PTSD auslösen können. Hinsichtlich der Entstehung von Alzheimer Demenz könnten neueste Studienergebnisse zu einer Veränderung der gewohnten Sichtweise, dass neben hirnorganischen Veränderungen auch psychosoziale Faktoren als Ursache für Demenz angenommen werden, verhelfen. So konnte anhand einer großen Stichprobe gezeigt werden, dass PTSD einen möglichen Risikofaktor für Demenz darstellt (Yaffe, 2010) und dass auch traumatische Erlebnisse oder häufiger Stress zu kognitiven Beeinträchtigungen im Alter führen können (Goodman et al., 2007).

11 Untersuchungsziel (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner)

Das vorliegende Kapitel wurde in Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen Bettina Schiller und Daniela Wintner erstellt und ist in abgeänderter Form in der vorliegenden Diplomarbeit, in der Diplomarbeit von Schiller (2011) und in der Diplomarbeit von Wintner (2011) enthalten. Angeführte Forschungsfragen und –hypothesen betreffen ausschließlich die vorliegende Arbeit.

Im folgenden Abschnitt wird Aufschluss über das Ziel der vorliegenden Arbeit gegeben. Des Weiteren werden die einzelnen Forschungsfragen und die zu prüfenden, aus den Forschungsfragen abgeleiteten, Forschungshypothesen vorgestellt.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich vordergründig mit der Abbildung des momentanen psychischen Gesundheitszustandes von älteren Menschen in Österreich. Im Speziellen wird auf erlebte kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Nachkriegszeit eingegangen und deren Zusammenhang mit der heutigen psychischen Konstitution, unter Berücksichtigung der Posttraumatischen Belastungsstörung, untersucht.

Die ältere Generation in Österreich hat vor rund 60 Jahren den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit miterlebt und verstärkt Traumatisierungen in dieser Zeit erfahren. Diese Studie versucht einerseits die Art und Häufigkeit der erlebten traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit in Österreich und allgemeine Lebensumstände dieser Zeit zu verdeutlichen, andererseits im weiteren Lebenslauf erforderte traumatische Erfahrungen zu erfragen und die jeweiligen Zusammenhänge mit der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und psychischer Beschwerden darzustellen. Des Weiteren werden Schutz- und Risikofaktoren untersucht.

Besonders an dieser Arbeit erscheint, dass die Annäherung an das komplexe Thema Zweiter Weltkrieg und Nachkriegszeit in Österreich, nicht nur von psychologischer Seite erfolgt, sondern, dass das zugrunde liegende Projekt auf einer Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Ludwig Boltzmann Institutes für Kriegsfolgenforschung (BIK) in Graz basiert. Durch intensive Workshops kann gewährleistet werden, dass zur vollständigen Abbildung dieses Themenbereiches auch die historische

Perspektive, vor allem bei der Erstellung des Interviewleitfadens, der Stichprobenrekrutierung und der Beschreibung der historischen Gegebenheiten in der theoretischen Auseinandersetzung, in die Untersuchung mit einfließt.

Die folgende empirische Untersuchung wird im Rahmen von drei verschiedenen Diplomarbeiten bearbeitet. Allen drei Diplomarbeiten liegt die gleiche Datenbasis zugrunde, wobei jede der Arbeiten eine spezifische Fragestellung bearbeitet. In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die Art und Häufigkeit von erlebten kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen gelegt und der Frage nachgegangen, inwieweit diese Zusammenhänge mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Alter aufweisen. Meine Kollegin Bettina Schiller befasst sich verstärkt mit dem Thema Krieg und psychische Störungen im Alter. Die Arbeit von Daniela Wintner setzt ihren Schwerpunkt auf Risiko- und Schutzfaktoren.

11.1 Hypothesengenerierung

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus im Speziellen auf die Zusammenhänge zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und Kriegstraumatisierung gelegt. Erstmals wird auf die Quantität (vgl. Bramsen & Ploeg, 1999; Forstmeier et al., 2009; Kuwert et al., 2007; Maercker et al., 1999; Teegen & Cizmic, 2003; Teegen & Handwerk, 2006; Teegen & Meister, 2000) und Qualität der erlebten Traumatisierungen (vgl. Glaesmer, et al., 2010; Maercker et al., 2008) im Krieg und der Besatzungszeit in Österreich näher eingegangen. Des Weiteren werden beeinflussende Faktoren wie demographische Variablen und ehemalige Besatzungszonen auf Häufigkeit und Art der erlebten kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen untersucht. Weiterführend werden die Zusammenhänge von Art und Häufigkeit der erlebten Traumata mit einer PTSD (vgl. Bramsen & Ploeg, 1999; Strauss et al., 2010) erhoben, Unterschiede der Folgen von zivilen versus kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen (vgl. Maercker et al., 2008) beleuchtet und die Auswirkungen spezieller Kriegstraumata, wie zum Beispiel Kriegsgefangenschaft, sexueller Übergriff oder Luftangriff, auf die psychische Gesundheit im Alter untersucht.

11.2 Fragestellungen

Die folgenden Fragestellungen wurden aufgrund der theoretischen Auseinandersetzung speziell zur Thematik Kriegstraumatisierung und Posttraumatische Belastungsstörung generiert.

- A) **Traumaexposition – Quantität:** Wie viele zivile traumatische Erfahrungen und kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit werden jeweils berichtet?
- B) **Traumaexposition – Qualität:** Welche Art kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit werden von den befragten Personen angegeben?
- C) **Schlimmste traumatische Erfahrung in der Lebensspanne:** Werden kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit häufiger als zivile traumatische Erfahrungen als schlimmstes traumatisches Erlebnis in der Lebensspanne eingeordnet?
- D) **Demographische Variablen:** Weist das Alter der Befragten einen Zusammenhang mit der Art und Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf? Besteht ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Häufigkeit und Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit? Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ort, an dem man während der Kriegszeit gelebt hat (Stadt/Land) und der Häufigkeit und Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit?
- E) **Geschichtlicher Hintergrund:** Unterscheiden sich sowjetische, amerikanische, französische und britische Besatzungszone in der Häufigkeit und Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen durch die jeweilige Besatzungsmacht? Gibt es Unterschiede in der Quantität und Qualität kriegsbezogener traumatischer

Erfahrungen durch die jeweilige Besatzungsmacht in der östlichen (sowjetische) und westlichen (amerikanische, französische und britische) Besatzungszone?

- F) **Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung:** Wie viele Personen der Stichprobe weisen eine volle oder partielle Posttraumatische Belastungsstörung auf? In welcher Frequenz werden die drei Symptomcluster (Intrusion/Wiedererleben, Vermeidung/emotionale Taubheit, Hyperarousal) berichtet?
- G) **Häufigkeit kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen und PTSD:** Beeinflusst die Quantität kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung?
- H) **Kriegsbezogene versus zivile traumatische Erfahrungen:** Unterscheiden sich jene Personen, die kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit erlebt haben von denen, die zivile traumatische Erfahrungen erlebt haben anhand der Posttraumatischen Belastungsstörung und posttraumatischen Symptomatik?
- I) **Akzidentelle und interpersonelle Traumata:** Unterscheiden sich Personen, die akzidentelle Traumata, interpersonelle Traumata und beide Traumaarten erlebt haben anhand einer posttraumatischen Belastungsstörung? Weist der Traumatyp interpersonelle Traumata, zu dem das Kriegsgeschehen zu zählen ist, ein erhöhtes Risiko für eine Posttraumatische Belastungsstörung auf?
- J) **Art der traumatischen Erfahrung und PTSD:** Welchen Einfluss hat die Qualität der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf eine Posttraumatische Belastungsstörung?
- K) **Archivaufzeichnungen und Antworten im Interview:** Inwieweit entsprechen in der Gruppe der in den Archiven vermerkten Befragten (BIK-Kontakte), die Antworten im Interview den in den Archiven vermerkten Traumatisierungen

(Luftangriffe, Kämpfe, sexueller Übergriff, Trauma durch Besatzungstruppen, Vertreibung/Verlassen der Heimat und Gefangenschaft)?

- N) **Aktuelle Bedrohung und PTSD:** Unterscheiden sich Personen mit aktuell wahrgenommener Bedrohung und ohne aktuell wahrgenommener Bedrohung durch damals erlebte Kriegseignisse anhand der Posttraumatischen Belastungsstörung?

11.3 Forschungshypothesen

Im Anschluss werden die Forschungshypothesen anhand von Nullhypothese (H0) und Alternativhypothese (H1) der vorliegenden empirischen Untersuchung angeführt.

Hypothese 1

- H₀:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit. Widerstand H0.1.1., Tote bergen H0.1.2., Kriegsgefangenschaft H0.1.3., Verwundung H0.1.4., Luftangriff H0.1.5., Familienangehörige gefallen H0.1.6., Verschleppung von Familienangehörigen H0.1.7., direkte Kriegshandlungen H0.1.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H0.1.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H0.1.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H0.1.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H0.1.12., Raub durch Besatzungsmacht H0.1.13.
- H₁:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit. Widerstand H1.1.1., Tote bergen H1.1.2., Kriegsgefangenschaft H1.1.3., Verwundung H1.1.4., Luftangriff H1.1.5., Familienangehörige gefallen H1.1.6., Verschleppung von Familienangehörigen H1.1.7., direkte Kriegshandlungen H1.1.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.1.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.1.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.1.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H1.1.12., Raub durch Besatzungsmacht H1.1.13.

Hypothese 2

- H₀:** Das Alter der Befragten weist keinen Zusammenhang mit den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der

Besatzungszeit auf. Widerstand H0.2.1., Tote bergen H0.2.2., Kriegsgefangenschaft H0.2.3., Verwundung H0.2.4., Luftangriff H0.2.5., Familienangehörige gefallen H0.2.6., Verschleppung von Familienangehörigen H0.2.7., direkte Kriegshandlungen H0.2.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H0.2.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H0.2.10., physische Gewalt durch BM H0.2.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H0.2.12., Raub durch Besatzungsmacht H0.2.13.

H₁: Das Alter der Befragten weist einen Zusammenhang mit den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf. Widerstand H1.2.1., Tote bergen H1.2.2., Kriegsgefangenschaft H1.2.3., Verwundung H1.2.4., Luftangriff H1.2.5., Familienangehörige gefallen H1.2.6., Verschleppung von Familienangehörigen H1.2.7., direkte Kriegshandlungen H1.2.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.2.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.2.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.2.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H1.2.12., Raub durch Besatzungsmacht H1.2.13.

Hypothese 3

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Ort, an dem man während der Kriegs- und Besatzungszeit gelebt hat (Stadt/Land) und den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit. Widerstand H0.3.1., Tote bergen H0.3.2., Kriegsgefangenschaft H0.3.3., Verwundung H0.3.4., Luftangriff H0.3.5., Familienangehörige gefallen H0.3.6., Verschleppung von Familienangehörigen H0.3.7., direkte Kriegshandlungen H0.3.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H0.3.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H0.3.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H0.3.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H0.3.12., Raub durch Besatzungsmacht H0.3.13.

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ort, an dem man während der Kriegs- und Besatzungszeit gelebt hat (Stadt/Land) und den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit. Widerstand H1.3.1., Tote bergen H1.3.2., Kriegsgefangenschaft H1.3.3., Verwundung H1.3.4., Luftangriff H1.3.5., Familienangehörige gefallen H1.3.6. Verschleppung von Familienangehörigen H1.3.7., direkte Kriegshandlungen H1.3.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.3.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.3.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.3.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H1.3.12., Raub durch Besatzungsmacht H1.3.13.

Hypothese 4

- H₀:** Männer und Frauen unterscheiden sich nicht anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.
- H₁:** Männer und Frauen unterscheiden sich anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.

Hypothese 5

- H₀:** Das Alter der Befragten weist keinen Zusammenhang mit der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf.
- H₁:** Das Alter der Befragten weist einen Zusammenhang mit der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf.

Hypothese 6

- H₀:** Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit in der Stadt gelebt haben, unterscheiden sich nicht von Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit am Land gelebt haben, in der Häufigkeit kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.
- H₁:** Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit in der Stadt gelebt haben, unterscheiden sich von Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit am Land gelebt haben, in der Häufigkeit kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.

Hypothese 7

- H₀:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen östlicher (sowjetische) und westlicher (amerikanische, französische und britische) Besatzungszone und der Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrung in der jeweiligen Besatzungszone. Psychische Gewalt Besatzungszone H0.7.1., physische Gewalt Besatzungszone H0.7.2., sexueller Übergriff Besatzungszone H0.7.3, Raub Besatzungszone H0.7.4.
- H₁:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen östlicher (sowjetische) und westlicher

(amerikanische, französische und britische) Besatzungszone und der Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrung in der jeweiligen Besatzungszone. Psychische Gewalt Besatzungszone H1.7.1., physische Gewalt Besatzungszone H1.7.2., sexueller Übergriff Besatzungszone H1.7.3, Raub Besatzungszone H0.7.4.

Hypothese 8

- H₀:** Die östliche (sowjetische) und westliche (amerikanische, französische und britische) Besatzungszone unterscheiden sich nicht anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone.
- H₁:** Die östliche (sowjetische) und westliche (amerikanische, französische und britische) Besatzungszone unterscheiden sich anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone.

Hypothese 9

- H₀:** Die vier Besatzungszonen weisen keinen Zusammenhang mit der Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone auf. Psychische Gewalt Besatzungszone H0.9.1., physische Gewalt Besatzungszone H0.9.2., sexueller Übergriff Besatzungszone H0.9.3, Raub Besatzungszone H0.9.4.
- H₁:** Die vier Besatzungszonen weisen einen Zusammenhang mit der Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone auf. Psychische Gewalt Besatzungszone H1.9.1., physische Gewalt Besatzungszone H1.9.2., sexueller Übergriff Besatzungszone H1.9.3, Raub Besatzungszone H1.9.4.

Hypothese 10

- H₀:** Die sowjetische, amerikanische, französische und britische Besatzungszonen unterscheiden sich nicht anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone.
- H₁:** Die sowjetische, amerikanische, französische und britische Besatzungszonen unterscheiden sich anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone.

Hypothese 11

- H₀:** Eine höhere Exposition durch kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im

Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit führt zu keiner höheren Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

H₁: Eine höhere Exposition durch kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit führt zu einer höheren Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

Hypothese 12

H₀: Personen, die kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit, zivile traumatische Erfahrungen oder beide Arten erlebt haben, unterscheiden sich nicht anhand Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

H₁: Personen, die kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit, zivile traumatische Erfahrungen oder beide Arten erlebt haben, unterscheiden sich anhand Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

Hypothese 13

H₀: Personen, die akzidentelle, interpersonelle und akzidentelle und interpersonelle traumatische Erfahrungen erlebt haben, unterscheiden sich nicht anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

H₁: Personen, die akzidentelle, interpersonelle und akzidentelle und interpersonelle traumatische Erfahrungen erlebt haben, unterscheiden sich anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

Hypothese 14

H₀: Personen, die einzelne Arten von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit erlebt haben weisen keine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die diese nicht erlebt haben. Widerstand H0.14.1., Tote bergen H0.14.2., Kriegsgefangenschaft H0.14.3., Verwundung H0.14.4., Luftangriff H0.14.5., Familienangehörige gefallen H0.14.4., Verschleppung von Familienangehörigen H0.14.7., direkte Kriegshandlungen H0.14.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H0.14.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht

H0.14.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H0.14.11., Raub durch Besatzungsmacht H0.14.12.

H₁: Personen, die einzelne Arten von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit erlebt haben weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die diese nicht erlebt haben. Widerstand H1.14.1., Tote bergen H1.14.2., Kriegsgefangenschaft H1.14.3., Verwundung H1.14.4., Luftangriff H1.14.5., Familienangehörige gefallen H1.14.6., Verschleppung von Familienangehörigen H1.14.7., direkte Kriegshandlungen H1.14.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.14.9., psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.14.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.14.11., Raub durch Besatzungsmacht H1.14.12.

Hypothese 15

H₀: Personen, die den Verlust eines Familienmitgliedes während der Kriegszeit miterlebt haben, weisen keine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die dies nicht miterlebt haben.

H₁: Personen, die den Verlust eines Familienmitgliedes während der Kriegszeit miterlebt haben, weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die dies nicht miterlebt haben.

Hypothese 16

H₀: Personen, die eine Vergewaltigung direkt oder als Zeuge/Zeugin während der Besatzungszeit miterlebt haben, weisen keine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die dies nicht miterlebt haben.

H₁: Personen, die eine Vergewaltigung direkt oder als Zeuge/Zeugin während der Besatzungszeit miterlebt haben, weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die dies nicht miterlebt haben.

Hypothese 17

H₀: Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Antworten im Interview und den in den Archiven vermerkten Traumatisierungen

Luftangriff H0.17.1., Kämpfe H0.17.2., sexueller Übergriff H0.17.3., Vertreibung H0.17.4., Kriegsgefangenschaft H0.17.5. und Trauma durch Besatzungssoldaten H0.17.6.

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Antworten im Interview und den in den Archiven vermerkten Traumatisierungen

Luftangriff H1.17.1., Kämpfe H1.17.2., sexueller Übergriff H1.17.3., Vertreibung H1.17.4., Kriegsgefangenschaft H1.17.5. und Trauma durch Besatzungssoldaten H1.17.6.

Hypothese 18

H₀: Personen, mit aktuell wahrgenommener Bedrohung und Personen ohne aktuell wahrgenommener Bedrohung durch damals erlebte Kriegsereignisse unterscheiden sich nicht anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

H₁: Personen, mit aktuell wahrgenommener Bedrohung und Personen ohne aktuell wahrgenommener Bedrohung durch damals erlebte Kriegsereignisse unterscheiden sich anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

12 Stichprobenbeschreibung (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner)

Das vorliegende Kapitel wurde in Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen Bettina Schiller und Daniela Wintner erstellt und ist in abgeänderter Form in der vorliegenden Diplomarbeit, in der Diplomarbeit von Schiller (2011) und in der Diplomarbeit von Wintner (2011) enthalten.

Bei der Stichprobe handelt es sich um Personen, welche vor 1945 geboren sind und den Zweiten Weltkrieg und die Besatzungszeit in Österreich miterlebt haben.

12.1 Stichprobenumfang

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden 316 Personen in ganz Österreich interviewt. Die Interviews wurden in allen neun österreichischen Bundesländern in Seniorenwohnheimen, Pflegeheimen und Privathaushalten durchgeführt. Als Grundlage zur Definition der Zielgruppe und -gebiete diente eine historische Kartierung, welche durch die früheren vier Besatzungssektoren definiert ist.

Es handelt sich bei der Stichprobe um eine natürlich gewachsene Stichprobe. Aus diesem Grund wurden mehr Frauen als Männer interviewt, was die Geschlechtsverteilung in der älteren Bevölkerung widerspiegelt.

12.2 Stichprobenaufteilung

Die Stichprobe teilt sich in die zwei Gruppen PSY-Kontakte und BIK-Kontakte auf. Die erste Gruppe setzt sich aus 215 Personen zusammen, welche von den Psychologinnen der Universität Wien rekrutiert wurden. Die zweite Gruppe umfasst 101, von den HistorikerInnen des Ludwig Boltzmann Institutes für Kriegsfolgenforschung (BIK) in Graz rekrutierte Personen.

12.2.1 Die Stichprobe der HistorikerInnen

Die von den HistorikerInnen des BIK kontaktierten Zeitzeugen haben bereits in historischen Studien teilgenommen beziehungsweise sind in den Archiven des BIK registriert. Nachdem diese von den HistorikerInnen persönlich kontaktiert wurden und einwilligten, für ein Interview zur Verfügung zu stehen, konnten die Psychologinnen die weitere Betreuung der Personen und die Durchführung der Interviews übernehmen.

In Zusammenarbeit mit dem Ludwig Boltzmann Institut wurde diese Teilstichprobe in folgende Gruppen eingeteilt. Die Aufteilung erfolgte nach Art der traumatischen Erfahrung, die in der Kriegs- und Nachkriegszeit erlebt wurde und in den Archiven dokumentiert ist.

- Traumata durch Kriegsgefangenschaft
- Traumata durch Luftangriff
- Traumata durch Kämpfe am Ende des Krieges
- Traumata durch Besatzungstruppen
- Traumata durch sexuellen Übergriff
- Traumata durch Vertreibung/Verlassen der Heimat

Aus den Archiven des BIK wird ersichtlich, welche Arten der Traumatisierung die Befragten tatsächlich erlebt haben. Da sich jedoch die Rekrutierung der Stichprobe durch das BIK schwierig gestaltete und die angestrebte Anzahl von $n = 150$ Personen nicht erreicht werden konnte, wurden im Laufe der Untersuchung auch Personen, welche mit dem BIK in Kontakt stehen bzw. schon einmal in Kontakt standen und keine direkten traumatischen Erfahrungen dokumentiert haben, in die Stichprobe mit eingeschlossen.

12.2.2 Die Stichprobe der Psychologinnen

Die durch die Psychologinnen rekrutierte Stichprobe weist zum Zeitpunkt der

Untersuchung keine dokumentierte Historie als Kriegsopfer oder Opfer in der Zeit der Befreiung bis 1955 auf.

Die Personen dieser Teilstichprobe wurden mit Hilfe wichtiger Trägerorganisationen in ganz Österreich (u.a. Caritas, Volkshilfe, Humanitas, Diakonie, Hilfswerk) sowie in privaten und öffentlichen Pflege- und Wohnheimen für SeniorInnen (u.a. Wiener KAV, Geriatriezentrum Baumgarten, Fokus-Heime in Wien und Niederösterreich und Innsbrucker sozialen Dienste) akquiriert. Zusätzlich wurden viele Kontakte privat durch die ProjektmitarbeiterInnen angebahnt.

Die Unterteilung der Stichprobe erfolgte einerseits einer repräsentativen Aufteilung auf die österreichischen Bundesländer, wobei hierzu die jeweiligen Einwohnerzahlen der Bundesländer herangezogen wurden. In Tabelle 2 wird die Aufteilung auf die zwei Teilstichproben (PSY-Kontakte und BIK-Kontakte) und die neun Bundesländer veranschaulicht.

Tabelle 2: Aufteilung der Stichprobe nach BIK/PSY und Bundesländer

Bundesland	BIK	PSY	Gesamt
Burgenland	1	11	12
Kärnten	2	4	6
Niederösterreich	29	95	124
Oberösterreich	14	20	34
Salzburg	1	8	9
Steiermark	21	23	44
Tirol	0	16	16
Vorarlberg	0	3	3
Wien	33	35	68
Insgesamt	101	215	316

Andererseits wurden die ehemaligen Besatzungszonen berücksichtigt. Ziel war, annähernd ein zwei zu eins Verhältnis von östlich und westlich besetzten Gebieten zu erreichen, da in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone eine größere Anzahl an spezifischen traumatischen Erfahrungen erwartet wird.

12.3 Einschlusskriterien

Die befragten Personen dürfen an keiner Demenz leiden, da kognitive Beeinträchtigungen das autobiografische Gedächtnis beeinflussen können und dadurch ihre Erinnerungen nicht auf die erlebten traumatischen Erfahrungen zurückgeführt werden können. Daher wurden nur Personen mit einem MMSE Wert von 22 und höher in die Stichprobe inkludiert.

13 Methode (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner)

Das vorliegende Kapitel wurde in Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen Bettina Schiller und Daniela Wintner erstellt und ist in abgeänderter Form in der vorliegenden Diplomarbeit, in der Diplomarbeit von Schiller (2011) und in der Diplomarbeit von Wintner (2011) enthalten.

Im Anschluss folgt eine Vorstellung des Untersuchungsdesign und der zur Anwendung gekommenen diagnostischen und statistischen Verfahren.

13.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittuntersuchung mit einem nicht-experimentellen Design und einem Messzeitpunkt. Darunter ist zu verstehen, dass jeder Teilnehmer einmalig befragt wurde (Bortz & Döring, 2006).

Die Vorgabe der Befragung wurde in Form von Interviews gewählt, da durch das Alter der gewählten Stichprobe und mögliche damit einhergehende körperliche oder kognitive Einschränkungen eine selbstständige Beantwortung problematisch gewesen wäre. Es handelte sich um ein direktes, teilstandardisiertes Einzelinterview, wobei die Antwortalternativen vorgegeben wurden (Bortz & Döring, 2006). Diese Art der Vorgabe wurde gewählt, weil neben dem vorgegebenen Fragebogen auch die Möglichkeit für zusätzliche Anmerkungen durch offene Fragen geschaffen werden sollte.

Für ein Interview musste ein Zeitbedarf von rund ein bis zwei Stunden festgelegt werden, wobei die einzelnen Interviews im zeitlichen Umfang variierten.

13.2 Untersuchungsinstrumente

Der Interviewleitfaden setzt sich aus folgenden Verfahren zusammen:

- Mini Mental State Examination (MMSE)
- Soziodemographische Daten
- Historischer Background

- Brief Symptom Inventory (BSI)
- Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ)
- Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C)
- Connor Davidson Resilience Scale - Kurzskala (CD-RISC)

13.2.1 Mini Mental State Examination (MMSE)

Bei dem MMSE handelt es sich um ein Screeningverfahren zur Erfassung kognitiver Störungen bei älteren Personen. Er setzt sich insgesamt aus 11 Items zusammen, welche auf die Konstrukte Orientierung, Kurzzeitgedächtnis, Aufmerksamkeit und Rechnen, Gedächtnis, Sprache und Kopieren Bezug nehmen. Das Antwortformat ist frei und die Durchführungsdauer nimmt rund fünf bis zehn Minuten in Anspruch. Die Sensitivität beträgt 87% und die Spezifität 82% (Kessler, Markowitsch & Denzler, 1990). Die Interrater-Reliabilität mit $r = .83$ und die Retest-Reliabilität mit $r_{tt} = .89$ sind sehr hoch (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Der Cut off wurde für die vorliegende Studie auf ≥ 22 gesetzt. Dabei finden Personen ohne und jene mit leichter Demenz bei der Datenerhebung Berücksichtigung.

13.2.2 Soziodemographische Daten

Nach dem Screening einer möglichen Demenz, erfolgt die Erhebung der soziodemographischen Daten. Dabei sind neben dem Geschlecht, Alter, höchstabgeschlossener Ausbildung und Berufsstand, weiters der Familienstand, Anzahl der Kinder und die momentane Lebenssituation von Interesse.

13.2.3 Historischer Background

Um den historischen Background der älteren Bevölkerung erfassen zu können, wurde eigens ein strukturiertes Interview angefertigt, welches in Zusammenarbeit mit ExpertInnen des Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung in Graz entwickelt wurde. Im Rahmen zweier Workshops resultierten insgesamt 38 Items, welche Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit in Österreich erfassen.

Mögliche traumatische Erfahrungen, welche anhand historischer Quellen und mit den MitarbeiterInnen des BIK erarbeitet wurden, werden im Fragebogen detailliert abgefragt. Insgesamt werden folgende 13 traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit erfasst: Widerstand, Tote bergen, Kriegsgefangenschaft, Verwundung, Luftangriff, Familienangehörige gefallen, Verschleppung von Familienangehörigen, direkte Kriegshandlungen, erzwungenes Verlassen der Heimat, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht, physische Gewalt durch Besatzungsmacht, sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht und Raub durch Besatzungsmacht.

Zusätzlich wird eine Differenzierung der traumatischen Erfahrungen anhand der jeweiligen Besatzungszone, in der man die längste Zeit verbracht hat, vorgenommen. Weiters können mit Hilfe verschiedenster Fragen die Lebensumstände in der Zeit des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit abgebildet werden. Die Dauer des Interviews nimmt ungefähr 20 bis 45 Minuten in Anspruch und gestaltet sich durch die Möglichkeit, Anmerkungen zu den Fragen zu machen, zeitlich recht unterschiedlich.

13.2.4 Brief Symptom Inventory (BSI)

Bei dem Brief Symptom Inventory handelt es sich um ein 53 Item umfassendes Screeningverfahren, welches die Kurzform der Symptom-Checkliste nach Derogatis (SCL-90-R) darstellt. Anhand von neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) kann Aufschluss über die psychische Belastung während der letzten sieben Tage gegeben werden. Mittels eines Globalwertes (GSI) kann weiters die Intensität der empfundenen Belastung ermittelt werden. Zur Beantwortung steht eine fünfstufige Likert-Skala (“überhaupt nicht“ bis “sehr stark“) zur Verfügung. Als klinisch relevant soll nur jene Skala interpretiert werden, deren T-Wert ≥ 63 ist. Dies gilt auch für die Interpretation des GSI. Die Durchführungsdauer beträgt 15 Minuten. Die Retest-Reliabilität ist $rtt = .73 - .92$ und die interne Konsistenz $= .63 - .85$ (Franke & Derogatis, 2000). Im Rahmen der vorliegenden Studie weist der GSI eine interne Konsistenz von $= .85$ auf, und die Subskalen $= .31 - .79$.

13.2.5 Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ)

Die Originalversion des TLEQ wurde von Kubany et al. (2000) entwickelt. Für die vorliegende Studie wurde die deutsche Version von Teegen (2003) eingesetzt, die sich insgesamt aus 19 Items zusammensetzt. Der TLEQ wird herangezogen, um traumatische Erfahrungen (Naturkatastrophe, Verkehrsunfall, plötzlicher Tod eines geliebten Menschen, Raubüberfall, körperlicher Angriff, Gewalt in der Kindheit/Familie, sexuelle Missbrauchserfahrung und Bedrohung) über die Lebensspanne hinweg erfassen zu können. Weiters erhebt der TLEQ das Alter, in dem ein traumatisches Erlebnis auftrat und welche traumatische Erfahrung am stärksten belastend in der Lebensspanne war. In einem weiteren Schritt wird das DSM-IV Kriterium A2 für jedes der erlebten traumatischen Erfahrungen zusätzlich abgefragt. Für die Beantwortung steht eine siebenstufige Likert-Skala zur Verfügung („Nie“ bis „mehr als 5 mal“). Die Durchführungsdauer beträgt 10 bis 15 Minuten und die psychometrische Qualität ist gut. Reteststudien konnten unter Bezugnahme verschiedener Stichproben, wie Substanzabhängige, Collegestudenten und misshandelte Frauen, eine gute psychometrische Qualität des TLEQ aufzeigen. In einer Studie mit Vietnamveteranen wurde beispielsweise eine durchschnittliche Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .84$ erzielt (Kubany et al., 2000).

13.2.6 PTSD - Checklist civilian version (PCL-C)

Die PTSD-Checkliste wurde von Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane (1993) entwickelt und basiert auf den Diagnosekriterien des DSM-IV. Die 17 Items lange Checkliste kann als Screening oder zur Diagnose einer PTSD eingesetzt werden. Die Items stehen für die drei Symptomgruppen, Wiedererleben (B), Vermeidung/emotionale Taubheit (C) und Hyperarousal (D). Die Beantwortung erfolgt mittels fünfstufiger Likert-Skala („gar nicht“ bis „äußerst“), wobei sich die Symptombelastung auf das vergangene Monat bezieht. Mit einer Durchführungsdauer von drei bis fünf Minuten, erweist sich dieses Verfahren als ein sehr kurzes. Die Retest-Reliabilität beträgt $r_{tt} = .68$ (Ruggiero, Ben, Scotti & Rabalais, 2003) und die interne Konsistenz $= .94$ (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine interne Konsistenz von $= .73$ berechnet.

13.2.7 Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Die CD-RISC von Connor und Davidson (2003) ist eine 25 Items lange Skala zur Messung von Resilienz und unterscheidet fünf Faktoren (Kompetenzwahrnehmung, Vertrauen in eigene Instinkte, Toleranz negativer Effekte, Akzeptanz von Veränderungen, sichere Beziehungen, Kontrolleinflüsse, Spiritualität). Im Rahmen dieser Studie wurde die Kurzversion vorgegeben, welche sich aus 10 Items zusammensetzt und nur drei bis fünf Minuten in Anspruch nimmt. Zur Beantwortung dient eine fünfstufige Likert-Skala („Überhaupt nicht wahr“ bis „Fast immer wahr“). Die 10 Items lange Resilienzskala weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .85$ auf (Campbell-Sills & Stein, 2007). Die interne Konsistenz der vorliegenden Studie beträgt $\alpha = .80$.

13.3 Untersuchungsdurchführung

Für die vorliegende Studie wurden 316 Personen in ganz Österreich interviewt. Die Interviews wurden von März bis September 2010 ausschließlich von Psychologinnen und Psychologiestudentinnen, die Erfahrung auf dem Gebiet der Geriatrie aufweisen, eine eigene ausführliche Schulung und Einarbeitung in das Thema und den Interviewleitfaden absolviert hatten und unter regelmäßiger Supervision von Dr.ⁱⁿ Brigitte Lueger-Schuster standen, durchgeführt. Der Großteil der Interviews wurde von den Diplomandinnen, der Autorin der vorliegenden Arbeit, Bettina Schiller und Daniela Wintner durchgeführt. Insgesamt wurden von mir 66 Personen, von Bettina Schiller 65 Personen und von Daniela Wintner 66 Personen interviewt.

Weiters wurden Interviews von den Praktikantinnen Vanessa Gruber, Anna Hoffmann, Yvonne Moy und Sophie Roupetz, die ihr Praktikum im Rahmen des Projektes ausübten und von der mit dem Projektmanagement betrauten, Mag.^a Elisabeth Zeilinger, durchgeführt.

Die Interviews fanden bis auf wenige Ausnahmen am Wohnsitz der Befragten oder des Befragten statt und wurden somit in Pensionisten-, Senioren- und Pflegeheimen, Geriatrie, Betreutes Wohnen und im Speziellen in privaten Haushalten durchgeführt.

Zur Durchführung der einzelnen Interviews wurden die jeweiligen Personen oder Heime telefonisch kontaktiert und ein passender Termin vereinbart.

Die Teilnahme der befragten Personen gestaltete sich selbstverständlich auf freiwilliger Basis. Zur Gewährleistung, dass Ziel und Ablauf des Interviews und Rechte seitens der Befragten verstanden wurden, wurde vor Beginn des Interviews anhand einer Teilnehmerinformation (siehe Anhang) auf diese Punkte noch einmal näher eingegangen. Insbesondere wurde auf die Anonymität und Schweigepflicht hingewiesen. Die Teilnehmerinformation, inklusive Kontaktdaten von Ansprechpersonen bei möglichen Unklarheiten, wurde den befragten Personen ausgehändigt.

Weiters wurde von den Befragten eine Einverständniserklärung zur Studienteilnahme (siehe Anhang) unterzeichnet, wobei in dieser nochmals die Aufklärung über Ziele und Inhalte, die Möglichkeit des Abbruchs der Teilnahme und die strenge Vertraulichkeit und Anonymität der Angaben erläutert wurde. Die TeilnehmerInnen mussten diese vor Beginn des Interviews mit Name, Datum und Unterschrift bestätigen. Bei Besachswaltung der/s Befragten musste die Einverständniserklärung vom Sachwalter eingeholt werden.

Nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung wurde den Befragten zur Prüfung des Einschlusskriteriums der Mini Mental Status Test vorgelegt. Bei einem Ergebnis größer oder gleich 22 konnte das Interview fortgeführt werden. Ein Ergebnis unter 22 führte zum Abbruch des Interviews, wobei die Interviewerinnen geschult wurden, diese vorzeitige Beendigung des Interviews in einer möglichst positiven Art und Weise durchzuführen.

13.4 Statistische Verfahren

Für die statistische Auswertung wird SPSS Version 17.0 herangezogen.

Als Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0.05$ festgelegt. Für die Überprüfung der Voraussetzungen parametrischer Verfahren wurden der

Kolmogorov-Smirnov-Test, welcher das Vorliegen einer Normalverteilung misst und speziell für die Varianzanalyse die Levene-Statistik, die Auskunft über die Varianzhomogenität gibt, herangezogen. Da der Kolmogorov-Smirnov Test in großen Samples schon bei kleinen Abweichungen von der Normalverteilung signifikant werden kann (Field, 2009), wurde die Voraussetzung der Normalverteilung weiters graphisch mittels Histogramm und PP-Plot geprüft. Die Voraussetzungen gelten jeweils als erfüllt, wenn die Tests nicht signifikant sind ($p \geq .05$). Bei bestehender Signifikanz ($p < .05$) werden parameterfreie Verfahren angewendet.

