



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und
der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische
Gesundheit der älteren Bevölkerung.
Die Posttraumatische Belastungsstörung und aktuelle
Psychopathologie.

Verfasserin:

Bettina Schiller

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.^a phil.)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

DANKSAGUNG

Viele Jahre haben mich Menschen auf meinem Weg durch die Studienzeit begleitet, bei denen ich mich für ihre Geduld, geistige Unterstützung, schöne wie auch lustige Momente, Freundschaft und Liebe bedanken möchte.

Das ich meinen Weg, auch wenn er noch so steinig war, verfolgen konnte habe ich besonders meinen Eltern Brigitte und Anton Schiller zu verdanken. Ohne sie wäre ich nicht soweit gekommen.

Neben dem Wissen und Kenntnissen die ich durch das Studium erfahren konnte, durfte ich auch Menschen kennen lernen die ich als Freunde gewonnen habe. Auch bei ihnen möchte ich mich dafür bedanken, dass sie immer hinter mir standen.

Vielen lieben Dank auch an Frau Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster für ihre fachkundige Unterstützung und Betreuung meiner Diplomarbeit, und das sie mir ermöglicht hat über ein so bedeutsames Thema schreiben zu dürfen.

Auch möchte ich mich für die harmonische und konstruktive Zusammenarbeit mit meinen beiden Kolleginnen Daniela Strasser und Daniela Wintner bedanken. Durch sie war es möglich ein sehr komplexes Thema, im Rahmen dreier Diplomarbeiten behandeln zu können.

Natürlich gebührt auch ein Dank dem gesamten Team, das an der Projektumsetzung beteiligt war. Ihr Engagement und ihre Kompetenz hat es erst möglich gemacht Menschen zu erreichen, die uns an ihrem Erfahrungsschatz teilhaben ließen.

Und so möchte ich die letzten Zeilen meiner Danksagung all jenen widmen, die dazu bereit waren an den Interviews teilzunehmen. Ohne ihr Mitwirken wäre die Durchführung des Projektes und meine Diplomarbeit nicht möglich gewesen.

Es gibt ein Alter, in dem man Erfahrungen sammelt, ein anderes für die Erinnerung. Die Empfindung vergeht am Ende, die empfindsame Seele aber bleibt bestehen.

(Jean-Jacques Rousseau)

Anmerkung:

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein österreichweites universitäres Projekt namens „Kriegskinder“, welches in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung entstanden ist. Aufgrund der Komplexität, wurde die Thematik im Rahmen dreier Diplomarbeiten (von meinen Kolleginnen Strasser, Wintner und mir) bearbeitet. Zur Beantwortung der jeweiligen Fragestellungen wurde auf denselben Datenpool zurückgegriffen. Verfasser der jeweiligen Kapitel sind zu Beginn mit einem Vermerk gekennzeichnet.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	13
2	Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit in Österreich (verfasst von Strasser)	14
2.1	Einleitung	14
2.2	Der „Anschluss“ Österreichs an NS-Deutschland.....	14
2.3	Der Zweite Weltkrieg.....	16
2.4	Bombenalarm und Luftangriffe	16
2.5	Kämpfe am Ende des Zweiten Weltkrieges.....	18
2.6	Widerstand und Opposition in Österreich.....	19
2.7	Das Kriegsende	20
2.8	Allgemeine Lebensumstände	21
2.8.1	Kriegsschäden und Wiederaufbau	21
2.8.2	Lebensmittelknappheit.....	22
2.8.3	Schulbildung.....	22
2.9	Besatzungszeit	23
2.9.1	Amerikanische Besatzungsmacht	24
2.9.2	Britische Besatzungsmacht.....	26
2.9.3	Französische Besatzungsmacht	27
2.9.4	Sowjetische Besatzungsmacht	28
2.10	Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe.....	30
2.11	Verhaftete und verurteilte ÖsterreicherInnen	32
2.12	Kriegsgefangenschaft.....	33
2.12.1	Amerikanische Kriegsgefangenschaft.....	34
2.12.2	Britische Kriegsgefangenschaft	34
2.12.3	Französische Kriegsgefangenschaft.....	34
2.12.4	Sowjetische Kriegsgefangenschaft	35
2.12.5	Kriegsgefangene in Belgien und Jugoslawien	35
2.13	Vertriebene, Heimatlose und Verschleppte (Displaced Persons).....	36
2.14	Der Staatsvertrag und das Ende der Besatzung in Österreich.....	37
3	Psychotraumatologie (verfasst von Schiller)	38
3.1	Das Trauma.....	38

3.1.1	Traumatypisierung – „man-made disaster“ und „nature-made disaster“	40
3.1.2	Differenzierung der Traumaopfer	41
3.2	<i>Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder) ...</i>	41
3.2.1	Vollbild und partielle PTSD	43
3.2.2	Das kognitive Modell der PTSD	43
3.2.3	Komorbide Störungen	44
3.2.4	Prävalenz der PTSD	45
4	Menschen höheren Lebensalters – Psychische Gesundheit und Traumatisierungen (verfasst von Schiller)	46
4.1	Traumareaktivierung – Entwicklung der PTSD im Alter	46
4.2	Altersspezifische Besonderheiten des Psychotraumas	47
4.3	Epidemiologie von Traumata im höheren Lebensalter	48
4.4	Psychische Gesundheit – Aktueller Forschungsstand	50
4.5	PTSD-Komorbiditäten im Speziellen bezogen auf kriegsbedingte Traumatisierungen	52
4.6	Zusammenfassung	55
5	Trauma und Krieg (verfasst von Strasser)	56
5.1	Einleitung	56
5.2	Kriegsbezogene und zivile Traumata	57
5.3	Akzidentelle und interpersonelle Traumata	57
5.4	Exposition durch kriegsbezogene traumatische Erfahrungen	58
5.4.1	Quantität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen	58
5.4.2	Qualität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen	59
5.4.3	Einfluss demographische Variablen	60
5.4.3.1	Geschlecht	60
5.4.3.2	Alter	61
5.4.4	Direkte und indirekte Traumatisierung	62
5.4.5	Kriegsbezogene Traumata als schlimmste traumatische Erfahrung	62
5.5	Prävalenzen der Posttraumatischen Belastungsstörung	63
5.5.1	Das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung	63
5.5.2	Die partielle Posttraumatische Belastungsstörung	63
5.5.3	PTSD-Symptomatik	64
5.5.4	Häufigkeit erlebter Traumatisierungen und PTSD	65
5.5.5	Gewalt vs. andere Kriegstraumata und PTSD	66

5.6	<i>Kriterium A - in unterschiedlicher Qualität</i>	67
5.6.1	Sexualisierte Kriegsgewalt	67
5.6.2	Schwere Luftangriffe	68
5.6.3	Vertreibung/Flucht/Umsiedelung	69
5.6.4	Direkte Kriegshandlungen und Kampf	70
5.6.5	Kriegsgefangenschaft	71
5.6.6	Widerstand	72
6	Kinder im Krieg (verfasst von Strasser)	73
6.1	Einleitung	73
6.2	Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung	73
6.3	Auswirkungen für betroffene Kinder	74
6.4	Aktuelle Situation	76
7	Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren bei PTSD (verfasst von Wintner)	77
7.1	Einführung	77
7.2	Resilienz	77
7.2.1	Resilienz in Bezug zu Trauma und PTSD	79
7.3	Psychologische Modelle	81
7.3.1	Soziales Fazilitationsmodell	81
7.3.2	Multifaktorielles Rahmenmodell	82
7.4	Beeinflussende Faktoren von Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTSD	85
8	Protektive Faktoren bei PTSD (verfasst von Wintner)	87
8.1	Allgemeine Definition	87
8.2	Kohärenzsinn	87
8.3	Soziale Anerkennung	89
8.4	Disclosure	90
8.5	Hardiness (Widerstandsfähigkeit)	92
8.6	Soziale Unterstützung	93
9	Risikofaktoren bei PTSD (verfasst von Wintner)	96
9.1	Allgemeine Definition	96
9.2	Mögliche Risikofaktoren	96

9.3	<i>Zusammenfassung der Studienergebnisse</i>	99
10	Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren im Alter	
	(verfasst von Wintner)	102
10.1	<i>Belastende Lebensereignisse im Alter</i>	103
10.2	<i>Autobiografisches Gedächtnis bei PTSD</i>	104
10.3	<i>Traumareaktivierung im Alter</i>	105
10.4	<i>Exkurs: PTSD und Demenz</i>	106
11	Untersuchungsziel (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner)	110
11.1	<i>Hypothesengenerierung</i>	111
11.2	<i>Fragestellungen</i>	111
11.3	<i>Forschungshypothesen</i>	113
12	Beschreibung der Stichprobe (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner)	117
12.1	<i>Stichprobenumfang</i>	117
12.1.1	<i>Stichprobenaufteilung</i>	117
12.1.1.1	<i>Die Stichprobe der HistorikerInnen</i>	118
12.1.1.2	<i>Die Stichprobe der PsychologInnen</i>	119
12.2	<i>Ausschlusskriterien</i>	120
13	Methode (verfasst von Schiller, Strasser & Wintner)	121
13.1	<i>Untersuchungsdesign</i>	121
13.2	<i>Untersuchungsinstrumente</i>	122
13.2.1	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	122
13.2.2	<i>Soziodemographische Daten</i>	122
13.2.3	<i>Historischer Background</i>	123
13.2.4	<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	123
13.2.5	<i>Fragebogen zu traumatischen Lebensereignissen (TLEQ)</i>	124
13.2.6	<i>PTSD - Checklist civilian version (PCL-C)</i>	124
13.2.7	<i>Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)</i>	125
13.3	<i>Untersuchungsdurchführung</i>	125
13.4	<i>Statistische Verfahren</i>	127
13.4.1	<i>Untersuchung von Zusammenhängen</i>	128
13.4.2	<i>Untersuchung von Gruppenunterschieden</i>	128

13.4.3	Statistische Bedeutsamkeit (Effektstärke).....	129
14	Ergebnisse (verfasst von Schiller).....	131
14.1	Stichprobenbeschreibung.....	131
14.2	Ergebnisdarstellung der Untersuchungsinstrumente.....	134
14.2.1	MMSE - Mini Mental State Examination.....	134
14.2.2	Historischer Background.....	135
14.2.3	BSI-Brief Symptom Inventory.....	138
14.2.4	TLEQ-Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen.....	141
14.2.5	PCL-C – Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version.....	142
14.2.6	CD-RISC Kurzsкала.....	143
14.3	Hypothesenprüfung.....	144
14.3.1	Hypothese 1.....	144
14.3.2	Hypothese 2.....	144
14.3.3	Hypothese 3.....	147
14.3.4	Hypothese 4.....	147
14.3.5	Hypothese 5.....	147
14.3.6	Hypothese 6.....	149
14.3.7	Hypothese 7.....	150
14.3.8	Hypothese 8.....	151
14.3.9	Hypothese 9.....	153
15	Diskussion (verfasst von Schiller).....	158
15.1	Soziodemographische Daten.....	158
15.2	Symptomatische Belastungen.....	158
15.3	PTSD und komorbide Beschwerden.....	159
15.4	Psychische Konstitution – Reaktionen auf Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs.....	161
15.5	Erhebungsinstrumente.....	165
15.6	Ausblick.....	166
	LITERATURVERZEICHNIS.....	168
	ANHANG A Abbildungsverzeichnis.....	187
	ANHANG B Tabellenverzeichnis.....	188
	ANHANG C Teststatistik der Hypothese 9.....	189
	ANHANG D Interviewleitfaden.....	191

ANHANG E Abstract (deutsch)	213
ANHANG F Abstract (englisch)	214
ANHANG G Lebenslauf	215

1 Einleitung

Die heutige ältere Generation kann auf einen großen Erfahrungsschatz zurückblicken. Neben zahlreichen positiven Ereignissen, die ihr Leben bereicherten mussten sie jedoch auch Erfahrungen machen die zutiefst erschütternd waren. Schon als Kinder oder junge Erwachsene mussten sie die Gräueltaten des Zweiten Weltkrieges und der Nachkriegszeit mit ansehen und Situationen bewältigen die mit extremen Ängsten einhergingen. Aber wie ergeht es dieser Generation heute? Wie konnten sie diese Ereignisse verarbeiten um ein erfülltes Leben führen zu können? Obwohl der Zweite Weltkrieg bereits mehr als 60 Jahre zurückliegt, hat dieser Spuren hinterlassen die manche Betroffene noch heute darunter leiden lassen. Studien die sich der psychischen Konstitution älterer Menschen widmen, lassen sich kaum finden. Und auch jene, die sich speziell mit der Posttraumatischen Belastungsstörung im Alter befassen, nehmen ein überschaubares Maß an. Im Rahmen dreier Diplomarbeiten wird diese komplexe Thematik aufgegriffen, wobei neben der Posttraumatischen Belastungsstörung und möglicher Risiko- und Schutzfaktoren auch der historische Kontext Berücksichtigung findet. Das zentrale Interesse der vorliegenden Arbeit besteht darin, die symptomatischen Beschwerden der älteren Menschen abzubilden, wobei im Speziellen auch jene von Interesse sind die neben einer PTSD, als komorbide Beschwerden bestehen.

2 Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit in Österreich

(Der Folgende Abschnitt wurde von Daniela Strasser verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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 Wahlgeheimnisses 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 panikartig 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 Schikane 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, durch -repressalien, 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), in Südösterreich Graz, Klagenfurt, Villach, Mur-Mürzfurche 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, wovon bei sechs Angriffen Bomben gefallen waren oder mit Bordwaffen geschossen wurde. 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 Seite 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, um 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 *Heimtückegesetz*, 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). Alliierte Soldaten halfen nicht nur bei der Schuttbeseitigung, sondern auch beim Wiederaufbau (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. Jedoch reichte die nationalsozialistische Erziehung der heranwachsenden Jugend über die Schul- und Bildungsinstitutionen hinaus. Die

außerschulische Erziehung zwischen dem 10. und 18. Lebensjahr war den Machthabern ein wichtiges Anliegen. Die damalige Jugend durchlief von 10 bis 14 Jahren, getrennt für Mädchen und Jungen, das Deutsche Jungvolk (DJ) und Jungmädel (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 Patrouillieren von je einem Soldaten der Alliierten 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 eher 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 Glaserbach 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 spätere 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 großteils 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 britischer Besatzungsmacht verhaftet. Das zentrale Internierungslager der Briten lag in Wolfsberg in Kärnten (Beer, 2005).

Die Grundhaltung der Briten 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, 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, 2009b) 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 Soldaten.

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 Nötigstem 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 Kindern, 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 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“	332 474
Sowjetunion	142 815
Jugoslawien	15 856
Gesamt „Osten“	159 58

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 repatriert 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 stand 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 Massensmorden 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

(Der Folgende Abschnitt wurde von Bettina Schiller verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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 Adaptionsfähigkeiten (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 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).

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

(Der Folgende Abschnitt wurde von Bettina Schiller verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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 dessen 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 alterspezifische 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 geächtet, 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).

Vermeehrt 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 Vorpommern 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 Genderaspektes 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).

Angeichts 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; Teegen & 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 dass die PTSD häufig eine Ursache für die Ausbildung weiterer psychischer Symptomatik 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 Kriegsereignisse, die sich häufig in psychotischen Phasen widerspiegeln, 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

(Der Folgende Abschnitt wurde von Daniela Strasser verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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.

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, Ausbombung, 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 Geiselhaft 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 zu zählen sind, 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 und 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 von Extremlastungen (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 Extremlastungen 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 Kriegsfront war, gaben mehrheitlich traumatische Extremlastungen 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.

Gläsmer 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 verstümmelter 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 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 oder 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), mit ansehen müssen von Vergewaltigung, Mord, Verwundung (Allwood et al., 2002) und das Bezeugen von Gewalt, Folter und Tod (Ai, Peterson & Ubelhor, 2002) in verschiedensten Studien zu den häufigsten Extremlastungen, 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

Extremlastungen, 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 Traumen häufiger als zivile als schlimmste traumatische Erfahrung in der Lebensspanne eingeordnet (Gläser 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 Prävalenzen der Posttraumatischen Belastungsstörung

5.5.1 Das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Prävalenzen 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 Bombennachtsopfern 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 vier Prozent der befragten Zivilisten eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt wurde (Bramsen & Ploeg, 1999). Gläsmers et al. (2010) stellten bei 3.4% eine PTSD fest. 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 Cizmici (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 Cizmici (2003) ergibt, dass unter Einbeziehung der subsyndromalen PTSD, ganze 43% der Befragten durch traumabezogene Symptome deutlich belastet waren.

Im Vergleich dazu soll hier eine Studie aus der Schweiz von Maercker und Pielmaier (2010) angeführt werden. 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 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 der posttraumatischen Belastungsstörung 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) zeigen, 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 Traumaexposition 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 vs. 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, 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 (Glaesmer, et al., 2010; Kuwert et al., 2007; Kuwert und Feyberger, 2007; Maercker et al., 2008) werden im Abschnitt 5.6.3 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 Militärveteranen 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 Extrembelastungen 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 wurde 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, zählt Ausgebombtsein und Bombenangriffe zu den häufigst genannten Traumatisierungen durch Krieg (vgl. Glaesmer et al., 2010; Maercker et al, 2008; Teegen und 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/Umsiedelung

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 fünf Prozent 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 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 den traumatischen Erlebnissen 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 mehr 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

Erlebnisse, 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 & 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 Kampfserlebnisse, 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, 1999).

Solomon und Dekel (2007) kommen zu ähnlichen Ergebnissen. 23% der befragten israelischen Kriegsgefangenen im Yom Kippur Krieg im Jahr 1973 und vergleichsweise dazu nur vier Prozent 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.

6 Kinder im Krieg

(Der Folgende Abschnitt wurde von Daniela Strasser verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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 gesondertes 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 überlebenden Opfern des Holocaust stützt. Obwohl das unvorstellbar erfahrene Leid der jüdischen Bevölkerung durch die NS-Verfolgung im Zweiten Weltkrieg keineswegs angezweifelt 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 Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter. Im Zuge seiner Untersuchungen teilte Keilson die Nazi-Verfolgung in drei Phasen ein:

- Die *erste traumatische Sequenz* (Vorkriegsperiode) beinhaltet die feindliche Besetzung 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, leidet 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, Luszczynska 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 Extrembelastungen 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 Familien.... 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. (Unicef, 2000, 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).

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 gerade im Krieg der Schutz der Kinder und Jugendlichen ein wichtiges Anliegen.

7 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren bei PTSD

(Der Folgende Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

7.1 Einführung

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-Sympomatik 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 2. 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 Traumaewirkung 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 bei PTSD

(Der Folgende Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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 2. 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 zwei -ständigen 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).

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 bei PTSD

(Der Folgende Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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 2 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 Kapitel 3.1.1 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, Schweregrad 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; Maercker et al., 1999; King 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 (Teegen & Handwerk, 2006; Kuwert et al., 2008).

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 (Brewin et al., 2000; Bonanno, 2004; 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

(Der Folgende Abschnitt wurde von Daniela Wintner verfasst und liegt auch in der Diplomarbeit von Strasser (2011) und Wintner (2011) vor)

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 4.1 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 2. 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 2. 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 hirnnorganischen 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 hirnnorganische 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 2 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 181093 anfänglich kognitiv unbeeinträchtigte Vietnam-Kriegsveteranen teil, bei ca. 50000 wurde eine PTSD diagnostiziert. Während des Zeitraumes 2001-2007 wurden bei 31107 (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 wiedererwecken 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

(Dieses Kapitel ist in Zusammenarbeit mit Frau Strasser (2011) und Frau Wintner (2011) entstanden, und liegt auch in beider Diplomarbeiten vor. Angeführte Forschungsfragen und –hypothesen betreffen ausschließlich die vorliegende Arbeit.)

Die vorliegende Studie beschäftigt sich vordergründig mit der Abbildung des momentanen psychischen Gesundheitszustandes von älteren Menschen in Österreich. Im Speziellen wird auf erlebte Kriegstraumata 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 wie bekannt ist, verstärkt Traumatisierungen in dieser Zeit erfahren. Diese Studie versucht einerseits die Art und Häufigkeit der erlebten Traumata im Krieg und allgemeine Lebensumstände dieser Zeit zu verdeutlichen, Schutz- und Risikofaktoren festzumachen, andererseits im weiteren Lebenslauf erfahrene Traumatisierungen zu erfragen und die jeweiligen Zusammenhänge mit der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbider Beschwerden darzustellen.

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 in die Untersuchung, vor allem bei der Erstellung des Interviewleitfadens, der Stichprobenrekrutierung und der Beschreibung der historischen Gegebenheiten in der theoretischen Auseinandersetzung, 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 spezifische Fragestellungen bearbeitet. Die vorliegende Arbeit befasst sich vorrangig mit der aktuellen Psychopathologie der älteren österreichischen Bevölkerung, wobei insbesondere die symptomatischen Belastungen bei vorliegender PTSD von besonderem Interesse sind. Meine Kollegin Frau Daniela Strasser richtet den Fokus auf die Art und Häufigkeit von erlebten Kriegstraumatisierungen und setzt sich mit der Frage auseinander, inwieweit diese Zusammenhänge mit einer Posttraumatischen Symptomatik im Alter aufweisen. Die Arbeit von Frau Daniela Wintner setzt ihren Schwerpunkt auf Risiko- und Schutzfaktoren.

11.1 Hypothesengenerierung

In der vorliegenden Arbeit liegt das Interesse vor allem darin, die aktuelle Psychopathologie der älteren Bevölkerung abzubilden. Erstmalig wird dem psychischen Befinden der österreichischen Bevölkerung Beachtung geschenkt, wobei auch die biographisch bedingten Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs Berücksichtigung finden. Dabei gilt es insbesondere zu untersuchen, welche symptomatischen Belastungen mit einer PTSD in Verbindung stehen (vgl. Ermann, 2007; Friedmann, 2004; Kessler et al., 1995; Spitzer et al., 2008).

11.2 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen haben sich, aufgrund der zu dieser Thematik vorliegenden Literatur, ergeben:

1. Welche symptomatischen Belastungen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) sind in der

österreichischen älteren Bevölkerung vorherrschend? Und welche Belastungstendenzen zeigen sich Angesichts dieser Symptomatiken?

2. Besteht ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der psychischen Gesamtbelastung, und innerhalb der einzelnen symptomatischen Belastungen? Beziehungsweise kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere Frauen vergleichsweise höher belastet sind?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der PTSD-Symptomatik und der psychischen Gesamtbelastung? Zeigen die beiden Gruppen (mit/ ohne PTSD) Unterschiede hinsichtlich klinisch relevanter Symptomatiken?
4. Zeigen sich in Abhängigkeit der Häufigkeiten der jemals erlebten Traumata Unterschiede in der psychischen Gesamtbelastung? Und wie wirkt sich die Häufigkeit der Traumata auf die psychische Gesamtbelastung der Personen mit PTSD aus?
5. Zeigen Personen die sich aktuell durch damals erlebte Kriegereignisse bedroht fühlen und jene, bei denen dies nicht zutrifft einen Unterschied in der psychischen Gesamtbelastung?
6. Geht das Erleben der einzelnen Kriegstraumata (Luftangriff, direkte Kriegshandlungen, Verwundung, Familienangehörige gefallen, Tote bergen, Kriegsgefangenschaft, Verlassen der Heimat, Familie verschleppt, Widerstand, Raub durch BM, Psychische und physische Gewalt durch BM, Sexuelle Übergriffe durch BM) mit einer höheren psychischen Gesamtbelastung, beziehungsweise mit einer höheren symptomatischen Belastung einher?

11.3 Forschungshypothesen

Im Anschluss folgen die Nullhypothesen (H0) und Alternativhypothesen (H1) der vorliegenden empirischen Untersuchung. Weiters werden die Definitionen der unabhängigen Variablen (UV), der abhängigen Variablen (AV) und der zur Analyse herangezogenen Gruppen (N) vorgenommen. Bei Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung werden sowohl partielle, als auch volle Ausprägungen berücksichtigt.

1. H0: Frauen weisen vergleichsweise keine höhere psychische Gesamtbelastung auf.

H1: Frauen weisen vergleichsweise eine höhere psychische Gesamtbelastung auf.

UV: Geschlecht

AV: psychische Gesamtbelastung (GSI)

N: Gesamte Stichprobe

2. H0: Frauen weisen vergleichsweise keine höhere symptomatische Belastung, bezogen auf die jeweiligen BSI-Subskalen, auf.

H1: Frauen weisen vergleichsweise eine höhere symptomatische Belastung, bezogen auf die jeweiligen BSI-Subskalen, auf.

UV: Geschlecht

AV: Symptomatische Belastung (neun Subskalen des BSI)

N: Gesamte Stichprobe

3. H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der PTSD-Symptomatik und der psychischen Gesamtbelastung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der PTSD-Symptomatik und der psychischen Gesamtbelastung.

UV: PTSD-Symptomatik (PCL-C Summenscore)

AV: Psychische Gesamtbelastung (GSI-Normwerte)

N: Gesamte Stichprobe

4. H0: Personen mit PTSD weisen vergleichsweise eine geringere klinisch relevante psychische Gesamtbelastung auf, als jene ohne PTSD.

H1: Personen mit PTSD weisen vergleichsweise häufiger eine klinisch relevante psychische Gesamtbelastung auf, als jene ohne PTSD.