Zur Anwendung kamen folgende statistische Verfahren: Chi-Quadrat Test, Pearson Korrelation, Spearman Korrelation, punktbiserale Korrelation, biserale Rangkorrelation, unabhängiger t-Test, Mann-Whitney-U-Test und Kruskal-Wallis Test. Im Anschluss werden die zur Anwendung gekommenen statistischen Verfahren beschrieben.

13.4.1 Untersuchung von Zusammenhängen

13.4.1.1 Chi-Quadrat Test/Kreuztabellierung

Kreuztabellierungen dienen dazu, Zusammenhänge zwischen zwei nominal skalierten Variablen zu untersuchen (Backhaus, Erickson, Blinke & Weiber, 2008). Voraussetzung für das Berechnen eines Chi-Quadrat Test ist eine erwartete Häufigkeit pro Zelle größer fünf, beziehungsweise dürfen in großen Samples höchstens 20% der erwarteten Häufigkeiten unter fünf liegen. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, sollte Fisher's Exact Test zur Interpretation herangezogen werden. Um die Größe des Effektes anzugeben, wird auf Cramer's V zurückgegriffen. Weiters besteht die Möglichkeit odds ratio zu berechnen, welche Auskunft darüber geben, um wie viel öfter eine bestimmte Antwort in der einen Bedingung im Verhältnis zur anderen Bedingung gegeben wurde (Field, 2009).

13.4.1.2 Pearson Korrelation

Dieses Verfahren dient zur Überprüfung von Zusammenhängen zweier intervallskalierter Variablen. Der Korrelationskoeffizient r stellt die Stärke des Effektes dar (Field, 2009).

13.4.1.3 Spearman Korrelation

Die Berechnung des Zusammenhanges erfolgt auf Basis rangskalierter Daten. Falls viele der Scores gleiche Ränge einnehmen, sollte anstatt Spearman rho (r_s) Kendall's tau (τ) herangezogen werden (Field, 2009).

13.4.1.4 Punktbiserale Korrelation

Die punktbiserale Korrelation dient zur Berechnung von Zusammenhängen zwischen einer diskret dichotomen und einer intervallskalierten Variable. In SPSS wird diese Korrelation mittels Pearson Korrelation berechnet (Field, 2009).

13.4.1.5 Biserale Rangkorrelation

Zusammenhänge zwischen einer dichotomen und einer ordinal skalierten Variable können mittels biseraler Rangkorrelation dargestellt werden. Die biserale Rangkorrelation kann in SPSS nicht berechnet werden, daher sollte die Signifikanzprüfung mittels U-Test durchgeführt werden (Bühner & Ziegler, 2009).

13.4.2 Untersuchung von Gruppenunterschieden

13.4.2.1 t-Test für unabhängige Gruppen

Der unabhängige t-Test prüft, ob sich die Mittelwerte in zwei unabhängigen Gruppen unterscheiden. Voraussetzung für die Durchführung sind intervallskalierte Daten, die Normalverteilung in den Gruppen, Homogenität der Varianzen und die Unabhängigkeit der Gruppen (Field, 2009).

13.4.2.2 Mann-Whitney-U-Test (parameterfreies Verfahren)

Der Mann-Whitney-U-Test wird verwendet, um Unterschiede zwischen zwei Gruppen aufzeigen zu können, wobei der U-Test zuvor eine Rangskalierung der Daten vornimmt. Aufgrund der Ergebnisse des U-Tests kann die Effektstärke r berechnet werden (Field, 2009).

13.4.2.3 Kruskal Wallis Test (parameterfreies Verfahren)

Der Kruskal-Wallis Test berechnet Unterschiede von mehreren unabhängigen

Gruppen anhand von rangskalierten Daten. Zur Testung eines Trends in den Daten kann zusätzlich der Jonckheere-Terpstra Test berechnet werden.

Um Aussagen über die Bedeutsamkeit signifikanter Ergebnisse treffen zu können, werden mittels der Pearson Korrelation, Effektgrößen berechnet die sich nach Cohen (1992) in kleine ($r = .10$), mittlere ($r = .30$) und große ($r = .50$) Effekte unterteilen lassen (Field, 2009).

Auch Cramer's V kann herangezogen werden um die Größe des Effektes zu bestimmen, wobei bei $df = 1$ von einem kleinen (*Cramer's $V = .10$*), mittleren (*Cramer's $V = .30$*) und großen Effekt (*Cramer's $V = .50$*) ausgegangen werden kann.

14 Ergebnisse

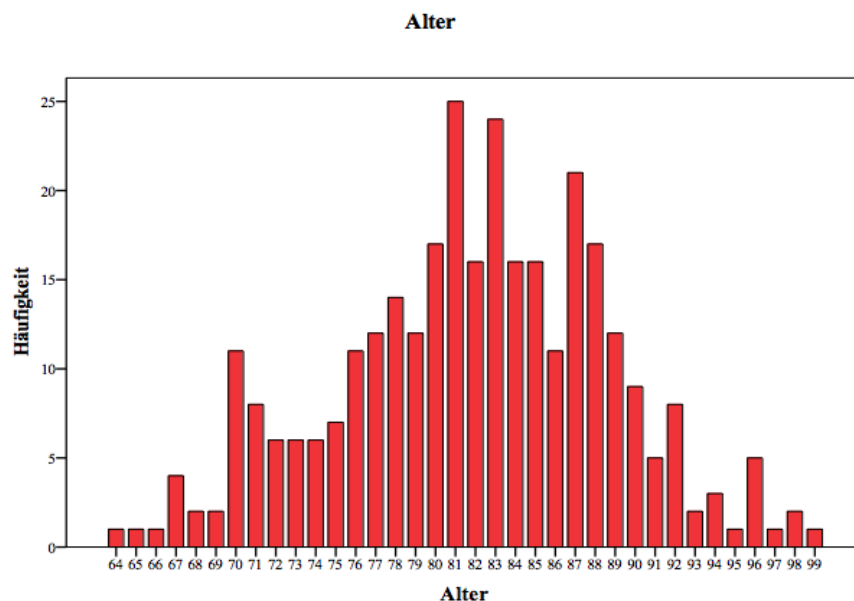
Der Datensatz auf dem die vorliegende Auswertung basiert, wird auch in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) verwendet. Die Kodierung des Datensatzes wurde gemeinsam durchgeführt und ist somit in allen drei Arbeiten gleich. Die Auswertung der jeweiligen Forschungshypothesen erfolgte unabhängig in allen drei Arbeiten.

14.1 Deskriptive Analyse

14.1.1 Sozio-demographische Variablen

Die Stichprobe setzt sich aus 316 Personen zusammen, wobei 119 männliche Interviewpartner (37.7%) und 197 weibliche Interviewpartnerinnen (62.3%) befragt wurden. Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe liegt bei 81.90 Jahren ($SD = 6.84$). Die jüngste befragte Person ist 64 Jahre und die älteste 99 Jahre alt. Die weiblichen Untersuchungsteilnehmer sind im Mittel rund 82.24 Jahre ($SD = 7.02$), die männlichen im Mittel 81.34 Jahre ($SD = 6.52$) alt. Mittels t-Test für unabhängige Gruppen wurde überprüft, ob sich Männer und Frauen anhand des Alters signifikant unterscheiden. Hier konnte kein Unterschied festgestellt werden ($t(316) = -1.137, p = .257$).

Abbildung 2: Altersverteilung in der Gesamtstichprobe

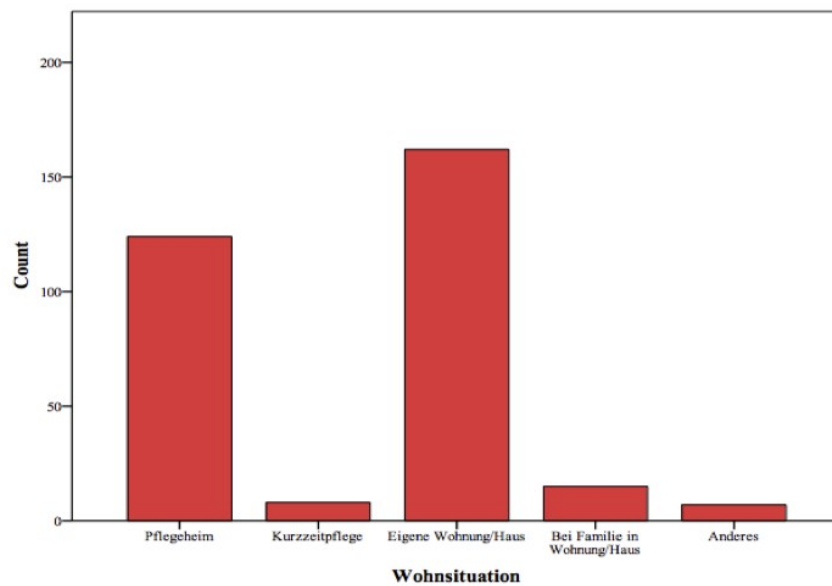


24.4% ($n = 77$) der Gesamtstichprobe haben die Volksschule und 26.6% ($n = 84$) die Hauptschule abgeschlossen. 17.1% ($n = 54$) geben als höchste abgeschlossene Ausbildung die Matura und 12.3% ($n = 39$) einen Hochschulabschluss an. 19.3% ($n = 61$) haben eine Lehre absolviert. Eine Person (0.3%) macht keine Angaben zur höchst abgeschlossenen Ausbildung.

76.6% ($n = 242$) geben an, keiner freiwilligen Arbeit im Ruhestand nachzugehen. 23.4% ($n = 74$) gehen einer freiwilligen Tätigkeit nach, wobei folgende Nennungen unter anderem erwähnt werden: Mitarbeit in der Landwirtschaft, GärtnerIn, KassiererIn im Seniorenheim, SchriftstellerIn, Krankenbesuche, Mitarbeit in verschiedenen Vereinen (Kriegsopferverband, Seniorenbund, Pfarre, Gymnastikclub, u. a.), Unterricht.

146 Personen (46.2%) sind zum Zeitpunkt der Befragung verwitwet. 125 befragte Personen (39.6%) leben verheiratet oder in einer Partnerschaft, 29 Personen (9.2%) geben an ledig und 16 (5.1%) geschieden zu sein. 64 Personen (20.3%) der Stichprobe haben keine Kinder. 79.7% ($n = 252$) berichten Kinder zu haben, wobei davon 96.8% ($n = 244$) mit ihren Kindern in Kontakt stehen. Sieben Personen (2.2%) machen dazu keine Angaben.

Der Großteil der Befragten lebt zum Zeitpunkt des Interviews in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus ($n = 162$, 51.3%) oder in einem Pflegeheim ($n = 124$, 39.2%). Ein kleiner Anteil der InterviewteilnehmerInnen lebt bei der Familie in der Wohnung oder im Haus ($n = 15$, 4.7%) oder befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in Kurzzeitpflege ($n = 8$, 2.5%). 7 Personen (2.2%) geben andere Wohnformen an, wobei diese nicht näher definiert werden.

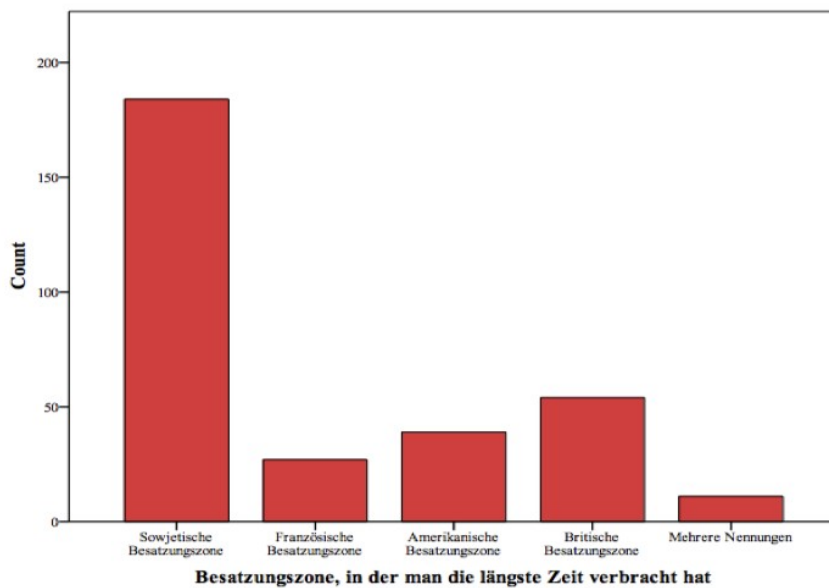
Abbildung 3: Wohnsituation in der Gesamtstichprobe

Der Großteil der befragten Personen gibt an in Österreich geboren zu sein ($n = 294$, 93%). 22 Personen (7%), die angeben in einem anderen Land als Österreich geboren zu sein, nennen folgende Geburtsländer: Deutschland, Ungarn, Ukraine, ehemaliges Jugoslawien, Tschechien, Italien und Rumänien. 303 Personen (95.8%) der Gesamtstichprobe gehören keiner Volksgruppe an. Eine Person (0.2%) antwortet der burgenland-kroatischen und eine Person (0.2%) der slowenischen Volksgruppe anzugehören. 11 Personen (3.8%) geben im Fragebogen nicht angeführte andere Volksgruppen an.

257 Personen (81.3%) der Stichprobe sind katholisch und 16 Personen (5.1%) evangelisch. 42 Personen (13.3%) geben an, keiner Religion anzugehören. Eine Person wählt als Antwort „Andere“ und definiert dies mit Alt-Katholisch.

14.1.2 Historischer Background

Auf die Frage, in welcher Besatzungszone man die längste Zeit verbracht hat, nennen 184 Personen (58.2%) die sowjetische Besatzungszone, 27 (8.5%) die französische Besatzungszone, 39 (12.3%) die amerikanische Besatzungszone und 54 (17.1%) die britische Besatzungszone. 11 Personen (3.5%) geben mehr als eine Besatzungszone an.

Abbildung 4: *Ehemalige Besatzungszone*

Anhand einer Aufteilung in östliche (sowjetische) und westliche (amerikanische, britische und französische) Besatzungszonen, ist die Mehrzahl der Befragten die längste Zeit in der östlichen ($n = 184$, 58.2%) gewesen. 120 Befragte (38%) haben die längste Zeit in der westlichen Besatzungszone verbracht. 11 Personen (3.5%) geben sowohl die östliche, wie auch die westliche Besatzungszone an. Während der Kriegszeit lebten 148 Personen (46.8%) die längste Zeit in der Stadt und 162 Personen (51.3%) am Land. Sechs Personen (1.9%) machen dazu keine Angaben.

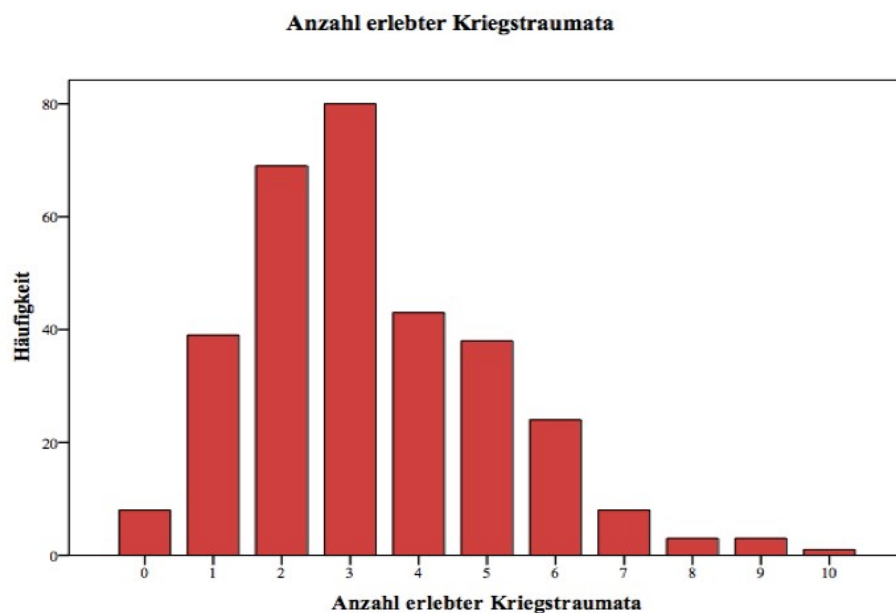
14.2 Traumaexposition

308 der 316 befragten Personen (97.5%) berichten mindestens eine kriegsbezogene und 261 Personen (82.6%) mindestens eine zivile traumatische Erfahrung erlebt zu haben. Bis auf zwei Personen (0.6%) werden von allen Befragten traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne angeführt. In Tabelle 3 wird die Traumaexposition in der gesamten Lebensspanne, durch kriegsbezogene und durch zivile traumatische Erfahrungen dargestellt. Zusätzlich kann der Median und die Spannweite der jeweiligen Anzahl traumatischer Erfahrungen abgelesen werden.

Tabelle 3: *Traumaexposition*

	Mindestens eines erlebt	Median (Spannweite)
Traumata Lebensspanne	99.4%	8 (0–57)
Kriegstraumata	97.5%	3 (0–10)
Zivile Traumata	82.6%	2 (0–43)

Lediglich acht (2.5%) Personen geben keine traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit im Interview an. Die weitere Verteilung gestaltet sich folgendermaßen: 39 Personen (12.4%) geben eine, 69 Personen (21.8%) zwei, 80 Personen (25.3%) drei, 43 Personen (13.7%) vier, 38 Personen (12%) fünf, 24 Personen (7.6%) sechs, 8 Personen (2.6%) sieben, 3 Personen (0.9%) acht, 3 Personen (0.9%) neun und 1 Person (0.3%) 10 kriegsbezogene traumatische Erfahrungen erlebt zu haben an.

Abbildung 5: *Anzahl traumatischer Erfahrungen Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit*

Die häufigsten traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg waren Luftangriff, direkte Kriegshandlungen, Familienangehörige gefallen, erzwungenes Verlassen der Heimat und Kriegsgefangenschaft. Weiters werden kriegsbezogene traumatische

Erfahrungen wie Widerstand, Tote bergen, Verwundung und Verschleppung von Familienangehörigen berichtet. Als kriegsbezogene traumatische Erfahrungen durch die Besatzungsmacht (BM) werden sexuelle Übergriffe, psychische Gewalt, physische Gewalt und Raub genannt. Aus Tabelle 4 sind die einzelnen kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen und die jeweilige Häufigkeit der Nennung zu entnehmen.

Tabelle 4: *Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen*

Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen	Prozent	Personen
Luftangriffe	79.1	250
Direkte Kriegshandlungen	55.1	174
Familienangehörige gefallen	47.2	149
Raub Besatzungsmacht	35.8	113
Heimat verlassen	24.1	76
Psychische Gewalt Besatzungsmacht	17.7	56
Kriegsgefangenschaft	16.1	51
Physische Gewalt Besatzungsmacht	15.2	48
Sexuelle Übergriffe BM direkt und als Zeuge	14.2	45
Tote bergen oder bestatten	13.3	42
Verwundung	8.9	28
Widerstand	7.9	25
Verschleppung Familienangehörige	5.1	16
Sexuelle Übergriffe direkt	3.8	12

Luftangriff wird am Häufigsten von den 13 kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen genannt. Dazu wurden im historischen Fragebogen relevante Zusatzfragen gestellt. Folgende Ergebnisse sind zu berichten: 78.8% ($n = 249$) haben in der Kriegszeit den Luftschutzalarm, den sogenannten Kuckuck miterlebt. 68.7% ($n = 217$) hatten bei Alarm die Möglichkeit, eine Luftschutzanlage aufzusuchen, wobei 30.1% ($n = 95$) wenigstens einmal nicht diese Möglichkeit hatten und somit die Angriffe ohne schützgebende Anlage erlebten. 42.4% ($n = 134$) erinnert heute noch eine Sirene oder ein Feuerwerk an die Luftangriffe und 33.9% ($n = 107$) werden durch das Lametta am Christbaum an die abgeworfenen Stanniolstreifen der alliierten Flieger erinnert. 38.0% ($n = 120$) geben an, an der Beseitigung von Trümmern, vor allem nach den Luftangriffen, beteiligt gewesen zu sein.

Den Verlust von Familienangehörigen, die entweder gefallen oder durch andere Umstände in der Kriegszeit ums Leben kamen, erlebten 55.1% ($n = 174$).

26.9% ($n = 85$) der Stichprobe dienten in einer militärischen Einheit (69 Männer, 81.2% und 16 Frauen, 18.8%), wobei zur weiteren Spezifizierung der Einheit die Möglichkeit für eine offene Antwort bestand. Folgende Nennungen werden genannt: Wehrmacht, Flakabwehr, Gebirgsjäger, Artillerie, Volkssturm, Panzerdivision, Waffen-SS, Luftwaffe, Hilfsschwester, Frontkrankenschwester, FunkerIn, Marine, Sturmereinheit u.a.

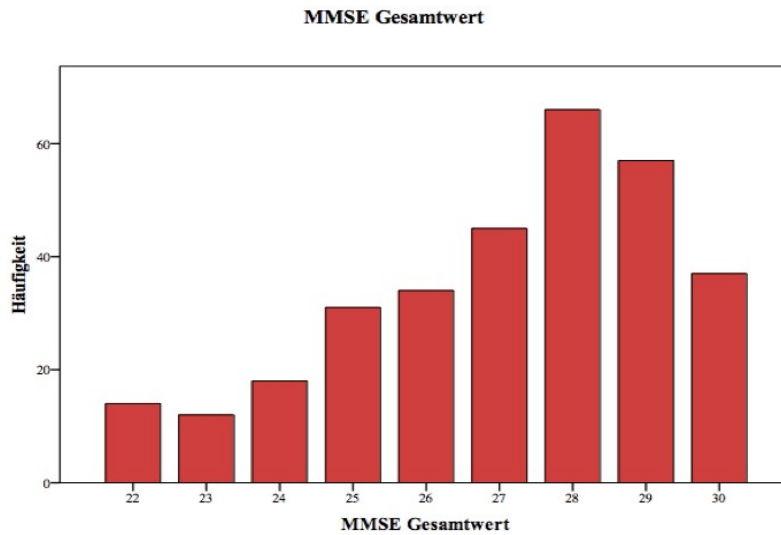
51 Personen (16.1%) berichten in Kriegsgefangenschaft geraten zu sein, wobei diese im Mittel 18.55 Monate ($SD = 18.55$) gedauert hat. 164 Personen (51.9%) berichten, dass Familienangehörige in Kriegsgefangenschaft gerieten. Diese dauerte nach ihren Angaben im Mittel 25.82 Monate ($SD = 23.98$).

Auf die Frage, ob der Einmarsch der Alliierten als Befreiung angesehen wurde, antworteten 172 Personen (54.4%) mit „ja“, 67 Personen (21.2%) mit „nein“ und 71 Personen (22.5%) mit „neutral“. Sechs Personen (1.9%) äußern sich nicht zu dieser Frage.

14.3 Verwendete diagnostische Verfahren

8.2.1. Mini Mental State Examination (MMSE)

Der Mittelwert der Rohwerte in der Mini Mental State Examination liegt bei 27.07 ($SD = 2.18$) und der Median bei 28, wobei ein Rohwert von unter 22 als Ausschlusskriterium für die vorliegende Untersuchung gilt. Zur Berechnung werden nur 314 Personen miteinbezogen, da zwei Personen wegen körperlichen Einschränkungen die MMSE nicht gänzlich absolvieren konnten. Die Ergebnisse der Stichprobe reichen von 22 bis 30.

Abbildung 6: MMSE Gesamtscore

Männer ($MR = 162.18$) und Frauen ($MR = 154.72$) unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Werte im MMSE ($U(314) = 10976.50$, $p = .476$). Das Alter weist einen signifikanten Zusammenhang ($r_s(314) = -.33$, $p < .001$) auf, welcher besagt, je jünger die Untersuchungsteilnehmer, desto höher der Gesamtscore in der MMSE.

Personen mit verschiedenen höchst abgeschlossenen Ausbildungen unterscheiden sich signifikant in den Leistungen in der MMSE ($H(4, 313) = 37.24$, $p < .001$), wobei Personen mit Matura ($MR = 199.71$) und Hochschulabschluss ($MR = 190.50$), gefolgt von Personen mit Hauptschulabschluss ($MR = 166.96$) die höchsten mittleren Ränge aufweisen. Personen mit einer Lehre ($MR = 132.46$) und einem Volksschulabschluss ($MR = 118.77$) als höchste abgeschlossene Ausbildung erreichen die schlechtesten Ergebnisse in der MMSE.

Befragte, die in der eigenen Wohnung/Haus leben ($MR = 190.51$) oder sich zum Zeitpunkt des Interviews gerade in Kurzzeitpflege befinden ($MR = 198.19$) und Personen, die bei der Familie in Wohnung/Haus leben ($MR = 179.07$) erreichen in der MMSE die höchsten Werte. Die schlechtesten Ergebnisse weisen Personen im Pflegeheim mit einem mittleren Rang von 109.34 auf. Die Ergebnisse sind als signifikant anzusehen ($H(4, 314) = 59.721$, $p < .001$).

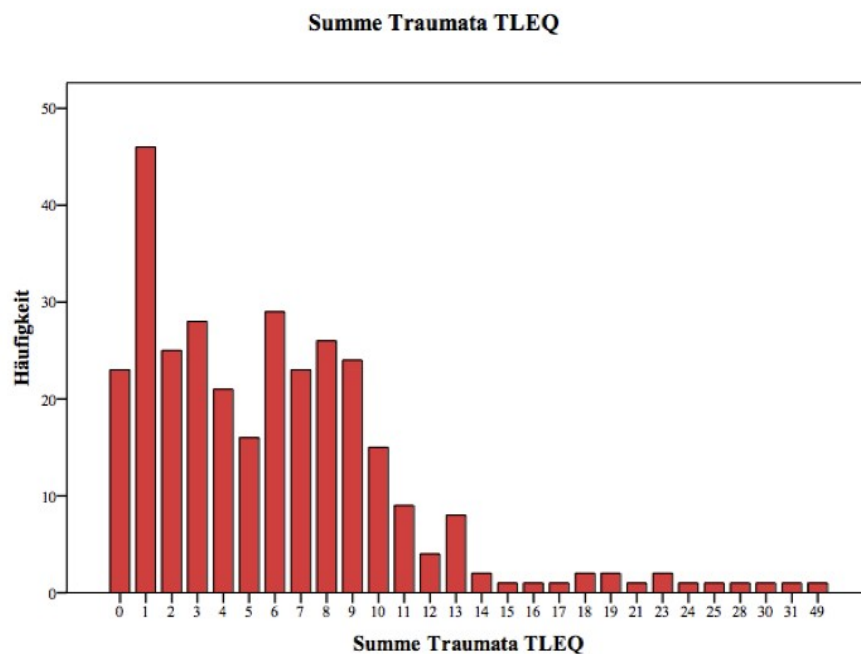
14.3.1 Brief Symptom Inventory (BSI)

Die Ergebnisse der BSI werden in der Diplomarbeit von Bettina Schiller (2011) ausführlich dargestellt und werden daher an dieser Stelle nicht näher behandelt.

14.3.2 Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ)

Im Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen wird ein Mittelwert von 6.06 ($SD = 5.69$) und ein Median von 5 traumatischen Erfahrungen festgestellt. Der TLEQ wird von 315 Personen zur Gänze beantwortet. Bezieht man das Kriterium A2 laut DSM-IV mit ein, werden im Mittel 1.82 ($SD = 1.23$) und ein Median von 2 traumatischen Erfahrungen angegeben.

Abbildung 7: Anzahl traumatische Erfahrungen TLEQ



Aus Tabelle 5 sind die erfassten traumatischen Erfahrungen, erhoben durch den TLEQ, abzulesen.

Tabelle 5: *Traumatische Erfahrungen TLEQ*

Traumatische Erfahrung	Prozent	Personen
Unerwarteter Tod einer nahestehenden Person	42.4	133
Naturkatastrophe	41.5	130
Verkehrsunfall	24.0	75
Andere lebensbedrohliche Erfahrungen	16.8	51
Unfall anderer Art	14.2	44
Als Kind schwer körperlich gestraft	9.2	26
Verfolgung/Kontrolle mit Bedrohung der Sicherheit	8.9	27
Als Kind Gewalt in der Familie	7.9	23
Drohung schwere Verletzung oder Tötung	7.9	23
Körperlicher Angriff	7.3	22
Körperliche Misshandlung durch Partner	4.7	13
Zeuge körperlicher Angriff	4.1	12
Sexueller Übergriff vor 13 J.	3.5	10
Raub mit Waffe	2.8	8
Sexueller Übergriff nach 13 J.	6.0	18

Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen werden am Häufigsten ($n = 125$, 39.6%), gefolgt vom unerwarteten Tod einer geliebten Person ($n = 78$, 24.7%), als schlimmstes traumatisches Erlebnis in der Lebensspanne eingestuft.

Männer ($MR = 186.60$) geben im TLEQ eine signifikant höhere Anzahl von traumatischen Erfahrungen als Frauen ($MR = 140.87$) an ($U(315) = 8248.00$, $p < .001$). Das Alter hängt nicht mit der Häufigkeit der Traumata zusammen ($r_s(315) = -.094$, $p = .096$) und die höchste abgeschlossene Ausbildung weist weiters keine signifikanten Unterschiede ($H(4, 314) = 7.239$, $p = .124$) in der Anzahl der traumatischen Erfahrungen auf.

Personen mit freiwilliger Arbeit ($MR = 179.72$) berichten eine höhere Anzahl von traumatischen Erfahrungen als Personen ohne freiwillige Arbeit ($MR = 151.33$). Dieser Unterschied ist als signifikant einzustufen ($U(315) = 7309.50$, $p < .05$).

Der Familienstand zeigt einen signifikanten Unterschied ($H(3, 315) = 24.224$, $p < .001$) in der Anzahl der angegebenen traumatischen Erfahrungen im TLEQ, wobei geschiedene ($MR = 187.81$), verheiratete oder in Partnerschaft lebende ($MR = 184.41$), ledige ($MR = 157.71$) vor verwitweten Personen ($MR = 132.00$) die höchste Anzahl an traumatischen Erfahrungen im TLEQ berichten.

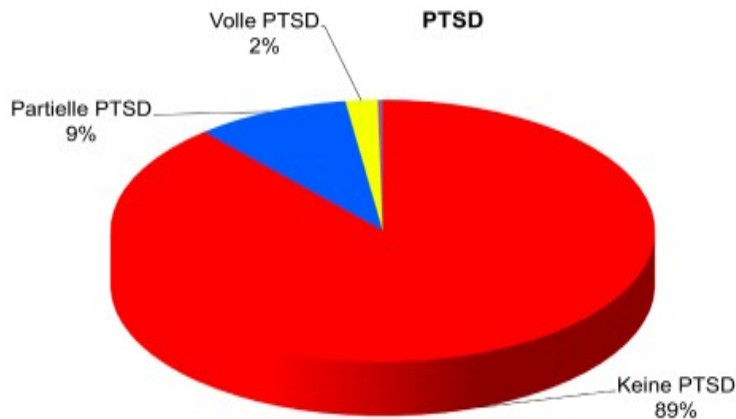
Personen im Pflegeheim ($MR = 127.52$) unterscheiden sich signifikant von Personen in Kurzzeitpflege ($MR = 140.25$), Personen in eigener Wohnung oder Haus ($MR = 175.44$) und Personen, die andere Wohnformen gewählt hatten ($MR = 184.57$) in der Anzahl der Traumata im TLEQ. Personen, die bei ihrer Familie wohnen geben die höchste Anzahl traumatischer Erfahrungen im TLEQ an ($MR = 219.87$). Diese Unterschiede zwischen den Gruppen sind als signifikant anzusehen ($H(4, 315) = 27.818$, $p < .001$).

14.3.3 Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C)

Sechs Personen der Stichprobe leiden an einer vollen (1.9%) und weitere 29 (9.2%) an einer partiellen Posttraumatischen Belastungsstörung. Darunter ist zu verstehen, dass 35 Personen (11.1%) der Stichprobe mindestens in zwei Symptomcluster der PTSD das Diagnosekriterium erfüllen. Die PCL-C wird von 315 Personen beantwortet.

Der Summenscore der Rohwerte in der PCL-C, der die Intensität der posttraumatischen Symptombelastung beschreibt, weist einen Mittelwert von 23.68 ($SD = 6.13$) und einen Median von 22 auf.

Abbildung 8: Posttraumatische Belastungsstörung in der Gesamtstichprobe



Für Geschlecht ($U(315) = 10112$, $p = .053$) und Alter der Interviewten werden keine Zusammenhänge ($r_s(315) = .018$, $p = .753$) mit der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung gefunden. Der Familienstand ($H(3, 315) = .398$, $p = .941$), die Anzahl der Kinder ($r_s(315) = .048$, $p = .399$), der Kontakt zu den Kindern ($U(308) = 7278.00$, $p = .330$) und die Wohnsituation der Befragten zum Zeitpunkt des Interviews ($H(4, 315) = 3.747$, $p = .441$) zeigt keine signifikanten Effekte.

Gruppen mit verschiedenen höchst abgeschlossenen Ausbildungen weisen einen signifikanten Unterschied ($H(4, 314) = 11.976$, $p < .05$) im PCL-C-Summenscore auf. Personen mit Hochschulabschluss ($MR = 122.23$) zeigen die niedrigste und Personen mit Volksschulabschluss ($MR = 172.31$) die höchste Intensität der posttraumatischen Symptombelastung. Diese Ergebnisse sind dahingehend zu interpretieren, dass Personen mit höherem Bildungsgrad eine niedrigere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung in der PCL-C aufweisen.

Personen mit freiwilliger Arbeit ($MR = 129.97$) unterscheiden sich signifikant von Personen ohne freiwillige Arbeit ($MR = 166.61$). Die Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ist bei Personen mit freiwilliger Arbeit signifikant geringer als bei Personen ohne freiwillige Arbeit ($U(315) = 6843.00$, $p < .01$).

Mittels Chi-Quadrat Test wurden die Zusammenhänge weiterführend für das Vorliegen einer vollen/partiellen PTSD und keiner PTSD geprüft. Für Geschlecht ($X^2(1, 315) = 0.004, p = .947$), Alter ($r_{pb}(315) = .036, p = .521$), Ausbildung (*Fisher's Exact*(4, 314), = 2.316, $p = .686$), Familienstand (*Fisher's Exact*(3, 315) = 2.597, $p = .440$), Kontakt mit Kinder ($X^2(1, 308) = 1.083, p = .298$) und Wohnsituation (*Fisher's Exact*(4, 315) = 1.065, $p = .885$) konnte kein Zusammenhang mit einer vollen oder partiellen PTSD und keiner PTSD festgestellt werden.

Das Diagnosekriterium für Intrusion und Wiedererleben wird von 98 Personen (31%), für Vermeidung von 11 Personen (3.5%) und für Hyperarousal von 57 Personen (18%) erfüllt.

Tabelle 6: *Symptomcluster der Posttraumatischen Belastungsstörung*

Symptomcluster	M	SD	Diagnosekriterium erfüllt
Intrusion	6.78	2.51	98 Personen (31%)
Vermeidung	9.13	2.49	11 Personen (3.5%)
Hyperarousal	7.77	2.77	57 Personen (18%)

In Anbetracht der einzelnen Symptomcluster unterscheiden sich Männer und Frauen nur im Symptomcluster Hyperarousal ($U(315) = 9873.50, p < .05$), wobei Frauen ($MR = 166.88$) höhere Werte in Hyperarousal als Männer ($MR = 143.17$) angeben. Das Alter steht nicht mit den einzelnen Symptomcluster in Zusammenhang. Signifikante Unterschiede ergeben sich weiters im Symptomcluster Vermeidung bezüglich der höchst abgeschlossenen Ausbildung ($H(4, 314) = 10.827, p < .05$). Wobei Personen mit Hochschulabschluss ($MR = 118.44$), Lehre ($MR = 155.14$), Hauptschulabschluss ($MR = 158.04$), Volksschulabschluss ($MR = 165.47$) nach Personen mit Matura ($MR = 176.52$) am wenigsten zur Vermeidung tendieren. Der Berufsstand weist in allen drei Symptomcluster signifikante Ergebnisse auf. Wobei in Intrusion ($U(315) = 7331.00, p < .05$), Vermeidung ($U(315) = 6742.00, p < .01$) und Hyperarousal ($U(315) = 7556.50, p < .05$) Personen mit freiwilliger Arbeit niedrigere mittlere Ränge in den einzelnen Summenscores erreichen. Familienstand und Wohnort führen zu keinen Unterschieden in den einzelnen Symptomcluster.