UV: Vorliegen einer PTSD (PTSD vs. keine PTSD)

AV: Klinisch relevante psychische Gesamtbelastung (GSI klinisch relevant vs. nicht relevant)

N: Gesamte Stichprobe

5. H0: Personen mit PTSD weisen vergleichsweise eine geringere klinisch relevante symptomatische Belastung, bezogen auf die jeweiligen BSI-Subskalen, auf als jene ohne PTSD.

H1: Personen mit PTSD weisen vergleichsweise häufiger eine klinisch relevante symptomatische Belastung, bezogen auf die jeweiligen BSI-Subskalen, auf als jene ohne PTSD.

UV: Vorliegen einer PTSD (PTSD vs. keine PTSD)

AV: Klinisch relevante symptomatische Belastung (neun Skalen des BSI)

N: Gesamte Stichprobe

6. H0: In Abhängigkeit der Häufigkeiten der jemals erlebten Traumata zeigen sich keine Unterschiede in der psychischen Gesamtbelastung.

H1: In Abhängigkeit der Häufigkeiten der jemals erlebten Traumata zeigen sich Unterschiede in der psychischen Gesamtbelastung.

UV: Häufigkeiten erlebter Traumata (gruppierte Häufigkeiten)

AV: Psychische Gesamtbelastung (GSI-Normwerte)

N: Gesamte Stichprobe

7. H0: Die beiden Gruppen (Bedrohung vs. keine Bedrohung) unterscheiden sich nicht in der psychischen Gesamtbelastung.

H1: Die beiden Gruppen (Bedrohung vs. keine Bedrohung) unterscheiden sich in der psychischen Gesamtbelastung.

UV: Aktuell wahrgenommene Bedrohung

AV: Psychische Gesamtbelastung (GSI-Normwerte)

N: Gesamte Stichprobe

8. H0: Das Erleben eines Kriegstraumas führt zu keiner höheren psychischen Gesamtbelastung.

H1: Das Erleben eines Kriegstraumas führt zu einer höheren psychischen Gesamtbelastung.

UV: 13 Kriegstraumata (einzeln)

AV: Psychische Gesamtbelastung (GSI-Normwerte)

N: Gesamte Stichprobe

9. H0: Das Erleben eines Kriegstraumas führt zu keiner höheren symptomatischen Belastung.

H1: Das Erleben eines Kriegstraumas führt zu einer höheren symptomatischen Belastung.

UV: 13 Kriegstraumata (einzeln)

AV: Symptomatische Belastung (einzelne Subskalen des BSI, Normwerte)

N: Gesamte Stichprobe

12 Beschreibung der Stichprobe

(Dieses Kapitel ist in Zusammenarbeit mit Frau Strasser (2011) und Frau Wintner (2011) entstanden, und liegt auch in beider Diplomarbeiten vor)

Bei der Zielgruppe handelt es sich um Personen, welche vor 1945 geboren sind 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 der Alliierten definiert ist.

Es handelt sich bei der Stichprobe um eine natürlich gewachsene Stichprobe. Aus diesem Grund, wurden mehr Frauen als Männer interviewt, was sich durch natürliche Gegebenheiten des Alters erklären könnte.

12.1.1 Stichprobenaufteilung

Die Stichprobe teilt sich in folgende zwei Gruppen auf:

- PSY-Kontakte
- BIK-Kontakte

Die erste Gruppe setzt sich aus 215 Personen zusammen, welche von den PsychologInnen an der Universität Wien rekrutiert wurden. Die zweite Gruppe

umfasst 101 Personen, die von den HistorikerInnen des Ludwig Boltzmann Institutes für Kriegsfolgenforschung (BIK) in Graz rekrutiert wurden.

12.1.1.1 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 fünf Gruppen eingeteilt. Die Aufteilung erfolgte nach Art der traumatischen Erfahrungen, die in der Kriegs- und Nachkriegszeit vermehrt erlebt wurden.

- Traumata durch Kriegsgefangenschaft
- Traumata durch Luftangriffe
- Traumata durch Kämpfe am Ende des Krieges
- Traumata durch Besatzungstruppen
- Traumata durch Vergewaltigung und sexuelle Belästigung
- Traumata durch Vertreibung

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 als schwierig gestaltete und die angestrebte Anzahl von 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 hatten, in die Stichprobe mit eingeschlossen.

12.1.1.2 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 Unterteilung der Stichprobe erfolgte zum einen nach der ehemaligen Besatzungszone, wobei 113 aus den ehemaligen westlich besetzten Zonen und 192 aus den ehemaligen sowjetisch besetzten Zonen befragt wurden. Ziel war annähernd ein 1:2 Verhältnis von östlich und westlich besetzten Gebieten zu erreichen, da in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone eine größere Anzahl an spezifischen traumatischen Erfahrungen (z.B. Vergewaltigungen) erwartet wird.

Weiters erfolgte eine Aufteilung nach Bundesländern. Zur repräsentativen Aufteilung wurden die jeweiligen Einwohnerzahlen der Bundesländer herangezogen.

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

In der folgenden Tabelle wird die Aufteilung auf die zwei Teilstichproben (PSY-Kontakte und BIK-Kontakte), auf die neun Bundesländer veranschaulicht.

Tabelle 2: Aufteilung der Stichprobe nach BIK/PSY, 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

12.2 Ausschlusskriterien

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

13 Methode

(Dieses Kapitel ist in Zusammenarbeit mit Frau Strasser (2011) und Frau Wintner (2011) entstanden, und liegt auch in beider Diplomarbeiten vor. Zum Teil wurden individuelle Anpassungen an die vorliegende Arbeit vorgenommen.)

Im Anschluss wird das Untersuchungsdesign und die zur Anwendung gekommenen Verfahren vorgestellt.

13.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung 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 ca. fünf bis zehn Minuten in Anspruch. Die Sensitivität beträgt 87% und die Spezifität 82% (Kessler, Markowitsch & Denzler, 1990). Die Interrater-Reliabilität mit $\kappa=.83$ und die Retest-Reliabilität mit $rtt=.89$ 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 Experten 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 Österreichs erfassen. Im Speziellen geben sie Auskunft über 13 definierte Kriegstraumatisierungen. Weiters geben sie Aufschluss über die aktuell vorherrschende Belastung durch die vergangenen Ereignisse aus der Zeit zwischen 1939 und 1945. Die Dauer des Interviews nimmt ungefähr 15 bis 20 Minuten in Anspruch.

13.2.4 Brief Symptom Inventory (BSI)

Bei dem Brief Symptom Inventory handelt es sich um ein 53 Items langes 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 fünf-stufige 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 Normierung erfolgte in dieser Arbeit getrennt nach dem Geschlecht. Die Durchführungsdauer beträgt 15 Minuten. Die Retest-Reliabilität ist $r_{tt}=.73 - .92$ und die interne Konsistenz $\alpha=.63 - 0.85$ (Franke

& Derogatis, 2000). Im Rahmen der vorliegenden Studie weist der GSI eine interne Konsistenz von $\alpha=0.85$ auf, und die Subskalen $\alpha=0.31 - 0.79$.

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, körperliche Angriffe, Gewalt in der Kindheit/Familie, sexuelle Missbrauchserfahrungen und Bedrohung) über die Lebensspanne hinweg erfassen zu können, welche auch grob in man-made und nature-made disaster unterteilt werden können. Weiters erhebt er das Alter in dem ein traumatisches Erlebnis auftrat, die Häufigkeit und welches der erlebten traumatischen Erlebnisse das am stärksten belastende war. Für die Beantwortung steht eine sieben-stufige Likert-Skala zur Verfügung („Nie“ bis „mehr als fünf mal“). Die Durchführungsdauer beträgt 10 bis 15 Minuten. 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 fünf-stufiger Likertskala („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 $rtt=.68$ (Ruggiero, Ben, Scotti & Rabalais, 2003) und die interne Konsistenz $\alpha=0.94$ (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996). Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde eine interne Konsistenz von $\alpha=0.73$ berechnet.

Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an Blanchard et al. (1996), wobei Belastungen ab Ausprägungen von drei als symptomatisch gelten.

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 fünf-stufige Likert-Skala („Überhaupt nicht wahr“ bis „Fast immer wahr“).

Die 10 Items lange Resilienzskala weist eine interne Konsistenz von $\alpha=0.85$ auf (Campbell-Sills & Stein, 2007). Die interne Konsistenz der vorliegenden Studie beträgt $\alpha=0.80$.

13.3 Untersuchungsdurchführung

Für die vorliegende Studie wurden 316 Personen in ganz Österreich interviewt. Die Interviews wurden von März 2010 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. Brigitte Lueger-Schuster standen, durchgeführt. Der Großteil der Interviews wurde von den Diplomandinnen, der Autorin der vorliegenden Arbeit, Daniela Strasser und Daniela Wintner durchgeführt. Insgesamt wurden von mir 65 Personen, von Daniela Strasser 66 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. Elisabeth Zeilinger durchgeführt.

Die Interviews fanden bis auf wenige Ausnahmen am Wohnsitz des Befragten oder der Befragten statt und somit wurden die Befragungen 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 auf diese Punkte noch mal näher eingegangen. Insbesondere wurde auf die Anonymität und Schweigepflicht hingewiesen. Die Teilnehmerinformation inklusive Kontaktdaten möglicher Ansprechpersonen bei Unklarheiten wurde den befragten Personen ausgehändigt.

Weiters wurde von den Befragten eine Einverständniserklärung zur Studienteilnahme 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 Teilnehmer mussten diese vor Beginn des Interviews mit Name, Datum und Unterschrift

bestätigen. Bei Besachaltung der/s Befragten musste die Einverständniserklärung vom Sachwalter eingeholt werden.

Nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung wurde den Befragten, zur Prüfung des Ausschlusskriteriums, 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 wurde die 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. Die Voraussetzungen gelten jeweils als erfüllt, wenn die Tests nicht signifikant sind ($p \geq .05$). Bei bestehender Signifikanz ($p < .05$) wurden parameterfreie Verfahren angewendet.

Im Anschluss werden die zur Anwendung gekommenen statistischen Verfahren, in Anlehnung an Field (2006), beschrieben.

13.4.1 Untersuchung von Zusammenhängen

Spearman Korrelation (Spearman-Rho)

(parameterfreies Verfahren)

Dieses Verfahren dient zur Überprüfung von Zusammenhängen zweier Variablen. Eine Korrelation kann einen Wert von -1 bis +1 annehmen. Eine negative Korrelation, ist dahingehend zu interpretieren, dass bei Anstieg des einen Wertes der andere sinkt. Bei einer positiven Korrelation steigt sowohl der eine, als auch der andere Wert. Anders als bei der Pearson Korrelation, erfolgt die Berechnung des Zusammenhanges auf Basis rangskalierter Daten. Aussagen über Kausalitäten können mittels Korrelationen keine getroffen werden.

13.4.2 Untersuchung von Gruppenunterschieden

Varianzanalyse (ANOVA)

(parametrisches Verfahren)

Die Varianzanalyse kommt zum Einsatz, wenn der Einfluss einer oder mehrerer UVs (nominal) auf eine (univariat) oder mehrere metrische AVs (multivariat) zu analysieren ist. Vorteil der ANOVA ist, dass die Wahrscheinlichkeit eines Typ-I Fehlers, der durch das Heranziehen einzelner t-Tests (ab drei Gruppen) zustande kommen würde, reduziert wird.

Unabhängiger t-Test

(parametrisches Verfahren)

Der unabhängige t-Test dient zur Überprüfung von Unterschieden zwischen zwei Gruppen.

Mann-Whitney U-Test

(parameterfreies Verfahren)

Um Unterschiede zwischen zweier Gruppen aufzeigen zu können, unternimmt der U-Test zuvor eine Rangskalierung der Daten.

Chi²-Test nach Pearson

(parameterfreies Verfahren)

Mittels Chi²-Test kann der Zusammenhang zwischen zwei kategorialen Variablen, basierend auf Häufigkeiten, ermittelt werden.

Kruskal-Wallis Test

(parameterfreies Verfahren)

Der K-W Test wird angewendet, um einen Unterschied zwischen unabhängigen ordinalskalierten Variablen berechnet zu können. Er ähnelt der Varianzanalyse basiert jedoch, wie der U-Test, auf Rangskalierung.

13.4.3 Statistische Bedeutsamkeit (Effektstärke)

Um Aussagen über die Bedeutsamkeit signifikanter Ergebnisse treffen zu können, werden Effektgrößen berechnet. Nach Cohen (1988, 1992) lässt sich anhand der Pearson Korrelation, dem Cohen's d und dem Eta Quadrat ein kleiner, mittlerer und großer Effekt ermitteln.