14.3.4 Connor Davidson Resilience Scale-Kurzskala (CD-RISC)

Die Ergebnisse der CD-RISC werden in der Diplomarbeit von Daniela Wintner (2011) ausführlich dargestellt und werden daher an dieser Stelle nicht näher behandelt.

14.4 Hypothesenprüfung

14.4.1 Hypothese 1

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.

Widerstand H1.1.1., Tote bergen H1.1.2., Kriegsgefangenschaft H1.1.3., Verwundung H1.1.4., Luftangriff H1.1.5., Familienangehörige gefallen H1.1.6., Verschleppung von Familienangehörigen H1.1.7., direkte Kriegshandlungen H1.1.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.1.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.1.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.1.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H1.1.12., Raub durch Besatzungsmacht H1.1.13.

UV: Geschlecht

AV: Kriegsbezogene traumatische Erfahrung

N: Gesamte Stichprobe

Zur Prüfung der einzelnen Hypothesen wurde jeweils mit allen 13 Arten von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit und dem Geschlecht ein Chi-Quadrat Test berechnet. Bei Verletzung der Voraussetzung des Chi-Quadrat Tests, werden die Ergebnisse des Fisher's Exact Test zur Interpretation herangezogen. Die Ergebnisse der berechneten Chi-Quadrat Tests sind in Tabelle 7 übersichtlich dargestellt. Die odds ratio verdeutlichen, um wie viel häufiger die traumatische Erfahrung mit „erlebt“ beantwortet wird, wenn die befragte Person ein Mann war im Vergleich zu einer Frau.

Tabelle 7: *Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen bei Frauen und Männer*

Kriegsbezogene traumatische Erfahrung	Geschlecht			
	Teststatistik, X^2 (df), p		Cramer's V	odds ratio
Widerstand	X^2 (1) 0.465	.495		
Tote bergen	X^2 (1) 17.206	.000**	.23	4.00 (Männer)
Kriegsgefangenschaft	X^2 (1) 82.574	.000**	.51	43.73 (Männer)
Verwundung	X^2 (1) 39.873	.000**	.36	27.25 (Männer)
Luftangriffe erlebt	X^2 (1) 0.060	.807		
Familienangehörige gefallen	X^2 (1) 0.054	.817		
Verschleppung	X^2 (1) 0.266	.606		
Direkte Kriegshandlungen	X^2 (1) 11.414	.001**	.19	2.25 (Männer)
Verlassen der Heimat	X^2 (1) 4.019	.045*	.11	1.70 (Männer)
Psychische Gewalt BM	X^2 (1) 0.120	.730		
Physische Gewalt BM	X^2 (1) 3.933	.047*	.11	1.86 (Männer)
Sexueller Übergriff	<i>Fisher's Exact</i> (1) 0.127	.222		
Raub BM	X^2 (1) 2.809	.094		

* $p < .05$, ** $p < .01$, Chi-Quadrat Tests, odds ratio: Verhältnis Männer/Frauen (häufigste Nennung)

Signifikante Zusammenhänge ergeben sich für Geschlecht mit den kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen Tote bergen (H1.1.2.), Kriegsgefangenschaft (H1.1.3.), Verwundung (H1.1.4.), direkte Kriegshandlungen (H1.1.8.), Verlassen der Heimat (H1.1.9.) und physische Gewalt durch die Besatzungsmacht (H1.1.11.), wobei alle diese traumatischen Erfahrungen öfter von Männern erlebt wurden. Für diese Arten von traumatischen Erfahrungen wird die Alternativhypothese angenommen.

14.4.2 Hypothese 2

H₁: Das Alter der Befragten weist einen Zusammenhang mit den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf.

Widerstand H1.2.1., Tote bergen H1.2.2., Kriegsgefangenschaft H1.2.3., Verwundung H1.2.4., Luftangriff H1.2.5., Familienangehörige gefallen H1.2.6., Verschleppung von Familienangehörigen H1.2.7., direkte Kriegshandlungen H1.2.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.2.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.2.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht

H1.2.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H1.2.12., Raub durch BM H1.2.13.

UV: Alter

AV: Kriegsbezogene traumatische Erfahrung

N: Gesamte Stichprobe

Die Hypothesenprüfung erfolgte mittels punktbiseraler Korrelation für die 13 Arten von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit und dem Alter der Befragten. Der Kolmogorov-Smirnov Test für die Variable Alter weist ein signifikantes Ergebnis ($D(316) = 0.065$, $p < .01$) auf, welches auf eine Abweichung der Normalverteilung hindeutet. In Anbetracht, dass dieses Verfahren bei großen Samples schon bei kleinen Abweichungen signifikant werden kann (Field, 2009), wurde eine graphische Prüfung der Normalverteilung durchgeführt und die Normalverteilung aufgrund dieser folglich angenommen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 ausführlich dargestellt.

Tabelle 8: *Zusammenhang kriegsbezogene traumatische Erfahrungen und Alter*

Kriegsbezogene traumatische Erfahrung	Alter	
	r_{pb}	p
Widerstand	.006	.915
Tote bergen	.115	.041*
Kriegsgefangenschaft	.257	.000**
Verwundung	.150	.008**
Luftangriff	.142	.012*
Familienangehörige gefallen	-.105	.062
Verschleppung	-.045	.424
Direkte Kriegshandlungen	.146	.009*
Verlassen der Heimat	-.073	.196
Psychische Gewalt	-.108	.056
Physische Gewalt	-.093	.098
Sexueller Übergriff	.042	.457
Raub	-.035	.537

* $p < .05$, ** $p < .01$, punktbiserae Korrelationen

Ein signifikanter positiver Zusammenhang mit dem Alter der befragten Personen kann für Tote bergen (H1.2.2.), Kriegsgefangenschaft (H1.2.3.), Verwundung (H1.2.4.), Luftangriff (H1.2.5.) und direkte Kriegshandlungen (H1.2.8.) berichtet werden, wobei für diese Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen die Alternativhypothese angenommen wird. Dieser Zusammenhang ist dahingehend zu interpretieren, dass ältere Befragte in der Kriegs- und Nachkriegszeit eher in Kriegsgefangenschaft gerieten, verwundet wurden, Tote bergen mussten und Luftangriffe und direkte Kriegshandlungen erlebten.

14.4.3 Hypothese 3

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ort, an dem man während der Kriegs- und Besatzungszeit gelebt hat (Stadt/Land) und den einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.

Widerstand H1.3.1., Tote bergen H1.3.2., Kriegsgefangenschaft H1.3.3., Verwundung H1.3.4., Luftangriff H1.3.5., Familienangehörige gefallen H1.3.6. Verschleppung von Familienangehörigen H1.3.7., direkte Kriegshandlungen H1.3.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.3.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.3.10., physische Gewalt durch BM H1.3.11., sexueller Übergriff durch Besatzungsmacht H1.3.12., Raub durch BM H1.3.13.

UV: Wohnort während der Kriegs- und Besatzungszeit (Stadt/Land)

AV: Kriegsbezogene traumatische Erfahrung

N: Gesamte Stichprobe

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde die Berechnung von Chi-Quadrat Tests für jede einzelne kriegsbezogene traumatische Erfahrung mit der Variable Wohnort während der Kriegszeit, welche zwei Ausprägungen (Stadt/Land) aufweist, durchgeführt.

Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit in der Stadt lebten, berichten signifikant häufiger von Widerstand, Luftangriffen, Verschleppung und direkten Kriegshandlungen. Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit am Land wohnten, berichten signifikant häufiger von psychischer und physischer Gewalt durch die Besatzungsmacht, sexuellen Übergriffen direkt oder als Zeuge und von Raub

durch die Besatzungsmacht.

Tote bergen, Kriegsgefangenschaft, Verwundung, Familienangehörige gefallen, erzwungenes Verlassen der Heimat und direkte sexuelle Übergriffe durch die Besatzungsmacht stehen in keinem Zusammenhang mit dem Wohnort in der Kriegszeit. Die Resultate sind in Tabelle 9 aufgelistet, wobei die odds ratio das Verhältnis, die jeweilige kriegsbezogene traumatische Erfahrung erlebt zu haben, je nachdem, ob man in der Stadt oder am Land gewohnt hat, widerspiegeln.

Tabelle 9: Zusammenhang kriegsbezogene traumatische Erfahrungen und Wohnort während der Kriegs- und Besatzungszeit

Kriegsbezogene traumatische Erfahrung	Wohnort während der Kriegs- und Besatzungszeit			
	Teststatistik χ^2 (df), p	Cramer's V	odds ratio	
Widerstand	χ^2 (1) 5.560	.018*	.13	2.87 (Stadt)
Tote bergen	χ^2 (1) 2.278	.131		
Kriegsgefangenschaft	χ^2 (1) 3.054	.081		
Verwundung	χ^2 (1) 0.198	.657		
Luftangriffe erlebt	χ^2 (1) 13.252	.000**	.21	2.95 (Stadt)
Familienangehörige gefallen	χ^2 (1) 0.070	.792		
Verschleppung	χ^2 (1) 7.592	.006**	.16	5.10 (Stadt)
Direkte Kriegshandlungen	χ^2 (1) 7.317	.007**	.15	1.87 (Stadt)
Verlassen der Heimat	χ^2 (1) 2.715	.099		
Psychische Gewalt BM	χ^2 (1) 4.779	.029*	.12	1.96 (Land)
Physische Gewalt BM	χ^2 (1) 7.988	.005**	.16	2.56 (Land)
Sexueller Übergriff direkt	χ^2 (1) 0.029	.864		
Sexueller Übergriff direkt/ indirekt	χ^2 (1) 4.282	.039*	.12	2.00 (Land)
Raub BM	χ^2 (1) 11.449	.001**	.19	2.27 (Land)

* $p < .05$, ** $p < .01$, Chi-Quadrat Tests, odds ratio: Verhältnis Stadt/Land (häufigste Nennung)

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ort, an dem man während der Kriegs- und Besatzungszeit gelebt hat (Stadt/Land) und Widerstand (H1.3.1.), Luftangriff (H1.3.5.), Verschleppung (H1.3.7.), direkte Kriegshandlungen (H1.3.8.), psychischer (H1.3.10.) und physischer Gewalt (H1.3.11.) durch Besatzungsmacht und Raub (H1.3.13.) durch die Besatzungsmacht. Für diese Kriegstraumata wird die

Alternativhypothese angenommen. Sexueller Übergriff (H0.3.12) weist nur unter Einbezug des Bezeugen von Übergriffen einen signifikanten Zusammenhang mit dem Ort, an dem man in der Kriegs- und Besatzungszeit gelebt hat auf, daher wird die Nullhypothese beibehalten.

14.4.4 Hypothese 4

H₁: Männer und Frauen unterscheiden sich anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.

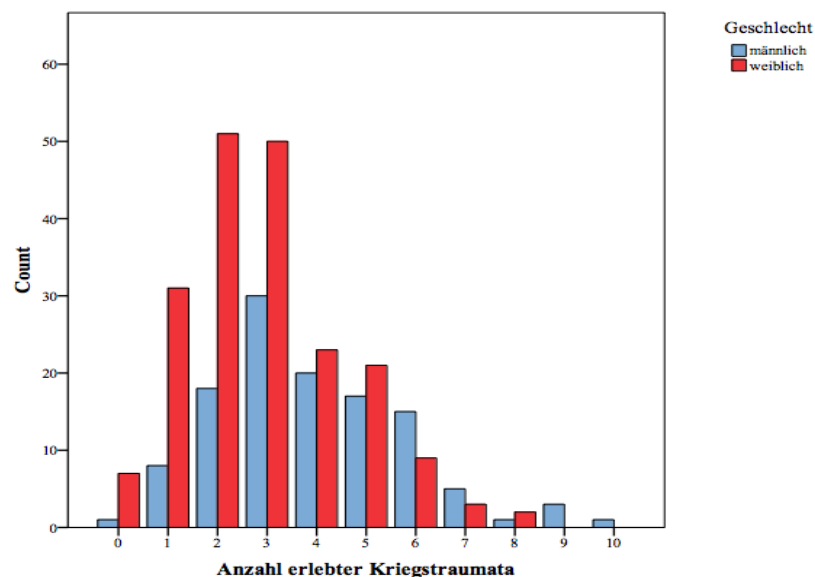
UV: Geschlecht

AV: Anzahl kriegsbezogene traumatische Erfahrungen

N: Gesamte Stichprobe

Da die Anzahl der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen Ordinalskalenniveau aufweist, wurde zur Auswertung der Hypothese vier ein parameterfreies Verfahren, der Mann-Whitney-U-Test, angewendet.

Abbildung 9: Häufigkeit kriegsbezogene traumatische Erfahrungen Männer und Frauen



Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant ($U(316) = 7990.00, p < .001$) in der Anzahl der angegebenen kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten

Weltkrieg und der Besatzungszeit. Männer geben mit einem mittleren Rang von 189.86 eine signifikant höhere Anzahl von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen als Frauen mit einem mittleren Rang von 139.56 an, daher wird die Alternativhypothese angenommen. Mittels z-Wert wurde die Effektstärke $r = -.27$ berechnet, welche einen kleinen bis mittleren Effekt beschreibt.

14.4.5 Hypothese 5

H₁: Das Alter der Befragten weist einen Zusammenhang mit der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf.

UV: Alter

AV: Anzahl kriegsbezogene traumatische Erfahrungen

N: Gesamte Stichprobe

Der Zusammenhang zwischen Alter und der Anzahl der im Krieg erlebten traumatischen Erfahrungen wurde mittels Spearman Korrelation geprüft. Da eine hohe Anzahl von gleichen Rängen zu erwarten ist, wird zusätzlich Kendall's Tau dargestellt.

Das Alter der Befragten weist keinen signifikanten Zusammenhang mit der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit auf ($r_s(316) = .088, p = .117, \tau(315) = .066, p = .110$). Die Nullhypothese wird folglich beibehalten.

14.4.6 Hypothese 6

H₁: Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit in der Stadt gelebt haben, unterscheiden sich von Personen, die während der Kriegs- und Besatzungszeit am Land gelebt haben, in der Häufigkeit kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit.

UV: Wohnort während der Kriegs- und Besatzungszeit (Stadt/Land)

AV: Anzahl kriegsbezogene traumatische Erfahrungen

N: Gesamte Stichprobe

Zur Prüfung der Unterschiede zwischen den zwei Gruppen wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, da die Anzahl der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen Ordinalskalenniveau aufweist.

Personen, die die längste Zeit während der Kriegs- und Besatzungszeit in der Stadt gelebt haben ($MR = 162.65$) unterscheiden sich nicht signifikant von Personen, die in der Kriegs- und Besatzungszeit am Land gelebt haben ($MR = 148.97$) anhand der Anzahl der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen ($U(310) = 10930.00$, $p = .172$). Die Nullhypothese wird aufgrund der Ergebnisse beibehalten.

14.4.7 Hypothese 7

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen östlicher (sowjetische) und westlicher (amerikanische, französische und britische) Besatzungszone und der Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrung in der jeweiligen Besatzungszone.

Psychische Gewalt Besatzungszone H1.7.1., physische Gewalt Besatzungszone H1.7.2., sexueller Übergriff Besatzungszone H1.7.3, Raub Besatzungszone H1.7.4.

UV: Besatzungszone (Ost/West)

AV: Kriegsbezogene traumatische Erfahrung in der jeweiligen Besatzungszone

N: Personen, die nur eine Besatzungszone angegeben haben

Da Zusammenhänge zwischen nominal skalierten Daten geprüft werden sollen, wurde die Analyse mittels Chi-Quadrat Test durchgeführt. Als abhängige Variable wurden jeweils die einzelnen Arten von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen, die in der Besatzungszone (östliche versus westliche) vorgefallen sind, herangezogen. Somit sind die hier verwendeten abhängigen Variablen klar abzugrenzen von den jemals erlebten traumatischen Erfahrungen durch eine der vier Besatzungsmächte, die in den vorhergegangenen Hypothesen miteinbezogen wurden.

Die Besatzungszone (östliche vs. westliche) in der man die längste Zeit verbracht hat,

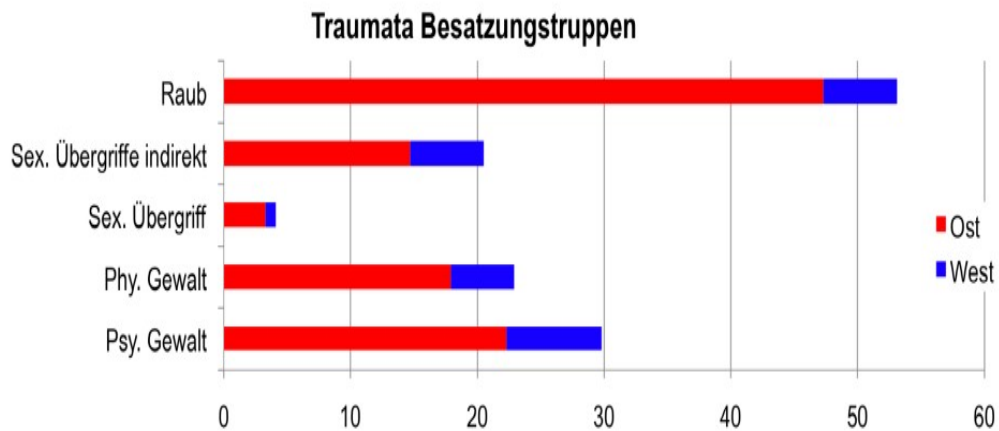
weist mit psychischer Gewalt, physischer Gewalt, sexuellem Übergriff indirekt, sexuellem Übergriff direkt und indirekt und Raub in der jeweiligen Besatzungszone einen signifikanten Zusammenhang auf. Die berechneten odds ratio besagen, dass alle Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone häufiger in der ehemals östlichen, als in den ehemals westlichen Besatzungszonen angegeben werden. Vor allem Raub wird rund 15 Mal häufiger von Personen in der östlichen als von Personen in den westlichen Besatzungszonen mit „erlebt“ beantwortet. Die ausführlichen Ergebnisse sind aus Tabelle 10 zu entnehmen.

Tabelle 10: *Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen östliche vs. westliche Besatzungszone*

Kriegsbezogene traumatische Erfahrung Besatzungszone	Östliche vs. westliche Besatzungszone			
	Teststatistik χ^2 (df), p	Cramer's V	odds ratio	
Psychische Gewalt	χ^2 (1) 11.550	.001*	.20	3.57 (östliche)
Physische Gewalt	χ^2 (1) 10.866	.001**	.19	4.15 (östliche)
Sexueller Übergriff direkt	<i>Fisher's Exact</i>	.252		
Sexueller Übergriff indirekt	χ^2 (1) 5.607	.018*	.14	2.75 (östliche)
Sexueller Übergriff direkt/indirekt	χ^2 (1) 6.606	.010*	.15	2.82 (östliche)
Raub	χ^2 (1) 59.419	.000**	.44	14.7 (östliche)

* $p < .05$, ** $p < .01$, Chi-Quadrat Tests, odds ratio: Verhältnis östliche/westliche BZ (häufigste Nennung)

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen östlicher (sowjetische) und westlicher (amerikanische, französische und britische) Besatzungszone und psychischer Gewalt Besatzungszone (H1.7.1.), physischer Gewalt Besatzungszone (H1.7.2.) und Raub Besatzungszone (H1.7.4). Die Alternativhypothese wird für diese Traumata durch die Besatzungsmacht angenommen. Für sexuellen Übergriff (H0.7.3) wird die Nullhypothese beibehalten, da sich nur unter Einbeziehung des Bezeugen sexueller Übergriffe ein Zusammenhang herausstellt, nicht aber für direkte sexuelle Übergriffe.

Abbildung 10: *Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen östliche/westliche Besatzungszone*

Zur Präzisierung der Fragestellung wurden weitere Items des historischen Fragebogens in die Analyse miteinbezogen (siehe Tabelle 11). Diese stellen zwar keine kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen dar, zielen jedoch darauf ab, die Angst und das Verhältnis der befragten Personen zur Besatzungsmacht zu erfassen.

Tabelle 11: *Zusatzitems östliche und westliche Besatzungszone*

Zusatzitems	Östliche vs. Westliche Besatzungszone			
	Teststatistik χ^2 (df), p		Cramer's V	odds ratio
Angst vor Besatzungsmacht	χ^2 (1) 78,328	.000**	.51	12.92 (östliche)
Horrorgerüchte erzeugten Angst	χ^2 (1) 37,303	.000**	.35	4.74 (östliche)
Schutz/Sicherheit vermittelt	χ^2 (1) 13,489	.000**	.22	2.51 (westliche)
Angst, bei Erinnerung an BM	χ^2 (1) 15,645	.000**	.23	(nur östliche)

* $p < .05$, ** $p < .01$, Chi-Quadrat Tests, odds ratio: Verhältnis östliche/westliche BZ (häufigste Nennung)

Personen der ehemaligen östlichen Besatzungszone geben rund 13 mal häufiger an, Angst vor den Besatzungssoldaten verspürt zu haben. Auch Horrorgerüchte über die Besatzungsmacht, die Angst auslösten, werden häufiger von Personen in der ehemaligen östlichen Besatzungszone berichtet. Auf die Frage, ob die Besatzungssoldaten Sicherheit und Schutz vermittelten, antworten 2.5 mal häufiger Personen aus westlichen Besatzungszonen mit „ja“. Noch heute verspüren, bei der Erinnerung an Angehörige

der Besatzungsmacht, nur Befragte aus der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone Angst.

14.4.8 Hypothese 8

H₁: Die östliche (sowjetische) und westliche (amerikanische, französische und britische) Besatzungszone unterscheiden sich anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone.

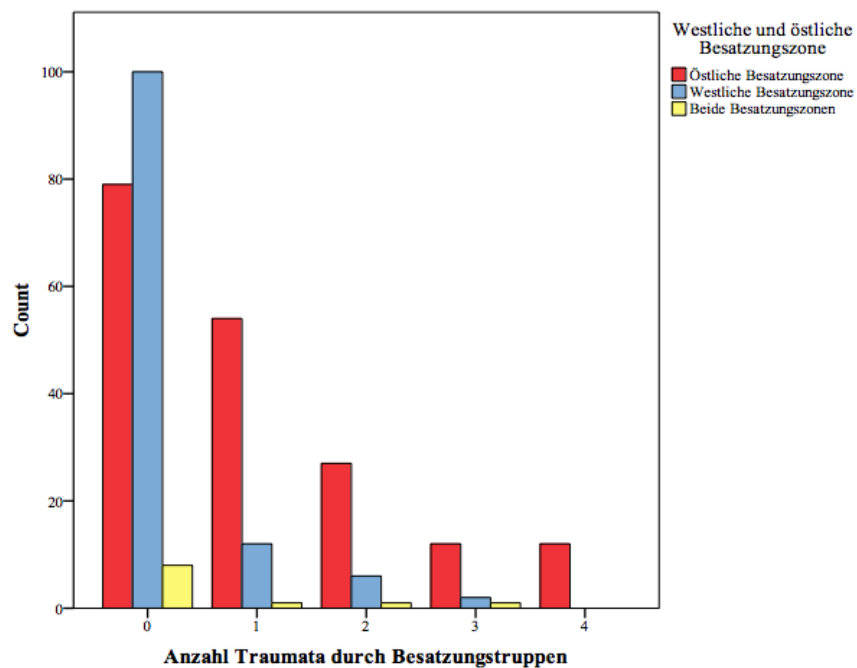
UV: Besatzungszone (Ost/West)

AV: Anzahl kriegsbezogene traumatische Erfahrung in der jeweiligen Besatzungszone

N: Personen, die nur eine Besatzungszone angegeben haben

Zur Auswertung der Hypothese acht wurde aufgrund der ordinalskalierten abhängigen Variable, ein Mann-Whitney-U-Test berechnet.

Abbildung 11: *Anzahl erlebter traumatischer Erfahrungen östliche/westliche Besatzungszone*



Personen aus der ehemaligen östlichen Besatzungszone und Personen aus den ehemaligen westlichen Besatzungszonen unterscheiden sich signifikant ($U(304) = 6433.00$, $p < .001$) in der Anzahl kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone. In der östlichen Besatzungszone ($MR = 177.54$) wird eine signifikant höhere Anzahl von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen, als in den westlichen Besatzungszonen ($MR = 114.11$) im Interview angegeben. Die Alternativhypothese wird folglich angenommen. Die Stärke des Effektes $r = -.40$ ist als mittlerer Effekt einzuordnen.

14.4.9 Hypothese 9

H₁: Die vier Besatzungszonen weisen einen Zusammenhang mit der Art der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone auf.

Psychische Gewalt Besatzungszone H1.9.1., physische Gewalt Besatzungszone H1.9.2., sexueller Übergriff Besatzungszone H1.9.3, Raub Besatzungszone H1.9.4.

UV: Besatzungszone (amerikanische, britische, französische, sowjetische BZ)

AV: Kriegsbezogene traumatische Erfahrung in der jeweiligen Besatzungszone

N: Personen, die nur eine Besatzungszone angegeben haben

Die Auswertung erfolgte mittels Chi-Quadrat Test. Die Ergebnisse der einzelnen Chi-Quadrat Tests sind in Tabelle 12 veranschaulicht.

Die vier Besatzungszonen weisen einen signifikanten Zusammenhang mit psychischer Gewalt (H1.9.1), physischer Gewalt (H1.9.2.) und Raub (H1.9.4) auf. Alle kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen werden am häufigsten in der ehemaligen sowjetischen Zone berichtet. Die Alternativhypothese wird für diese Traumata durch die Besatzungsmacht angenommen. Für sexuellen Übergriff (H0.9.3) wird die Nullhypothese beibehalten, da nur sexuelle Übergriffe direkt und indirekt in signifikantem Zusammenhang mit den vier Besatzungszonen stehen, nicht aber direkte sexuelle Übergriffe.

Tabelle 12: *Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen in den vier Besatzungszonen*

Kriegsbezogene traumatische Erfahrung Besatzungszone	Besatzungszonen			
	Teststatistik X^2 (df), p		Cramer's V	Prozentsatz innerhalb BZ
Psychische Gewalt	X^2 (3) 11.966	.008*	.20	S= 22.3, F= 11.1 A= 5.1, B= 7.4
Physische Gewalt	X^2 (3) 12.056	.007*	.20	S= 17.9, F= 11.1 A= 2.6, B= 3.7
Sexueller Übergriff direkt	<i>Fisher's Exact</i> (3) 1.016	.919		
Sexueller Übergriff indirekt	<i>Fisher's Exact</i> (3) 6.890	.066		
Sexueller Übergriff direkt und indirekt	X^2 (3) 8.670	.034*	.20	S= 16.8, F= 0 A= 5.1, B= 11.1
Raub	X^2 (3) 60.152	.000**	.45	S= 47.8, F= 0 A= 5.1, B= 9.3

* $p < .05$, ** $p < .01$, Chi-Quadrat Tests, S: sowjetische BZ, F: französische BZ, A: amerikanische BZ, B: britische BZ

Weiters wurde das selbe Verfahren zur Auswertung der zusätzlichen Items des historischen Fragebogens, die Besatzungsmacht betreffend, angewendet. Die Analyseergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: *Zusatzitems in den vier Besatzungszonen*

Zusatzitems	Besatzungszonen			
	Teststatistik X^2 (df), p		Cramer's V	% innerhalb BZ
Angst vor Besatzungsmacht	X^2 (3) 79.267	.000**	.51	S= 63, F= 18.5 A= 12.8, B= 7.4
Horrorgerüchte erzeugten Angst	X^2 (3) 37.329	.000**	.35	S= 59, F= 22.2 A= 23.1, B= 24.1
Schutz/Sicherheit vermittelt	X^2 (3) 15.835	.001**	.23	S= 27.4, F= 36 A= 54.3, B= 50.9
Angst bei Erinnerung an BZ	<i>Fisher's Exact</i> (3) 15.489	.001**	.23	S= 12.1, F= 0 A= 0, B= 0

* $p < .05$, ** $p < .01$, Chi-Quadrat Tests, S: sowjetische BZ, F: französische BZ, A: amerikanische BZ, B: britische BZ

Die Ergebnisse verdeutlichen, wie oben schon, die Zusammenhänge der Antworten in allen Zusatzitems mit der ehemaligen Besatzungszone.

14.4.10 Hypothese 10

H₁: Die sowjetische, amerikanische, französische und britische Besatzungszonen unterscheiden sich anhand der Häufigkeit der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone.

UV: Besatzungszone (amerikanische, britische, französische, sowjetische BZ)

AV: Anzahl kriegsbezogene traumatische Erfahrung in der jeweiligen Besatzungszone

N: Personen, die nur eine Besatzungszone angegeben haben

Zur Hypothesenprüfung wurde aufgrund der ordinalskalierten abhängigen Variable ein parameterfreies Verfahren, der Kruskal-Wallis Test, berechnet. Personen, die zwei oder mehr Besatzungszonen angegeben haben, werden in der Analyse nicht berücksichtigt.

Die vier Besatzungszonen unterscheiden sich signifikant ($H(3, 304) = 49.448$, $p < .001$) in der Anzahl kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone. Personen, die die längste Zeit in der sowjetischen Besatzungszone gelebt haben, weisen einen mittleren Rang von 177.54, in der britischen von 122.68, in der französischen von 109.11 und in der amerikanischen Besatzungszone von 105.71 auf.

Die Post Hoc Analysen erfolgten mittels Mann-Whitney-U-Test. Die sowjetische Besatzungszone unterscheidet sich signifikant von der französischen Besatzungszone ($U(211) = 1387.50$, $p < .001$, $r = -.27$), der amerikanischen Besatzungszone ($U(223) = 1907.00$, $p < .001$, $r = -.33$) und der britischen Besatzungszone ($U(238) = 3138.50$, $p < .001$, $r = -.29$) in der Anzahl der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone. Die Analyse der Gruppen ehemalige amerikanische, britische und französische Besatzungszone lieferten jeweils keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen.

Die Alternativhypothese wird aufgrund der Analysen angenommen, da ein Haupteffekt der Besatzungszonen auf die Anzahl kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen in der jeweiligen Besatzungszone festgestellt wurde. Dieser Effekt ist vor allem durch Unterschiede der Gruppe aus der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone mit den Gruppen aus den drei anderen Besatzungszonen zu erklären. Zwischen der amerikanischen, britischen und französischen Besatzungszone sind jedoch keine überzufälligen Unterschiede anhand der Anzahl kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen durch die jeweiligen Besatzungszone gefunden worden.

14.4.11 Hypothese 11

H₁: Eine höhere Exposition durch kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit führt zu einer Erhöhung der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

UV: Anzahl kriegsbezogene traumatische Erfahrungen (Kat. 1-2, 3-4, 5-10)

AV: Intensität der posttraumatischen Symptombelastung (PCL-C-Summenscore)

N: Personen, die mindestens eine kriegsbezogene traumatische Erfahrung angegeben haben

Die Hypothese 11 wird aufgrund der theoretischen Grundlagen einseitig getestet. Personen, die keine kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen, keine traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne beziehungsweise traumatische Erfahrungen nach Kriterium A2 angegeben haben, werden in den jeweiligen Analysen nicht berücksichtigt.

Mittels Kolomogorov-Smirnov Test wurde die Voraussetzung für eine Varianzanalyse, eine Normalverteilung der abhängigen Variable über die Gruppen, geprüft. Da dieser in allen drei Gruppen signifikant war, wird davon ausgegangen, dass die Normalverteilung verletzt ist. Auch die Homogenität der Varianzen, mittels Levene's-Test überprüft ($F(2, 304) = 5.145, p < .01$), ist nicht anzunehmen. Zur Auswertung wurde somit ein parameterfreies Verfahren, der Kruskal-Wallis Test zum Vergleich mehrerer unabhängiger Gruppen herangezogen.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sich die Gruppen 1-2 ($MR = 157.82$), 3-4 ($MR = 144.89$) und 5-10 kriegsbezogene traumatische Erfahrungen ($MR = 163.32$) nicht signifikant anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($H(2, 307) = 2.347, p = .155$) unterscheiden. Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen voller/partieller PTSD und keiner PTSD und der Anzahl der erlebten kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen mittels Chi-Quadrat Test weist auch auf keinen Zusammenhang hin ($\chi^2(2) = 0.598, p = .371$). Auch die durchgeführten Post Hoc Testungen, dargestellt in Tabelle 14 ergeben keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen.

Tabelle 14: *Post Hoc Analyse kriegsbezogene traumatische Erfahrungen*

Kriegsbezogene Traumata	Teststatistik $U(df), p_{(\text{einseitig})}$		
	1 - 2	3 - 4	5 - 10
1 - 2	--		
3 - 4	$U(231) = 6059.50$ $p = .125$	--	
5 - 10	$U(184) = 3934.00$ $p = .316$	$U(199) = 4135.50$ $p = .086$	--

* $p < .05$, ** $p < .01$, Mann-Whitney-U-Tests

Berücksichtigt man die einzelnen Symptomcluster, unterscheiden sich die Gruppen nur im Symptomcluster Intrusion ($H(2, 307) = 5.999, p < .05$). Eine höhere Anzahl von traumatischen Erfahrungen lässt auf eine höhere Ausprägung der Intrusions-symptomatik schließen. Post Hoc Analysen im Symptomcluster Intrusion zeigen, dass die Gruppe 3-4 eine signifikant höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung durch Intrusion als die Gruppe 5-10 angibt ($U(199) = 3798.00, p < .05, r = -.17$). Die weiteren Gruppenvergleiche führen zu keinen signifikanten Resultaten. Keine Unterschiede ergeben sich für die Symptomcluster Vermeidung ($H(2, 307) = 1.768, p = .207$) und Hyperarousal ($H(2, 307) = 0.721, p = .349$).

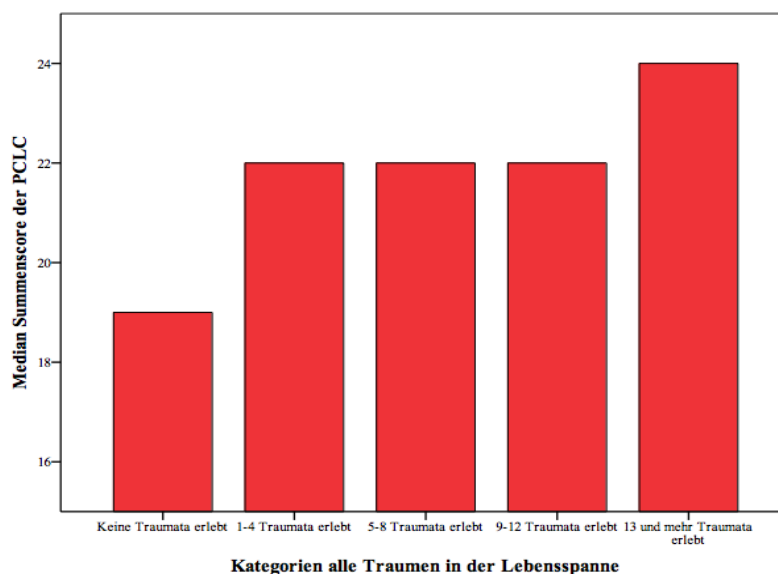
Zur weiteren Analyse wurden **alle traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne** (1-4, 5-8, 9-12, 13 und mehr) miteinbezogen. Die Analyse wurde mittels Kruskal-

Wallis Test durchgeführt, da die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse nicht gegeben sind.

Die vier Gruppen 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne unterscheiden sich signifikant ($H(3, 313) = 7.955, p < .05$) in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung. Der Jonckheere-Terpstra Test zeigt einen aufsteigenden signifikanten Trend ($J(313) = 20797.00, p < .01$) in den Daten an. Es handelt sich hierbei um einen kleinen Effekt mit $r = .15$, wobei die Gruppe 1-4 einen mittleren Rang von 141.47, die Gruppe 5-8 einen mittleren Rang von 149.04, die Gruppe 9-12 einen mittleren Rang von 157.07 und die Gruppe mit der höchsten Traumaexposition 13 und mehr traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne einen mittleren Rang von 179.93 erreicht. Eine höhere Traumaexposition geht somit mit einer höheren Intensität der posttraumatischen Symptombelastung einher.

Ein Chi-Quadrat zur Berechnung des Zusammenhanges zwischen voller/partieller PTSD und keiner PTSD und den Kategorien der Anzahl traumatischer Erfahrungen in der Lebensspanne weist auf keinen Zusammenhang hin ($X^2(3, 313) = 3.158, p = .184$).

Abbildung 12: Median Summenscore-PCL-C in den Kategorien Traumata Lebensspanne



Die Post Hoc Analysen, mittels Mann-Whitney-U-Test, kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Gruppen 1-4 und 13 und mehr traumatische Erfahrungen und 5-8 und 13 und mehr traumatische Erfahrungen in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung unterscheiden (siehe Tabelle 15). Die Gruppen mit einer größeren Anzahl von traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne, weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf.

Tabelle 15: *Post Hoc Analyse traumatische Erfahrungen Lebensspanne*

Traumata Lebens- spanne	Teststatistik $U(df), p_{\text{(einseitig)}}$			
	1 - 4	5 - 8	9 - 12	Über 13
1 - 4	--			
5 - 8	$U(157) = 2904.00$ $p = .273$	–		
9 - 12	$U(152) = 2606.00$ $p = .149$	$U(159) = 2990.50$ $p = .283$	–	
Über 13	$U(154) = 2250.50$ $p = .005^{**}, r = -.21$	$U(161) = 2582.00$ $p = .013^{*}, r = -.18$	$U(156) = 2599.00$ $p = .058$	–

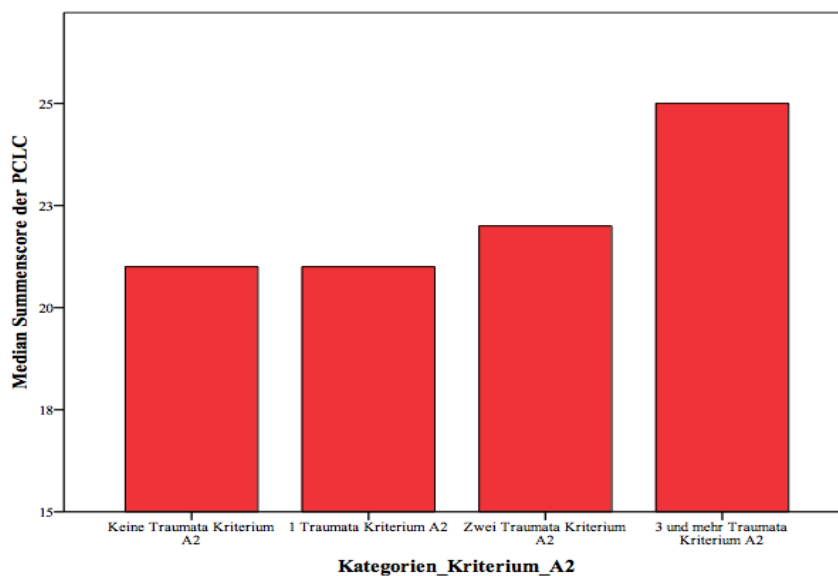
* $p < .05$, ** $p < .01$, Mann-Whitney-U-Tests

Unter Berücksichtigung der drei Symptomcluster zeigen die Ergebnisse des Kruskal-Wallis Test signifikante Unterschiede im Summenscore Intrusion ($H(3, 313) = 8.116$, $p < .05$) und Vermeidung ($H(3, 313) = 11.527$, $p < .01$). Es können signifikante Ergebnisse zwischen den Gruppen 1-4 und 13 und mehr traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne und den Gruppen 5-8 und 13 und mehr in den Symptomclustern Intrusion und Vermeidung berichtet werden. Im Summenscore Vermeidung zeigt sich ein Effekt zwischen den Gruppen 9-12 und 13 und mehr. Wobei die mittleren Ränge in der Gruppe 13 und mehr jeweils eine höhere Ausprägung der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung einnehmen. Keine Unterschiede ergeben sich für den Summenscore Hyperarousal ($H(3, 313) = 2.711$, $p = .219$).

Unter Einbeziehung des **Kriteriums A2 des DSM-IV** wird der Zusammenhang zwischen Traumaexposition und Intensität der posttraumatischen Symptombelastung

verstärkt. Die Gruppen, die jeweils nach dem Kriterium A2 eine traumatische Erfahrung ($MR = 119.15$), zwei traumatische Erfahrungen ($MR = 140.28$) und drei und mehr traumatische Erfahrungen ($MR = 172.38$) angeben, unterscheiden sich signifikant in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($H(2, 280) = 19.441$, $p < .001$). Jonckheere-Terpstra weist auf einen aufsteigenden signifikanten Trend ($J(280) = 16074.50$, $p < .001$, $r = .26$) hin.

Abbildung 13: Median Summenscore-PCL-C in den Kategorien Traumata Kriterium A2



Ein Chi-Quadrat Test bestätigt den Zusammenhang zwischen voller/partieller PTSD und keiner PTSD und der Anzahl der traumatischen Erfahrungen nach Kriterium A2 des DSM-IV ($\chi^2(2, 280) = 10.345$, $p < .01$). Post Hoc Analysen zeigen signifikante Ergebnisse in allen Gruppenvergleichen (siehe Tabelle 16).

Signifikante Ergebnisse ergeben sich weiters in allen drei Symptomcluster einer PTSD Intrusion ($H(2, 280) = 22.602$, $p < .001$), Vermeidung ($H(2, 280) = 6.393$, $p < .05$) und Hyperarousal ($H(2, 280) = 14.072$, $p < .01$), wobei jeweils die Gruppen mit einer größeren Anzahl von traumatischen Erfahrungen nach Kriterium A2 eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung aufweisen.

Tabelle 16: *Post Hoc Analyse traumatische Erfahrungen Kriterium A2*

Traumata Kriterium A2	Teststatistik $U(df), p_{(\text{einseitig})}, r$		
	1	2	Über 3
1	--		
2	$U(205) = 4438.00$ $p = .033^{**}, r = -.13$	--	
Über 3	$U(186) = 2571.50$ $p = .000^{**}, r = -.32$	$U(169) = 2725.00$ $p = .006^{**}, r = -.20$	--

* $p < .05$, ** $p < .01$, Mann-Whitney-U-Tests

Zur Beantwortung der Forschungshypothese wird die Nullhypothese beibehalten und die Alternativhypothese verworfen. Eine höhere Exposition durch kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit führt zu keiner signifikanten Erhöhung der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung. Grund dafür ist, dass sich die Expositionsgruppen nicht signifikant in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung unterscheiden. Erst unter Einbezug aller traumatischer Erfahrungen in der Lebensspanne wird der Zusammenhang zwischen Traumaexposition und posttraumatischer Symptombelastung signifikant. In Anbetracht des Kriteriums A2 des DSM-IV verstärkt sich der Effekt.

14.4.12 Hypothese 12

H₁: Personen, die kriegsbezogene traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit, zivile traumatische Erfahrungen oder beide erlebten, unterscheiden sich anhand Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

UV: 3 Gruppen (kriegsbezogen, zivil, beide)

AV: Intensität der posttraumatischen Symptombelastung (PCL-C-Summenscore)

N: Personen, die mindestens eine traumatische Erfahrung angegeben haben

Die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse wurden mittels Kolmogorov-Smirnoff

Test geprüft, der in allen drei Gruppen ein signifikantes Ergebnis ausgibt. Die Homogenität der Varianzen, geprüft mit dem Levene's Test ($F(2, 310) = 3.472, p < .05$), ist nicht gegeben. Da die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse verletzt sind, wurde ein Kruskal-Wallis Test berechnet.

Die drei Gruppen kriegsbezogen ($MR = 134.42$), zivil ($MR = 130.58$) und beide ($MR = 162.34$) unterscheiden sich nicht signifikant in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($H(2, 313) = 4.720, p = .094$). Post Hoc Testungen (siehe Tabelle 17) mittels Mann-Whitney-U-Test ergeben bei den Vergleichen nur Unterschiede zwischen den Gruppen kriegsbezogen und beide ($U(307) = 5529,00, p < .05, r = -.12$), wobei die Gruppe „beide“ eine höhere posttraumatische Symptombelastung aufweist.

Tabelle 17: *Post Hoc Analyse kriegsbezogen/zivil/beide*

Traumatyp	Teststatistik $U(df), p$		
	kriegsbezogen	zivil	beide
kriegsbezogen	--		
zivil	$U(59) = 154.00$ $p = .900$	--	
beide	$U(307) = 5529,00$ $p = .040^*, r = -.12$	$U(260) = 608.50$ $p = .398$	--

* $p < .05$, ** $p < .01$, Mann-Whitney-U-Tests

In den einzelnen Symptomcluster Intrusion ($H(2, 313) = 5.167, p = .076$) und Hyperarousal ($H(2, 313) = 0.912, p = .634$) unterscheiden sich die drei Gruppen nicht. Jedoch weist die Analyse auf überzufällige Unterschiede der Gruppen im Symptomcluster Vermeidung ($H(2, 313) = 7.696, p < .05$) hin, wobei die Gruppe kriegsbezogen ($MR = 127.48$) die niedrigsten, die Gruppe zivil ($MR = 138.33$) höhere und die Gruppe beide ($MR = 163.60$) die höchsten Summenscores im Symptomcluster Vermeidung aufweist. In Post Hoc Analysen bleiben die Unterschiede nur zwischen den Gruppen kriegsbezogen und beide ($U(307) = 5176.50, p < .01$) bestehen.

Zur Vollständigkeit wurde mittels Chi-Quadrat Test das Vorliegen einer vollen oder partiellen PTSD und keiner PTSD in Zusammenhang mit kriegsbezogen, zivil und beide traumatische Erfahrungen geprüft. Die Ergebnisse weisen auch auf keinen Zusammenhang ($\chi^2(2, 313) = 2.870, p = .238$) hin. Die Nullhypothese wird aufgrund der Analyseergebnisse beibehalten.

14.4.13 Hypothese 13

H₁: Personen, die akzidentelle, interpersonelle und akzidentelle und interpersonelle traumatische Erfahrungen erlebt haben, unterscheiden sich anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

UV: 3 Gruppen (akzidentell, interpersonell, beide)

AV: Intensität der posttraumatischen Symptombelastung (PCL-C-Summenscore)

N: Personen, die mindestens eine traumatische Erfahrung angegeben haben

Die Voraussetzung für eine Varianzanalyse wurde mittels Kolmogorov-Smirnoff Test geprüft, der in zwei Gruppen die Verletzung der Normalverteilung anzeigt. Die Homogenität der Varianzen, geprüft mit dem Levene's Test ($F(2, 313) = 3.051, p < .05$), ist nicht gegeben. Da die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse nicht erfüllt sind, wurde ein Kruskal-Wallis Test zur Analyse herangezogen.

Die drei Gruppen akzidentell ($MR = 126.40$), interpersonell ($MR = 146.75$) und beide ($MR = 161.08$) unterscheiden sich nicht signifikant ($H(2, 313) = 2.038, p = .361$) anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung. Die Überprüfung der Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen ergibt keine signifikanten Ergebnisse, wie aus Tabelle 18 abzulesen ist. Weiters können keine Unterschiede in den einzelnen Symptomcluster Intrusion ($H(2, 313) = 3.871, p = .144$), Vermeidung ($H(2, 313) = 2.848, p = .241$) und Hyperarousal ($H(2, 313) = 0.104, p = .949$) gefunden werden.

Tabelle 18: *Post Hoc Analyse akzidentell/interpersonell/beide*

Traumatyp	Teststatistik <i>U(df), p</i>		
	akzidentell	interpersonell	beide
akzidentell	--		
interpersonell	$U(82) = 166.50$ $p = .613$	--	
beide	$U(236) = 450.50$ $p = .399$	$U(308) = 8078.50$ $p = .227$	--

* $p < .05$, ** $p < .01$, Mann-Whitney-U-Tests

Ein Chi-Quadrat Test wurde zur Prüfung des Zusammenhanges zwischen voller, partieller PTSD und keiner PTSD mit den drei Gruppen akzidentell, interpersonell und beide berechnet. Ein signifikanter Zusammenhang (*Fisher's Exact*(2, 313) = 2.380, $p = .251$) kann nicht aufgezeigt werden. Die Nullhypothese wird gestützt auf die Resultate beibehalten.

14.4.14 Hypothese 14

H₁: Personen, die einzelne Arten von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit erlebt haben, weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die diese nicht erlebt haben.

Widerstand H1.14.1., Tote bergen H1.14.2., Kriegsgefangenschaft H1.14.3., Verwundung H1.14.4., Luftangriff H1.14.5., Familienangehörige gefallen H1.14.6., Verschleppung von Familienangehörigen H1.14.7., direkte Kriegshandlungen H1.14.8., erzwungenes Verlassen der Heimat H1.14.9, psychische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.14.10., physische Gewalt durch Besatzungsmacht H1.14.11., Raub durch Besatzungsmacht H1.14.12.

UV: Kriegsbezogene traumatische Erfahrung

AV: Intensität der posttraumatischen Symptombelastung

N: Gesamte Stichprobe

Kontrollvariable: Anzahl traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne (1-4, 5-8, 9-12, 13 und mehr)

Die Analyse erfolgt aufgrund der theoretischen Grundlagen einseitig.

Die Voraussetzungen für unabhängige t-Tests wurden für jede Art von kriegsbezogener traumatischer Erfahrung geprüft und als nicht erfüllt bewertet. Daher erfolgte die Auswertung mittels einzelner Mann-Whitney-U-Tests. Zur Prüfung der Zusammenhänge mit einer vollen/partiellen und keiner PTSD werden weiterführend Chi-Quadrat Tests berechnet. Zur Kontrolle der Anzahl der traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne wurde eine Subgruppenanalyse durchgeführt. Darunter ist zu verstehen, dass die bereits durchgeführten Analysen nochmals in den vier Gruppen 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne erlebt, separat berechnet werden. Die Ergebnisse dieser Subgruppenanalyse geben darüber Aufschluss, ob die gefundenen Effekte durch die Anzahl der traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne erklärbar sind oder in den Subgruppen bestehen bleiben. Die Resultate der jeweiligen Subgruppenanalysen sind den Tabellen zu entnehmen.

Hypothese 14.1. - Widerstand

Personen, die im Zweiten Weltkrieg Widerstand geleistet haben unterscheiden sich nicht signifikant von Personen, die keinen geleistet haben anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung in der PCL-C ($U(315) = 3480.00$, $p = .370$). Auch in den drei Symptomcluster Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal können keine Unterschiede aufgezeigt werden. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test zur Überprüfung des Zusammenhanges von Widerstand geleistet und nicht geleistet mit einer vollen/partiellen PTSD und keiner PTSD (*Fisher's Exact*(1, 315), $p = .207$) resultiert in keinem Zusammenhang zwischen den zwei Variablen.

Tabelle 19: *Subgruppenanalyse Widerstand*

Widerstand	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C-Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-1.588, .056	-1.131, .129	-1.917, .028*	-0.922, .179
5-8, n=82	-0.134, .447	-0.292, .385	-0.193, .434	-0.598, .275
9-12, n=77	-1.047, .148	-1.742, .041*	-0.256, .399	-0.503, .308
Über 13, n=79	-0.192, .424	-1.105, .135	-0.232, .409	-1.112, .133

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Die Ergebnisse der Analysen in den einzelnen Subgruppen sind Tabelle 19 zu entnehmen. Signifikante Ergebnisse sind in der Subgruppe 1-4 in Vermeidung und in der Subgruppe 9-12 in Intrusion zu berichten, wobei Personen, die Widerstand erlebt haben eine höheren mittleren Rang aufweisen.

Hypothese 14.2. - Tote bergen

Die Gruppen Tote bergen erlebt und Tote bergen nicht erlebt unterscheiden sich nicht im PCL-C-Summscore ($U(314) = 5361.00$, $p = .26$) und in den Symptomcluster Intrusion und Hyperarousal. Im Summscore Vermeidung wird ein signifikanter Unterschied der zwei Gruppen ($U(314) = 4763.00$, $p < .05$) sichtbar, wobei Personen die Tote bergen mussten niedrigere mittlere Ränge erreichen. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test (*Fisher's Exact*(1, 314), $p = .514$) resultiert in keinem Zusammenhang mit einer vollen/partiellen PTSD.

Tabelle 20: Subgruppenanalyse Tote bergen

Tote bergen	$z, p_{\text{(einseitig)}}$			
	PCL-C-Summscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=74	-0.028, .489	-0.435, .332	-0.867, .193	-0.278, .354
5-8, n=82	-0.447, .328	-0.914, .181	-0.458, .324	-0.691, .245
9-12, n=77	-1.254, .105	.1.189, .117	-0.102, .460	-1.568, .059
Über 13, n=79	-0.220, .413	-0.592, .276	-0.672, .251	-0.586, .279

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Die Subgruppenanalyse ergibt keine signifikanten Ergebnisse.

Hypothese 14.3. - Kriegsgefangenschaft

Personen, die in der Kriegszeit in Kriegsgefangenschaft gerieten, unterscheiden sich nicht von Personen, die dies nicht erlebten in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($U(315) = 6160.00$, $p = .168$). Weiters können keine Unterschiede in den drei Symptomgruppen ausgemacht werden. Zur Prüfung des Zusammenhanges zwischen Kriegsgefangenschaft erlebt und nicht erlebt und einer vollen/partiellen PTSD und keiner PTSD wurde ein Chi-Quadrat Test durchgeführt, der ein nicht

signifikantes Ergebnis ausweist ($X^2(1, 315) = 0.029, p = .434$).

Tabelle 21: Subgruppenanalyse Kriegsgefangenschaft

Kriegsgefangenschaft	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C-Summscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-0.693, .244	-0.295, .384	-0.289, .386	-1.043, .149
5-8, n=82	-1.781, .038*	-0.687, .246	-2.085, .019*	-0.385, .351
9-12, n=77	-0.495, .310	-1.419, .078	-0.096, .462	-0.407, .342
Über 13, n=79	-0.184, .427	-1.568, .059	-0.153, .439	-0.738, .231

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Der Subgruppenvergleich weist auf signifikante Unterschiede in der Kategorie 5-8 im PCL-C-Summscore und in Vermeidung hin, wobei Personen die Kriegsgefangenschaft erlebt haben jeweils höhere mittlere Ränge einnehmen.

Hypothese 14.4. - Verwundung

Unterschiede in der Intensität der Symptombelastung in den Gruppen Verwundung erlebt und nicht erlebt werden nicht gefunden ($U(315) = 3336.50, p = .069$). Auch in Vermeidung, Intrusion und Hyperarousal unterscheiden sich die Gruppen nicht. Ein Zusammenhang mit einer vollen/partiellen PTSD und keiner kann nicht angenommen werden ($Fisher's\ Exact(1, 315), p = .376$).

Tabelle 22: Subgruppenanalyse Verwundung

Verwundung	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C-Summscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	Nicht durchführbar			
5-8, n=82	-1.295, .098	-0.871, .192	-1.240, .108	-1.204, .115
9-12, n=77	-1.336, .091	-0.952, .171	-0.933, .176	-1.769, .039*
Über 13, n=79	-1.271, .102	-1.464, .072	-0.783, .217	-0.846, .199

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Die Ergebnisse der Subgruppenanalyse sind in Tabelle 22 veranschaulicht. Die Analyse in der Kategorie 1-4 konnte nicht berechnet werden, da die Kategorie Verwundung

erlebt null Personen enthält. Überzufällige Resultate werden in der Kategorie 9-12 für Hyperarousal gefunden, wobei jedoch Personen, die keine Verwundung erlebt haben höhere Ausprägungen der posttraumatischen Symptombelastung berichten.

Hypothese 14.5. - Luftangriff

Personen, die Luftangriffe erlebt und Personen, die diese nicht erlebt haben unterscheiden sich nicht signifikant in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($U(315) = 7894.50$, $p = .312$) und den einzelnen Symptomgruppen. Zur Prüfung des Zusammenhanges mit voller/partieller PTSD wurde ein Chi-Quadrat Test durchgeführt, der ein nicht signifikantes Ergebnis ausweist ($X^2(1, 315) = 0.334$, $p = .282$).

Tabelle 23: *Subgruppenanalyse Luftangriff*

Luftangriff	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C-Summscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-1.476, .070	-1.624, .052	-0.763, .223	-1.756, .040*
5-8, n=82	-0.526, .300	-0.528, .299	-0.901, .184	-0.677, .249
9-12, n=77	-0.366, .357	-0.292, .385	-2.45, .403	-1.528, .064
Über 13, n=79	-0.233, .408	-0.620, .238	-0.149, .441	-0.341, .367

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Die Resultate der Subgruppenanalyse können aus Tabelle 23 entnommen werden. In der Subgruppe 1-4 unterscheiden sich Personen, die Luftangriffe erlebt haben von denen, die diese nicht erlebt haben im Symptomcluster Hyperarousal. Die Gruppe Luftangriff erlebt nimmt jedoch, nicht wie erwartet, niedrigere mittlere Ränge ein.

Hypothese 14.6. - Familienangehörige gefallen

Die Gruppen Familienangehörige gefallen erlebt und nicht erlebt unterscheiden sich weder im PCL-C-Summscore ($U(313) = 11562.00$, $p = .207$), noch in den drei Symptomcluster Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal. Ein Zusammenhang zwischen Familienangehörige gefallen erlebt und nicht erlebt und einer vollen/partiellen PTSD und keiner wird im Chi-Quadrat Test nicht bestätigt ($X^2(1, 313) = 0.602$, $p = .219$).

Tabelle 24: Subgruppenanalyse Familienangehörige gefallen

Familien- angehörige gefallen	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C- Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-1.411, .079	-1.313, .095	-0.771, .221	-1.469, .071
5-8, n=81	-0.322, .374	-0.482, .314	-0.932, .176	-0.751, .227
9-12, n=77	-0.661, .255	-0.922, .179	-0.382, .351	-0.433, .333
Über 13, n=77	-0.220, .413	-0.016, .494	-0.560, .288	-0.925, .178

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Die Subgruppenanalyse ergibt keine signifikanten Ergebnisse.

Hypothese 14.7. - Verschleppung von Familienangehörigen

Der Mann-Whitney-U-Test zeigt keine signifikanten Ergebnisse bezüglich der Gruppenunterschiede von Personen, die die Verschleppung von Familienangehörigen erlebt haben und dies nicht erlebt haben in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($U(315) = 2255.00$, $p = .350$) und den einzelnen Symptomcluster einer PTSD. Ein durchgeführter Chi-Quadrat Test zur Überprüfung des Zusammenhanges mit einer vollen/partiellen PTSD (*Fisher's Exact*(1, 315), $p = .452$) resultiert in keinem Zusammenhang zwischen den zwei Variablen.

Tabelle 25: Subgruppenanalyse Verschleppung von Familienghörigen

Verschleppung	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C- Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-0.139, .445	-1.334, .091	-0.939, .174	-0.188, .426
5-8, n=82	-1.450, .074	-0.350, .364	-1.640, .051	-1.224, .111
9-12, n=77	-0.753, .226	-1.331, .092	-0.217, .414	-0.280, .390
Über 13, n=79	-1.197, .116	-0.182, .428	0.643, .260	-1.478, .070

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Die Subgruppenanalyse weist auf keine signifikanten Ergebnisse hin.

Hypothese 14.8. - Direkte Kriegshandlungen

Keine signifikanten Gruppenunterschiede ergeben sich bezüglich des PCL-C-Summscores für Personen, die direkte Kriegshandlungen erlebt und jene, die diese nicht erlebt haben ($U(315) = 11509.00$, $p = .168$). In Anbetracht der Symptomcluster unterscheiden sich die Gruppen nur im Summscore Vermeidung signifikant ($U(315) = 10917.50$, $p < .05$), wobei Personen, die direkte Kriegshandlungen erlebt haben höhere mittlere Ränge aufweisen. Ein Zusammenhang mit einer vollen/partiellen PTSD kann mittels Chi-Quadrat Test nicht gefunden werden. ($X^2(1, 315) = 0.010$, $p = .461$).

Tabelle 26: *Subgruppenanalyse direkte Kriegshandlungen*

Direkte Kriegs- handlungen	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C- Summscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-0.950, .171	-1.424, .078	-0.352, .363	-0.787, .216
5-8, n=82	-0.826, .205	-1.097, .137	-0.255, .400	-0.875, .191
9-12, n=77	-2.312, .011*	-2.836, .003**	-0.823, .206	-1.095, .140
Über 13, n=79	-0.220, .826	-0.876, .191	-0.008, .497	-0.625, .266

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Signifikante Gruppenunterschiede sind in der Kategorie 9-12 im PCL-C-Summscore und im Summscore Intrusion zu berichten, wobei jedoch die Gruppe direkte Kriegshandlungen erlebt niedrigere mittlere Ränge erreicht.

Hypothese 14.9. - Erzwungenes Verlassen der Heimat

Personen, die im Zweiten Weltkrieg und der Nachkriegszeit ihre Heimat verlassen mussten und Personen, die das erzwungene Verlassen der Heimat nicht erlebt haben, unterscheiden sich nicht im PCL-C-Summscore ($U(315) = 7958.00$, $p = .052$) und den einzelnen Symptomcluster. Ein Zusammenhang mit einer vollen/partiellen PTSD kann nicht angenommen werden ($X^2(1, 315) = 0.060$, $p = .404$).

Die Subgruppenanalyse weist auf Unterschiede in der Subgruppe 9-12 im PCL-C-Summscore und im Symptomcluster Vermeidung und in der Subgruppe über 13 im Summscore Vermeidung, jedoch in unerwarteter Richtung, hin (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Subgruppenanalyse erzwungenes Verlassen der Heimat

Verlassen Heimat	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C- Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-1.002, .158	-0.567, .286	-0.093, .463	-1.548, .061
5-8, n=82	-0.168, .433	-1.308, .096	-0.623, .267	-0.308, .379
9-12, n=77	-1.787, .037*	-0.944, .173	-1.702, .045*	-0.842, .200
Über 13, n=79	-1.270, .102	-0.268, .395	-2.382, .009*	-0.571, .284

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Hypothese 14.10. - Psychische Gewalt durch Besatzungsmacht

Auch hier unterscheiden sich jene Personen, die diese traumatische Erfahrung in der Besatzungszeit erlebt haben und jene, die diese nicht erlebt haben, nicht signifikant im PCL-C-Summenscore ($U(313) = 6887.50, p = .367$) und den Symptomgruppen. Der Zusammenhang mit einer vollen/partiellen PTSD ist nicht gegeben ($\chi^2(1 \ 313) = 0.678, p = .205$).

Tabelle 28: Subgruppenanalyse psychische Gewalt Besatzungsmacht

Psychische Gewalt	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C- Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-0.394, .347	-0.118, .453	-0.072, .471	-0.233, .408
5-8, n=81	-1.952, .026*	-1.915, .028*	-1.339, .091	-1.434, .076
9-12, n=76	-0.399, .345	-0.144, .443	-0.303, .381	-0.073, .471
Über 13, n=79	-1.575, .058	-1.199, .116	-1.298, .097	-1.204, .115

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

In der Kategorie 5-8 traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne sind Unterschiede im PCL-C-Summenscore und im Symptomcluster Intrusion zu finden. Personen, die psychische Gewalt erlebt haben, nehmen jedoch niedrigere mittlere Ränge ein.

Hypothese 14.11. - Physische Gewalt durch Besatzungsmacht

Es besteht ein signifikanter Unterschied ($U(313) = 5233.50, p < .05, r = -.11$) zwischen Personen, die physische Gewalt durch Besatzungsmacht erlebt haben

($MR = 180.47$) und Personen, die dies nicht angegeben haben ($MR = 152.75$). Personen, die physische Gewalt durch die Besatzungsmacht erlebt haben, weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf. Die nähere Betrachtung zeigt nur signifikante Ergebnisse, in erwarteter Richtung, im Summenscore Vermeidung ($U(313) = 4794.50$, $p < .01$, $r = -.16$). Ein Zusammenhang mit einer vollen/partiellen PTSD kann nicht angenommen werden ($X^2(1, 313) = 1.743$, $p = .094$).

Tabelle 29: Subgruppenanalyse physische Gewalt Besatzungsmacht

Physische Gewalt	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C-Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-0.711, .239	-1.631, .052	-0.317, .376	-0.017, .494
5-8, n=81	-0.477, .317	-1.036, .150	-0.228, .410	-1.459, .073
9-12, n=76	-1.412, .079	-1.366, .086	-1.498, .067	-1.366, .086
Über 13, n=79	-0.854, .197	-0.230, .409	-1.514, .065	-0.405, .343

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Die Subgruppenanalyse für die kriegsbezogene traumatische Erfahrung physische Gewalt durch Besatzungsmacht ergibt keine signifikanten Ergebnisse.

Hypothese 14.12. - Raub durch Besatzungsmacht

Die Resultate des Mann-Whitney-U-Test zeigen einen signifikanten Effekt zwischen den Gruppen Raub durch Besatzungsmacht erlebt ($MR = 167.71$) und nicht erlebt ($MR = 150.22$) in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($U(312) = 9944.00$, $p < .05$, $r = -.09$) und im Summenscore Hyperarousal ($U(312) = 9708.00$, $p < .05$, $r = -.11$) in erwarteter Richtung. Ein Chi-Quadrat Test zwischen voller/partieller PTSD und keiner PTSD und dem Erleben der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrung ergab keinen Hinweis auf einen Zusammenhang ($X^2(1) = 0.018$, $p = .446$).

Die Gruppen unterscheiden sich nur in der Subgruppe 1-4 im Symptomcluster Hyperarousal in nicht erwarteter Richtung (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30: *Subgruppenanalyse Raub Besatzungsmacht*

Raub	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C-Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=74	-1.180, .119	-1.117, .132	-0.031, .488	-1.690, .046*
5-8, n=82	-0.258, .399	-0.417, .338	-0.635, .263	0.236, .407
9-12, n=75	-1.071, .142	-1.178, .120	-0.377, .353	-1.619, .061
Über 13, n=79	.0069, .473	-0.943, .173	-0.329, .371	-0.602, .274

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Zusammenfassend werden signifikante Unterschiede für physische Gewalt durch Besatzungsmacht und Raub durch Besatzungsmacht gefunden. Beide Ergebnisse weisen darauf hin, dass wenn physische Gewalt durch die Besatzungsmacht und Raub durch die Besatzungsmacht erlebt wurden, die Personen unter einer höheren Intensität der posttraumatischen Symptombelastung leiden. In Anbetracht aller erlebten traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne, welche in den Subgruppenanalysen mit kontrolliert wurden, ergeben sich jedoch keine konsistenten Ergebnisse. Signifikante Resultate sind nur in einzelnen Expositionsgruppen zu ermitteln und erweisen sich als inkonsistent über alle Expositionsgruppen oder weisen in eine andere Richtung, als der gefundene Haupteffekt.

Das Erleben der einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit erhöht nicht signifikant die Intensität der posttraumatischen Symptombelastung, wenn die Anzahl traumatischer Erfahrungen in der Lebensspanne in der Analyse Berücksichtigung findet. Aufgrund der Resultate wird die Nullhypothese für alle Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen beibehalten.

14.4.15 Hypothese 15

H₁: Personen, die den Verlust eines Familienmitgliedes während der Kriegszeit erlebt haben, weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die dies nicht erlebt haben.

UV: Verlust Familienangehörige (erlebt/nicht erlebt)

AV: Intensität der posttraumatischen Symptombelastung (PCL-C-Summenscore)

N: Gesamte Stichprobe

Kontrollvariable: Anzahl traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne (1-4, 5-8, 9-12, 13 und mehr)

Die Analyse erfolgt in Anbetracht der theoretischen Verankerung einseitig.

Ein parameterfreies Verfahren wurde angewendet, da die Normalverteilung, überprüft mit dem Kolmogorov-Smirnov Test, in beiden Gruppen nicht angenommen werden kann und Levene's Test ($F(1,313) = 6.933, p < .19$) auf heterogene Varianzen hinweist. Die Hypothese 15 wurde folglich mittels Mann-Whitney-U-Test überprüft.

Die Ergebnisse weisen auf keine signifikanten Unterschiede ($U(315) = 12070.50, p = .396$) der mittleren Ränge zwischen den zwei Gruppen Verlust von Familienangehörigen erlebt ($MR = 156.77$) und Verlust von Familienangehörigen nicht erlebt ($MR = 159.50$) hin. Die zwei Gruppen unterscheiden sich auch nicht in den Symptomcluster Intrusion ($U(315) = 11695.50, p = .221$), Vermeidung ($U(315) = 12074.00, p = .395$) und Hyperarousal ($U(315) = 11393.50, p = .132$). Ein Chi-Quadrat Test zwischen voller/partieller PTSD und keiner PTSD und dem Erleben von Verlust von Familienangehörigen ergab keinen Hinweis auf einen Zusammenhang ($X^2(1, 315) = 0.010, p = .461$).

Zur Kontrolle der Traumahäufigkeiten über die Lebensspanne wurde eine Subgruppenanalyse über die vier Gruppen 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne durchgeführt.

Die Subgruppenanalyse ergibt sowohl für die Intensität der posttraumatischen Symptombelastung, wie auch für die Summenwerte der einzelnen Symptomcluster keine signifikanten Unterschiede der zwei Gruppen in den einzelnen Kategorien (siehe Tabelle 31). Die Nullhypothese wird folglich beibehalten.

Tabelle 31: *Subgruppenanalyse Verlust Familienangehörige*

Verlust Familien- angehörige	$z, p_{(\text{einseitig})}$			
	PCL-C- Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-1.252, .105	-0.896, .185	-0.947, .172	-1.061, .145
5-8, n=82	-0.063, .475	-0.809, .209	-0.729, .233	-1.274, .102
9-12, n=77	-0.521, .301	-0.692, .245	-0.657, .256	-0.822, .206
Über 13, n=79	-0.805, .211	-0.103, .459	-1.241, .107	-1.239, .108

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

14.4.16 Hypothese 16

H₁: Personen, die eine Vergewaltigung direkt oder als Zeuge oder Zeugin während der Besatzungszeit miterlebt haben, weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf, als Personen, die dies nicht miterlebt haben.

UV: Sexueller Übergriff direkt und indirekt in der Besatzungszeit (erlebt/nicht erlebt)

AV: Intensität der posttraumatischen Symptombelastung (PCL-C-Summenscore)

N: Gesamte Stichprobe

Kontrollvariable: Anzahl traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne (1-4, 5-8, 9-12, 13 und mehr)

Die Hypothesenprüfung erfolgt aufgrund der theoretischen Verankerung einseitig.

Da sowohl die Normalverteilung in beiden Gruppen verletzt ist und die Homogenität der Varianzen, ($F(1,311) = 6.158, p < .05$) nicht angenommen werden kann, sind die Voraussetzungen für einen unabhängigen t-Test nicht gegeben. Folglich wurde ein parameterfreies Verfahren zur Auswertung herangezogen.

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test zeigen, dass sich die Gruppen sexuelle Übergriffe direkt oder indirekt in der Besatzungszeit miterlebt und sexuelle Übergriffe in der Besatzungszeit nicht miterlebt in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung signifikant unterscheiden ($U(313) = 4858.00, p < .05, r = -.12$).

Personen, die sexuelle Übergriffe direkt oder indirekt in der Besatzungszeit erlebt ($MR = 183.04$) haben weisen eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung auf als Personen, die dies nicht erlebt haben ($MR = 152.63$). Ein Chi-Quadrat Test ($Fisher's\ Exact(1, 313) = 1.216, p = .195$) zeigt keinen Zusammenhang zwischen sexuelle Übergriffe direkt und indirekt in der Besatzungszeit und voller/partieller PTSD und keiner PTSD.