Tabelle 3: Effektgrößen nach Cohen (1988, 1992).

	klein	mittel	groß
Pearson Korrelation (r)	0.10	0.30	0.50
Cohen`s d	0.20	0.50	0.80
Eta Quadrat (η^2)	0.01	0.06	0.14

Im Rahmen des χ^2 -Tests nach Pearson, werden OR (Odds ratio) berechnet um Aussagen über die Stärke eines Zusammenhangs treffen zu können.

14 Ergebnisse

(Die Auswertung basiert auf dem Datensatz, den auch Frau Strasser (2011) und Frau Wintner (2011) in ihren Arbeiten herangezogen haben. Die Kodierung der Variablen wurde gemeinsam vorgenommen und ist daher in allen drei Arbeiten gleich. Die Analysen der drei Diplomarbeiten wurden unabhängig voneinander durchgeführt.)

14.1 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der Studie erklärten sich 316 Personen dazu bereit an der Befragung teilzunehmen. Der Frauenanteil ($n=197$, 62%) innerhalb der Stichprobe ist deutlich höher als jener der Männer ($n=119$, 38%). Das Durchschnittsalter liegt insgesamt bei 81.9 Jahren ($SD=6.84$), wobei die Altersspanne von 64 bis 99 Jahren reicht. Frauen sind mit einem durchschnittlichem Alter von 82.2 Jahren ($SD=7.02$) nicht signifikant älter ($T [314]=-1.14$, $p=.26$) als die Männer ($M=81.3$, $SD=6.52$).

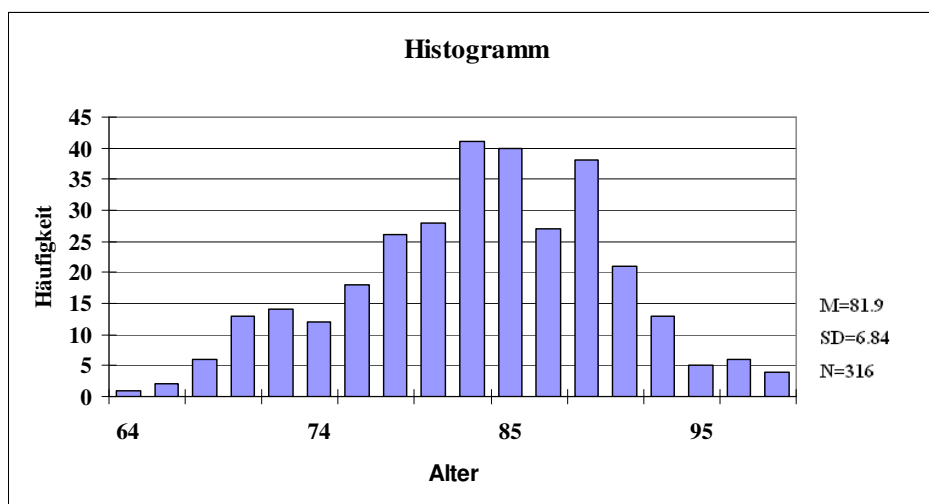


Abbildung 2: Altersverteilung der Gesamtstichprobe (N=316), Histogramm.

Der Großteil der Befragten weist einen Hauptschulabschluss ($n=84$, 27%) auf, oder hat die Volksschule ($n=77$, 24%) besucht. Zwischen dem Geschlecht und dem Bildungsgrad kann ein Zusammenhang ($\chi^2[4] = 37.9$, $p<.001$) aufgezeigt werden,

wobei insbesondere mehr Männer ($n=28$, 24%) als Frauen ($n=11$, 6%) einen Hochschulabschluss haben.

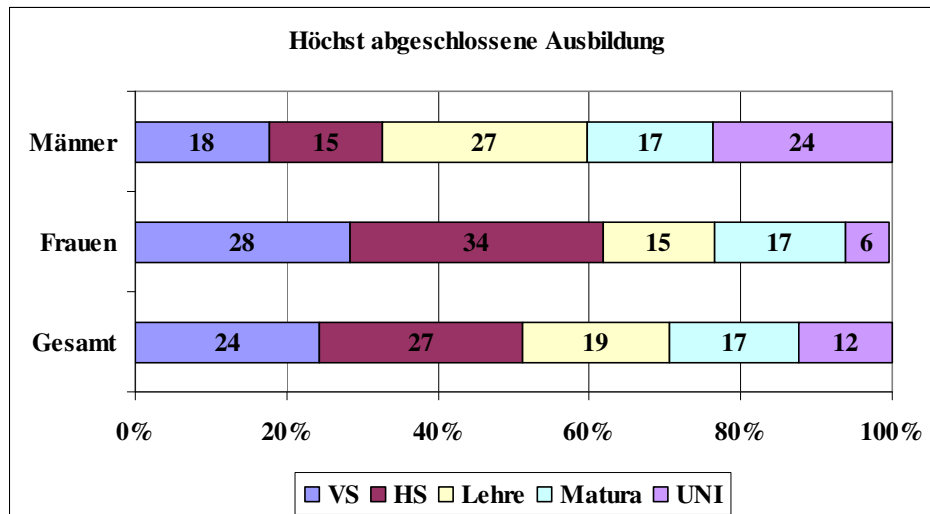


Abbildung 3: Höchst abgeschlossene Ausbildung der Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht ($n=315$), Angaben in Prozent.

Einem freiwilligen Beruf gehen 23% ($n=74$) der Befragten in ihrer Pension nach. Dabei werden neben sozialem Engagement (Caritas, Hospitzbegleitung, Besuchsdienste, Blindenverein) auch Tätigkeiten im Bereich Dolmetsch und Journalismus ausgeübt. Aber auch Aushilfstätigkeiten als Kassier im Automobil- und Seniorenclub, oder als Unterstützung in einer Apotheke wurden im Rahmen des Interviews genannt. Männer ($n=38$) üben häufiger einen freiwilligen Beruf aus ($\chi^2 [1]=7.72$, $p<.01$), als die Frauen ($n=36$). Weiters zeigt sich auch ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 [3]=33.04$, $p<.001$) zwischen dem Alter (Altersgruppen: „64-77“, „78-82“, „83-87“ und „88-99 Jahre“) und dem Nachgehen einer freiwilligen Tätigkeit. Vor allem trifft dies für jene Personen im Alter von 64 bis 77 Jahren ($n=35$) zu. Mit zunehmendem Lebensjahr nehmen die beruflichen Tätigkeiten ab. Unter Berücksichtigung des Familienstandes zeigt sich außerdem, dass jene Personen die in Partnerschaft oder Ehe leben ($n=51$) häufiger beruflich tätig sind ($\chi^2 [1]=34.84$, $p<.001$), als jene die alleine sind ($n=23$).

Größtenteils sind die Befragten verwitwet (46%). Die wenigsten von ihnen (5%) sind geschieden. 252 Personen haben im Durchschnitt zwei ($SD=1.36$) Kinder, mit denen sie vorwiegend im Kontakt stehen (97%).

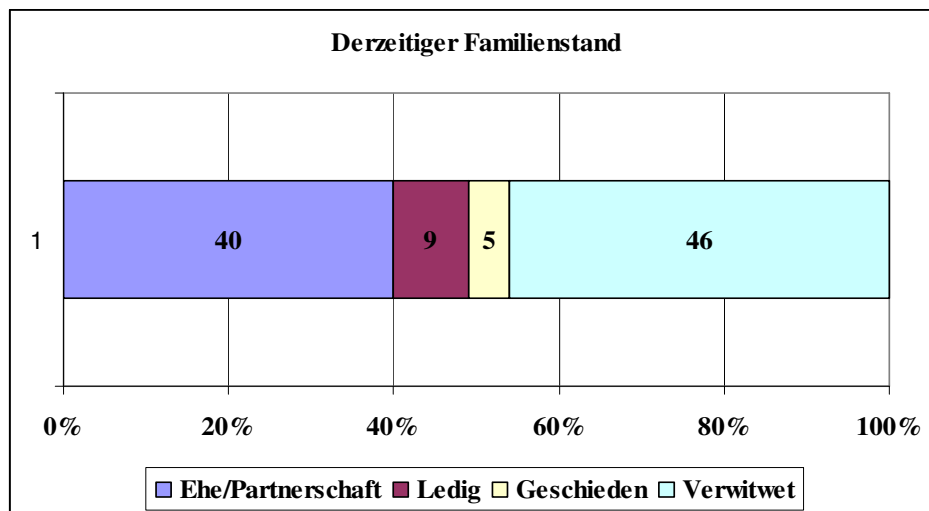


Abbildung 4: Derzeitiger Familienstand (N=316), Angaben in Prozent.

In Anbetracht der aktuellen Wohnsituation ist ersichtlich, dass die meisten der Befragten (51%) in ihrer eigenen Wohnung/ Haus und im Pflegeheim (39%) leben.

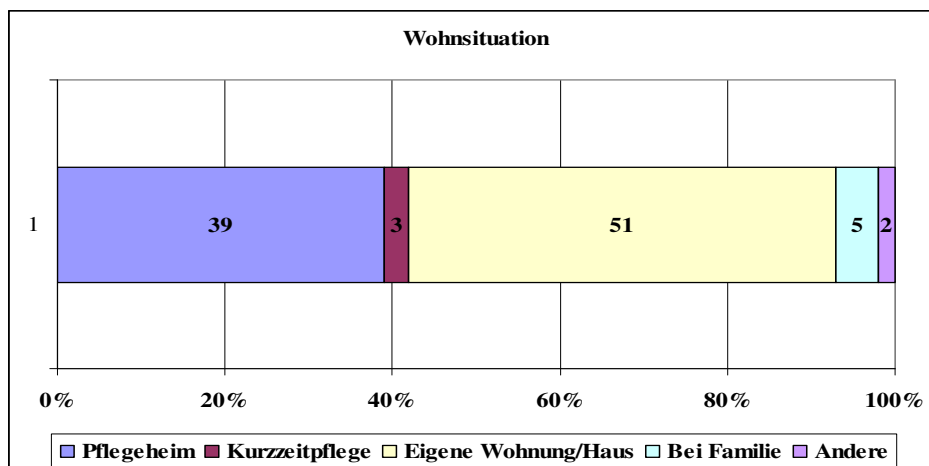


Abbildung 5: Wohnsituation (N=316), Angaben in Prozent.

Weiters besteht ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2[12]=42.7, p<.001$) zwischen dem Alter und der Wohnsituation. Jüngere Personen, im Alter von 64 bis 77 Jahren leben vorwiegend in ihrer eigenen Wohnung (67%). Im Alter von 88 bis 99 Jahren

sind die meisten in Pflegeheimen (67%) häuslich untergebracht. Bei der eigenen Familie leben vorwiegend jene (10%) im Alter von 78 bis 82 Jahren.

14.2 Ergebnisdarstellung der Untersuchungsinstrumente

Im Anschluss werden die Ergebnisse, der zur Anwendung gekommenen Erhebungsinstrumente, dargestellt.

14.2.1 MMSE - Mini Mental State Examination

Aus allen TeilnehmerInnen die sich für das Interview bereit erklärten, erreichten insgesamt 316 Personen, die für die Studie festgesetzten Kriterien und wurden in Folge für die weiteren Analysen herangezogen. Der MMSE-Wert liegt von 315 Personen vor (Anmerkung: Der MMSE-Wert einer Person fehlt, die Ergebnisse der anderen Verfahren sind jedoch vollständig vorhanden). Der Mittelwert beträgt 27.1 ($SD=2.22$), wobei der niedrigste Wert bei 19 und der höchste bei 30 liegt. Die Person mit einem MMSE-Wert von 19 wurde in der Untersuchung berücksichtigt, da dieser nicht ausschließlich die kognitive Leistung widerspiegelt, sondern aufgrund einer bestehenden Sehbehinderung niedriger ausgefallen ist.

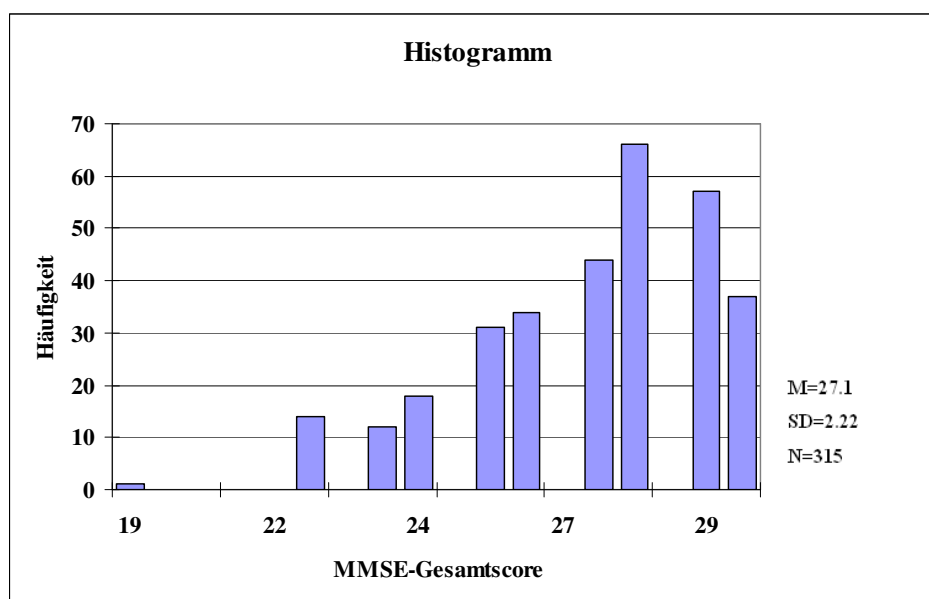


Abbildung 6: MMSE Gesamtscore von $n=315$ (Rohwerte), Histogramm.

Hinsichtlich des Alters zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter geringere MMSE-Werte einhergehen (Spearman-Rho $-.334$, $p < .001$). Weiters zeigen sich signifikante Unterschiede bezogen auf den Bildungsgrad ($H[4]=35.7$, $p < .001$). Personen mit Volksschulabschluss erreichten vergleichsweise einen niedrigeren Mittleren Rang von 120, als jene mit Matura ($MR=201$) oder Hochschulabschluss ($MR=187$). Betrachtet man den Familienstand, weisen vor allem allein lebende Personen geringere Mittlere Ränge auf ($H[3]=23.5$, $p < .001$). So erreichten Verwitwete ($MR=136$), Ledige ($MR=141$) und Geschiedene ($MR=166$) im Durchschnitt einen niedrigeren MMSE-Score, als verheiratete oder in Partnerschaft lebende Personen ($MR=187$). In Bezug auf die Wohnsituation ($H[4]=57.9$, $p < .001$), liegt ein geringer Mittlerer Rang vor allem bei Personen aus Pflegeheimen ($MR=110$) vor. Personen in Kurzzeitpflege erzielten einen Mittleren Rang von 199, jene die in ihrer eigenen Wohnung/ Haus leben einen Mittleren Rang von 190 und Personen die bei ihrer Familie wohnen einen Mittleren Rang von 180. Geschlechtsunterschiede lassen sich bezüglich des MMSE-Gesamtscores keine finden ($U=11174$, $p = .561$).

14.2.2 Historischer Background

93 % der Gesamtstichprobe ($n=294$) sind in Österreich, 7% ($n=22$) in anderen Ländern (Deutschland, Ungarn, Ukraine, Serbien, Jugoslawien, Tschechien, Italien, Rumänien) geboren.

Bezüglich der Volksgruppen gaben 96% ($n=303$) der Personen an, keiner bestimmten Gruppe anzugehören. Eine der Befragten gehört der Burgenlandkroatischen und eine der Slowenischen Volksgruppe an. 3% ($n=11$) nannten andere Volksgruppen.

42 Personen (13%) sind ohne Religionsbekenntnis. 257 Personen (81%) sind katholisch, eine ist alt-katholisch und 16 Personen (5%) gehören dem evangelischen Glauben an.

Der Wohnort an dem sie die längste Zeit während der Kriegszeit gelebt haben war vorwiegend am Land (51%, $n=162$).

Kriegstraumata

Mittels des Fragebogens wurden 13 Kriegstraumata erfasst die im Folgenden, mit Angaben der Häufigkeiten, aufgelistet werden.

- Luftangriff (79%, $n=250$)
- Familienangehörige gefallen (47%, $n=149$) oder verschleppt (5%, $n=16$)
- Direkte Kriegshandlungen (55%, $n=174$)
- Kriegsgefangenschaft (16%, $n=51$)
- Verwundung (9%, $n=28$)
- Tote bergen (13%, $n=42$)
- Verlassen der Heimat (24%, $n=76$)
- Psychische (18%, $n=56$) und physische (15%, $n=48$) Gewalt durch Besatzungstruppen
- Raub durch Besatzungsmacht (36%, $n=113$)
- Sexuelle Übergriffe (4%, $n=12$)
- Widerstand gegen NS-Regime geleistet (8%, $n=25$)

60% der Gesamtstichprobe ($n=188$) haben das Empfinden einer aktuellen Bedrohung durch damals erlebte Kriegseignisse. Diese wurde erfasst, indem gefragt wurde ob Ängste bestehen wenn sie,

- einen Sirenenalarm/ Feuerwerk hören,
- Lametta sehen und sie dieses an die Fliegerangriffe erinnern lässt,
- Menschen begegnen, die sie an die Angehörigen der Besatzungsmacht erinnern,
- und ob sie Angst vor einer Verschleppung haben.

Besatzungszone

Die Mehrheit gab an (58%, $n=184$) die längste Zeit zwischen 1945 bis 1955 in der sowjetischen Besatzungszone verbracht zu haben. 9% ($n=27$) lebten in der französischen, 12% ($n=39$) in der amerikanischen und 17% ($n=54$) in der britischen Zone. Im Ost/West Vergleich zeigt sich, dass 58% ($n=184$) aus der ehemaligen östlich besetzten und 38% ($n=120$) aus der ehemaligen westlich besetzten Zone stammen. 4% ($n=11$) gaben beide Zonen an.

Erfahrungen die speziell durch Angehörige der Besatzungstruppen gemacht wurden werden im Folgenden, mit Angaben der Häufigkeiten, aufgelistet.

- Angst vor Angehörigen der Besatzungsmacht (51%, $n=160$)
- Wurden beraubt (36%, $n=113$)
- Physische (4%, $n=12$), psychische Gewalt (6%, $n=20$) oder beides (11%, $n=36$)
- Ängste aufgrund von Horrorgerechten (49%, $n=154$)
- Angehörige der Besatzungsmacht vermitteln Sicherheit (33%, $n=103$)
- Gegenwärtige Angst vor Menschen die an Angehörige der Besatzungsmacht erinnern (8%, $n=26$)
- Sexuelle Übergriffe: Persönlich (3%, $n=10$), Zeuge (10%, $n=33$), beides (1%, $n=2$).

Soziales Verständnis

Der Großteil (69%, $n=218$) der Befragten hat eine Ansprechperson um über ihre Erfahrungen aus der Kriegszeit sprechen zu können. Bei 60% ($n=191$) der TeilnehmerInnen, zeigen die Familie und Freunde Verständnis für das Erlebte. Im Besonderen werden bei 49% ($n=154$) diese Erfahrungen als bedeutsam angesehen.

14.2.3 BSI-Brief Symptom Inventory

Hinsichtlich der psychischen Gesamtbelastung (GSI) weist die Gesamtstichprobe ($N=316$) einen Mittelwert, basierend auf Rohwerte, von 0.273 ($SD=0.230$) auf.

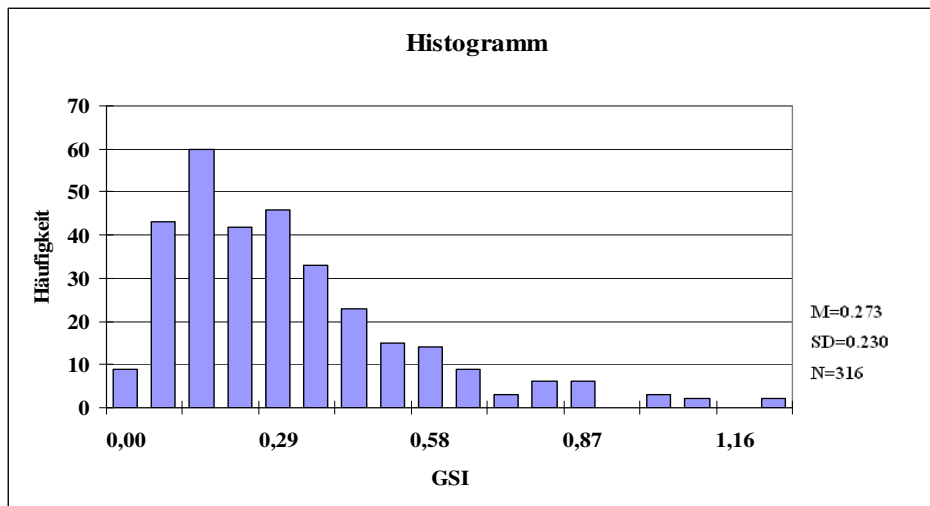


Abbildung 7: Psychische Gesamtbelastung (GSI) der Gesamtstichprobe ($N=316$), Histogramm.

Die Mittelwerte der neun Subskalen des BSI werden zur besseren Übersicht in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichung der BSI-Subskalen (basierend auf Rohwerte).

Skala ^{a)}	<i>M</i>	<i>SD</i>
SOMA	0.458	0.458
ZWAN	0.319	0.365
UNSI	0.255	0.374
DEPR	0.241	0.446
ANGS	0.261	0.399
AGGR	0.204	0.295
PHOB	0.152	0.301
PARA	0.282	0.382
PSYC	0.125	0.225

a) Skala: SOMA: *Somatisierung*, ZWAN: *Zwanghaftigkeit*, UNSI: *Unsicherheit im Sozialkontakt*, DEPR: *Depressivität*, ANGS: *Ängstlichkeit*, AGGR: *Aggressivität/Feindseligkeit*, PHOB: *Phobische Angst*, PARA: *Paranoides Denken*, PSYC: *Psychotizismus*.

Zwischen den Altersgruppen ($H[3]=2.25$, $p=.522$) und dem Bildungsgrad ($H[4]=6.26$, $p=.180$) lassen sich in der GSI keine signifikanten Unterschiede finden. Dies trifft auch auf den Familienstand zu ($H[3]=7.26$, $p=.064$) wobei ersichtlich ist, dass geschiedene ($MR=193$) oder verwitwete Personen ($MR=168$) eine tendenziell höhere psychische Gesamtbelastung aufweisen.

Außerdem zeigt sich ($U=6937$, $p<.01$), dass Personen die keiner Beschäftigung nachgehen höher belastet sind ($MR=167$), als jene die in ihrer Pension beruflich tätig sind ($MR=131$).

Lenkt man den Fokus auf die Wohnsituation so ist ersichtlich ($H[4]=9.83, p<.05$), dass insbesondere Personen die bei ihrer Familie leben ($MR=185$), in Kurzzeitpflege sind ($MR=184$) oder im Pflegeheim ($MR=174$) untergebracht sind eine höhere psychische Gesamtbelastung aufweisen, als jene die in ihrer eigenen Wohnung/Haus leben ($MR=144$) oder der Kategorie „andere Wohnsituation“ zugeordnet werden können ($MR=141$).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychischen Gesamtbelastung (GSI) sowie zwischen den einzelnen Subskalen des BSI werden hier nicht extra angeführt, da diese im Rahmen der Hypothesen eins und zwei geprüft werden. Da es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, werden im Rahmen der Überprüfung der weiteren Hypothesen die Normwerte (T-Werte) herangezogen, um den Geschlechtseffekt kontrollieren zu können.

Betrachtet man jene psychische Gesamtbelastung (GSI), die als klinisch relevant zu erachten ist (T-Werte ≥ 63) und die Bandbreite der neun Subskalen widerspiegelt, so zeigt sich, dass 9% der Gesamtstichprobe ($n=27$) ein klinisch auffälliges Symptombild aufweisen. In Hinblick auf die einzelnen Subskalen des BSI liegen vor allem klinisch relevante Somatisierungen (27%, $n=85$), Ängstlichkeit (9%, $n=29$) und phobische Ängste (9%, $n=28$) vor (siehe Abbildung 8).

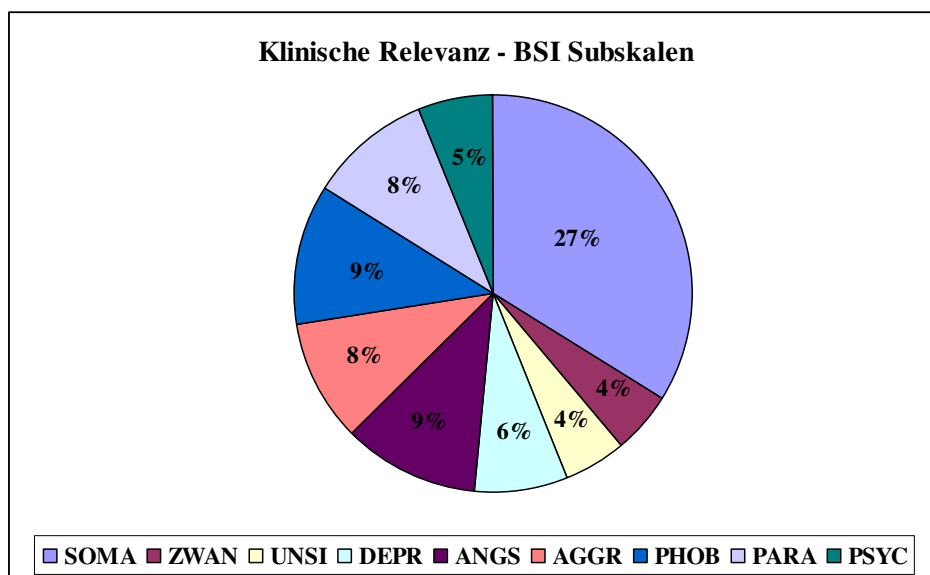


Abbildung 8: Klinische Relevanz der BSI Subskalen (N=316), Angaben in Prozent.