Für die einzelnen Summen in den drei Symptomcluster für eine PTSD unterscheiden sich die zwei Gruppen nur in Vermeidung in erwarteter Richtung ($U(313) = 4589.00, p < .01, r = -.15$), nicht aber in Intrusion ($U(313) = 5550.50, p = .185$) und Hyperarousal ($U(313) = 5480.00, p = .161$).

Zur Kontrolle aller erlebten traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne wurde ein Subgruppenvergleich in den vier Kategorien 1-4, 5-8, 9-12 und 13 und mehr traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne durchgeführt.

Tabelle 32: Subgruppenanalyse sexueller Übergriff direkt und indirekt

Sexuelle Übergriff direkt/indirekt	$z, p_{(einseitig)}$			
	PCL-C-Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=74	-.096, p= .462	-0.268, .395	-0.500, .309	-0.250, .401
5-8, n=82	-1.049, p= .147	-1.412, .079	-1.441, .075	-0.285, .388
9-12, n=76	-0.901, p= .184	-0.866, .194	-0.055, .478	-0.761, .224
Über 13, n=79	-1.607, p= .054	-0.159, .437	-2.829, .003**	-0.707, .240

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Bezieht man die Anzahl der traumatischen Erfahrungen über die Lebensspanne mit in die Berechnung ein, sind keine Unterschiede, außer ein Effekt in erwarteter Richtung im Symptomcluster Vermeidung in der Kategorie über 13 traumatische Erfahrungen, zu erkennen

Obwohl sich signifikante Unterschiede in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung zwischen den zwei Gruppen sexueller Übergriff direkt und

indirekt erlebt und nicht erlebt ergeben, wird die Nullhypothese beibehalten. Grund dafür ist, dass die Ergebnisse der Subgruppenanalyse darauf hindeuten, dass unter Kontrolle der Anzahl traumatischer Erfahrungen in der Lebensspanne die Unterschiede nicht bestehen bleiben.

14.4.17 Hypothese 17

H₁: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den Antworten im Interview und den in den Archiven vermerkten Traumatisierungen.

Luftangriff H1.17.1., Kämpfe H1.17.2., sexueller Übergriff H1.17.3., Vertreibung H1.17.4., Kriegsgefangenschaft H1.17.5. und Trauma durch Besatzungssoldaten H1.17.6.

UV: Traumatische Erfahrung dokumentiert (ja/nein)

AV: Traumatische Erfahrung Interview (erlebt/nicht erlebt)

N: BIK-Kontakte

Die Überprüfung der Zusammenhänge der zwei dichotomen Variablen erfolgt mittels Chi-Quadrat Test. Bei Verletzung der Voraussetzung des Chi-Quadrat Tests werden die Ergebnisse des Fisher's Exact Test zur Interpretation herangezogen. Die Ergebnisse der Analyse sind in Tabelle 33 zusammengefasst. Des weiteren werden zur Erklärung der Resultate die Zellenhäufigkeiten der Kreuztabellen näher betrachtet.

Tabelle 33: Zusammenhang traumatische Erfahrung dokumentiert und im Interview

Traumatische Erfahrung dokumentiert	Traumatische Erfahrung Interview		
	Teststatistik χ^2 (df), p		Cramer's V
Luftangriff	<i>Fisher's Exact</i> (1)	.539	
Kämpfe	χ^2 (1) 0.300	.584	
Sexueller Übergriff	<i>Fisher's Exact</i> (1)	.009**	.45
Vertreibung/Verlassen der Heimat	<i>Fisher's Exact</i> (1)	.078	
Kriegsgefangenschaft	<i>Fisher's Exact</i> (1)	.000**	.86
Trauma Besatzungstruppen	χ^2 (1) 12.933	.000**	.36

* $p < .05$, ** $p < .01$, Chi-Quadrat Tests

Sexueller Übergriff dokumentiert steht im Zusammenhang mit den Antworten im Interview. Eine Person gibt die dokumentierte traumatische Erfahrung im Interview nicht an und zwei Personen geben diese auch im Interview an. Vier Personen berichteten zwar im Interview von einem sexuellen Übergriff, dieser ist jedoch nicht dokumentiert. Kriegsgefangenschaft dokumentiert steht im Zusammenhang mit den Antworten im Interview. Alle 18 Personen, die eine dokumentierte traumatische Erfahrung haben, geben diese auch im Interview an. Weitere fünf Personen geben im Interview an, in Kriegsgefangenschaft geraten zu sein, jedoch ist diese traumatische Erfahrung nicht dokumentiert. Von den Personen, die Trauma durch Besatzungstruppen in den BIK Archiven dokumentiert haben, geben diese 28 Personen im Interview an und 14 Personen nicht an. 41 Personen haben weder ein Trauma durch Besatzungsmacht dokumentiert noch im Interview berichtet und 18 Personen berichteten es zwar im Interview aber schienen nicht in den Archiven auf.

Keine signifikanten Zusammenhänge werden für Luftangriff, Kämpfe und Vertreibung gefunden. Drei Personen, die zwar Luftangriffe dokumentiert haben, geben diese im Interview nicht an. 58 Personen geben Luftangriffe im Interview an, wobei diese nicht dokumentiert sind. 14 Personen, die zwar Kämpfe am Ende des Krieges dokumentiert haben, geben diese im Interview nicht an und 43 weisen zwar keine Kämpfe dokumentiert auf, berichten davon aber im Interview. Zwei Personen, die Vertreibung als traumatische Erfahrung dokumentiert haben, geben diese im Interview nicht an. Für 28 Personen war Vertreibung zwar nicht dokumentiert, wird aber im Interview angegeben.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Antworten im Interview und den in den Archiven vermerkten Traumatisierungen für sexueller Übergriff (H1.17.3), Kriegsgefangenschaft (H1.17.5.) und Trauma durch Besatzungssoldaten (H1.17.6), daher wird für diese Kriegstraumata die Alternativhypothese angenommen.

14.4.18 Hypothese 18

H₁: Personen, mit aktuell wahrgenommener Bedrohung und Personen ohne aktuell

wahrgenommener Bedrohung durch damals erlebte Kriegsereignisse unterscheiden sich anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung.

UV: Aktuelle Bedrohung (ja/nein)

AV: Intensität der posttraumatischen Symptombelastung (PCL-C-Summenscore)

N: Gesamte Stichprobe

Kontrollvariable: Anzahl traumatische Erfahrungen in der Lebensspanne (1-4, 5-8, 9-12, 13 und mehr)

Die Hypothesentestung erfolgte mittels Mann-Whitney-U-Test, da die Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben verletzt sind. Laut Levene's Test ($F(1, 313) = 3.565, p = .060$) sind die Varianzen zwar homogen, aber die Annahme der Normalverteilung ist in beiden Gruppen, nach den Resultaten des Kolmogorov-Smirnov Test, nicht gegeben.

Personen mit aktuell empfundener Bedrohung ($MR = 166.68$) und ohne aktuell empfundener Bedrohung ($MR = 145.32$) unterscheiden sich signifikant im PCL-C-Summenscore ($U(315) = 10345.50, p < .05, r = -.12$) und im Summenwert des Symptomcluster Intrusion ($U(315) = 9643.50, p < .01, r = -.17$). Personen mit aktueller Bedrohung nehmen höhere mittlere Ränge in der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung an. Im Summenscore Vermeidung ($U(315) = 10503.50, p = .057$) und Hyperarousal ($U(315) = 11292.00, p = .388$) können keine signifikanten Unterschiede entdeckt werden. Zur Abklärung der Hypothese wurde weiters der Zusammenhang zwischen voller und partieller PTSD und keiner PTSD mit aktueller Bedrohung geprüft. Der Chi-Quadrat Test ($\chi^2(1, 315) = 0.185, p = .667$) weist auf keinen Zusammenhang hin.

Anhand von Subgruppenvergleichen wurde die Anzahl traumatischer Erfahrungen in der Lebensspanne kontrolliert.

Tabelle 34: *Subgruppenanalyse aktuelle Bedrohung*

Aktuelle Bedrohung	<i>z, p</i>			
	PCL-C-Summenscore	Intrusion	Vermeidung	Hyperarousal
1-4, n=75	-1.033, .302	-1.114, .265	-1.818, .069	-0.541, .589
5-8, n=82	-0.259, .795	-1.047, .295	-0.074, .941	-1.075, .282
9-12, n=77	-2.027, .043*	-2.015, .044*	-.897, .369	-2.252, .024*
Über 13, n=79	-1.387, .166	-2.018, .044*	-1.163, .245	-0.256, .798

* $p < .05$, ** $p < .01$, Subgruppenanalyse

Aus Tabelle 34 sind die Ergebnisse der Subgruppenvergleiche abzulesen, wobei sich nur in der Kategorie 9-12 Traumata im PCL-C-Summenscore, Intrusion und Hyperarousal signifikante Unterschiede bestätigen lassen. Auch in der Kategorie über 13 Traumata ergeben sich signifikante Unterschiede von Personen, die eine aktuelle Bedrohung empfinden und Personen, die diese nicht empfinden, anhand des Summenwertes für Intrusion. Alle Ergebnisse weisen auf höhere mittlere Ränge bei Personen, die eine aktuelle Bedrohung empfinden hin.

Die Beantwortung der Forschungshypothese erfolgt unter Beibehaltung der Nullhypothese. Signifikante Unterschiede zwischen Personen, die eine aktuelle Bedrohung durch die Kriegsereignisse empfinden und jene, die diese nicht empfinden, können zwar anhand des Summenscores der PCL-C und des Symptomcluster Intrusion erfasst werden. Jedoch bleiben diese unter Kontrolle der Anzahl traumatischer Erfahrungen in der Lebensspanne nur im Symptomcluster Intrusion in den höheren Traumaexpositionsguppen bestehen.

15 Kommentarsammlung

Die vorliegende Studie setzt ihr Augenmerk auf eine quantitative Erhebung der erlebten Erfahrungen aus der Kriegs- und Nachkriegszeit in Österreich, daher enthält der Interviewleitfaden großteils geschlossene Fragen. Neben diesen geschlossenen Fragen wurde in den Interviews den befragten Personen mit der Frage, „Was ist Ihnen noch wichtig zu erzählen?“ die Möglichkeit gegeben, noch nicht gefragte Erlebnisse, Eindrücke und Gedanken zu äußern. Es bestand die Möglichkeit, unter Anmerkungen, das im Interview Erzählte mit zu dokumentieren. Es sei darauf hingewiesen, dass die Interviews nicht aufgenommen wurden und somit diese Anmerkungen während des Interviews von der Interviewerin notiert wurden. Vollständigkeit kann daher nicht gewährleistet werden.

Da diese Anmerkungen oft sehr prägende Eindrücke dieser Zeit beschreiben und verschiedene Themen wie beispielsweise den erlebten Hunger, die Angst vor den Besatzungssoldaten oder bleibende Eindrücke aus der Zeit des Nationalsozialismus und der Besatzung abbilden, soll in der folgenden Kommentarsammlung ein kurzer Auszug aus den Mitschriften, der 66 von der Autorin durchgeführten Interviews gegeben werden. Nochmals sei darauf hingewiesen, dass es sich hier nicht um eine vollständige Darstellung aller Interviews handelt. Die Darstellung erhebt somit keinerlei Anspruch auf Repräsentativität.

Im Laufe dieser Zusammenstellung werden die ausgewählten Kommentare anhand verschiedener Themenbereiche geordnet dargestellt.

15.1 Allgemeine Lebensumstände

Bezüglich der allgemeinen Lebensumstände wurde von den Befragten vor allem der erlebte Hunger und die Lebensmittelknappheit in der Kriegs- und Nachkriegszeit angesprochen.

„Hunger, Hunger, Hunger. Wir hatten oft eine ganze Woche nichts zu essen.“

„Mutter und Oma haben alles hergegeben und waren dann selbst schon abgemagert.“

„Mein einziger Wunsch als Sechzehnjährige war, ich möchte einmal für mich alleine einen Wecken Brot.“

„Viel Hunger. Auch in den Straßen haben Gefangene gearbeitet und sind in Häuser betteln. Mutter schaute dass sie was bekommen und jeden Tag durfte ein anderer die Suppe haben.“

Zum Thema Jugend und Aufwachsen unter dem Nationalsozialismus wurden folgende Kommentare gemacht.

„Wir waren in einer Zeit wo die Jugend alles gegolten hat und wir hatten Begeisterung.“

„Habe Jugend verloren.“

„Die ganze Ausbildung war nur fürs Militär und nicht für die Jugend. Wir sind von vorne bis hinten beschissen worden.“

„Hat unser Leben geprägt, hat uns die Jugend gekostet.“

„Es war ja schön mit Liedern und so weiter.“

„BDM Führerin hat gesagt, wenn wir den Krieg verlieren, dann hängt's euch auf den nächsten Baum auf.“

15.2 Politische Situation

Die politische Situation in der Kriegszeit und Volksabstimmung 1938, durchgeführt von den Nationalsozialisten, wurde von den Befragten in folgenden Kommentaren thematisiert.

„Ich war ein Kind. Erwachsene sprachen nie ein Wort über den politischen Zustand.“

„Nazi stand daneben und schaute wo man sein Kreuzerl macht.“

„Persönliche Freiheit fehlte“

15.3 Widerstand und Meinung zum Nationalsozialismus

Die Einstellung und Meinung der Befragten zum Nationalsozialismus wird in folgenden Kommentaren deutlich.

„Freude hatten wir keine. War keine angenehme Zeit.“

„Hatten nur mehr Wut.“

„Man war ausgeliefert.“

„Durch Eisenerz ist Zug mit Juden geschleust worden. War erschreckt, aber kein Mitleid. Ich glaube, dass die Propaganda schuld dran war, dass ich nur erschreckt war. Mitleid kam erst später.“

Zur Frage, ob die interviewten Personen Widerstand gegen das NS-Regime geleistet haben, können folgende Äußerungen angeführt werden.

„Waren dagegen, aber haben uns neutral verhalten.“

„Wäre nicht gegangen, jeder hat Angst gehabt vor einer Strafe.“

„Man hat folgen müssen.“

„Ich wollte einem Juden Wasser geben und wurde von Waffen SS-Offizier daran gehindert.“

Auf die Frage, empfinden Sie heute den Einmarsch der Alliierten 1945 und das Ende der NS-Herrschaft als Befreiung, wird von den Befragten folgendes angemerkt.

„Erleichterung, dass der Krieg aus ist.“

„Hab mich darauf gefreut.“

„Ja, weils anders nicht mehr weiter gegangen wäre.“

„Befreiung! Kein Alarm und keine Bomben mehr.“

„Zweischneidige Sache, von Regime befreit, aber Russen waren nicht gerade Befreiung.“

„Ja von Nationalsozialismus, aber Russen waren auch keine Befreier.“

„Heute schon, damals nicht.“

„Befreiung war erst 10 Jahre später.“

„Befreit von NS, waren aber erst 1955 frei.“

„Besatzungszeit war auch nicht lustig.“

15.4 Bombenalarm, Kuckuck, Luftangriffe, Bergung und Trümmer

Zu den Luftangriffen wurde folgendes in den Interviews geschildert.

„Fliegerangriffe waren das Schlimmste. Alles war schwarz vor Flugzeugen. Die haben runtergeschmissen was gegangen ist.“

„Bombenangriffe waren das Schlimmste.“

„Wir haben schon auf Russen gewartet. Hauptsache die Bomben waren aus.“

„Hatte keine Angst, dass in einem kleinen Ort Bomben abgeworfen werden.“

„Prägend war, waren unterwegs mit Mutter als Flieger kamen. Bauer hat zu gesperrt und uns nicht rein gelassen. Wir waren unter einem Baum.“

Kuckuck und Sirenenalarm werden in den nachfolgenden Beiträgen angesprochen.

„Hat uns fertig gemacht.“

„Der Kuckuck ruft! Schnell zusammen essen!“

„Habe ich noch im Ohr.“

„Bei Alarm hat Familie immer die Köpfe zusammengesteckt, damit alle gemeinsam tot sind.“

Die Situation im Luftschutzkeller und verschiedenste andere Schutzmaßnahmen wurden von den Befragten wie folgt beschrieben.

„Wir haben alles im Keller gehabt. Koffer mit Wichtigstem wie Papiere und Geld.“

„Haben uns im Kinokeller versteckt. Wenn da was gewesen wäre, dann wäre das eingestürzt.“

„Im Keller war die Situation ganz arg. Mutter wollte heim, daher haben wir in der Küche gewartet. Wenn jetzt was passiert, dann sind wir weg.“

„Haben im Winter die Fenster mit Schnee zugeschaufelt.“

„Wir mussten die Fenster verdunkeln.“

„Luftschutzkeller mit Frauen und Kinder. Licht ging aus und Keller hat gewackelt. Kinder haben geschrien. Immer wieder mussten wir rauf gehen Schutt und Tote bergen.“

Die Befragten gaben auf die Frage: Wenn Sie heute einen Sirenenalarm oder ein Feuerwerk hören, werden bei Ihnen dann Erinnerungen an das Kriegsgeschehen geweckt, folgende zusätzliche Anmerkungen.

„Schreck kommt wieder hoch.“

„Höre ich nicht gerne.“

„Bekomm Gänsehaut.“

„Erschrecke und werde nervös.“

Zur Frage ob die Befragten Tote bergen und Trümmer beseitigen mussten, wurden in den Interviews folgende Kommentare getroffen.

„In Wien. Ich bin eine Trümmerfrau.“

„Ohne das hats keine Lebensmittel gegeben.“

„Nein das nicht, da wäre ich gerannt bis Wien.“

„Sehr viel. Habe mir dabei Kreuz zerstört.“

„In Wien und Feldkirch musste ich Tote bergen und deren Gesicht abreiben, dass man wusste wer das ist. Mit 16 Jahren.“

15.5 Kämpfe, Kriegsfront und Volkssturm

Die Erfahrungen von vorwiegend männlichen Befragten im Kriegseinsatz und an der Kriegsfront spiegeln die nachfolgenden Kommentare wider.

„Ich war 3. Mann am Gewehr. 1. Mann wurde erschossen. Ich hatte oft viel Glück.“

„Bin am 2. Mai vom Volkssturm heimgegangen. Haben uns mit Brennnessel eingerieben um heimgehen zu können.“

„Tote im Straßengraben, Wald. Monate lang hat man Tote gefunden.“

„Engste Freunde sind alle gefallen.“

„Tote wurden an der Front einfach mit Zeltplane zugedeckt.“

„Habe den ganzen Russlandfeldzug mitgemacht.“

„Von unserer Kompanie haben 20 gefehlt, sieben sind an Laternen in Linz gehängt, wo die Kompanie vorbei marschierte.“

„In Tschechien haben wir länger gekämpft, da wir auf Russen gewartet haben. Die Tschechen hätten uns alle getötet.“

„Musste zwischen den Fronten beim Bäcker Brot holen, weil auf Kinder eh nicht geschossen wird.“

„War nur Angst. Wir waren direkt in der Kampflinie.“

15.6 Kriegsgefangenschaft

Zur amerikanischen Kriegsgefangenschaft erzählten die Betroffenen folgendes.

„Hunger! Nur noch geschlafen. In der freien Natur. Kälte! Haben uns Grube gegraben zum Schutz.“

„500 Mann, ein Kilo Brot.“

„Haben Tote begraben müssen, einen ganzen Tag lang. Amis, Deutsche, alle durcheinander wurden in Lastwagen gebracht. Haben von Leichen Zuckerl rausgenommen.“

Die angeführten Beiträge beziehen sich auf die Erfahrungen in sowjetischer Kriegsgefangenschaft.

„Nach der Arbeit mussten wir die Toten bestatten.“

„Sibirien war ein richtiges Todeslager.“

„War ständige Lebensbedrohung, obwohl zugesichert wurde, dass uns nichts mehr passiert.“

„Keine Ahnung, ob man wieder heimkommt.“

„Habe heiligen Abend in Gefangenschaft mit Hunger und Christbaum verbracht.“

„Fünf Gramm Mehl und Tomaten für einen Tag. 16 Stunden Arbeit pro Tag. Wenn man nicht genug gemacht hatte, dann musste man in der Grube die Nacht verbringen. 200 Mann im Punker. Wenn einer gestorben ist, dann wurde er in einer Zeltplane im Wald verscharrt. Mussten bei bis zu -30 Grad im Freien arbeiten.“

Zur Erfahrung der Angehörigen von Kriegsgefangenen folgender Kommentar.

„Man hat nicht gewusst wo sie waren und auf Lebenszeichen gewartet.“

15.7 Heimatverlust und Flucht

Eine Interviewpartnerin erzählt von ihren Erfahrungen mit der Flucht aus Siebenbürgen und der Rückkehr nach Österreich.

„Heimatverlust ist heute noch sehr schwer“

„Erste Zeit in Österreich war schwer. Ausländerghast! Flüchtlingshass war groß.“

15.8 Besatzungszeit

Folgende Kommentare beziehen sich allgemein auf die Zeit der Besatzung in Österreich.

„Sehr viel Kontrolle, aber auch von Seiten der Österreicher.“

„Besatzungszeit war das Prägendste.“

Zur Frage, ob durch Horrorgeschichten über die Angehörigen der Besatzungsmacht Ängste geschürt wurden, erzählten die Befragten folgende Beispiele, vor allem zu Gerüchten über sowjetische Soldaten.

„Die Russen binden Kinder an den Beinen fest und schlagen sie an die Wand.“

„Wenn die Russen das tun, was wir in Russland getan haben, dann sind wir verloren.“

„Den Russen wachsen Hörner.“

„Sehen aus wie der Teufel.“

„Alle werden eingesperrt“

„Die Russen plündern, suchen Leute und stechen mit Säbeln das Stroh durch.“

„Frauen müssen sich schützen“

„Sie nehmen euch alles“

„Niemand bekommt was zu Essen“

„Wenn die Russen sich nur die Hälfte von dem erlauben, was wir uns geleistet haben, wird es euch und eurer Familie schlimm ergehen.“

„Vergewaltigen Frauen, nehmen alles mit, Verschleppung, Verhör.“

„Schlagen Leute sinnlos und erschlagen Leute“

„Sperrt alles ein!“

„Junge Frauen müssen sich verstecken.“

Die Angst vor schwarzen und mongolischen Soldaten wurde in folgenden Anmerkungen deutlich.

„Schwarze springen mit Fallschirm ab mit einem Buschmesser im Mund.“

„Die meiste Angst war vor Mongolen.“

„Vor Mongolen hatte ich Angst wegen ihrer Augen.“

15.8.1 Amerikanische Besatzungsmacht

Folgende Kommentare bezogen sich auf die amerikanische Besatzungsmacht.

„Amerikaner haben Zigaretten weggeworfen und sind drauf getreten wenn sie ein Österreicher aufheben wollte.“

„Man hat sich wohler gefühlt als bei den Russen.“

„Wir haben gehofft, dass die Amis kommen.“

„War keine Bedrohung.“

„Haben gesehen wie Amis gedroht haben, wenn Bürgermeister nicht mit weißer Fahne kommt, wird das Dorf in Brand gesetzt.“

„Amerikaner waren super (Schokolade, Zigaretten, aber dann kamen die Russen.

„Amerikaner waren beliebt. Brachten Konserven, Brot, Kaffee. Russen sind nicht so nett wie Amerikaner.“

„Eher umgedreht, Soldaten schenkten Bananen.“

15.8.2 Britische Besatzungsmacht

Zur britischen Besatzungsmacht kann nur ein Kommentar dargestellt werden.

„Im Gegenteil, reger Kontakt mit zwei Soldaten.“

15.8.3 Französische Besatzungsmacht

Zur französischen Besatzungsmacht gaben die befragten Personen folgende Kommentare.

„Haben sich am Anfang wie Sieger verhalten.“

„Franzosen haben sich nicht als Befreier benommen.“

„Sind nicht aufgefallen.“

„Nichts zu tun gehabt, aber man hat sich sicher gefühlt.“

„Der Franzose ist ein guter Mann, fescche Männer, gutes Essen, mag Frauen.“

„Wenn man zusätzlich noch was brauchte zu den Marken, hat man mit Franzosen tauschen können. Sie haben geholfen.“

15.8.4 Sowjetische Besatzungsmacht

Folgende Aussagen wurden in den Interviews zur sowjetischen Besatzungsmacht getroffen.

„Wenn was weg kam, dann waren es die Russen.“

„Die Russen waren unberechenbar, überhaupt wenn sie betrunken waren.“

„Bei den Russen wusste man nie wie man dran war.“

„Sechs Wochen haben sich die Soldaten extrem aufgeführt.“

„Vergewaltigungen, Erschießungen. Waren nicht so human.“

„Wie sich die aufgeführt haben die Russen war ein Wahnsinn. Wir haben nichts gehabt im 1945er Jahr.“

„Frauen waren alle versteckt.“

„Waren gefürchtet, man hat immer wieder über Vorfälle gehört.“

„Wurde mit MG bedroht, weil kein Schnaps da war.“

„Russen hatten eigenen Geruch im Gewandt.“

„Bei den Russen immer komisches Gefühl.“

„Der Einmarsch der Russen ist mir noch in Erinnerung. Ich habe gezittert.“

„Kommandatur war hilfreich gegen Banditen.“

„Amerikanische Flugblätter wurden auf Tische gelegt um den Russen zu zeigen, dass man nicht Nazi ist.“

Positive Anmerkungen zu der sowjetischen Besatzungsmacht wurden folgende getroffen.

„Verhältnis zu Kindern war problemlos.“

„Zu den Kindern waren sie nett.“

„Man ist mit diesem Bild, der Russe ist der Untermensch, aufgewachsen. Erst nach Jahren ist man drauf gekommen, dass da auch Ärzte und dergleichen waren.“

„Haben Kinder Würfelzucker in die Taschen gesteckt.“

„Ein Offizier brachte uns Lebensmittel und klebte Zettel an Haustür, dass Schutz gegeben war für die Familie.“

Vergewaltigungen und die Angst der Frauen vor den sowjetischen Soldaten wurde in

den Interviews immer wieder angesprochen.

„Kinder haben sie geliebt. Haben mit Kindern gespielt und dabei die Frauen ausfindig gemacht.“

„Es gab Schwangerschaftsabbrüche in der Klinik wo ich gearbeitet habe. Frauen wurden von Russen geschwängert.“

„War vor Russen versteckt und wurde fast bei Durchsuchung erwischt. Sowas vergisst man nicht.“

„Wir hatten Russen im Haus und mussten uns immer wenn die Soldaten betrunken waren verstecken.“

„Wenn Mädchen mit Russen gesehen wurden, wurden ihre Haare abgeschnitten. Oft ganz unschuldig. In Neufelden wurden Frauen durch den Ort getrieben.“

„Vater musste mir entgegen gehen, um Schutz vor den Russen zu geben.“

„Russen kamen in der Nacht und diskutierten auf Russisch, dass sie mich gegen eine Kuh eintauschen wollten. Mein Vater ließ sich nicht drauf ein.“

„Soldaten sind gekommen und haben alles durchsucht. Selber bin ich davongelaufen.“

„Mädchen mussten sich verschleiern, wie alte Frauen.“

15.9 Raub und Diebstahl

Als dominierendes Thema in den Interviews mit Personen, die damals vorwiegend in der sowjetische Besatzungszone lebten, stellte Raub und Diebstahl dar. Befragte merkten folgendes auf die Frage: Wurden Sie von Angehörigen der Besatzungsmacht beraubt (Frage 31), an.

„Ja, die ganze Wohnung.“

„Total. Alles war weg.“

„Ob das die Russen waren? Es ist viel weggekommen.“

Zur Art des Diebesgutes wurden folgendes berichtet.

„Fahrrad, Uhren, Schweine, Rinder, Schmuck, Hafer, Heu. Jeden Tag war jemand da und hat sich bedient bis die Familie nichts mehr hatte.“

„Die Russen haben alles gestohlen. Schweine, Öfen, Dachrinnen.“

„Was nicht niet und nagelfest war, Lebensmittel, Pferde, Ochsen.“

„Besteck, Vieh. Wir haben nicht mehr mal Essbesteck gehabt.“

„Uhren, Radios, Schreibmaschinen. Sie haben Souvenirs gesammelt.“

„Kühe, Pferde, Hühner, Möbel. Alles war bei Rückkehr weg.“

„Kleidung, Motorrad, Matratzen. Es ist alles weg.“

„Alles was sie gebraucht haben, Lastwagen, Reifen.“

„Gwandt, Viecher vom Stall.“

„Uhren. Ura, Ura höre ich heute noch.“

15.10 Bedeutung und Verständnis in der heutigen Zeit

Bei der Frage, haben ihre Familie/Bekannte/Freunde heute Verständnis für Ihre Erlebnisse aus der Kriegszeit, wird von den Befragten das fehlende Interesse von anderen angesprochen:

„Interessiert nicht.“

„Interessiert niemanden.“

„Nicht interessiert daran.“

Weiters wird bemerkt, dass über die Kriegs- und Nachkriegszeit nicht viel geredet wird.

„Sprechen wenig darüber.“

„Erzähle nichts.“

„Man redet nicht darüber von selbst.“

„Wurde nicht viel darüber geredet. Vergangenheit ist vorbei.“

„Rede nicht viel drüber, wen interessiert das.“

Weitere Ausführungen beziehen sich darauf, wer Ansprechperson sein könnte und wer für diese Erfahrungen Verständnis zeigt und diese als bedeutungsvoll wahrnimmt.

„Ältere hören zu.“

„Junge weniger, Alte ja.“

„In meinem Alter, Junge nicht.“

„Ältere schon, Jugend nicht.“

„Die, die es selber miterlebt haben.“

Zur Frage, ob die Befragten das Empfinden haben, dass Ihre Erfahrungen/Erinnerungen von Ihrer Familie/Bekannten als bedeutend angesehen werden, werden nachfolgende Kommentare erwähnt.

„Ich bin einer der letzten Zeitzeugen.“

„Haben andere auch erlebt.“

Auf Reaktionen der Ansprechpersonen beziehen sich folgende Stellungnahmen aus den Interviews.

„Junge sagen, es ist ein Blödsinn. Warum habt ihr euch das gefallen lassen?“

„Jugend versteht das nicht mehr.“

„Jugend lässt sich gerne erzählen.“

„Junge Generation zeigt großes Erstaunen.“

15.11 Auswirkungen auf Heute

Folgende Kommentare betreffen Ausführungen, die sich auf Auswirkungen auf das jetzige Leben der Befragten und noch bestehende Ängste beziehen.

„Hass ist heute weg, die noch leben sind heute alte Männer.“

„Bin ein ängstlicher Typ geworden.“

„Komisches Gefühl. Ich wäre nie nach Russland geflogen.“

„Aber würde nie nach Russland fahren.“

„Soll bitte nicht weitergegeben werden, wer weiß was die Russen damit tun.“

„Alle SS-Männer haben Blutgruppe tätowiert. Ich auch. Daher habe ich heute noch Angst.“

„Man wird schon so stumpf. Man kann nicht alles aufnehmen, diese Verbrechen der Menschen.“

„Lieber Jahre lang verhandeln, als ein Tag Krieg!“

16 Diskussion

16.1 Soziodemographische Daten

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden 316 Personen, davon 119 Männer (37.7%) und 197 Frauen (62.3%) befragt. Der höhere Frauenteil kann durch die natürliche Geschlechterverteilung in der befragten Altersgruppe erklärt werden. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 81.9 Jahren, wobei sich Männer und Frauen bezüglich des Alters nicht unterscheiden. Im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen, wie beispielsweise Kuwert, Spitzer und Mitarbeiter (2007) mit einem Durchschnittsalter von 67.3 Jahren, Gläsmer und Mitarbeiter (2010) mit 69.6 Jahren oder Teegen und Meister (2000) mit 69 Jahren ist das Durchschnittsalter in der vorliegenden Untersuchung deutlich höher. Grund dafür ist möglicherweise das Bemühen in der vorliegenden Untersuchung eine möglichst ausgewogene Verteilung in der Stichprobe, unter Einbeziehung von pflegebedürftigen Menschen in Seniorenheimen, zu gewährleisten. Vergleichbare Altersangaben sind bei Teegen und Handwerk (2006) mit 82 Jahren und Teegen und Cizmic (2003) mit 81 Jahren zu finden.

Der größte Teil der befragten Personen wohnt in der eigenen Wohnung, beziehungsweise im eigenen Haus (51.3%) oder in einem Pflegeheim (39.2%). Durch diese Verteilung konnten einerseits noch recht selbstständige und andererseits Personen, die mehr Unterstützung oder Pflege benötigen in die Untersuchung miteinbezogen werden. Der größte Teil der befragten Personen gibt als Familienstand verwitwet (46.2%) an, was durch das Alter und der damit eingehenden höheren Sterblichkeitsrate von Ehepartnern zu erklären ist. Geschiedene (5.1%) und ledige (9.2%) Personen sind in der Stichprobe, vermutlich durch einen höheren Stellenwert von Heirat, Partnerschaft und Familie in der befragten Generation, seltener abgebildet. Auch der hohe Prozentsatz von Personen mit Kindern (79.7%) weist auf eine große Bedeutung von familiären Strukturen im Vergleich zur heutigen Zeit hin.

Die Verteilung der Stichprobe auf die vier Besatzungszonen erfolgte wie geplant mit einem höheren Anteil (58.2%) aus der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone und 38% aus den ehemaligen westlichen (amerikanische, britische und französische) Besatzungszonen. 11 Personen (3.5%) geben beide Zonen an. Die Verteilung entspricht der vor der Untersuchung vorgenommene Aufteilung in ehemalige Besatzungszonen anhand einer historischen Kartierung. Dieses Vorgehen wurde erstmals in der vorliegenden Studie durchgeführt.

16.2 Traumaexposition

Von 308 Personen, dem Großteil der Stichprobe, wird mindestens eine kriegsbezogene traumatische Erfahrung im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit angegeben. Dieses Ergebnis spiegelt den aktuellen Forschungsstand in vergleichbaren Studien wider (vgl. Maercker et al., 1999; Teegen & Cizmic, 2003; Teegen & Handwerk, 2006; Teegen & Meister, 2000).

Am Häufigsten wird eine Anzahl von drei kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen berichtet. Der Großteil der Untersuchungen mit Opfern des Zweiten Weltkrieges geht jedoch von einer höheren Traumaexposition aus (vgl. Bramsen & Ploeg 1999; Teegen & Handwerk, 2006; Teegen & Meister, 2000). Verschiedene Erklärungen können dafür herangezogen werden. In den Untersuchungen werden unterschiedliche Erhebungsarten (persönliches Interview, schriftliche Befragung, postalische Befragung u.a.) eingesetzt. Dies kann die Bereitschaft der Befragten, Auskunft über persönliche Erfahrungen zu geben, beeinflussen. Der Einsatz von verschiedenen Messinstrumenten zur Erhebung von traumatischen Erfahrungen wird weiters für unterschiedliche Traumahäufigkeiten erklärend herangezogen. Zusätzlich muss noch bedacht werden, dass in vielen Untersuchungen zum Thema Zweiter Weltkrieg vorwiegend Personengruppen (Frontkrankenschwestern, Flüchtlinge, Vertriebene u.a.), mit der Erwartung auf hohe Expositionsraten im Vergleich zur Zivilbevölkerung untersucht werden. Untersuchungen von Kuwert, Spitzer und Mitarbeiter (2007) berichten eine ähnliche Anzahl von traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg, wobei eine zur vorliegenden Untersuchung vergleichbare Stichprobe befragt wurde.

Die häufigsten Nennungen kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen sind Luftangriff erlebt, direkte Kriegshandlungen und Familienangehörige gefallen. Aus der geschichtlichen Auseinandersetzung (vgl. Beer & Karner, 1992; Dornik, 2005; Ernst, 1988; Rauchensteiner, 1995; Schreiber, 2002;) war zu erwarten, dass ein großer Teil der Allgemeinbevölkerung mit diesen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg konfrontiert wurde. Traumatische Erfahrungen durch die Besatzungsmacht wurden in der vorliegenden Studie differenzierter als in vergleichbaren Untersuchungen erfasst. Nur Kuwert et al. (2009) berichten von Misshandlungen durch sowjetische Besatzungstruppen. Das Erfahren von Raub (35.8%), psychischer (17.7%) und physischer Gewalt (15.2%) und sexueller Übergriffe direkt (3.8%) durch die Besatzungsmacht wird als häufige kriegsbezogene traumatische Erfahrungen erfasst. Dieses Ergebnis kann gestützt auf historische Quellen, die auf eine große Präsenz der Besatzungssoldaten im öffentlichen und privaten Leben hinweisen (vgl. Mulley, 2005; Stelzl-Marx, 2005), interpretiert werden.

Wie aus der theoretischen Auseinandersetzung (vgl. Bramsen & Ploeg, 1999; Gläzmer et al., 2010) erwartet werden konnte, werden kriegsbezogene traumatische Erfahrungen am häufigsten als schlimmste traumatische Erfahrung in der Lebensspanne eingeordnet.

16.3 PTSD-Prävalenz

Die PTSD Prävalenz in der Stichprobe liegt bei 1.9% für das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung und bei 9.2% für eine partielle PTSD. Diese Prävalenzangaben sind niedriger als erwartet (vgl. Bramsen & Ploeg, 1999; Kuwert, Spitzer et al., 2007; Maerker et al., 1999; Teegen & Cizmic, 2003; Teegen & Handwerk, 2006). Als Erklärung dafür kann einerseits das mögliche Vorhandensein von Schutzfaktoren und Resilienz (vgl. Wintner, 2011) oder aber auch die Verlagerung der Symptomatik auf andere psychische Störungsbilder (vgl. Schiller, 2011) herangezogen werden. Andererseits muss bedacht werden, dass sich möglicherweise zum Interview gerade jene Personen bereit erklärt haben, die die Verarbeitung des Erlebten erfolgreich bewältigt haben.

Das Diagnosekriterium für Intrusion (31%) wird am Häufigsten, vor Hyperarousal (18%) und Vermeidung (3.5%) in der Stichprobe erfüllt. Das häufige Auftreten von intrusiven Symptomen und Wiedererleben wird auch in anderen Untersuchungen mit kriegstraumatisierten Personen berichtet (vgl. Fischer et al., 2006; Teegen & Cizmic, 2003).

16.4 Haupthypothesen

Die Hauptfragestellungen der vorliegenden Arbeit können in drei Bereiche eingeteilt werden: Einflussfaktoren auf Art und Häufigkeit erlebter kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen, Traumaexposition in den vier Besatzungszonen, insbesondere ein Vergleich von östlicher und westlicher Besatzungszone und Zusammenhang von Traumaexposition und Posttraumatischer Belastungsstörung.

Einflussfaktoren auf Art/Häufigkeit kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen

Es können signifikante Zusammenhänge zwischen Geschlecht, Alter und Wohnort während der Kriegszeit mit verschiedenen spezifischen kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen aufgezeigt werden.

Männer erlebten häufiger als Frauen Tote zu bergen, in Kriegsgefangenschaft zu geraten, eine Verwundung, direkte Kriegshandlungen, wie Kampf oder das Fallen von Bomben in direkter Nähe, erzwungenes Verlassen der Heimat, wie Evakuierung oder Exil und physische Gewalt durch die Besatzungsmacht. Kriegsgefangenschaft wird 43 mal häufiger und Verwundung rund 27 häufiger mit „ja“ beantwortet, wenn es sich bei der befragten Person um einen Mann handelt. Die Analyse der vorgestellten Zusammenhänge wird in herangezogenen Studien vernachlässigt behandelt. Vergleichbare Resultate können nur für das Bergen von Toten in einer Studie von Teegen und Meister (2000) und Kriegsgefangenschaft in einer Untersuchung von Gläser und Mitarbeiter (2010) berichtet werden. Die Ergebnisse können weiterführend dahingehend erklärt werden, dass der Einsatz im Kriegsdienst und an der Kriegsfront vermehrt die männliche Bevölkerung betraf. Dieser Einsatz kann mit einer erhöhten Exposition durch zusammenhängende traumatische Erfahrungen wie Tote bergen,

Verwundung, Kampf, Bombardierung und Kriegsgefangenschaft einhergehen. Eine höhere Exposition durch physische Gewalt durch die Besatzungsmacht kann möglicherweise mit dem Dienst im Volkssturm, der zur Verteidigung vor den Alliierten aufgestellt wurde (vgl. Rauchensteiner, 1995), erklärt werden. Auch in diesen Einheiten wurden vor allem Männer verpflichtet. Rund ein Viertel der vorliegenden Stichprobendiente in militärischen Einheiten, davon waren 81.2% männlich und 18.8% weiblich.

Das Geschlecht hat einen kleinen bis mittleren signifikanten Effekt ($r = .27$) auf die Anzahl der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen, wobei Männer signifikant mehr Kriegstraumata berichten. In vergleichbaren Studien konnten diese Unterschiede nicht festgestellt werden (vgl. Gläsmer et al., 2010; Teegen & Meister, 2000). Auch dieses Ergebnis muss in Anbetracht des höheren Anteils von Männern in militärischen Einheiten betrachtet werden. Weiters können Überlegungen zur Erhebung traumatischer Erfahrungen getroffen werden. Vor allem nichtgewaltsame kriegsbezogene traumatische Erfahrungen (vgl. Allwood et al., 2002), wie beispielsweise das Fehlen von Nahrung, Zuflucht oder Krankheit ohne medizinische Versorgung werden im historischen Fragebogen wenig berücksichtigt. Wie historische Quellen bestätigen, lebten im Speziellen die daheimgebliebenen Österreicherinnen in zerstörten Städten und zerbombten Wohnungen, litten unter Lebensmittelknappheit und Versorgungsengpässen und mussten das Überleben ihrer Familien sichern, während die Männer im Kriegsdienst waren (vgl. Sandgruber, 2005). In Anbetracht dieser Überlegung wären die Unterschiede aufgrund einer fehlenden Akzentuierung auf traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit aus Sicht der weiblichen Bevölkerung zu erklären.

Personen höheren Alters erlebten signifikant häufiger das Bergen von Toten (vgl. Allwood et al., 2002), Kriegsgefangenschaft, Verwundung, Luftangriffe und direkte Kriegshandlungen. Ein signifikanter Zusammenhang mit der Anzahl der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen wird nicht festgestellt. Vor allem Kriegsgefangenschaft, Verwundung und direkte Kriegshandlungen können, wie oben schon erwähnt, mit dem Dienst in militärischen Einheiten, für den ein Mindestalter vorgesehen war, im Zusammenhang stehen. Weiterführend ergeben sich nur Zusammenhänge mit

traumatischen Erfahrungen während der Kriegszeit und nicht während der Besatzungszeit. Die vorliegende Stichprobe schließt Personen, die vor 1945 geboren wurden ein. Daher können die Kriegserfahrungen zwischen 1939 und 1945 möglicherweise von jüngeren Befragten, die zu dieser Zeit noch Kleinkinder oder Kinder waren, nicht erinnert werden.

Der Wohnort im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit ist in vergleichbaren Untersuchungen nicht in die Betrachtung miteinbezogen worden. In der vorliegenden Arbeit wurde jedoch ein Zusammenhang von Kriegstraumata und dem Leben in der Stadt oder am Land vermutet und daher der Wohnort als interessanter möglicher Einflussfaktor analysiert. Personen, die den Zweiten Weltkrieg und die Besatzungszeit in der Stadt miterlebt haben geben im Interview signifikant häufiger Widerstand, Luftangriffe, Verschleppung von Familienangehörigen und direkte Kriegshandlungen erlebt zu haben an. Personen, die in der Kriegszeit am Land lebten, geben durchwegs häufiger kriegsbezogene traumatische Erfahrungen durch die Besatzungsmacht, wie psychische und physische Gewalt, sexueller Übergriff direkt und indirekt und Raub durch die Besatzungsmacht an. Für die erhöhte Anzahl von Luftangriffen und direkten Kriegshandlungen in der Stadt können historische Quellen erklärend herangezogen werden. Diese besagen, dass vor allem der städtische Raum von Kämpfen in der Luft und am Land betroffen war (vgl. Beer & Karner, 1992; Rauchensteiner, 2005; Vocolka, 2002). Das erhöhte Auftreten von Traumata durch Besatzungssoldaten im ländlichen Raum ist möglicherweise durch einen engeren Kontakt mit den Besatzungssoldaten und deren große Anzahl auch in kleineren Gemeinden (vgl. Stelzl-Marx, 2005) zu erklären. In literarischen Quellen wird dazu sowohl von psychologischer wie auch historischer Sicht wenig erläutert. Jedoch geben die Kommentare der InterviewteilnehmerInnen (siehe Kommentarsammlung) Hinweise auf eine sehr starke Präsenz von Besatzungssoldaten im ländlichen Raum.

Traumaexposition in den vier Besatzungszonen

Alle Ergebnisse weisen auf eine höhere Exposition von traumatischen Erfahrungen durch die Besatzungsmacht in der östlichen Besatzungszone, im Vergleich zur westlichen Besatzungszone hin.

Psychische Gewalt, physische Gewalt, sexueller Übergriff direkt und indirekt werden signifikant häufiger von Personen in der ehemaligen östlichen Besatzungszone angegeben. Die Gruppe aus der ehemaligen östlichen Besatzungszone berichtet signifikant häufiger Angst vor der Besatzungsmacht verspürt zu haben, von Horrorgeschichten über die Besatzungsmacht, die Angst erzeugten und von aktuell bestehender Angst bei der Erinnerung an die Besatzungsmacht, beispielsweise durch einen ausländischen Akzent, das Sehen von uniformierten Soldaten oder Fernsehberichten aus der ehemaligen Sowjetunion. Ein Effekt mittlerer Stärke ($r = .40$) von östlicher und westlicher Besatzungszone auf die Anzahl der erlebten traumatischen Erfahrungen durch die Besatzungsmacht wird gefunden. In der sowjetischen Besatzungszone traten signifikant öfter traumatische Erfahrungen als in der französischen ($r = .27$), amerikanischen ($r = .33$) und britischen Besatzungszone ($r = .29$) auf. Zwischen den drei westlichen Besatzungszonen bestehen keine signifikanten Unterschiede anhand der Anzahl traumatischer Erfahrungen. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass traumatische Erfahrungen durch die Besatzungsmacht auch in der westlichen Zone erlebt wurden. Historische Auseinandersetzungen zum Thema Besatzungszeit in Österreich bestätigen die gefundenen Ergebnisse (vgl. Baumgartner, 1995; Dornik, 2005; Hafner, 2005; Rathkolb, 1997; Stelzl-Marx, 2005) und verdeutlichen, dass in der sowjetischen Besatzungszone ein höheres Ausmaß von Übergriffen auf die Zivilbevölkerung stattgefunden hat. Weiters ist die durchwegs negative Attribuierung der sowjetischen Besatzungsmacht in den ÖsterreicherInnen fest verankert (vgl. Dornik, 2005; Stelzl-Marx, 2009a), was zu Verzerrungen der Erinnerung in Richtung negativer Einschätzung der sowjetischen Besatzungsmacht führen kann.

Zusammenhang von Traumaexposition und Posttraumatischer Belastungsstörung

Der erwartete Effekt der Anzahl der erlebten traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg auf die posttraumatische Symptomatik (vgl. Bramsen et al. 1999; Strauss et al., 2010) wird in der Analyse nicht bestätigt. Jedoch kann ein signifikanter Einfluss von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Symptomcluster Intrusion ($r = .17$) festgestellt werden. Wie oben schon erwähnt, scheinen Intrusion und Wiedererleben gerade bei kriegstraumatisierten Menschen eine entscheidende Rolle zu spielen (vgl. Fischer et al., 2006; Teegen & Cizmic, 2003).

Ein signifikanter aufsteigender Trend ($r = .15$) von kriegsbezogenen und zivilen traumatischen Erfahrungen wird in den Daten angezeigt. Die alleinige Berücksichtigung der traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit kann somit keinen signifikanten Effekt auf die posttraumatische Symptomatik im Alter beschreiben. Von den Befragten wird eine Vielzahl von weiteren traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne berichtet. Daher scheint es nachvollziehbar, dass für die gesonderte Betrachtung von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen kein signifikanter Effekt besteht. Es müssen auch zivile traumatische Erfahrungen ($Mdn = 2$) im weiteren Leben der Befragten miteinbezogen werden. Wobei die hohe Anzahl von erlebten kriegsbezogenen Erfahrungen ($Mdn = 3$) im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit in Österreich die gesamte Traumaexposition über die Lebensspanne ($Mdn = 8$) sicherlich bedeutend erhöht.

Zusätzlich wird das Kriterium A2 aus dem DSM-IV Diagnosesystem in der Analyse berücksichtigt. Das Kriterium A2 wird im TLEQ für alle angegebenen traumatischen Erfahrungen erfasst, jedoch nicht im historischen Fragebogen. Somit konnte eine Einordnung der kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit nach dem Kriterium A2 nicht vorgenommen und auch nicht in der Analyse berücksichtigt werden. Ein aufsteigender signifikanter Trend ($r = .26$) wird in den Daten sichtbar. Weiters beeinflusst die Traumaexposition nach Kriterium A2 alle drei Symptomcluster der PTSD signifikant. Die Zusammenhänge weisen folglich auf eine höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung in den Gruppen mit einer größeren Anzahl von erlebten traumatischen Erfahrungen hin. Ein wissenschaftlicher Diskurs (vgl. Brewin, Andrews & Rose; 2000; Karam et al., 2010; Roemer, Orsillo, Borkovec & Litz, 1998) behandelt die Sinnhaftigkeit des Kriteriums A2, das intensive Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen während dem Trauma (Comer & Sartory, 2008) anspricht, wobei noch nicht feststeht, ob dieses in der neuen DSM-V Version enthalten sein wird (American Psychiatric Association, 2010). In der vorliegenden Untersuchung wird die Erfassung des Kriteriums A2 als wichtig erachtet, da ein größerer Effekt auf die posttraumatische Symptombelastung im Vergleich zur Nichtberücksichtigung resultiert.

Eine weiterführende Untersuchung gilt den Zusammenhängen der einzelnen Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen - Widerstand, Tote bergen, Kriegsgefangenschaft, Verwundung, Luftangriff, Familienangehörige gefallen, Verschleppung von Familienangehörigen, direkte Kriegshandlungen, erzwungenes Verlassen der Heimat, psychische und physische Gewalt durch Besatzungsmacht und Raub durch Besatzungsmacht - mit der Intensität der posttraumatischen Symptomatik und dem Vorliegen einer vollen oder partiellen PTSD. Vergleichbare Studien konnten Effekte von spezifischen kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen auf die posttraumatische Symptombelastung aufzeigen (vgl. Bramsen & Ploeg, 1999; Engdahl et al., 1997; Hunt & Robbins, 2010; Schnurr & Spiro, 1999; Solomon & Dekel, 1999). Es konnten nur signifikante Effekte von physischer Gewalt durch die Besatzungsmacht auf die Intensität der Symptombelastung ($r = .11$) und Vermeidung ($r = .16$) und von Raub durch die Besatzungsmacht auf die Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($r = .09$) und Hyperarousal ($r = .11$) bestätigt werden. Jedoch bleiben diese unter Berücksichtigung der Häufigkeit von traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne, ausgeführt in einer Subgruppenanalyse, nicht bestehen.

Folgende Schwierigkeiten in der statistischen Analyse können für die nicht gefundenen Effekte und inkonsistenten Resultate in den Subgruppen verantwortlich gemacht werden. Zum einen variieren die Gruppengrößen in allen Traumarten sehr stark und in einzelnen Arten traumatischer Erfahrungen, im Speziellen Verschleppung von Familienangehörigen, Verwundung, Widerstand und sexueller Übergriff erweist sich die Gruppe „erlebt“ als sehr klein. Weiters werden parameterfreie Verfahren durchgeführt, deren Anwendung sich in einer verminderten statistischer Power auswirken kann. Dies könnte bedeuten, dass bestehende Effekte nicht gefunden werden (Field, 2009). Es wird versucht diese Probleme durch eine weitere Analyse, einen Chi-Quadrat Test und ein Ausweichen bei zu kleinen Gruppengrößen auf Fisher's Exact (Field, 2009) zu umgehen. Eine weitere Einschränkung des Vorgehens kann sein, dass Kombinationen von verschiedenen Arten erlebter kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen nicht betrachtet werden können. Es zeigt sich möglicherweise nicht nur die Häufigkeit von kriegsbezogenen traumatischer Erfahrungen, sondern auch das kombinierte Erleben von zwei oder mehr Kriegstraumata, beispielsweise Flucht und Vergewaltigung, für

die Ausbildung einer PTSD entscheidend. Diese Art der Analyse spezifischer kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen wird in der herangezogenen Literatur nur in Untersuchungen mit speziell dafür ausgewählten Stichproben durchgeführt. Beispielsweise untersuchen Maercker und Mitarbeiter (1999) die Auswirkungen von Bombenangriffen in einer Stichprobe von Dresdner Bombennachtsoffer oder Teegen und Meister (2000) traumatische Erfahrungen auf der Flucht in einer Stichprobe deutscher Flüchtlinge im Zweiten Weltkrieg.

Gesondert wird weiterführend der Verlust von Familienangehörigen während der Kriegszeit analysiert. Diese traumatische Erfahrung ist abzugrenzen von Familienangehörige gefallen, da hier auch andere Ursachen wie beispielsweise Tod durch Unterernährung, Krankheit oder Tod durch Verletzungen aus dem Krieg erfasst werden. Lis-Turlejska und Mitarbeiter (2008) gehen von Zusammenhängen zwischen einem Verlust naher Bezugspersonen und späteren Beeinträchtigungen aus. Diese konnten jedoch in der vorliegenden Untersuchung weder für die Intensität der posttraumatischen Symptombelastung noch für die einzelnen Symptomcluster gefunden werden. Gründe dafür können, wie oben schon angeführt, die verringerte Power von parameterfreien Verfahren und die allgemein problembehaftete Vorgehensweise ein einzelnes traumatisches Erlebnis gesondert zu betrachten, sein

Eine weitere Betrachtung wird dem Erleben von sexualisierter Kriegsgewalt gewidmet, wobei die Gruppen sexuelle Übergriffe direkt erlebt und sexuelle Übergriffe als Zeuge miterlebt zusammengefasst in die Analyse eingehen. Grund dafür sind die schon oben erläuterten Probleme mit zu kleinen Gruppengrößen. Nur 3.8% ($n = 12$) geben an, Opfer von sexualisierter Kriegsgewalt geworden zu sein. Es kann ein signifikanter Haupteffekt ($r = .12$), der jedoch unter Anbetracht der Häufigkeit aller erlebten traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne nicht mehr zu erkennen ist, berichtet werden. Jedoch kann von einer Tendenz, die auf die schweren Langzeitschäden (vgl. Gingerich & Leaning, 2004) und die zusätzliche Traumatisierung durch sexualisierte Kriegsgewalt in einer Zeit der Extrembelastung (vgl. Kuwert et al., 2010; Loncar et al., 2003) hindeutet, ausgegangen werden.

Auch bei der statistischen Analyse von sexualisierter Kriegsgewalt ergeben sich die schon oben diskutierten Schwierigkeiten.

16.5 Nebenhypothesen

Es wird untersucht, ob sich Personen, die kriegsbezogene, zivile oder beide Arten traumatischer Erfahrungen erlebt haben anhand der Intensität der posttraumatischen Symptombelastung unterscheiden. Dazu wird kein Haupteffekt gefunden. Jedoch ergibt die Analyse der einzelnen Gruppen einen Effekt in der Intensität der Symptombelastung ($r = .12$) zwischen den Gruppen kriegsbezogen und beide erlebt. Personen, die zivile und kriegsbezogene traumatische Erfahrungen erlebt haben, weisen jeweils höhere Ausprägungen der posttraumatischen Symptombelastung auf. Da die Kriegstraumata schon weit zurückliegen, muss dieses Ergebnis unter Berücksichtigung des zeitlichen Kontextes der traumatischen Erfahrungen interpretiert werden. Personen, die schon im Krieg Traumatisierungen erleben mussten und im weiteren Leben von zivilen Traumata auch nicht verschont bleiben, weisen möglicherweise eine höhere Traumaexposition in der Lebensspanne als Personen, die ausschliesslich kriegsbezogene Traumata erlebt haben, auf. Folgernd könnte der Effekt anhand der Anzahl der traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne erklärt werden. Der nicht gefundene Unterschied zwischen den Gruppen zivil und kriegsbezogen sollte unter Anbetracht der oben erläuterten Schwierigkeiten mit parameterfreien Verfahren und sehr kleinen Gruppen betrachtet werden.

Laut Maercker und Michael (2009) weisen interpersonelle Traumata ein höheres Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung auf, wobei dies in der durchgeführten Analyse nicht bestätigt werden konnte. Für dieses Ergebnis müssen ein weiteres Mal die Schwierigkeiten mit sehr kleinen Gruppengrößen und die verringerte statistische Power von angewendeten parameterfreien Verfahren in der statistischen Analyse berücksichtigt werden. Weiters könnte eine Kategorisierung in nature-made und man-made (vgl. Friedmann, 2004) eine fundiertere Art der Einteilung, als die von Maercker und Michael (2009) vorgeschlagene, darstellen. In der vorliegenden Untersuchung wurde außerdem die Zuweisung zu den Traumakategorien interpersonell und

akzidentell aufgrund von vorgeschlagenen Beispielen der Autoren vollzogen. Im TLEQ ist diese Kategorisierung ursprünglich nicht enthalten. Somit können die Ergebnisse auch auf eine fehlerhafte Kategorisierung zurück zu führen sein.

Signifikante Zusammenhänge in der Teilstichprobe, der von den HistorikerInnen rekrutierten Personen (BIK-Kontakte) zwischen dokumentierten Traumata und Antworten im Interview werden für sexuellen Übergriff, Kriegsgefangenschaft und Trauma durch Besatzungstruppen gefunden, nicht aber für Luftangriff, Kämpfe, Vertreibung und Verlassen der Heimat. Als Grund für die fehlenden Zusammenhänge kann eher das Angeben von nicht dokumentierten traumatischen Erfahrungen im Interview, als das Nichtangeben von dokumentierten traumatischen Erfahrungen genannt werden. Eine weitere Ursache könnte die unterschiedliche Art der Erfassung, die in den BIK-Archiven vor allem auf Oral History beruht, darstellen.

Zuletzt wird der Einfluss einer aktuellen, gegenwärtigen Bedrohung (vgl. Ehlers & Clark, 2000) durch die Kriegserfahrungen auf die posttraumatische Belastungsstörung und deren Symptome untersucht. Personen, die eine aktuelle Bedrohung verspüren, weisen eine signifikant höhere Intensität der posttraumatischen Symptombelastung ($r = .12$) und Intrusion ($r = .17$) auf. Der Effekt der aktuellen Bedrohung auf den Symptomcluster Intrusion bleibt in der Subgruppenanalyse in den höheren Traumaexpositionsguppen bestehen. Konform zu den berichteten Ergebnissen bringen auch Ehlers und Clark (2000) die gegenwärtige Bedrohung eher mit erhöhten Symptomen der Intrusion und Wiedererleben in Verbindung.

16.6 Interview und Erhebungsinstrumente

Die Rekrutierung der Stichprobe gestaltete sich, trotz der Aufteilung in PSY-Kontakte (von den Psychologinnen rekrutierte Personen) und BIK-Kontakte (von den HistorikerInnen rekrutierte Kontakte) recht schwierig und zeitaufwändig. Insbesondere in Einrichtungen wie Pflegeheimen und Betreutes Wohnen wird bei der Kontaktaufnahme von Seiten der Leitung beziehungsweise der MitarbeiterInnen eine große Skepsis gegenüber Befragungen und Interviews entgegen gebracht. Die Sorge

besteht vor allem darin, die zu befragenden Personen sowohl kognitiv wie auch körperlich und psychisch zu überfordern, eine Traumareaktivierung durch die Interviews hervorzurufen oder auch die gewohnten Abläufe und die übliche Routine in den Einrichtungen zu stören. Sorgfältig vorbereitete Informationsblätter, der Hinweis auf ausgebildete InterviewerInnen und die umfassende Information über Ablauf und Inhalt der Befragung in einem Vorgespräch mit der/m Verantwortliche/n können jedoch Zweifel weitgehend ausräumen.

Der Zeitaufwand für die Durchführung der Befragung gestaltete sich recht variabel. Geplant war eine Interviewzeit von rund einer Stunde, wobei viele Interviews diesen Zeitrahmen weit überschritten. Die Durchführungsdauer sollte jedoch nicht zu lange anberaumt werden, da dies vor allem alte Menschen kognitiv, psychisch und körperlich überfordern kann. Das Interview in der vorliegenden Studie ist somit für die Stichprobe sicherlich zu lang und umfassend.

Der, in Zusammenarbeit mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung konstruierte, historische Background erlaubt mögliche traumatische Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit, damalige Lebensumstände und den aktuellen Umgang mit Erinnerungen dieser Zeit zu erfassen. Vorteile des selbstkonstruierten Fragebogens bestehen darin, dass auf effiziente Art ein umfassender Einblick in die Zeit des Zweiten Weltkrieges gegeben und die differenzierte Betrachtung der vier Besatzungszonen gewährleistet wird. Einen Nachteil stellt das dichotome Antwortformat dar, welches die Erfassung der Anzahl einzelner Arten kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen nicht erlaubt und somit zu einem Informationsverlust führt. Das Antwortformat trägt jedoch zur leichteren Beantwortung der Fragen bei. Der Interviewleitfaden bietet die Möglichkeit in offener Form Anmerkungen zu den Fragen zu machen, wobei diese sehr oft von den Befragten genutzt wurde. Da diese Anmerkungen nicht in die qualitative Auswertung mit einfließen können, wird in der vorliegenden Arbeit versucht, den offenen Antworten im Rahmen einer Kommentarsammlung Raum zu geben.

Insbesondere reagieren die InterviewteilnehmerInnen ablehnend auf die Vorgabe der Mini Mental State Examination. Hier steht die Aufklärung über den Grund der Vorgabe und der Hinweis, dass dieses Verfahren nur zur Kontrolle und allen Befragten vorgegeben wird, im Vordergrund. Die Vorgabe der Brief Symptom Inventory (BSI) erweist sich vor allem in Anbetracht der langen Durchführungszeit, für eine Stichprobe höheren Alters, als ungeeignet. Weiters führt die Einstufung der Antworten auf einer fünfstufigen Likert-Skala und die komplizierte Formulierung der Items zu Schwierigkeiten bei der Beantwortung. Der Fragebogen zu traumatischen Lebensereignissen (TLEQ) erfasst effizient und zeitsparend traumatische Erfahrungen nach dem Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit, obwohl Erklärungen der Iteminhalte immer wieder von Nöten sind. Die Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) zeichnet sich durch eine kurze Durchlaufzeit aus. Jedoch erfolgt auch hier eine Einstufung der Antworten auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die Connor Davidson Resilience Scale - Kurzskala (CD-RISC) erweist sich als kurze und prägnante Erfassung der Resilienzausprägung. Das Verwenden der Kurzskala führt zwar zu einem Verlust der in der Langform erhobenen Faktoren, jedoch erweist sie sich in der untersuchten Stichprobe als empfehlenswert.

Zur Erleichterung der Einstufung der Antworten auf den verschiedenen Likert-Skalen wurden diese visuell dargestellt (siehe Anhang). Diese Vorgehensweise stellt sich als sehr geeignet zur Befragung einer Stichprobe höheren Alters heraus.

16.7 Limitation

Die Auswertung der Forschungshypothesen 11 bis 16 und der Hypothese 18 erfolgt unter Einbeziehung des PCL-C-Summenscore, der die Intensität der posttraumatischen Symptombelastung beschreibt. Dieses Vorgehen wird aufgrund der kleinen Größe der Gruppe von Personen mit einem Vollbild der posttraumatischen Belastungsstörung ($n = 6$) gewählt, erlaubt jedoch keine Differenzierung zwischen Personen mit PTSD und ohne PTSD. Daher werden alle vermuteten Zusammenhänge weiterführend mittels Chi-Quadrat Tests kontrolliert. Diese Vorgehensweise erlaubt Aussagen über die jeweiligen Zusammenhänge mit dem Vorliegen einer posttraumatischen

Belastungsstörung. Wobei auch hier das Bestehen einer vollen und einer partiellen PTSD, gestützt auf oben genannte Schwierigkeiten mit zu kleinen Gruppen, zusammengefasst in die Analyse eingehen.

Wie schon oben erläutert kommen zur Analyse von Unterschieden ausschliesslich parameterfreie Verfahren zur Anwendung. Gründe dafür sind die Verletzung der Voraussetzungen eines unabhängigen t-Tests oder einer Varianzanalyse und eine schon im Vorhinein ordinalskalierte Variable. Durch die Rangreihung der Daten, auf denen die Analyse parameterfreier Verfahren basiert, geht Information verloren. Dies kann sich in einem Verlust von statistischer Power auswirken und würde bedeuten, dass bestehende Effekte nicht gefunden werden können (Field, 2009). Diese Limitation muss bei der Betrachtung der gefundenen Ergebnisse berücksichtigt werden.

Ein Nachteil im historischen Fragebogen wird im Nachhinein festgestellt, da die abgefragten kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen nicht nach Kriterium A2 des DSM-IV Diagnosesystem eingestuft werden können. Dies führt zu einem Informationsverlust und kann als Limitation dieser Studie betrachtet werden.

In der vorliegenden Arbeit werden nicht alle im Interview vorgegebenen Verfahren in die Generierung von Forschungsfragen und Hypothesen miteinbezogen. Ein besonderer Fokus wird auf ausgewählte soziodemographische Daten, den historischen Background, den TLEQ und die PCL-C gelegt. Die MMSE wird ausschliesslich zur Prüfung des Einschlusskriteriums verwendet. Die BSI kommt vor allem in der Diplomarbeit von Schiller (2011) zur Anwendung. In der Diplomarbeit von Wintner (2011) werden erhobene Schutz- und Risikofaktoren und die CD-RISC näher beleuchtet.

Die Abgrenzung der bearbeiteten Fragestellungen, von den Fragestellungen in den Diplomarbeiten von Schiller (2011) und Wintner (2011) erweist sich als schwierig, da weitere psychische Störungsbilder und Risiko- und Schutzfaktoren in der vorliegenden Arbeit nicht bearbeitet werden können.

Durch die gesonderte Behandlung der abzugrenzenden Fragestellungen wird jedoch eine umfassende Darstellung der Ergebnisse des „Kriegskinder Projektes“ in den drei Diplomarbeiten gewährleistet.

16.8 Ausblick

Durch das Erfassen einer Vielzahl von traumatischen Erfahrungen aus der Kriegs- und Besatzungszeit und der weiteren Lebensspanne können keine Effekte von spezifischen kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen gefunden werden. Daher wäre in Nachfolgestudien eine Betrachtung selektiver Stichproben, beispielsweise von Opfern von Verschleppung oder Widerstand ratsam.

Zusätzlich sollte in weiteren Untersuchungen die Vorgabe von Verfahren, die sich durch Antwortformat oder lange Vorgabezeit für ältere Stichprobe wenig eignen, überdacht werden. Empfehlenswert erscheint in der vorliegenden Untersuchung ein selbst-konstruierter Fragebogen, um den historischen Background in einfacher Art und Weise abzufragen. Weiterführend sollte jedoch in der Auswahl aller Verfahren die Eignung für ältere Personen und deren kognitive und körperliche Ressourcen im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

Die Zusammenarbeit mit ExpertInnen im Themenfeld Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit hat sich für die vorliegende Studie als sehr nützlich erwiesen. Bei der Erforschung geschichtlicher Ereignisse sollte daher die historische Betrachtungsweise miteinbezogen werden und schon im Vorfeld in die Planung der Untersuchung, Entwurf der Testbatterie und Auswahl der Stichprobe einfließen. Insbesondere weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass Traumata durch die vier Besatzungsmächte nicht vernachlässigt behandelt werden dürfen.

Die Erfassung von nicht gewaltsamen Kriegstraumata, wie das Erleben von Hunger, Krankheit oder Kälte wird in vielen Studien vernachlässigt. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass ein größeres Augenmerk darauf gelegt werden sollte.

Da in dieser Studie das Kriterium A2 des DSM-IV einen Effekt auf die posttraumatische Symptombelastung im Alter aufweist, muss dessen Wichtigkeit und Erhebung in weiterführenden Untersuchungen überlegt werden.

Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung konnte nur bei sechs Personen festgestellt werden. Grund dafür kann sein, dass höher belastete Personen an dieser Art von Untersuchung nicht teilnehmen. Daher konnte auch kein geplanter Gruppenvergleich von Personen mit und ohne PTSD durchgeführt werden. In Nachfolgestudien könnte eine noch ausführlichere Information zur Studie, die Aufklärung von Verantwortlichen in verschiedenen Institutionen und die vermehrte Kontaktaufnahme mit beispielsweise Kriegsopferverbänden, Kameradschaftsbund u. a., die Bereitschaft für eine Teilnahme erhöhen.

Sexueller Übergriff stellt in der Untersuchung von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen einen interessanten Bereich dar und wird in historischen Quellen zur Besatzungszeit oftmals thematisiert. In der vorliegenden Untersuchung sind Personen, die sexuelle Übergriffe erlebt haben, im Vergleich zu geschätzten Opferzahlen unterrepräsentiert. Dies kann daran liegen, dass diese Übergriffe im Interview nicht angegeben werden oder dass sich Personen, die diese erlebt haben im Vorhinein schon nicht zum Interview bereit erklären. Auch hier wäre die gezielte Rekrutierung und Untersuchung von spezifischen Stichproben wünschenswert.

Letztendlich wird als wichtig erachtet, dass Erkenntnisse, die dem aktuellen Forschungsstand zum Thema Kriegstraumatisierung entsprechen, auch in Institutionen, welche die Betreuung, Unterbringung und Pflege zur Aufgabe haben, Eingang finden und im täglichen Umgang mit traumatisierten alten Menschen berücksichtigt werden.

17 Zusammenfassung

Die ältere Generation in Österreich hat vor rund 65 Jahren den Zweiten Weltkrieg und die Besatzungszeit miterlebt und verstärkt verschiedene Traumatisierungen in dieser Zeit erfahren. Trotzdem gibt es keine Studien, welche die psychologischen Effekte auf Überlebende des Zweiten Weltkrieges und der Besatzung in Österreich untersuchen. Das Ziel dieser Studie war die Analyse von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen, im Besonderen der vier ehemaligen Besatzungszonen und deren Einfluss auf die psychische Gesundheit und die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) darzustellen.

In der vorliegenden Studie, im Rahmen des „Kriegskinder“ Projektes, wurden 316 Personen, vor 1945 geboren, in ganz Österreich befragt. Im Rahmen eines teilstandardisierten Interviews wurde neben einem detaillierten, in Zusammenarbeit mit Spezialisten für zeitgenössische Geschichte und Zweiter Weltkrieg (BIK) erarbeiteten, historischen Fragebogen, eine Symptomliste (BSI), ein Screening für PTSD (PCL-C-C), eine Liste traumatischer Ereignisse in der weiteren Lebensspanne (TLEQ) und eine Erfassung von Resilienz (CD-RISC) vorgegeben.

119 Männer und 197 Frauen wurden in allen neun Bundesländern in Österreich befragt. Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 82 Jahren. Eine hohe Anzahl verschiedener kriegsbezogener traumatischer Erfahrungen aus der Kriegs- und Besatzungszeit wurde berichtet. Als häufige traumatische Erfahrungen wurden Luftangriff, direkte Kriegshandlungen, Familienangehörige gefallen, Verlassen der Heimat und Kriegsgefangenschaft erhoben. Weitere traumatische Erfahrungen stellten Übergriffe durch die Besatzungsmacht, wie beispielsweise Raub, physische und psychische Gewalt und sexueller Übergriff dar.

Erwartete Zusammenhänge von Geschlecht, Alter und Wohnort während der Kriegszeit wurden für einzelne Arten traumatischer Erfahrungen gefunden. Männer erlebten weiters eine höhere Anzahl von kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen. Wie

historische Quellen schon vermuten ließen, erlebten Personen aus der ehemaligen östlichen Besatzungszone eine signifikant höhere Anzahl von traumatischen Erfahrungen durch die Besatzungsmacht und Raub, psychische und physische Gewalt und sexueller Übergriff wurde häufiger in der sowjetischen Besatzungszone angegeben.