14.2.4 TLEQ-Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen

Im Durchschnitt wurden neun ($M=9.33$, $SD=6.66$) Traumata über die Lebensspanne hinweg berichtet, wobei die maximal erlebte Anzahl bei 57 traumatischen Erfahrungen liegt. Neben den definierten Traumata des TLEQ, wurden hierbei auch im Speziellen die 13 Kriegstraumata berücksichtigt, die mittels des Fragebogens zum Historischen Background erfasst wurden (siehe Abbildung 9).

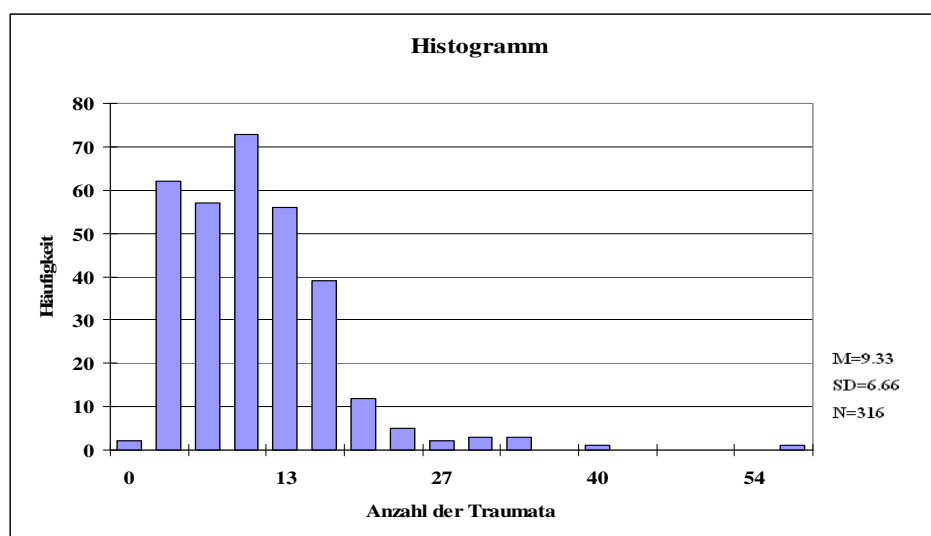


Abbildung 9: Anzahl der Traumata über die Lebensspanne (N=316), Histogramm.

Der Krieg (40%, $n=125$) und der plötzliche und unerwartete Tod einer nahe stehenden Person (25%, $n=78$) wurden am häufigsten als schlimmste traumatische Erfahrung berichtet. Zu dem Zeitpunkt, an dem das für sie am schlimmsten definierte Ereignis stattfand, waren die Befragten ($n=285$) im Durchschnitt 32 Jahre alt ($SD=23.8$).

Nur zwei Personen (1%) gaben an, kein traumatisches Ereignis erfahren zu haben. 2% ($n=5$) waren ausschließlich akzidentellen und 24% ($n=77$) interpersonellen Traumata ausgesetzt. Zum Großteil (73%, $n=232$) waren die Befragten jedoch mit beiden Traumatisentypen konfrontiert.

Hinsichtlich der Differenzierung zwischen kriegsbedingten vs. zivilen Traumata, gaben zwei Personen (1%) an kein traumatisches Ereignis erfahren zu haben. 17% ($n=53$) waren kriegsbedingten Traumata ausgesetzt und 2% ($n=6$) zivilen. 80% ($n=255$) gaben beide Traumtypen an.

Männer (37%, $n=44$) weisen insgesamt eine höhere Traumaexposition ($\chi^2[4]=24.5$, $p<.001$) auf, als Frauen (18%, $n=35$). Zusammenhänge zwischen den Altersgruppen und der Traumahäufigkeit, konnten keine gefunden werden ($\chi^2[12]=19.4$, $p=.080$).

14.2.5 PCL-C – Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version

Der Mittelwert des PCL-C Summenscores (Gesamtsumme der Belastungsgrade) beträgt 23.7 ($SD=6.13$).

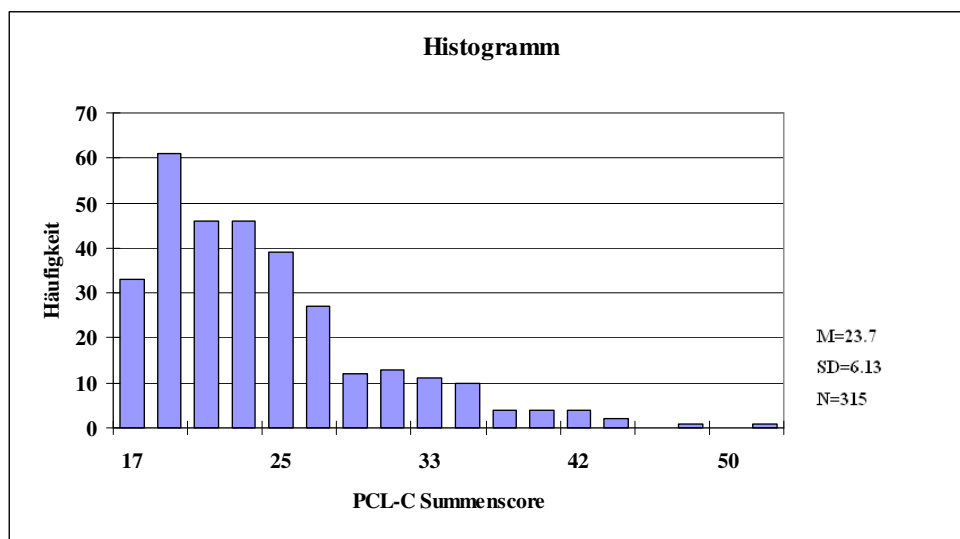


Abbildung 10: PCL-C Summenscore ($n=315$), Histogramm.

Unterschiede im Geschlecht sind nur knapp nicht signifikant ($U=10112$, $p=.053$). Frauen ($MR=166$) weisen tendenziell eine höhere Belastung auf, als Männer ($MR=145$).

Zwischen den Altersgruppen ($H[3]=2.26$, $p=.520$), bezüglich des Familienstands ($H[3]=.398$, $p=.941$) und der Wohnsituation ($H[4]=3.75$, $p=.441$) lassen sich ebenfalls keine Unterschiede finden.

Hinsichtlich des Bildungsgrades ($H[4]=11.9$, $p<.05$) zeigt sich, dass Personen mit Volksschul- ($MR=172$), oder Hauptschulabschluss ($MR=165$) und Matura ($MR=171$) vergleichsweise eine höhere PTSD-Symptombelastungsintensität aufweisen, als Personen mit Lehr- ($MR=140$) und Hochschulabschluss ($MR=122$). Dies gilt auch für jene die keinem freiwilligen Beruf ($MR=167$) nachgehen. Personen die in ihrer Pension beruflich tätig sind ($MR=130$), weisen vergleichsweise eine geringere PTSD-Symptombelastungsintensität auf ($U=6843$, $p<.01$).

Betrachtet man die drei Symptomcluster der PTSD, so ist vor allem das Cluster B (Wiedererleben) vorherrschend (31%, $n=98$), gefolgt von Cluster D (18%, $n=57$) und C (4%, $n=11$).

Das Vollbild einer PTSD erfüllen sechs Personen (2%) der Gesamtstichprobe, eine partielle PTSD liegt bei insgesamt 29 Personen (98%) vor.

14.2.6 CD-RISC Kurzskala

Die Auswertung des Verfahrens ist bei Wintner (2011) zu finden, da diese in der vorliegenden Arbeit nicht von Relevanz ist.

14.3 Hypothesenprüfung

Im Anschluss folgt die Beantwortung der einzelnen Forschungshypothesen.

14.3.1 Hypothese 1

H1: Frauen weisen vergleichsweise eine höhere psychische Gesamtbelastung auf.

Da die Voraussetzung der NV nicht erfüllt ist, wurde ein U-Test berechnet. Die Daten basieren auf Rohwerte.

Die Analyse ergab einen hoch signifikanten ($U=8904$, $p<.001$) geschlechtsspezifischen Unterschied mit kleiner Effektstärke ($r=.20$). Frauen ($MR=173$) weisen im Vergleich zu den Männern ($MR=135$) eine höhere psychische Gesamtbelastung auf.

Im Rahmen einer Subgruppenanalyse (Personen ohne PTSD) um den Einfluss einer PTSD kontrollieren zu können, zeigten sich ebenfalls hoch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede ($U=6525$, $p<.001$) mit kleiner Effektstärke ($r=.25$). Frauen weisen einen Mittleren Rang von 157 und Männer einen von 115 auf.

14.3.2 Hypothese 2

H1: Frauen weisen vergleichsweise eine höhere symptomatische Belastung, bezogen auf die jeweiligen BSI-Subskalen, auf.

Für die Beantwortung der Hypothese wurden, aufgrund der Verletzung der NV, U-Tests berechnet. Die Daten basieren auf Rohwerte.

In Anbetracht der neun Subskalen des BSI, zeigen sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bei Somatisierungen, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, und

Paranoidem Denken, wobei Frauen vergleichsweise höher belastet sind. Bezogen auf die Subskala Psychotizismus, die nur knapp nicht signifikant ist ($p=.051$), ist ersichtlich, dass ebenfalls Frauen tendenziell höher belastet sind. Bei aggressiven Symptomatiken liegt der Trend bei den Männern (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Mittlere Ränge der BSI-Subskalen getrennt nach Geschlecht und Teststatistik.

Skala ^{a)}	Männer (<i>n</i> = 119)	Frauen (<i>n</i> = 197)	<i>U</i>	ES (<i>r</i>)
	<i>MR</i>	<i>MR</i>		
SOMA	144	167	10001 *	.12
ZWAN	147	166	10343 *	.10
UNSI	148	165	10501 *	.095
DEPR	142	169	9712 **	.16
ANGS	143	168	9884 **	.14
AGGR	161	157	11466	
PHOB	146	166	10230 *	.13
PARA	144	167	10018 *	.13
PSYC	149	164	10623	

a) Skala: SOMA: *Somatisierung*, ZWAN: *Zwanghaftigkeit*, UNSI: *Unsicherheit im Sozialkontakt*, DEPR: *Depressivität*, ANGS: *Ängstlichkeit*, AGGR: *Aggressivität/Feindseligkeit*, PHOB: *Phobische Angst*, PARA: *Paranoides Denken*, PSYC: *Psychotizismus*.

* $p<.05$, ** $p<.01$ (1-seitig)

Im Rahmen einer Subgruppenanalyse (Personen ohne PTSD), zeigten sich ebenfalls signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bei Somatisierungen, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, und Paranoidem Denken, in denen Frauen vergleichsweise eine höhere Belastung aufweisen. Außer die Subskala Unsicherheit im Sozialkontakt ergibt, im Vergleich zur vorherigen Analyse, bei Personen ohne PTSD keinen signifikanten Unterschied. Weiters liegt

der Trend bei nicht signifikanten Unterschieden ausschließlich bei den Frauen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Mittlere Ränge der BSI-Subskalen (ohne PTSD) getrennt nach Geschlecht und Teststatistik.

Skala ^{a)}	Männer (<i>n</i> = 106)	Frauen (<i>n</i> = 175)	<i>U</i>	ES (<i>r</i>)
	<i>MR</i>	<i>MR</i>		
SOMA	125	151	7553 **	.16
ZWAN	131	147	8171 *	.10
UNSI	132	146	8349	
DEPR	124	151	7509 **	.18
ANGS	125	151	7608 **	.16
AGGR	140	141	9216	
PHOB	130	148	8105 *	.13
PARA	126	150	7667 **	.16
PSYC	133	146	8453	

a) Skala: SOMA: *Somatisierung*, ZWAN: *Zwanghaftigkeit*, UNSI: *Unsicherheit im Sozialkontakt*, DEPR: *Depressivität*, ANGS: *Ängstlichkeit*, AGGR: *Aggressivität/Feindseligkeit*, PHOB: *Phobische Angst*, PARA: *Paranoides Denken*, PSYC: *Psychotizismus*.

p*<.05, *p*<.01 (1-seitig)

14.3.3 Hypothese 3

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der PTSD-Symptomatik und der psychischen Gesamtbelastung.

Um einen Zusammenhang feststellen zu können, wurde aufgrund der nicht gegebenen NV eine Spearman Korrelation berechnet. Die Daten basieren auf T-Werte.

Es konnte ein hoch signifikanter ($p < .001$) Zusammenhang mit einem Spearman-Rho von .657 festgestellt werden. Dies deutet darauf hin, dass eine steigende PTSD-Symptomatik mit einer ebenfalls steigenden psychischen Gesamtbelastung einhergeht.

14.3.4 Hypothese 4

H1: Personen mit PTSD weisen vergleichsweise häufiger eine klinisch relevante psychische Gesamtbelastung auf, als jene ohne PTSD.

Die statistische Auswertung erfolgte mittels χ^2 -Test nach Pearson. Die Daten basieren auf T-Werte.

Die Posttraumatischen Belastungsstörung hängt signifikant ($\chi^2 [1] = 80.7, p < .001$) mit einer klinisch relevanten GSI zusammen. Personen mit PTSD sind fast vier mal häufiger ($OR = 3.87$) dadurch belastet, als jene ohne PTSD. Somit kann die H_0 verworfen werden.

14.3.5 Hypothese 5

H1: Personen mit PTSD weisen vergleichsweise häufiger eine klinisch relevante symptomatische Belastung auf, bezogen auf die jeweiligen BSI-Subskalen, als jene ohne PTSD.

Die Beantwortung erfolgte mittels χ^2 -Tests nach Pearson. Die Daten basieren auf T-Werte.

Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit PTSD in allen neun Subskalen des BSI signifikant häufiger Werte aufweisen, die als klinisch relevant ($T \geq 63$) zu erachten sind (siehe Tabelle 7). So zeigt sich weiters, dass das Vorliegen einer PTSD im Durchschnitt mit drei ($M=2.51$, $SD=1.72$) weiteren klinisch relevanten Symptomatiken einhergeht.

Tabelle 7: Häufigkeiten der klinisch relevanten Symptomatiken, getrennt nach PTSD/ keine PTSD und Teststatistik.

Skala ^{a)}	PTSD	keine PTSD	$\chi^2(1)$	OR
	(n=35) <i>Häufigkeit</i>	(n=281) <i>Häufigkeit</i>		
SOMA	19 (54%)	66 (24%)	15.0***	3.87
ZWAN	4 (11%)	9 (3%)	5.34*	3.89
UNSI	6 (17%)	7 (3%)	16.9***	8.09
DEPR	9 (26%)	11 (4%)	24.9***	8.49
ANGS	13 (37%)	16 (6%)	36.9***	9.79
AGGR	10 (29%)	14 (5%)	24.7***	7.63
PHOB	9 (26%)	19 (7%)	13.8***	4.77
PARA	10 (29%)	15 (5%)	23.1***	7.09
PSYC	8 (23%)	8 (3%)	25.9***	10.1

a) Skala: SOMA: *Somatisierung*, ZWAN: *Zwanghaftigkeit*, UNSI: *Unsicherheit im Sozialkontakt*, DEPR: *Depressivität*, ANGS: *Ängstlichkeit*, AGGR: *Aggressivität/Feindseligkeit*, PHOB: *Phobische Angst*, PARA: *Paranoides Denken*, PSYC: *Psychotizismus*.

* $p < .05$, *** $p < .001$ (1-seitig)

Die nachfolgende Grafik dient zur Veranschaulichung der Häufigkeiten klinisch relevanter Symptomatiken (T-Werte ≥ 63) zwischen den beiden Gruppen.

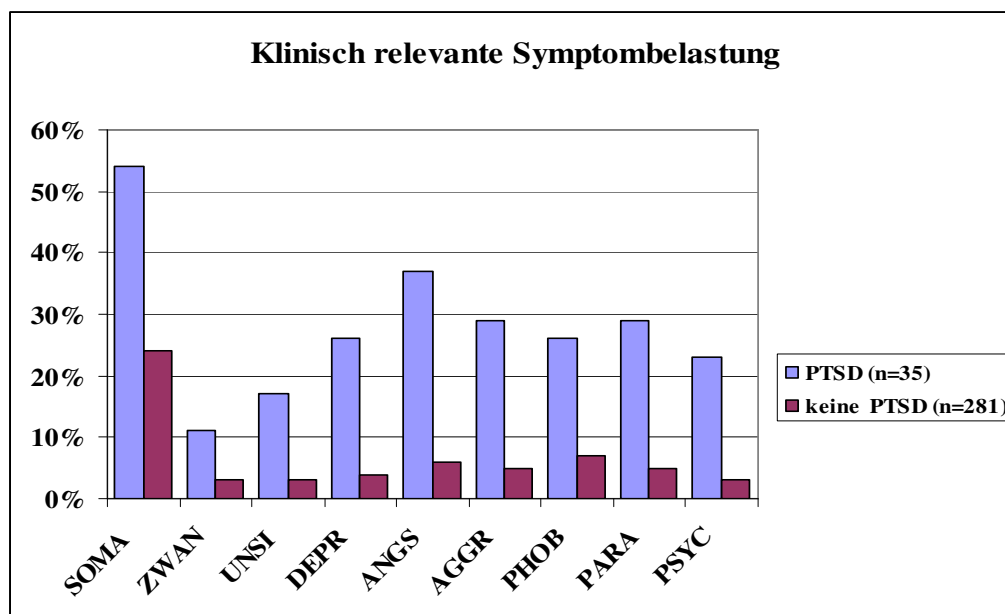


Abbildung 11: Häufigkeiten klinisch relevanter Symptomatiken (PTSD/keine PTSD).

14.3.6 Hypothese 6

H1: In Abhängigkeit der Häufigkeiten der jemals erlebten Traumata zeigen sich Unterschiede in der psychischen Gesamtbelastung.

Um die vorliegende Hypothese beantworten zu können, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse berechnet. Die Daten basieren auf T-Werte.

Durch heranziehen der Gesamtstichprobe wurde ersichtlich, dass jene Personen die 13 oder mehr traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren, durch eine signifikant höhere psychische Gesamtbelastung ($F [3] = 3.78, p < .05, \eta^2 = .035$) charakterisiert sind, als jene die „5 bis 8“ und „9 bis 12“ Traumata erfahren mussten (siehe Tabelle 8). Somit kann die H0 verworfen werden.

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichung des GSI, bezogen auf die Traumahäufigkeit.

	GSI (<i>n</i> =314)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
1 bis 4 Traumata	46.5	11.9	.067
5 bis 8 Traumata	45.8	10.1	.017 *
9 bis 12 Traumata	46.2	10.5	.036 *
≥ 13 Traumata	50.7	9.6	.011 *

* $p < .05$ (2-seitig)

Durch kontrollieren des Vorliegens einer PTSD wurde deutlich, dass diese ($p < .001$, $\eta^2 = .185$) für die Unterschiede zwischen den Gruppen verantwortlich gemacht werden kann. Im Rahmen von Subgruppenanalysen zeigten sich, bezogen auf die Traumahäufigkeit, bei Personen ohne PTSD ($F [3] = 2.49$, $p = .060$) aber auch bei jenen mit PTSD ($F [3] = 0.812$, $p = .497$) keine signifikanten Unterschiede in der psychischen Gesamtbelastung. Personen mit PTSD, die im Laufe ihres Lebens mit 13 oder mehr traumatischen Erfahrungen konfrontiert waren, weisen jedoch einen Mittelwert von 63.8 ($SD = 2.012$) auf, der im Bereich der klinischen Relevanz liegt. Personen ohne PTSD haben vergleichsweise einen Mittelwert von 48.4 ($SD = 7.98$).

14.3.7 Hypothese 7

H1: Die beiden Gruppen (Bedrohung vs. keine Bedrohung) unterscheiden sich in der psychischen Gesamtbelastung.

Die Auswertung erfolgte mittels t-Test für unabhängige Stichproben. Die Daten basieren auf T-Werte.

Es wurde ein signifikanter Unterschied ($T [314] = -2.20$, $p < .05$) mit kleiner Effektstärke ($d = .25$) ermittelt. Das Empfinden der aktuellen Bedrohung durch

damalig erlebte Kriegsereignisse geht mit einer erhöhten psychischen Gesamtbelastung einher ($M=48.3$, $SD=10.6$ vs. $M=45.6$, $SD=10.8$). Im Rahmen einer Subgruppenanalyse (Personen ohne PTSD), um den Einfluss der PTSD kontrollieren zu können, zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede ($T [279]=-2.56$, $p<.05$) mit kleiner Effektstärke ($d=.31$). Personen ohne PTSD die sich aktuell bedroht fühlen weisen einen höheren Mittelwert ($M=46.7$, $SD=9.81$) auf, als jene bei denen dies nicht zutrifft ($M=43.8$, $SD=9.21$).

14.3.8 Hypothese 8

H1: Das Erleben eines Kriegstraumas führt zu einer höheren psychischen Gesamtbelastung.

Die Auswertung erfolgte mittels t-Tests für unabhängige Stichproben. Die Daten basieren auf T-Werte.

Die Ergebnisse zeigen, dass traumatische Ereignisse die im Speziellen durch Angehörige der Besatzungstruppen verursacht wurden, mit einer höheren psychischen Gesamtbelastung einhergehen. So äußert sich das Erfahren von psychischer ($M=49.5$, $SD=11.2$ vs. $M=46.8$, $SD=10.6$) und physischer Gewalt durch die Besatzungsmacht ($M=50.8$, $SD=10.9$ vs. $M=46.6$, $SD=10.6$), sexueller Übergriffe ($M=52.8$, $SD=9.75$ vs. $M=47.02$, $SD=10.8$) und Raub ($M=49.3$, $SD=10.5$ vs. $M=46.05$, $SD=10.8$) in einer höheren GSI (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Psychische Gesamtbelastung anhand erlebter Kriegstraumata, Teststatistik.

Kriegstraumata	GSI		
	<i>T (df)</i>	<i>p</i>	ES (<i>r</i>)
Luftangriff	-.604 (314)	.273	
Direkte Kriegshandlung	-.987 (314)	.162	
Verwundung	.764 (314)	.223	
Familienangehörige gefallen	-.190 (312)	.425	
Tote bergen	.787 (313)	.216	
Kriegsgefangenschaft	.290 (64.2)	.387	
Verlassen der Heimat	1.335 (314)	.092	
Familie verschleppt	.432 (314)	.333	
Widerstand	-.099 (314)	.461	
Raub durch BM	-2.545 (311)	.005**	.299
Psychische Gewalt BM	-1.749 (312)	.041*	.258
Physische Gewalt BM	-2.516 (312)	.006**	.395
Sexuelle Übergriffe BM	-1.842 (312)	.033*	.542

* $p < .05$, ** $p < .01$ (1-seitig)

Im Rahmen einer Subgruppenanalyse (Personen ohne PTSD) zeigt sich nur mehr eine signifikant höhere GSI bei Personen die physische Gewalt erleiden mussten ($T[277] = -1.812$, $p < .05$, $r = .310$; $M = 48.1$, $SD = 9.62$ vs. $M = 45.1$, $SD = 9.64$) und beraubt ($T[276] = -2.504$, $p < .01$, $r = .313$; $M = 47.5$, $SD = 9.19$ vs. $M = 44.4$, $SD = 9.86$) wurden. Hinsichtlich psychischer Gewalt ($T[277] = -1.142$, $p = .127$) und sexueller Übergriffe ($T[278] = -1.233$, $p = .109$) lassen sich keine Unterschiede in der GSI zwischen Personen finden die dieses erleiden mussten und jenen die dieses nicht erfuhren.

14.3.9 Hypothese 9

H1: Das Erleben eines Kriegstraumas führt zu einer höheren symptomatischen Belastung.

Für die Beantwortung der Hypothese(n) wurden, aufgrund der Verletzung der NV, U-Tests berechnet. Die Daten basieren auf T-Werte.

Aufgrund des Datenvolumens werden hier nur signifikante Ergebnisse angeführt, für welche die H1 angenommen werden kann. Die gesamte Teststatistik ist im Anhang C zu finden.

Luftangriff

Personen die Luftangriffen ausgesetzt waren, und jene die dieses Kriegsereignis nicht direkt erleben mussten zeigen, bezogen auf die jeweiligen neun Subskalen des BSI, keine signifikanten Unterschiede.

Direkte Kriegshandlung

Das Erleben direkter Kriegshandlungen äußert sich bei den Befragten in einer Unsicherheit im Sozialkontakt ($U=10653$, $p<.05$, $r=.121$; $MR=168$ vs. $MR=147$), Aggressivität ($U=10754$, $p<.05$, $r=.114$; $MR=168$ vs. $MR=147$), phobischer Angst ($U=10577$, $p<.05$, $r=.129$; $MR=169$ vs. $MR=146$) und paranoidem Denken ($U=10813$, $p<.05$, $r=.109$; $MR=167$ vs. $MR=148$).