Zusammenhänge zwischen Traumaexposition im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit und einer Posttraumatischen Belastungsstörung konnten nicht bestätigt werden. Jedoch kann ein Effekt aller traumatischen Erfahrungen in der Lebensspanne auf die posttraumatische Symptomatik im Alter berichtet werden. Die Analyse einzelner spezifischer traumatischer Erfahrungen aus der Kriegszeit führte zu keinen Resultaten.

Diese multidisziplinäre Studie erlaubt das Thema Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit in Österreich von psychologischer und historischer Perspektive zu beleuchten und schafft somit eine weitere Aufarbeitung dieses komplexen Forschungsfeldes. Mit den Ergebnissen dieser Studie soll das Verstehen von psychopathologischen Symptomen und Problemen der Kriegsgeneration in Österreich, vor allem im Hinblick auf Pflege und psychologische Intervention, verbessert werden.

18 Literaturverzeichnis

18.1 Literatur der Autorin

Die nachfolgenden Verweise beziehen sich auf die verwendete Literatur; in den von mir verfassten Abschnitten der vorliegenden Arbeit.

- Ableitinger, A. (1998). Großbritannien und das Zweite Kontrollabkommen: Genese und Gehalt des britischen Regierungsentwurfes am 4. Februar 1946. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G. Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955* (S. 71–111). Wien: Böhlau.
- Ai, A. L., Peterson, C. & Uebelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 157-160.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D. & Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (4), 450-457.
- American Psychiatric Association. (2010). *DSM-5: The future of psychiatric diagnosis*. (Datum des Zugriffs: 28. 2. 2011). (letzte Aktualisierung: August 2010). Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Angerer, T. (2005). Frankreich, die alliierte Besatzung Österreichs und die Staatsvertragsverhandlungen. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), „*Österreich ist frei!*“. *Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 82-87). Horn: Berger.
- Backhaus, K., Erichson, B., Wulff, P. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Heidelberg: Springer.
- Bauer, I. (1998). *Welcome Ami go home. Die amerikanische Besatzung in Salzburg 1945-1955. Erinnerungslandschaften aus einem Oral-History-Projekt*. Salzburg: Verlag Anton Pustet.
- Bauer, I. & Huber, R. (2007). Sexual encounters across (former) enemy borderlines. In G. Bischof, A. Pelinka & D. Herzog (Hrsg.), *Sexuality in Austria. Contemporary Austrian Studies* (Bd. 15, S. 65-101). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Baumgartner, M. (1995). Vergewaltigungen zwischen Mythos und Realität. Wien und Niederösterreich im Jahr 1945. In E. Thurner & P. Eppel (Hrsg.), *Frauenleben 1945. Kriegsende in Wien* (S. 59–73). Wien: Eigenverlag der Museen der Stadt Wien.

- Beer, S. (1997). Die US-amerikanische Besatzungspolitik in Österreich bis Herbst 1945. In M. Rauchensteiner & W. Etschmann (Hrsg.), *Österreich 1945: Ein Ende und viele Anfänge* (S. 207-228). Graz: Styria.
- Beer, S. (1998). Die Besatzungsmacht Großbritannien in Österreich 1945-1949. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G. Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955* (S. 41-71). Wien: Böhlau.
- Beer, S. (2005). Britische Zonenpolitik. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“: Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 77-81). Horn: Berger.
- Beer, S. & Karner, S. (1992). *Der Krieg aus der Luft: Kärnten und Steiermark 1941-1945*. Graz: Weishaupt.
- Bihl, G. (2006). Wien 1945-2005: Eine politische Geschichte: Besatzung, Wiederaufbau und Konsolidierung. In P. Csendes & F. Oppl (Hrsg.), *Wien: Geschichte einer Stadt von 1790 bis zur Gegenwart* (S. 545–643). Böhlau, Wien.
- Bischof, G. (1999). *Austria in the first Cold War, 1945–55: The leverage of the weak*. Cold War history series. London: Macmillan.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Botz, G. (1988). *Nationalsozialismus in Wien*. Buchloe: Obermayer.
- Bramsen, I. & Ploeg, H. M. van der (1999). Fifty years later: The long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 350-358.
- Brewin C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (3), 499-509.
- Buchmann, B. M. (2009). *Österreicher in der Deutschen Wehrmacht: Soldatenalltag im Zweiten Weltkrieg*. Wien: Böhlau.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Education.
- Comer, R. J. & Sartory, G. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Dachs, H. (1988). Schule und Jugenderziehung in der „Ostmark“. In E. Talos, E. Hanisch & W. Neugebauer (Hrsg.), *NS- Herrschaft in Österreich 1938-1945* (S. 217-242). Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.

- Demokratiezentrum Wien. (2008). *Der "Anschluss" Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland*. (Datum des Zugriffs: 10. 10. 2010). (letzte Aktualisierung: Mai 2008). Verfügbar unter <http://www.demokratiezentrum.org>
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe: Göttingen.
- Dohrenwend, B. P., Neria, Y., Marshall, R., Lewis- Fernandez, R., Turner, J. B., Turse, N. & Koenen, K. C. (2004). Positive tertiary appraisals and posttraumatic stress disorder in U.S. male veterans of the war in Vietnam: The roles of positive affirmation, positive reformulation, and defensive denial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 417-433.
- Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes. *Demographie der österreichischen Juden 1938-1945*. (Datum des Zugriffs: 6. 09. 2010). Verfügbar unter <http://www.doew.at>
- Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes. *Der Anschluss*. (Datum des Zugriffs: 6. 9. 2010). Verfügbar unter <http://www.doew.at>
- Dornik, W. (2005). Besatzungsalltag in Wien: Die Differenziertheit von Erlebniswelten: Vergewaltigungen – Plünderungen – Erbsen - Straußwalzer. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 449-467). Wien: Oldenbourg.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eisterer, K. (1997). Französische Besatzungspolitik in Tirol und Vorarlberg im Spätsommer und Herbst 1945. In M. Rauchensteiner & W. Etschmann (Hrsg.), *Österreich 1945. Ein Ende und viele Anfänge* (S. 229-246). Graz: Styria.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R. & Blank, A. (1997). Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: A normative response to severe trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (11), 1576-1581.
- Engelbrecht, H. (1981). Die Eingriffe der Alliierten in das österreichische Schul- und Erziehungswesen nach 1945. In M. Heinemann (Hrsg.), *Umerziehung und Wiederaufbau: Die Bildungspolitik der Besatzungsmächte in Deutschland und Österreich* (S. 278-306). Stuttgart: Ernst Klett.

- Ernst, K. (1988). 50 Jahre Kriegsoferversorgung in der Zweiten Republik 1945-1995. In K. Ernst, T. Fischlein, E. Sengtschmied, M. Svoboda & Kriegsopfer- und Behindertenverband für Wien Niederösterreich und Burgenland (Hrsg.), *Schicksal Kriegsopfer. Die Geschichte der Kriegsopfer nach 1945. Kriegsopfer- und Behindertenverband* (S. 225-320). Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsverbund.
- Etschmann, W. (2006). Der Luftkrieg um Österreich und die Flaktürme Wiens: Teil 1. *Österreichische Militärische Zeitschrift – Online*, 2, Verfügbar unter <http://www.bmlv.gv.at/omz/ausgaben/artikel.php?id=378>
- Ferrier-Auerbach, A. G., Erbes, C. R., Polusny, M. A., Rath, M. & Sponheim, S. R. (2010). Predictors of emotional distress reported by soldiers in the combat zone. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 470-476.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3. Aufl.). London: Sage.
- Fischer, C. J., Struwe, J. & Lemke M. R. (2006). Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden: Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. *Nervenarzt*, 77, 58-63.
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J. & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 1030-1039.
- Friedmann, A. (2004). Allgemeine Psychotraumatologie – Die Posttraumatische Belastungsstörung. In A. Friedmann, P. Hoffmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 5-34). Wien: Springer.
- Fritz, P. (2005). „Was lange währt, wird endlich gut!“. Der Abschluss des Österreichischen Staatsvertrages 1955. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), „*Österreich ist frei!*“. *Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 303-309), Horn: Berger.
- Gingerich, T. & Leaning, J. (2004). *The use of rape as a weapon of war in the conflict in Darfur, Sudan*. (Datum des Zugriffs: 12. 9. 2010). Verfügbar unter <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2004-oct-darfurrape.html>
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Braehler, E., Forstmeier, S. & Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: Results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics*, 22 (4), 661-670.

- Gold, P. B., Engdahl, B. E., Eberly, R. E., Blake, R. J., Page, W. F. & Frueh, B. C. (1999). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 36-42.
- Haas, H. (1988). Der Anschluss. In E. Talos, E. Hanisch & W. Neugebauer (Hrsg.), *NS-Herrschaft in Österreich 1938-1945* (S. 1-24). Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.
- Hafner, G. (2005). Das Mühlviertel unter sowjetischer Besatzung. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 503-521). Wien: Oldenbourg.
- Hal-van Raalte, E. Van der, Ijzendoorn, M. H. Van. & Bakermans-Kraneburg, M. J. (2007). Quality of care after early childhood trauma and well-being in later life: Child Holocaust survivors reaching old age. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 514-522.
- Hauser, M. & Joachim, I. (2003). Sind die Folgen sexualisierter Kriegsgewalt zu behandeln? Über die Arbeit mit kriegstraumatisierten Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. In M. Zielke, R. Meermann & W. Hackhausen (Hrsg.), *Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen* (S. 409-434). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hahn, F. & Hempt, A. (2005). Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Nervenarzt*, 76, 546-556.
- Heuft, G., Schneider, G., Klaiber, A. & Brähler, E. (2007). Ausgebombt: Psychische und psychosomatische Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 230-243.
- Hunt, N. & Robbins, I. (2010). The long-term consequences of war: The experience of World War II. *Aging & Mental Health*, 5 (2), 183-190.
- Kaltenegger, R. (2001). *Titos Kriegsgefangene: Folterlager, Hungermärsche und Schauprozesse*. Graz: Leopold Stocker Verlag.
- Kang, H. K., Bullman, T. A. & Taylor, J. W. (2006). Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war. *Annals of Epidemiology*, 16, 381-386.
- Karam, A. G., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A., Salamoun, M., Sampson, N., Stein, D., Alonso, J., Andrade, L., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., Girolamo, G. de, Graaf, R. de, Florescu, S., Gureje, O., Kaminer, D., Kotov, R., Lee, S., Lépine, J., Medina-Mora, M., Oakley Browne, M., Posade-Villa, J., Sagar, R., Shalev, A., Takeshima, T., Tomov, T. & Kessler, R. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68 (5), 465-73.

- Karner, S. (1995). *Im Archipel GUPVI: Kriegsgefangenschaft und Internierung in der Sowjetunion 1941-1956*. Wien: Oldenbourg.
- Karner, S. (1999). Konzentrations- und Kriegsgefangenenlager in Deutschland und in der Sowjetunion. Ansätze zu einem Vergleich von Lagern in totalitären Regimen. In R. Overmans (Hrsg.), *In der Hand des Feindes: Kriegsgefangenschaft von der Antike bis zum Zweiten Weltkrieg* (S. 387-411). Wien: Böhlau.
- Karner, S. & Ruggenthaler, P. (2005). (Zwangs-) Repatriierungen sowjetischer Staatsbürger aus Österreich in die UdSSR. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 243-273). Wien: Oldenbourg.
- Karner, S. & Stelzl-Marx, B. (2009). *Stalins letzte Opfer: Verschleppte und erschossene Österreicher in Moskau 1950–1953*. Wien: Böhlau.
- Keilson, H. (1992). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. In G. Hardtmann (Hrsg.), *Spuren der Verfolgung. Seelische Auswirkungen des Holocaust auf die Opfer und ihre Kinder*. Gerlingen: Bleicher.
- Keilson, H. (1999). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch „man-made-disaster“. In A. Friedmann, E. Glück & D. Vyssoki (Hrsg.), *Überleben der Shoah – und danach*. Wien: Picus.
- Knoll, H. (2005a). Kriegsgefangenschaft und Heimkehr. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“ Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 133-138). Horn: Berger.
- Knoll, H. (2005b). Späte Heimkehr: Als Kriegsverbrecher verurteilte österreichische Kriegsgefangene in der Sowjetunion 1944-1953. In G. Bischof, S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Kriegsgefangene des Zweiten Weltkrieges: Gefangennahme – Lagerleben – Rückkehr* (S. 167-183). Wien: Oldenbourg.
- Knoll, H. & Stelzl-Marx, B. (2005). Sowjetische Strafjustiz in Österreich: Verhaftungen und Verurteilungen 1945-1955. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 275-321). Wien: Oldenbourg.
- Kuwert, P. & Freyberger, H. J. (2007). Sexuelle Kriegsgewalt - Ein tabuisiertes Verbrechen und seine Folgen. *Trauma & Gewalt*, 2, 10-16.
- Kuwert, P., Klauer, T., Eichhorn, S., Grundke, E., Dudeck, M., Schomerus, G. & Freyberger, H. (2010). Trauma and current posttraumatic stress symptoms in elderly German women who experienced wartime rapes in 1945. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198 (6), 450-451.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2007). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52, 212-217.

- Lis-Turlejska, M., Plichta, A., Luszczynska, A. & Benight, C. C. (2008). Jewish and non-jewish World War II child and adolescent survivors at 60 years after war: Effects of parental loss and age at exposure on well-being. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (3), 369-377.
- Loncar, M., Medved, V., Jovanovic, N. & Hotujac, L. (2006) Psychological consequences of rape on women in 1991 – 1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Croat Med*, 47, 67-75.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12 (3), 157-167.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter* (S. 105-125). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. & Pielmaier, L. (2010). Gibt es Posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Schweizerinnen und Schweizern? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161 (2), 64-68.
- Mulley, K. D. (1998). Befreiung und Besatzung: Aspekte sowjetischer Besatzung in Niederösterreich 1945-1948. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G. Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955* (S. 361-401). Wien: Böhlau.
- Mulley, K. D. (2005). Die Rote Armee in Niederösterreich 1945-1947: Ein ambivalentes Geschichtsbild. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 469-485). Wien: Oldenbourg.
- Neugebauer, W. (1988). Widerstand und Opposition. In E. Talos, E. Hanisch, W. Neugebauer (Hrsg.), *NS-Herrschaft in Österreich 1938-1945* (S. 537-552). Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.
- Petschnigg, E. (2005). Alliierte Entnazifizierung in Österreich. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), „Österreich ist frei!“. *Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 109-113). Horn: Berger.
- Pizarro, J., Cohen-Silver, R. & Prause, J. (2006). Physical and mental health costs of traumatic war experiences among civil war veterans. *Archives of General Psychiatry*, 63 (2), 193-200.

- Portisch, H. (1985). *Österreich II: Die Wiedergeburt unseres Staates*. Wien: Kremayr & Scheriau.
- Radebold, H. (2008). Kriegskindheiten in Deutschland – damals und heute. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (S. 15-26). Weinheim: Juventa.
- Rathkolb, O. (1997). Besatzungspolitik und Besatzungserleben in Ostösterreich vom April bis August 1945. In M. Rauchensteiner & W. Etschmann (Hrsg.), *Österreich 1945. Ein Ende und viele Anfänge* (S. 185–206). Graz: Styria.
- Rauchensteiner, M. (1972). Nachkriegsösterreich 1945. *Österreichische Militärische Zeitschrift*, 6, 407-421.
- Rauchensteiner, M. (1995). *Der Krieg in Österreich 45. Ausstellung im Heeresgeschichtlichen Museum*. Wien: Heeresgeschichtliches Museum.
- Rauchensteiner, M. (1998). Das Jahrzehnt der Besatzung als Epoche in der österreichischen Geschichte. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G. Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955*. (S. 15-41). Wien: Böhlau.
- Rauchensteiner, M. (2005). *Stalinplatz 4. Österreich unter alliierter Besatzung*. Wien: Steinbauer.
- Riedesser, P. (2006). Belastende Kriegserfahrungen in der Kleinkindzeit. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (S. 37-51). Weinheim: Juventa.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., Borkovec, T. D. & Litz, B. T. (1998). Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology: A preliminary retrospective analysis of the DSM-IV criterion A-2. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 29, 123-130.
- Sandgruber, R. (2005). Die Wirtschaft der Nachkriegszeit. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“. Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 173-181). Horn: Berger.
- Schiller, B. (2011). *Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung. Die Posttraumatische Belastungsstörung und aktuelle Psychopathologie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Schmidl, E. A. (2005). Der Abzug der „Besatzungstruppen“. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“. Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 315-317). Horn: Berger.

- Schnurr, P. P. & Spiro, A. (1999). Combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms, health behaviors as predictors of self-reported physical health in older veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (6), 353-359.
- Schreiber, G. (2002). *Der Zweite Weltkrieg*. München: Beck.
- Sixl, P. (2010). *Sowjetische Tote des Zweiten Weltkriegs in Österreich*. Graz: Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung.
- Solomon, Z. & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POW's. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (3), 303-312.
- Statistik Austria. (2010). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. (Datum des Zugriffs: 12. 7. 2010). (letzte Aktualisierung: 22. 6. 2010). Verfügbar unter <http://www.statistik.at/>
- Stelzl-Marx, B. (2005). Freier und Befreier: Zum Beziehungsgeflecht zwischen sowjetischen Besatzungssoldaten und österreichischen Frauen. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 421-447). Wien: Oldenbourg.
- Stelzl-Marx, B. (2009a). Der Wandel des Feindbildes. Sowjetische Propaganda für Rotarmisten 1941-1945. In S. Mattl, G. Botz, S. Karner & H. Konrad (Hrsg.), *Krieg. Erinnerung. Geschichtswissenschaft* (S. 195-218). Wien: Böhlau.
- Stelzl-Marx, B. (2009b). *Die Innensicht der sowjetischen Besatzung in Österreich 1945–1955. Erfahrung, Wahrnehmung, Erinnerung*. Graz: Habilitation.
- Strauss, K., Dapp, U., Anders, J., Renteln-Kruse, W. von & Schmidt, S. (2010). Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress, depression and general health perception: Displaced former World War II children in late life. *Journal of Affective Disorders*. 128 (3), 267-276.
- Studt, C. (2002). *Das Dritte Reich in Daten*. München: Beck.
- Teegen, F. & Cizmic, L. D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16 (2), 77-91.
- Teegen, F. & Grotwinkel, M. (2001). Traumatische Erfahrungen und Posttraumatische Belastungsstörung bei Journalisten. Eine internet-basierte Studie. *Psychotherapeut*, 46, 169-175.
- Teegen, F. & Handwerk, U. (2006). Deutsche Frontkrankenschwestern im II. Weltkrieg: Traumatische Erfahrungen, patho- und salutogenetische Entwicklungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (3), 127-138.
- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13 (3/4), 112-124.

- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thurner, E. (1992). Frauen - Nachkriegsleben in Österreich - Im Zentrum und in der Provinz. In I. Bandhauer-Schöffmann & E. Hornung (Hrsg.), *Wiederaufbau weiblich: Dokumentation der Tagung „Frauen in der österreichischen und deutschen Nachkriegszeit“* (S. 3-14). Wien: Geyer.
- Unicef - Österreich. (2000). *Kinder im Krieg: Ein Kinderrechte-Notfall. Unicef-Grundsatzpapier*. (Datum des Zugriffs: 24. 8. 2010), Verfügbar unter <http://www.unicef.at/>
- Unicef – Österreich. (2002). *Trauma bei Kindern: Wenn die Seele brennt*. (Datum des Zugriffs: 24. 8. 2010) Verfügbar unter <http://www.unicef.at/>
- Unicef. (2007). *Child Protection Information Sheet: Kinderschutz in bewaffneten Konflikten*. (Datum des Zugriffs: 24. 8. 2010), Verfügbar unter <http://www.unicef.at/>
- Vartanov, V. (2005). Die Aufgaben der Militärkommandanturen in der sowjetischen Besatzungszone Österreichs 1945-1955. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 163-178). Wien: Oldenbourg.
- Vocelka, K. (2002). *Geschichte Österreichs: Kultur – Gesellschaft – Politik*. München: Heyne.
- Wassertheurer, P. (2005). „Volksdeutsche“, Fremdarbeiter und Displaced Persons (DP's). In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“. Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 47-50). Horn: Berger.
- Weber, W. (2005). Großbritannien, Österreich – und ein NS-Erbe: Österreichische Soldaten der deutschen Streitkräfte in britischer Kriegsgefangenschaft 1943-1947. In G. Bischof, S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Kriegsgefangene des Zweiten Weltkriegs: Gefangennahme – Lagerleben – Rückkehr* (S. 303-325). Wien: Oldenbourg.
- Weeks, G. (2005). Das amerikanische Jahrzehnt? Die Besatzungszeit in Österreich 1945-1955. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“. Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 73-76). Horn: Berger.
- Wette, W. (1994). Das Rußlandbild in der NS-Propaganda. Ein Problemaufriß. In H. E. Volkmann (Hrsg.), *Das Russlandbild im Dritten Reich* (S. 55-78). Köln: Böhlau.
- Wintner, D. (2011). *Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung. Eine Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

Yehuda, R., Schmeidler, J., Siever, L. J., Binder-Brynes, K. & Elkin, A. (1997). Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or in hiding. *Journal of Traumatic Stress, 10* (3), 453-463.

18.2 Gemeinsame Literatur (verwendet von Schiller, Strasser & Wintner)

Die nachfolgenden Verweise beziehen sich auf die verwendete Literatur, in den von Bettina Schiller und Daniela Wintner verfassten Abschnitten und den gemeinsam verfassten Abschnitten der vorliegenden Arbeit.

- Andreski, P., Chilcoat, H. & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, London: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Backhaus, K., Erichson, B., Wulff, P. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Springer: Heidelberg.
- Baltes, P. B. (1996). Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 29-71). Frankfurt: Campus Verlag.
- Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (6), 433-448.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117-145). Berlin: Springer.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behavioral Research & Therapy*, 34, 669-673.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59 (1), 20-28.
- Bonanno, G.A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (3), 135-138.
- Bonanno, G.A., Bucciarelli, A., Galea, S. & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (5), 671-682.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Springer: Heidelberg.

- Böwing, B., Schmidt, K. U. R., Juckel, G. & Schröder, S. G. (2008). Psychotische Syndrome bei kriegstraumatisierten älteren Patienten. *Der Nervenarzt*, 79 (1), 73-79.
- Böwing, G. & Schröder, S. G. (2009). Spätfolgen von Kriegserlebnissen. Brückensymptome, Trauma-Reaktivierung und Retraumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 3 (4), 294-303.
- Braam, A. W., Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Delespaul, P., Dewey, M. E., Geerlings, S. W., Kivelä, S. -L., Lawlor, B. A., Magnússon, H., Meller, I., Pérès, K., Reischies, F. M., Roelands, M., Schoevers, R. A., Saz, P., Skoog, I., Turrina, C., Versporten, A. & Copeland, J. R. M. (2005). Physical health and depressive symptoms in older Europeans. Results from EURODEP. *British Journal of Psychiatry*, 187, 35-42.
- Bramsen, I. & Ploeg, H. M. van der (1999). Fifty years later: The long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 350-358.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (10), 923-929.
- Brewin C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Bromet, E., Sonnega, A. & Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the national comorbidity survey. *American Journal of Epidemiology*, 147 (4), 353-361.
- Campbell-Sills, L. & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 1019-1028.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Connor, K.M; Davidson, J. (2003): Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Copeland, J. R. M., Beekman, A. T. F., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., Hooijer, C., Lawlor, B. A., Kivela, S. L., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A. H., Meller, I., Prince, M. J., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., DeVries, M. W. & Wilson, K. C. M. (2004). Depression among older people in Europe: The EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3 (1), 45-49.
- Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Scott, A., Gilmore, C., Larkin, B. A., Cleave, N., McCracken, C. F. M. & McKibbin, P. E. (1998). Schizophrenia and delusional disorder in older age: Community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 153-161.

- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247.
- Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D., Eddleman, H. C. & Alarcon, R. D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (5), 336-346.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 7. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Edwards, D., Sakasal, P. & van Wyk, G. (2005). Trauma, resilience and vulnerability to PTSD: A review and clinical case analysis. *Journal of Psychology in Africa*, 15 (2), 143–153.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R. & Blank, A. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (12), 1740-1745.
- Ermann, M. (2007). Posttraumatische Störungen. In M. Ermann (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage* (5. Auflage) (S. 141-169). Stuttgart: Kohlhammer.
- Field, A. (2006). *Discovering statistics using SPSS. And sex, drugs and rock'n'roll* (2nd rev. ed.). London: Sage.
- Fischer, C. J., Struwe, J. & Lemke, M. R. (2006). Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. *Der Nervenarzt*, 77 (1), 58-63.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental-state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Fookien, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 65-87). Heidelberg: Springer.
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 1030-1039.

- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis-Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Franke, G. H. & Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory: BSI (Kurzform der SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz.
- Freud, A. & Burlingham, D. (Hrsg.). (1980). *Die Schriften der Anna Freud. Anstaltskinder-Berichte aus den Kriegskinderheimen „Hampstead Nurseries“ 1943-1945*. München: Kindler.
- Friedmann, A. (2004). Allgemeine Psychotraumatologie – Die Posttraumatische Belastungsstörung. In A. Friedmann, P. Hoffmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 5-34). Wien: Springer.
- Gäbler, I., Maercker, A. & Schützwohl, M. (2008). *Langzeitfolgen politischer Inhaftierungen in der DDR. Eine Folgestudie zur Dresdner Untersuchung*. Zürich: Abteilung Psychopathologie und Klinische Intervention.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T. & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123, 249-257.
- Gold, P. B., Engdahl, B. E., Eberly, R. E., Blake, R. J., Page, W. F., Frueh, B. C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 36-42.
- Goodman, C., Finkel, B., Naser, M., Andreyev, P., Segev, Y., Kurs, R., Melamed, Y. & Bleich, A. (2007). Neurocognitive deterioration in elderly chronic schizophrenia patients with and without PTSD. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195 (5), 415-420.
- Hankin, C. S. (1997). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 357-380). Heidelberg: Springer.
- Hessel, A., Geyer, M., Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36 (4), 287-296.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (4), 225-230.
- Heuft, G., Schneider, G., Klaienberg, A. & Brähler, E. (2007). Ausgebombt – Psychische und psychosomatische Spätfolgen des Zweiten Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 228-243.

- Heuft, G., Schneider, G., Nehen, H. G. & Kruse, A. (2000). Funktionelle Störungen bei älteren Menschen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (36), 2310-2313.
- Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S., Brewin, C. R. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: A review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21 (4), 232-241.
- Hoge, E. A., Austin, E. A. & Pollack, M. H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 139-152.
- Kahn, M. M. R. (1963). Das kumulative Trauma. In M. M. R. Kahn (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Therapie: Theorie und Praxis* (S. 50-70). München: Kindler.
- Katschnig, H., Ladinser, E., Scherer, M., Sonneck, G. & Wancata, J. (2001). *Österreichischer Psychiatriebericht 2001. Teil 1. Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung* (Forschungsbericht). Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische Follow-up-Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Kessler, J., Markowitsch, H. J., & Denzler, P. (1990). *Mini-Mental-Status-Test: MMST. Dt.-sprachige Fassung*. Weinheim: Beltz-Test.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (2), 420-434.
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M. & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (1), 164-170.
- Kluznik, J. C., Speed, N., VanValkenburg, C. & Magraw, R. (1986). Forty-year follow-up of united states prisoners of war. *The American Journal of Psychiatry*, 143 (11), 1443-1446.
- Knecht, S. & Berger, K. (2004). Einfluss vaskulärer Faktoren auf die Entwicklung einer Demenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 2185-2189.

- Koenen, C. K., Stellman, M. J., Stellman D. S. & Sommer, F. J. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: A 14-year follow-up of American legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 980-986.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B. & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12 (2), 210-224.
- Kumrow, D. (2009). Demenz und die Macht des Ausgeblendeten. *info3 - Anthroposophie im Dialog*. 13-26.
- Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2009). Gerontopsychotraumatologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 427-439). Heidelberg: Springer.
- Kuwert, P., Knaevelsrud, C., Rosenthal, J., Dudeck, M., Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2008). Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges. *Psychiat Prax*, 35 (8), 399-403.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2006). Sixty years later: Post-traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19 (5), 955-961.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H.J. & Ermann, M. (2007). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52, 212-217.
- Kuwert, P., Vogel, M., Spitzer, C., Freyberger, H. J., Ermann, M. & Dudeck, M. (2007). Psychische Beschwerden, interpersonale Probleme, Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kriegskindern. *Psychother Psych Med*, 58 (6), 257-263.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M. M., Geiselman, B., Lang, F. R., Reischies, F. M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt*, 69 (1), 27-37.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- Lueger-Schuster, B. (2004). Testpsychologische Diagnostik und Gutachtensfragen nach traumatischen Ereignissen. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung* (S. 65-74). Wien: Springer.

- Maercker, A. (1998). Extrembelastungen ohne psychische Folgeschäden: Gesundheitspsychologische Konzepte und Befunde. In W. Schüffel, U. Brucks, R. Johnen, V. Köllner, F. Lamprecht & U. Schnyder (Hrsg.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (S. 341-350). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Maercker, A. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung und komplizierte Trauer – Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 246-282). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2003a). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (2.Auflage). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2003b). Viel zu oft übersehen oder unterschätzt. *Geriatric Praxis*, 3, 1-5.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79 (5), 577-586.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsoffer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und saltugenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12 (3), 157-167.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter*. (S. 105-125). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 345-351.
- Magruder, K. M., Frueh, B. C., Knapp, R. G., Johnson, M. R., Vaughan J. A., Coleman Carson, T., Powell, D. A., & Hebert, R. (2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 293-301.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1467-1473.
- Molnar, B. E., Buka, S. L. & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91 (5), 753-760.

- Müller, J. & Maercker, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTBS bei Kriminalitätsoptionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 49-58.
- Paulitsch, K. & Karwautz, A. (2008). *Grundlagen der Psychiatrie* (1.Auflage). Wien: Facultas.
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D., & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Morgan C. A., Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from operations enduring freedom and Iraqi freedom. *Depression and Anxiety*, 0, 1- 7.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers A. J., Morgan, C. A., Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of operations enduring freedom and Iraqi freedom: The role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders* 120, 188-192.
- Reimann, S., Pohl, J. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 13-27). Heidelberg: Springer.
- Riedel-Heller, S. G. (2004). Das Spektrum psychischer Störungen im Alter – eine Bevölkerungsperspektive. *Psychiatrische Praxis*, 31, 327-329.
- Ruggiero, K. J., Ben, K. O., Scotti, J. R. & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist – Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (5), 495-502.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaub, R. T. & Linden, M. (2000). Anxiety and anxiety disorders in the old and very old. Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 48-54.
- Schiller, B. (2011). *Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung. Die Posttraumatische Belastungsstörung und aktuelle Psychopathologie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität, Wien.
- Snowdon, D. A. (2003). Healthy aging and dementia: Findings from the nun study. *Annals of Internal Medicine*, 139, 450-454.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 693-700.

- Statistik Austria. (2010). *Statistisches Jahrbuch*. Wien: Statistik Austria.
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J. & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 121-127.
- Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz – Prävention – Behandlung*. Bern: Huber.
- Teegen, F. & Cizmic, L. D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16 (2), 77-91.
- Teegen, F. & Handwerk, U. (2006). Deutsche Frontkrankenschwestern im II. Weltkrieg. Traumatische Erfahrungen, patho- und salutogenetische Entwicklungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19 (3), 127-138.
- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13 (3/4), 112-124.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10-20.
- The European Opinion Research Group. (2003). *The mental health status of the European population* (Eurobarometer 58.2). Brussels: Directorate-General Press and Communication.
- Voges, M. A. & Romney, D. A. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2 (4), 1-9.
- Wasner, M. (2008). Resilience among patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) and their caregivers. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 159, 500–505.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D., Huska, J. A. & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Meeting of International Society for traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 111-119.
- Wintner, D. (2011). *Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung. Eine Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

- Yaffe, K., Vittinghoff, E., Lindquist, K., Barnes, D., Covinsky, K. E., Neylan, T., Kluse, M. & Marmar, C. (2010). Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Archives of General Psychiatry*, 67 (6), 608-613.
- Yehuda, R. & Flory, J. D. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 435-447.
- Zakin, G., Solomon, Z., & Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long-term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences*, 34, 819-829.
- Zöllner, T., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). In A. Margraf & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 36-42). Stuttgart: Georg Thieme.

19 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse und der Risikograde für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (aus Maercker & Michael, 2009, S. 106).....	42
Abbildung 2: Altersverteilung in der Gesamtstichprobe.....	113
Abbildung 3: Wohnsituation in der Gesamtstichprobe.....	115
Abbildung 4: Ehemalige Besatzungszone.....	116
Abbildung 5: Anzahl traumatischer Erfahrungen Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit.....	117
Abbildung 6: MMSE Gesamtscore.....	120
Abbildung 7: Anzahl traumatische Erfahrungen TLEQ.....	121
Abbildung 8: Posttraumatische Belastungsstörung in der Gesamtstichprobe.....	124
Abbildung 9: Häufigkeit kriegsbezogene traumatische Erfahrungen Männer und Frauen	131
Abbildung 10: Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen östliche/westliche Besatzungszone	135
Abbildung 11: Anzahl erlebter traumatischer Erfahrungen östliche/westliche Besatzungszone	136
Abbildung 12: Median Summenscore-PCL-C in den Kategorien Traumata Lebensspanne...	142
Abbildung 13: Median Summenscore-PCL-C in den Kategorien Traumata Kriterium A2....	144

20 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Österreichische Kriegsgefangene (aus Knoll 2005a, S.133).....	19
Tabelle 2: Aufteilung der Stichprobe nach BIK/PSY und Bundesländer	102
Tabelle 3: Traumaexposition.....	117
Tabelle 4: Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen.....	118
Tabelle 5: Traumatische Erfahrungen TLEQ.....	122
Tabelle 6: Symptomcluster der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	125
Tabelle 7: Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen bei Frauen und Männer.....	127
Tabelle 8: Zusammenhang kriegsbezogene traumatische Erfahrungen und Alter.....	128
Tabelle 9: Zusammenhang kriegsbezogene traumatische Erfahrungen und Wohnort während der Kriegs- und Besatzungszeit.....	130
Tabelle 10: Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen östliche vs. westliche Besatzungszone	134

Tabelle 11: Zusatzitems östliche und westliche Besatzungszone.....	135
Tabelle 12: Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen in den vier Besatzungszonen.....	138
Tabelle 13: Zusatzitems in den vier Besatzungszonen.....	138
Tabelle 14: Post Hoc Analyse kriegsbezogene traumatische Erfahrungen.....	141
Tabelle 15: Post Hoc Analyse traumatische Erfahrungen Lebensspanne.....	143
Tabelle 16: Post Hoc Analyse traumatische Erfahrungen Kriterium A2.....	145
Tabelle 17: Post Hoc Analyse kriegsbezogen/zivil/beide.....	146
Tabelle 18: Post Hoc Analyse akzidentell/interpersonell/beide.....	148
Tabelle 19: Subgruppenanalyse Widerstand.....	149
Tabelle 20: Subgruppenanalyse Tote bergen.....	150
Tabelle 21: Subgruppenanalyse Kriegsgefangenschaft.....	151
Tabelle 22: Subgruppenanalyse Verwundung.....	151
Tabelle 23: Subgruppenanalyse Luftangriff.....	152
Tabelle 24: Subgruppenanalyse Familienangehörige gefallen.....	153
Tabelle 25: Subgruppenanalyse Verschleppung von Familiengehörigen.....	153
Tabelle 26: Subgruppenanalyse direkte Kriegshandlungen.....	154
Tabelle 27: Subgruppenanalyse erzwungenes Verlassen der Heimat.....	155
Tabelle 28: Subgruppenanalyse psychische Gewalt Besatzungsmacht.....	155
Tabelle 29: Subgruppenanalyse physische Gewalt Besatzungsmacht.....	156
Tabelle 30: Subgruppenanalyse Raub Besatzungsmacht.....	157
Tabelle 31: Subgruppenanalyse Verlust Familienangehörige.....	159
Tabelle 32: Subgruppenanalyse sexueller Übergriff direkt und indirekt.....	160
Tabelle 33: Zusammenhang traumatische Erfahrung dokumentiert und im Interview.....	161
Tabelle 34: Subgruppenanalyse aktuelle Bedrohung.....	164

21 Anhang

21.1 Anhang A: Interviewleitfaden

INTERVIEWLEITFADEN

Datum: _____



Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft -
Kriegsbedingte Traumatisierung und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

CODE: _____

(Anmerkung: ersten zwei Buchstaben des Vor- und Nachnamens des Testleiters und fortlaufende Nummerierung der Teilnehmer; Bsp: SaSc001)

Inhalt:

MMSE- Mini Mental State Examination
Soziodemographische Daten
Historischer Background
BSI – Brief Symptom Inventory
TLEQ - Fragebogen zu traumatischen Lebensereignissen
PCL-C - Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version
CD-RISC Kurzsкала

1. MMSE- Mini Mental State Examination

1. Orientierung			Notizen
1.1. Den wievielten haben wir heute?	Tag	☐	
1.2.	Monat	☐	
1.3.	Jahr	☐	
1.4. Welcher Wochentag ist heute?		☐	
1.5. Welche Jahreszeit haben wir nun?		☐	
1.6. Können Sie mir den Namen eines Arztes nennen?/ Wie heißt ihr Hausarzt?		☐	
1.7. In welchem Stock befinden wir uns hier?		☐	
1.8. In welcher Anstalt sind Sie hier?/ Wie ist Ihre Adresse?		☐	
1.9. In welcher Stadt ist diese Anstalt?/ In welcher Stadt ist dieses Haus?		☐	
1.10. In welchem Land befinden wir uns hier?		☐	
Orientierungsscore (max. 10)			

2. Kurzzeitgedächtnis

Ich teste nun Ihr Gedächtnis. Dann sagen Sie langsam und deutlich Buch, Haus, Blume (jedes Wort in etwa einer Sekunde). Nachdem Sie alle drei Worte gesagt haben, bitten Sie den Patienten die Worte zu wiederholen. Diese erste Wiederholung bestimmt seinen Score. Fahren Sie jedoch fort (bis zu sechs Wiederholungen), die drei Worte zu sagen bis er alle drei Worte wiederholen kann. (Anzahl der Versuche...)

			Notizen
	Buch	☐	
	Haus	☐	
	Blume	☐	
Score (0-3)			

3. Aufmerksamkeit und Rechnen

Bitten Sie den Patienten, bei 100 beginnend, fortlaufend 7 abzuziehen. Hören Sie nach fünf Subtraktionen auf. Bewerten Sie die Anzahl der richtigen Subtraktionen. Oder Wenn der Patient den „Reihensubtraktionstest“ nicht ausführen will oder kann, bitten Sie ihn, das Wort „WOCHE“ rückwärts zu buchstabieren: Der Score ist die Anzahl der Buchstaben in korrekter (verkehrter) Reihenfolge.

			Notizen
	93	☐	
	86	☐	
	79	☐	
	72	☐	
	65	☐	

	E	☐	
	H	☐	
	C	☐	
	O	☐	
	W	☐	
Score (0-5)			

4. Gedächtnis Bitten Sie den Patienten, die drei Worte, die Sie ihm zuvor nannten (2.), zu nennen.

			Notizen
	Buch	☐	
	Haus	☐	
	Blume	☐	
Score (0-3)			

5. Sprache

			Notizen
Benennen: Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr bzw. einen Bleistift und fragen Sie ihn, was das sei.	Uhr	☐	
	Bleistift	☐	
Wiederholung: Lassen Sie den Patienten wiederholen: „Keine Wenns, Unds oder Abers“.	Korrekte Wiedergabe	☐	
Dreistufenbefehl: Geben Sie dem Patienten ein glattes leeres Blatt Papier und sagen Sie: „Nehmen Sie das Blatt	Nimmt es in die rechte Hand	☐	

Papier in Ihre rechte Hand, falten Sie es halb und legen Sie es auf den Boden".			
	Faltet es halb u.	☐	
	Legt es auf den Boden	☐	
Lesen: Lassen Sie den in großer Druckschrift geschriebenen Text „Schließen Sie Ihre Augen“ lesen und bitten Sie den Patienten, dem Geschriebenen Folge zu leisten. Eine Antwort ist nur richtig, wenn der Patient die Augen auch wirklich schließt. (siehe <i>Beiblatt 1 MMST</i>)	Schließt die Augen	☐	
Schreiben: Geben Sie dem Patienten ein leeres Blatt Papier und bitten Sie ihn, einen Satz zu schreiben. Dieser soll spontan geschrieben werden. Er muss ein Substantiv und ein Verb enthalten und sinnvoll sein. Grammatik und Interpunktion brauchen nicht korrekt zu sein.	Schreibt einen Satz	☐	
	Sprachscore (max. 8)		
6. Kopieren			
Zeigen Sie dem Patienten die Zeichnung mit den beiden sich überschneidenden Fünfecken und bitten Sie den Patienten, dies genau zu kopieren. Alle 10 Ecken müssen erkennbar sein und die Figuren müssen sich schneiden. Tremor und Drehungen werden ignoriert. (siehe <i>Beiblatt 1 MMST</i>)			
			Notizen
	Zeichnet richtig	☐	
CUT OFF liegt bei 22	Score (0-1)		
(bei einem Ergebnis von ≥ 22 mit dem Interview fortfahren)	Gesamtscore (max. 30)		

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 5 von 38

2. Soziodemographische Daten

CODE: _____

(Anmerk.: ersten zwei Buchstaben des Vor- und Nachnamens des Testleiters und fortlaufende Nummerierung der Teilnehmer; Bsp: SaSc001)

1. Testzeitpunkt:	(0) / / 20 (TT/MM/JJJJ) (1) / / 20 (TT/MM/JJJJ)	
2. Geschlecht	(0) männlich (1) weiblich	
3. Geburtsdaten	/ / 19 (TT/MM/JJJJ) oder _____ Jahre	
4. Höchste abgeschlossene Ausbildung	(0) Volksschule (1) Hauptschule (2) Matura (3) Hochschulabschluss (4) Lehre	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 6 von 38

5. Berufsstand	(0) Pensionist ohne freiwilliger Arbeit (1) Pensionist mit freiwilliger Arbeit	welche: _____
6. Derzeitiger Familienstand	(0) Verheiratet oder in Partnerschaft lebend (1) Ledig (2) Geschieden (3) Verwitwet	seit: _____ (in Monaten)
7. Kinder	Kontakt: (1) Ja (0) Nein (0) Nein	Anzahl _____ Kinder
8. Wohnsituation	(0) Pflegeheim (1) Kurzzeitpflege (2) Eigene Wohnung/ Haus (3) Bei Familie in Wohnung/ Haus (4) Andere: _____	seit: _____ (in Monaten)

3. Historischer Background

1. (a) In welchem Land sind Sie geboren?	(0) Österreich (1) Anderes: 1.(b) _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
2. Gehören Sie einer bestimmten Volkgruppe an?	(0) Keiner (1) Burgenlandkroatische VG (2) Slowenische VG (3) Ungarische VG (4) Tschechische VG (5) Slowakische VG (6) Roma (7) Anderes: _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:

3. (a) Welcher Religionszugehörigkeit gehören Sie an?	(0) Keiner (1) Katholisch (2) Evangelisch (3) Islamisch (4) (Griechisch-) Orthodox (5) Zeugen Jehovas (6) Buddhismus (7) Israelitisch (8) Andere: 3.b: _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
4. Nennen Sie bitte den Wohnort , an dem Sie die längste Zeit Ihres Lebens während der Kriegszeit gelebt haben.	(0) In der <i>Stadt</i> oder (4.b) wo: _____ (1) am <i>Land</i> (4.b) wo: _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

5. Haben Sie den Sirenenalarm , den so genannten „ Kuckuck “, vor den Luftangriffen im Radio miterlebt?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
6. Wenn Sie heute einen Sirenenalarm oder ein Feuerwerk hören, werden bei Ihnen dann Erinnerungen an das Kriegsgeschehen geweckt?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
7. Erinnert Sie das Lametta als Christbaumschmuck noch heute an das Stanniolpapier (Christbaum) der Fliegerangriffe ?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
8. Haben Sie Bombenluftangriffe direkt miterlebt? Wenn ja, einmal oder öfters?	(0) Nein Häufigkeit: (1) 1 (2) > 1	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

9. (a) Hatten Sie (bei Bombenanluft-angriffen) damals die Möglichkeit Zuflucht in einer Luftschutzanlage/-keller zu finden? Wenn Nein, wo fanden Sie dann Sicherheit? <i>(einmal Zuflucht gefunden, Ja ankreuzen.)</i>	(0) Nein (1) Ja 9.b.: Wo (Welche Art Zuflucht, wenn Nein): _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
10.(a) Haben Sie in einer militärischen Einheit (Frauen z.B. als Frontkrankenschwester) gedient? Wenn Ja, wo waren Sie eingesetzt?	(0) Nein (1) Ja 10.b.: Wo (Welche Art Einheit): _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
11. Wurden Sie im Krieg verwundet?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

12. Sind ein/oder mehrere Familienmitglieder von Ihnen während des Krieges gefallen, oder haben Sie diese durch andere Ursachen, wie Erkrankung/ Unfall verloren?	(0) Nein (1) im Krieg gefallen (2) andere Ursachen	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Wer: _____
13. Waren Sie an der Beseitigung von Trümmern beteiligt?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
14. Haben Sie Tote bergen oder bestatten müssen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

15. Waren Sie in Kriegsgefangenschaft? Wenn ja, wo und wie lange?	(0) Nein (1) Ja 15.b.: Ort: _____ 15.c.: Dauer: _____ (in Monaten)	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
16. War ein Mitglied Ihrer Familie in Kriegsgefangenschaft? Wenn ja, wo und wie lange?	(0) Nein (1) Ja 16.b.: Ort: _____ 16.c.: Dauer: _____ (in Monaten)	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
17. Hatten Sie oder ein Familienmitglied Kontakte zu Partisanen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

18. Waren Sie oder ein Familienmitglied bei Partisanen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
19. Haben Sie Ihren Vater unmittelbar nach der Rückkehr aus dem Krieg, wieder als Ernährer und Familienoberhaupt gesehen?	(0) Nein (1) Ja (2) Nicht zutreffend	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
20.(a) Haben Sie Ihr Wohnhaus durch das Kriegsgeschehen verloren? (b) Wenn Ja , wo konnten Sie untergebracht werden, bei ...	(0) Nein (1) Familie (2) Bekannte/Freunde (3) Fremden (4) DP- Lager (5) Lager (6) Sonstiges	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

21.(a) Sind Familienangehörige von Ihnen, aufgrund von Verschleppung verschwunden? Wenn Ja , war Ihnen der Ort bekannt und können Sie diesen nennen ?	(0) Nein (1) Ja, Ort bekannt: 21.b.: _____ (2) Ja, Ort unbekannt	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
22. Verspüren Sie heute noch Angst vor einer Verschleppung ?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
23. Empfinden Sie heute den Einmarsch der Alliierten 1945 und das Ende der NS-Herrschaft als Befreiung ?	(0) Nein (1) Ja (2) Neutral	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
24. Haben Ihre Familie/ Bekannte/ Freunde heute Verständnis für Ihre Erlebnisse aus der Kriegszeit ?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 15 von 38

25. Haben Sie eine Ansprechperson , um über Ihre Kriegserfahrungen sprechen zu können?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
26. Wo haben Sie das Kriegsende erlebt?	(0) Am Wohnort (1) Evakuiert (2) In Gefangenschaft geraten (3) Im Exil (4) Sonstiges (5) An der Front/unterwegs	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
27. Konnten Sie nach Kriegsende wieder nach Hause ?	(0) Nein (1) Ja (2) War immer zuhause	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
28. In welcher Besatzungszone haben Sie die meiste Zeit zwischen 1945-55 verbracht? (<i>Mehrfachnennung möglich</i>)	28.a.: Sowjetunion/Russland 28.b.: Frankreich 28.c.: USA 28.d.: Großbritannien	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 16 von 38

29. Haben Sie irgendeine Art von Widerstand gegen das NS-Regime geleistet?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Welche Art? _____
Die folgenden 6 Fragen beziehen sich auf die Besatzungsmacht, in der Sie die längste Zeit verbracht haben!			
30. Haben Angehörige der Besatzungsmacht bei Ihnen Angst ausgelöst?	(0) Nein (1) Ja <i>wird in SPSS doppelt codiert</i>	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
31. Wurden Sie von Angehörigen der Besatzungsmacht beraubt ?	(0) Nein (1) Ja <i>wird in SPSS doppelt codiert</i>	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

32. Üben Angehörige der Besatzungsmacht Ihnen und Ihrer Familie gegenüber Gewalt aus? Wenn ja , war diese auf physischer, psychischer oder auf beiden Ebenen?	(0) Nein (1) physisch (2) psychisch (3) beides <i>wird in SPSS doppelt codiert</i>	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
33.(a) Wurden bei Ihnen Ängste aufgrund von Horrorgerüchten über die Angehörigen der Besatzungsmacht geschürt? Wie zum Beispiel: „Sie werden eure Kinder an die Wand nageln“ „Alle Frauen werden vergewaltigt!“ „Ihr werdet alle nach Sibirien verschleppt!“ Wenn ja , können Sie auch ein Beispiel nennen?	(0) Nein (1) Ja <i>wird in SPSS doppelt codiert</i>	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>33.b.: Beispiele:</u>

34.(a) Hatten Sie das Empfinden, dass die Angehörigen der Besatzungsmacht Sie beschützen und Ihnen Sicherheit vermitteln? Wenn ja , Was hat man getan, um Sie zu beschützen?	(0) Nein (1) Ja <i>wird in SPSS doppelt codiert</i>	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	34.b.: Beispiele:
35. Verspüren Sie auch heute noch Angst , wenn Sie Menschen begegnen, die Sie an die Angehörigen der Besatzungsmacht erinnern?	(0) Nein (1) Ja <i>wird in SPSS doppelt codiert</i>	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
36. Waren Sie Opfer von sexuellen Übergriffen durch Angehörige der Besatzungsmacht? Wenn ja , haben Sie diese persönlich und/oder als Zeuge erlebt?	(0) Nein (1) Persönlich (2) Zeuge (3) beides <i>wird in SPSS doppelt codiert</i>	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:
37. Haben Sie das Empfinden, dass Ihre Erfahrungen/ Erinnerungen von Ihrer Familie/ Bekannten als „ bedeutend “ angesehen werden?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Notizen:

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 19 von 38

38. Was ist Ihnen noch wichtig zu erzählen?	
--	--

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 20 von 38

4. BSI – Brief Symptom Inventory

Instruktion:

Ich lese Ihnen nun eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat, vor. Ich gehe mit Ihnen jede Frage einzeln sorgfältig durch und Sie entscheiden, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. (siehe *Beiblatt 2 Skala BSI zur Beantwortung*).

Bitte beantworten Sie jede Frage!

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

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	Notizen
1. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4	
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4	
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4	
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft:
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 21 von 38

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

	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	Notizen
5. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4	
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4	
7. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4	
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4	
9. Gedanken sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4	
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4	
11. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4	
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4	
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	0	1	2	3	4	
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4	
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft:
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 22 von 38

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....						
	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	Notizen
16. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4	
17. Schwermut	0	1	2	3	4	
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4	
19. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4	
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4	
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4	
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4	
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4	
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4	
25. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4	
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4	
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 23 von 38

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....						
	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	Notizen
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn , Zug	0	1	2	3	4	
29. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4	
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4	
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4	
32. Leere im Kopf	0	1	2	3	4	
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4	
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4	
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4	
36. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4	
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4	
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 24 von 38

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....						
	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	<u>Notizen</u>
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4	
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4	
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4	
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4	
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4	
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4	
45. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4	
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4	
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4	
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 25 von 38

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....						
	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	<u>Notizen</u>
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4	
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4	
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4	
52. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4	
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 26 von 38

5. TLEQ - Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen

Kriegserfahrungen werden hier NICHT codiert!

Instruktion:

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, ob Sie bestimmte Lebenserfahrungen gemacht haben, die das emotionale Wohlbefinden oder die Lebensqualität einer Person langfristig beeinflussen können. Einige der aufgelisteten Erfahrungen kommen viel häufiger vor, als die meisten Menschen glauben. (siehe Beiblatt 3 Skala TLEQ & Beiblatt 4 Traumata)

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	Notizen
1. Haben Sie eine Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe oder Erdbeben) miterlebt?	0	1	2	3	4	5	6	
2. Waren Sie jemals in einen Verkehrsunfall verwickelt, woraufhin Sie medizinische Behandlung brauchten oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?	0	1	2	3	4	5	6	
3. Waren Sie in einen Unfall anderer Art verwickelt, bei dem entweder Sie selbst schwer verletzt wurden, oder fast getötet worden wären oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?	0	1	2	3	4	5	6	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft:
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 27 von 38

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	Notizen
4. Haben Sie in einem Kriegsgebiet gelebt oder gearbeitet? Ja ☐ Nein ☐ Wenn Ja , waren Sie dabei dem Kriegsgeschehen oder Kämpfen unmittelbar ausgesetzt (z.B. in der Nähe explodierender Bomben oder Schießereien), bei denen Menschen verletzt oder getötet wurden?	0	1	2	3	4	5	6	
5. Haben Sie jemals den unerwarteten, plötzlichen Tod eines engen Freundes bzw. Freundin oder einer geliebten Person miterlebt?	0	1	2	3	4	5	6	
6. Sind Sie jemals ausgeraubt worden oder haben Sie einen Raub miterlebt, bei dem der/ die Täter eine Waffe benutzten?	0	1	2	3	4	5	6	
7. Sind Sie jemals von einem Bekannten oder Fremden körperlich angegriffen worden?	0	1	2	3	4	5	6	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft:
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 28 von 38

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	Notizen
8. Haben Sie miterlebt, wie jemand von einem Fremden oder Bekannten körperlich angegriffen wurde, wobei das Opfer schwer verletzt oder getötet wurde?	0	1	2	3	4	5	6	
9. Wurde Ihnen jemals von einer Person angedroht, dass sie Sie töten oder körperlich schwer verletzen würde?	0	1	2	3	4	5	6	
10. Wurden Sie als Kind oder Jugendliche/r in einer Weise körperlich gestraft , dass Sie blaue Flecken, Verbrennungen, Schnittwunden oder Knochenbrüche davontrugen?	0	1	2	3	4	5	6	
11. Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r Gewalt in ihrer Familie miterlebt (z.B. wie Ihr Vater Ihre Mutter schlug, ein Familienmitglied ein anderes zusammenschlug oder Ihn/ Ihr blaue Flecken, Verbrennungen oder Schnittwunden beibrachte)?	0	1	2	3	4	5	6	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 29 von 38

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	Notizen
12. Sind Sie jemals von ihrem jetzigen oder einem früheren Partner/in (oder Ehemann/Frau) geschlagen , geprügelt, getreten oder in anderer Weise körperlich verletzt worden?	0	1	2	3	4	5	6	
13. Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen / ihren Körper sexuell zu berühren?	0	1	2	3	4	5	6	
14. Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der weniger als 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen / ihren Körper sexuell zu berühren ?	0	1	2	3	4	5	6	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft :
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 30 von 38

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	Notizen
15. Nach Ihrem 13. Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen / ihren Körper sexuell zu berühren?	0	1	2	3	4	5	6	
16. Wurden Sie jemals von einer Person verfolgt und/ oder in Ihren Handlungen kontrolliert , sodass Sie sich bedroht und eingeschüchtert fühlten und um Ihre Sicherheit fürchteten?	0	1	2	3	4	5	6	
17. Haben Sie jemals andere, hier noch nicht aufgeführte Ereignisse erlebt oder miterlebt, die lebensbedrohlich waren, schwere Verletzungen hervorgerufen haben oder extrem verstörend und ängstigend waren (z.B. als Geisel gefangen zu sein, in der Wildnis verloren zu sein, der gewaltsame Tod eines Haustiers, oder von einem Tier schwer verletzt worden zu sein)?	0	1	2	3	4	5	6	

	Bitte beschreiben Sie diese Erfahrung:	
		Notizen
18. Wenn Sie persönlich irgendeines der oben aufgelisteten Ereignisse miterlebt haben,		
a) haben Sie während des Ereignisses intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt?	Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer : _____	
b) sind Sie bei einem/ mehreren dieser Ereignisse schwer verletzt worden?	Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer: _____	

c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:	in den letzten 2 Monaten passiert? Ja ☐ / Nein ☐ in den letzten 12 Monaten passiert? Ja ☐ / Nein ☐	
19. Welches (nur eines) der Ereignisse (die Ihnen selbst passiert sind) war für Sie am schlimmsten/ hat Sie am stärksten belastet? Wie alt waren Sie, als dies das erste Mal passierte?	Bitte geben Sie an, auf welche Frage Sie sich beziehen. Frage Nummer: _____ Alter: _____ Keines der Ereignisse war belastend. ☐	

6. PCL-C Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version

Instruktion: Ich werde Ihnen nun eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebensereignisse aufweisen, vorlesen. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem im vergangenen Monat als störend empfunden haben. (siehe Beiblatt 5 Skala PCL-C)

	Gar nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Äußerst	Notizen
1. Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen , Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5	
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5	
3. Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie sie wiedererleben würden)?	1	2	3	4	5	
4. Sich sehr aufgebracht fühlen , wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5	

	Gar nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Äußerst	Notizen
5. Auftreten von körperlichen Reaktionen (z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5	
6. Vermeiden , über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen?	1	2	3	4	5	
7. Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?	1	2	3	4	5	
8. Mühe , sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern ?	1	2	3	4	5	
9. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben?	1	2	3	4	5	
10. Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen fühlen?	1	2	3	4	5	

	Gar nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Äußerst	Notizen
11. Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden die Ihnen nahe stehen?	1	2	3	4	5	
12. Das Gefühl haben, als ob Ihre Zukunft irgendwie vorzeitig beendet sein wird?	1	2	3	4	5	
13. Mühe, ein- oder durchzuschlafen ?	1	2	3	4	5	
14. Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben?	1	2	3	4	5	
15. Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren ?	1	2	3	4	5	
16. „ Über-aufmerksam “ oder wachsam oder auf der Hut sein?	1	2	3	4	5	
17. Sich nervös oder leicht erschreckbar fühlen?	1	2	3	4	5	

7. CD-RISC Kurzskala

Instruktion:

Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen über den **letzten Monat** hinweg mit Ihnen übereinstimmen. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie Sie gefühlt hätten, wenn die Situation aufgetreten wäre. (siehe *Beiblatt 6 Skala CD-RISC*)

	Überhaupt nicht wahr	Selten wahr	Manchmal wahr	Oft wahr	Fast immer wahr	Notizen
1.) Ich bin fähig mich anzupassen wenn sich etwas verändert	0	1	2	3	4	
2.) Ich komme mit allem klar , was sich mir in den Weg stellt.	0	1	2	3	4	
3.) Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich dies mit Humor zu sehen.	0	1	2	3	4	
4.) Der Umgang mit Stress kann mich stärken .	0	1	2	3	4	
5.) Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen .	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft:
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 37 von 38

	Überhaupt nicht wahr	Selten wahr	Manchmal wahr	Oft wahr	Fast immer wahr	Notizen
6.) Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung meine Ziele erreichen zu können.	0	1	2	3	4	
7.) Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar .	0	1	2	3	4	
8.) Wenn ich versage , lasse ich mich nicht leicht entmutigen .	0	1	2	3	4	
9.) Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.	0	1	2	3	4	
10.) Ich bin fähig mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen .	0	1	2	3	4	

Interviewleitfaden- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft:
Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Seite 38 von 38

21.2 Anhang B: Informed Consent



INFORMATION für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Um was geht es bei dieser STUDIE?

Bei dieser Studie geht es um die Erlebnisse und Erfahrungen aus dem zweiten Weltkrieg und der Zeit zwischen 1945 bis 1955, als Österreich besetzt war. Weiters interessiert uns wie es Ihnen heute geht und inwieweit die Erinnerungen von damals Sie jetzt noch beeinflussen.

Hierfür werden in ganz Österreich etwa 300 Personen von geschulten InterviewerInnen befragt.

Das Ziel dieser Befragung ist es, mehr Wissen über die Auswirkungen der traumatischen Erlebnisse im zweiten Weltkrieg zu erhalten. Dies soll dabei helfen in Zukunft traumatisierten Personen besser helfen und sie unterstützen zu können.

Was passiert beim GESPRÄCH?

Das Gespräch wird ungefähr eine Stunde dauern. Unsere Mitarbeiterin oder unser Mitarbeiter wird mit Ihnen über die Fragen, die im Fragebogen stehen sprechen und Ihre Antworten werden aufgeschrieben.

Was können Sie bei FRAGEN oder UNANNEHMLICHKEITEN während des Gesprächs tun?

Sie können während dem Gespräch jederzeit Fragen stellen. Wenn Sie etwas nicht richtig verstehen, ist es wichtig nachzufragen.

Sie können sich jederzeit während dem Gespräch eine Pause wünschen.

Sie haben die Möglichkeit jederzeit das Gespräch abubrechen, wenn Sie nicht mehr weitermachen wollen. Durch ein Zurücktreten werden Ihnen keinerlei Nachteile entstehen.

Sie haben die Möglichkeit ihre Antwort auch zu verweigern, falls Sie über etwas nicht sprechen möchten.



Möchten Sie eine VERTRAUENSPERSON dabei haben?

Wenn Sie möchten, können Sie gerne eine Person, die Sie gut kennen und der Sie vertrauen, zum Gespräch mitnehmen, zum Beispiel jemand aus Ihrer Familie, ein Betreuer oder ein Betreuerin oder eine andere Person, der Sie vertrauen.

Alles was Sie sagen ist GEHEIM!

Ihr Name wird nicht aufgeschrieben. Name und persönliche Daten werden nirgends aufscheinen. Niemand wird später wissen, wer welche Antwort gegeben hat.

Angaben, die Sie uns gegenüber mitteilen, unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Was wir noch sagen möchten!

Wir würden uns freuen, wenn Sie bei dieser Studie mitmachen möchten.

Mit Ihrem Beitrag kann unsere Studie ein Erfolg werden!

Wenn Sie teilnehmen möchten, wird eine Interviewerin mit Ihnen einen Termin für ein Gespräch vereinbaren.

Wohin wende ich mich bei FRAGEN?

Falls Sie noch Fragen haben, vielleicht noch nicht sicher sind oder Ihnen etwas unklar ist, würden wir uns freuen, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen.

KONTAKTPERSON: Mag. Elisabeth Zeilinger
MO, DI, MI von 10 bis 14 Uhr:
 Telefonnummer 01-4277 – 47896 Fax-Nummer: 01-4277 – 47899
 Sollten Sie niemanden erreichen, hinterlassen Sie eine Nachricht mit Ihrer Telefonnummer. Sie werden umgehend zurückgerufen.
 E-Mail: elisabeth.zeilinger@univie.ac.at

Projektleitung: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster
 Universität Wien, Fakultät für Psychologie
 Liebiggasse 5, 1010 Wien

*Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Zeit und Unterstützung und
 freuen uns auf ein Gespräch mit Ihnen!*

Bettina Schiller, Daniela Strasser, Daniela Wintner



Falls Sie noch Fragen haben, vielleicht noch nicht sicher sind oder Ihnen etwas unklar ist, würden wir uns freuen, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen.

KONTAKTPERSON: Mag. Elisabeth Zeilinger

MO, DI, MI von 10 bis 14 Uhr:

Telefonnummer 01-4277 – 47896

Fax-Nummer: 01-4277 – 47899

Sollten Sie niemanden erreichen, hinterlassen Sie eine Nachricht mit Ihrer Telefonnummer. Sie werden umgehend zurückgerufen.

E-Mail: elisabeth.zeilinger@univie.ac.at

CODE: _____

(Anmerkung: ersten zwei Buchstaben des Vor- und Nachnamens des Testleiters und fortlaufende Nummerierung der Teilnehmer; Bsp: SaSc001)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Studienteilnahme

Ich _____

Name des/r Teilnehmer/in

erkläre mich hiermit einverstanden an der Studie *„Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in einer alternden Gesellschaft – Kriegsbedingte Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die aktuelle psychische Gesundheit“* teilzunehmen.

Ein Verantwortlicher des Projektteams hat mich über die Ziele und Inhalte des Interviews aufgeklärt.

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

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

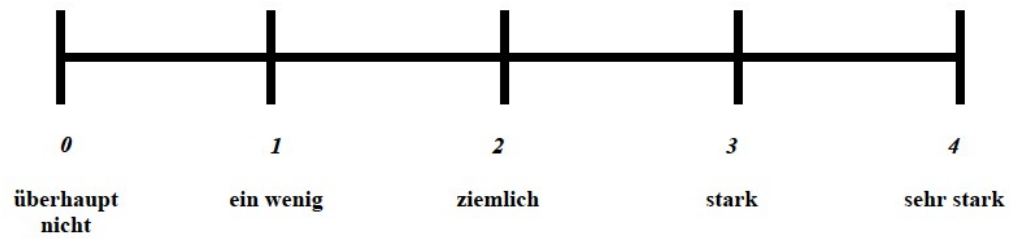
Meine Unterschrift:

Datum:

21.3 Anhang C: Beiblätter – graphische Skalendarstellung



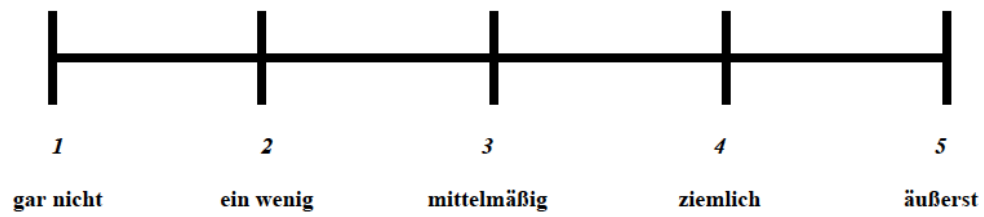
Beiblatt 2: SKALA „BSI – Brief Symptom Inventory“



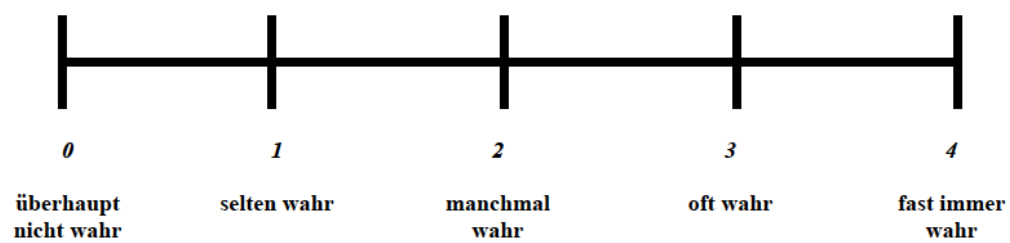
Beiblatt 4: TRAUMATA „TLEQ-Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen“
(Anmerkung: Betreffendes bitte einkreisen, und damit die Fragen 18 und 19 bearbeiten)

Naturkatastrophe (1)	Todesdrohung, schwere körperliche Verletzung (9)
Verkehrsunfall (2)	Körperliche Bestrafung als Kind/ Jugendlicher (10)
Unfall anderer Art (3)	Gewalt in Familie während Kindheit/ Jugend (11)
Krieg (4)	Von Partner geschlagen (12)
Unerwarteter, plötzlicher Tod (5)	Sexuelle Berührung gegen den Willen (13, 14, 15)
Raub (6)	Verfolgung (16)
Körperlicher Angriff (7, 8)	Nicht angeführte lebensbedrohliche Ereignisse (17)

Beiblatt 5: SKALA „PCL-C – Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version“



Beiblatt 6: SKALA „CD-RISC Kurzska“



21.4 Anhang D: Abstract Deutsch

Ziel: Vor rund 65 Jahren hat eine ganze Generation in Österreich den Zweiten Weltkrieg und die Besatzungszeit miterlebt und verstärkt Traumatisierungen in dieser Zeit erfahren. Trotzdem existieren keine Studien, welche die psychologischen Effekte auf Überlebende des Zweiten Weltkrieges in Österreich untersuchen. Das Ziel dieser Studie ist die Analyse von Kriegstraumata, differenziert nach den vier ehemaligen Besatzungszonen und deren Einfluss auf psychische Gesundheit und Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) darzustellen. **Methode:** 316 Personen, geboren vor 1945, wurden im Rahmen des „Kriegskinder-Projektes“ in allen Bundesländern Österreichs befragt. Im Rahmen eines teilstandardisierten Interviews wurde neben einem detaillierten, in Zusammenarbeit mit Spezialisten für zeitgenössische Geschichte und Zweiter Weltkrieg (BIK) erarbeiteten, historischen Fragebogen, eine Symptomliste (BSI), ein PTSD-Screening (PCL-C), eine Erfassung der Traumata in der weiteren Lebensspanne (TLEQ) und Resilienz (CD-RISC) vorgegeben. **Ergebnisse:** Eine große Anzahl verschiedener Kriegstraumatisierungen, wie Luftangriffe, Kampf, Familienangehörige gefallen und Kriegsgefangenschaft wurden erhoben. Signifikante Effekte von Alter, Geschlecht und Wohnort während der Kriegszeit auf die Traumaexposition werden sichtbar. Wie historische Quellen bestätigen, erlebten Personen aus der ehemaligen östlichen Besatzungszone eine signifikant höhere Anzahl von Traumata durch die Besatzungsmacht, wie Raub, sexuelle, psychische und physische Gewalt. Die Anzahl der traumatischen Erfahrungen in der gesamten Lebensspanne, erhöht durch die Vielzahl von Traumata aus dem Zweiten Weltkrieg, weist einen signifikanten Effekt mit der posttraumatischen Symptomatik im Alter auf. **Diskussion:** Die multidisziplinäre Studie erlaubt das Thema Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit in Österreich von psychologischer und historischer Perspektive zu beleuchten und schafft somit eine weitere Aufarbeitung dieses komplexen Forschungsfeldes. Mit den Ergebnissen soll das Verstehen von psychopathologischen Symptomen und Problemen der Kriegsgeneration in Österreich, vor allem im Hinblick auf Pflege und psychologische Intervention, verbessert werden. **Schlüsselwörter:** Österreich, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Zweiter Weltkrieg, Kriegstrauma

21.5 Anhang E: Curriculum Vitae

DANIELA STRASSER

Geboren	12.09.1983 in Rohrbach, Oberösterreich
Staatsbürgerschaft	Österreich
Wohnsitz	Radetzkystraße 24/5, 1030 Wien

AUSBILDUNG

2003–2011	Diplomstudium Psychologie, Universität Wien Klinische- und Gesundheitspsychologie, Angewandte Sozialpsychologie
2008-2009	Erasmusaufenthalt, Universidad de La Laguna, Teneriffa, Spanien, Schwerpunkt: Sozialpsychologie
1999-2003	Handelsakademie, Schwerpunkt Marketing, Rohrbach, OÖ
1994-1998	Hauptschule, St. Peter am Wimberg, OÖ
1990-1994	Volksschule, St. Peter am Wimberg, OÖ

FACHBEZOGENE BERUFSTÄTIGKEIT

Seit 2011	Betreuerin für Menschen mit Behinderung, Auftakt GmbH,
2008-2009	Ehrenamtliche Tätigkeit Verein Psychopannenhilfe (WUK)
2009	Fahrtbegleitung für Menschen mit Behinderung, Assist GmbH
2008	Interviewerin, Bundesanstalt Statistik Österreich
2008	Betreuung und Besuchsdienst von Privatpersonen
2007	Praktikum, Gerontopsychiatrische Abteilung, Tagesklinik, SMZ Baumgartner Höhe
2005	Praktikum, GIN Gemeinwesen Integration & Normalisierung
2003	Auslandspraktikum, Barcelona, Spanien, Firma Linde

FÄHIGKEITEN

	Ausbildung zur Mentorin, CBM Universität Wien Deutsch (Muttersprache) Englisch C1 Spanisch B2
--	--