Im Rahmen einer Subgruppenanalyse (Personen ohne PTSD) zeigen sich signifikante Unterschiede nur mehr bezüglich phobischer Ängste ($U=8451$, $p<.05$, $r=.122$; $MR=150$ vs. $MR=131$) und Aggressivität ($U=8628$, $p<.05$, $r=.103$; $MR=148$ vs. $MR=132$). In Hinblick auf die Subskala Unsicherheit im Sozialkontakt ($U=8868$, $p=.087$) und paranoidem Denken ($U=8684$, $p=.052$) konnten keine Unterschiede gefunden werden.

Verwundung

Befragte, die während der Kriegszeit verwundet wurden, weisen signifikant höhere Werte auf, die sich auf phobische Ängste beziehen ($U=2897$, $p<.01$, $r=.144$; $MR=199$ vs. $MR=155$).

Die Subgruppenanalyse (Personen ohne PTSD) zeigt, dass Verwundete ebenfalls eine höhere Symptombelastung durch phobische Ängste aufweisen ($U=2163$, $p<.01$, $r=.152$; $MR=179$ vs. $MR=137$).

Familienangehörige gefallen

Erhöhte Werte, in Hinblick auf phobische Ängste, lassen sich auch bei Personen finden deren Familienangehörige im Krieg gefallen sind ($U=10636$, $p<.05$, $r=.121$; $MR=169$ vs. $MR=148$).

Die Ergebnisse der Subgruppenanalyse (Personen ohne PTSD) weisen ebenfalls darauf hin ($U=8375$, $p<.05$, $r=.131$; $MR=151$ vs. $MR=131$).

Tote bergen

Bezogen auf dieses Kriegstrauma, zeigen die jeweiligen neun Subskalen des BSI, keine signifikanten Unterschiede.

Kriegsgefangenschaft

Personen, die berichteten in Kriegsgefangenschaft gewesen zu sein, weisen eine höhere depressive ($U=5611$, $p<.05$, $r=.110$; $MR=181$ vs. $MR=154$), aggressive ($U=5146$, $p<.01$, $r=.156$; $MR=190$ vs. $MR=152$), phobische ($U=4772$, $p<.01$, $r=.195$; $MR=197$ vs. $MR=151$) und psychotische ($U=5193$, $p<.01$, $r=.154$; $MR=189$ vs. $MR=153$) Symptombelastung auf.

Die Subgruppenanalysen (Personen ohne PTSD) zeigen, dass das Erleben dieses Kriegstraumas ebenfalls durch eine höhere depressive ($U=4343$, $p<.05$, $r=.118$; $MR=162$ vs. $MR=137$), aggressive ($U=3927$, $p<.01$, $r=.170$; $MR=172$ vs. $MR=135$), phobische ($U=3662$, $p<.01$, $r=.207$; $MR=178$ vs. $MR=134$) und psychotische

($U=3788$, $p<.01$, $r=.191$; $MR=175$ vs. $MR=135$) Symptombelastung charakterisiert ist.

Verlassen der Heimat

Ängstlichkeit ($U=7801$, $p<.05$, $r=.109$; $MR=141$ vs. $MR=164$) und somatische ($U=7493$, $p<.05$, $r=.132$; $MR=137$ vs. $MR=165$) Symptomatiken sind bei jenen höher ausgeprägt, die dieses Kriegstrauma nicht erlebten. Personen die ihre Heimat aufgrund des Kriegsgeschehens verlassen mussten, weisen ein höheres psychotisches Symptombild ($U=7637$, $p<.05$, $r=.126$; $MR=178$ vs. $MR=152$) auf.

Mittels Subgruppenanalyse wurde ebenfalls ersichtlich, dass Personen die diese Erfahrung nicht machen mussten ängstlicher ($U=6140$, $p<.05$, $r=.108$; $MR=126$ vs. $MR=146$) sind und höhere Somatisierungswerte ($U=5727$, $p<.01$, $r=.149$; $MR=119$ vs. $MR=148$) aufweisen. Das Erleben dieses Kriegsereignisses äußert sich auch bei Personen ohne PTSD in einem höheren psychotischen Symptombild ($U=6057$, $p<.05$, $r=.120$; $MR=158$ vs. $MR=136$).

Familienangehörige verschleppt

Signifikante Unterschiede lassen sich in Hinblick auf Aggressivität/Feindseligkeit finden ($U=1823$, $p<.05$, $r=.093$), wobei Personen deren Familienangehörige verschleppt wurden höhere Ausprägungen zeigen ($MR=195$ vs. $MR=157$).

Dies wurde auch mittels Subgruppenanalyse ersichtlich ($U=1451$, $p<.05$, $r=.109$; $MR=177$ vs. $MR=139$).

Widerstand

Befragte, die Widerstand gegen das NS-Regime leisteten, zeigen vergleichsweise höher ausgeprägte Aggressionswerte ($U=2874$, $p<.05$, $r=.100$; $MR=189$ vs. $MR=156$).

Dies wurde auch im Rahmen der Subgruppenanalyse ersichtlich, wobei Personen die Widerstand leisteten und derzeit keine PTSD aufweisen höhere Aggressionswerte erzielten ($U=2336$, $p<.05$, $r=.121$; $MR=172$ vs. $MR=138$).

Raub durch BM

Befragte, die von Angehörigen der Besatzungstruppen ausgeraubt wurden, zeigen im Durchschnitt höhere Werte in der Subskala Somatisierung ($U=9482$, $p<.01$, $r=.134$; $MR=173$ vs. $MR=148$) und Zwanghaftigkeit ($U=9818$, $p<.05$, $r=.110$; $MR=170$ vs. $MR=150$).

Durch Heranziehen von Personen ohne PTSD die einen Raub erlebten, zeigen sich ebenfalls höhere Werte bezüglich Somatisierung ($U=7170$, $p<.01$, $r=.162$; $MR=157$ vs. $MR=130$) und Zwanghaftigkeit ($U=7779$, $p<.05$, $r=.105$; $MR=151$ vs. $MR=133$).

Psychische Gewalt BM

Zwischen den beiden Gruppen (Kriegstrauma erlebt/nicht erlebt) ergaben sich in den jeweiligen neun Subskalen des BSI keine signifikanten Unterschiede.

Physische Gewalt BM

Das Erleiden physischer Gewalt durch Angehörige der Besatzungstruppen geht im Durchschnitt mit einer erhöhten Unsicherheit im Sozialkontakt ($U=5020$, $p<.01$, $r=.136$; $MR=186$ vs. $MR=152$), Ängstlichkeit ($U=4665$, $p<.01$, $r=.170$; $MR=193$ vs. $MR=151$), Aggressivität ($U=5008$, $p<.01$, $r=.138$; $MR=186$ vs. $MR=152$) und Psychotizismus ($U=5134$, $p<.05$, $r=.127$; $MR=184$ vs. $MR=153$) einher.

Personen ohne PTSD die dieses Kriegstrauma erlebten, weisen ebenfalls höhere Werte in den Subskalen Unsicherheit im Sozialkontakt ($U=3826$, $p<.05$, $r=.124$; $MR=164$ vs. $MR=136$), Ängstlichkeit ($U=3675$, $p<.01$, $r=.143$; $MR=168$ vs. $MR=135$) und Aggressivität ($U=3968$, $p<.05$, $r=.106$; $MR=160$ vs. $MR=137$) auf. Bezüglich psychotischer Symptomatiken lassen sich in der Subgruppe keine Unterschiede aufzeigen ($U=4092$, $p=.063$).

Sexuelle Übergriffe BM

Dieses Kriegstrauma ist durch ein höher ausgeprägtes psychotisches Symptombild charakterisiert ($U=1073$, $p<.01$, $r=.141$; $MR=219$ vs. $MR=155$).

Im Rahmen einer Subgruppenanalyse ergab sich, bezüglich der Subskala Psychotizismus, jedoch ein knapp nicht signifikanter Unterschied ($U=855$, $p=.054$).

15 Diskussion

15.1 Soziodemographische Daten

Es wurden insgesamt 316 Personen aus ganz Österreich befragt, wobei sich die Stichprobe aufgrund natürlicher Gegebenheiten aus mehr Frauen (62%) als Männern (38%) zusammensetzt. Das Durchschnittsalter liegt bei 81.9 Jahren. Anlässlich der damaligen Situationen, weisen die Befragten vorwiegend einen Volksschul- oder Hauptschulabschluss auf. Die Scheidungen insbesondere in dieser Generation eher unüblich sind, wurde ebenfalls in den Daten ersichtlich. Die meisten leben, sofern sie nicht verwitwet sind, in einer Partnerschaft beziehungsweise Ehe. Bezüglich der Wohnsituation, lebt der Großteil in der eigenen Wohnung/Haus, oder bei benötigter Hilfeleistungen in Pflegeheimen.

15.2 Symptomatische Belastungen

Angesichts der psychischen Konstitution konnte aufgezeigt werden, dass auch die ältere österreichische Bevölkerung vermehrt diverse Symptomatiken angibt. Wie auch in anderen Studien (Hessel et al., 2003; Heuft et al., 2007; Teegen & Handwerk, 2006) wurden primär somatische Beschwerden genannt, die aufgrund des Alterungsprozesses und der damit verbundenen Gebrechlichkeit auch zu erwarten waren. Dennoch dürfen andere mögliche Ursachen nicht außer Acht gelassen werden, die Heuft et al. (2000) bereits angeführt haben. So können verschiedenste Gründe wie neurotische Kernkonflikte in der Kindheit und Jugend, aber auch Aktualkonflikte oder eine Traumareaktivierung mitunter einen Einfluss darauf nehmen. Das Symptombild der Befragten ist weiters vorwiegend durch zwanghaftes Verhalten, paranoides Denken und Ängstlichkeit gekennzeichnet. Unter dem Aspekt der klinischen Relevanz weisen insgesamt 9% eine psychische Gesamtbelastung auf, die als klinisch auffällig gilt und eine weitere Diagnose mittels Klassifikationssysteme erfordere. Im Einzelnen betrachtet trifft dies insbesondere

auf Somatisierungen, Ängstlichkeit, phobische Ängste und paranoides Denken zu. Psychotische Symptome liegen vergleichsweise kaum vor (vgl. Copeland et al., 1998; Wernicke et al., 2000). Das vordergründig Ängste bestehen könnte, wie Heuft (1999) schon angemerkt hat, dadurch begründet werden, dass gerade das Alter mit einem zunehmenden Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins einhergeht. Dieses Empfinden kann in Folge sogar zu einer Traumareaktivierung führen.

Obwohl ein Teil der männlichen Befragten zu Kriegszeiten an der Front kämpfte oder in Kriegsgefangenschaft war, beziehungsweise im Allgemeinen eine höhere Traumaexposition als Frauen aufweisen (Maercker et al., 2008; Spitzer et al., 2008), könnten Vermutungen angestellt werden, dass gerade diese vermehrt symptomatische Beschwerden berichten. Dennoch sind auch in der vorliegenden Studie Frauen diejenigen, die häufiger dazu Angaben machten (vgl. Linden et al., 1998; Schaub & Linden, 2000; Wernicke et al., 2000). Da Männer jedoch erfahrungsgemäß weniger dazu bereit sind über ihre Gefühle zu sprechen, sollte man dessen ungeachtet auch ihnen vermehrt Aufmerksamkeit entgegenbringen.

Interessante Ergebnisse zeigten sich auch bei Personen die bei ihrer Familie wohnen. Denn sie weisen im Vergleich zu jenen, die beispielsweise in ihrer eigenen Wohnung oder Haus leben, eine höhere psychische Gesamtbelastung auf. Da in manchen Fällen ältere Menschen das Empfinden haben eine Bürde für ihre Familie sein zu können, könnte ein mangelndes Kommunizieren ihrerseits ein möglicher Grund für das Aufrechterhalten der psychischen Symptomatiken darstellen.

15.3 PTSD und komorbide Beschwerden

Das ein Anstieg der PTSD-Symptomatik bis hin zu einer voll ausgeprägten PTSD eine Auswirkung auf die psychische Gesamtbelastung zeigt, deckt sich mit den Ergebnissen von Marshall et al. (2001). In Hinblick auf komorbide Beschwerden sind Befragte mit PTSD (partiell/voll) fast vier mal häufiger durch eine klinisch relevante psychische Gesamtbelastung gekennzeichnet. Im Einzelnen betrachtet, ergaben sich hinsichtlich aller neun Subskalen des BSI (klinisch relevant)

signifikante bis hoch signifikante Zusammenhänge (vgl. Kuwert et al., 2007; Teegen & Handwerk, 2006). Folglich zeigen Personen mit PTSD im Durchschnitt zwei bis drei weitere symptomatische Beschwerden (vgl. Creamer et al., 2001; Kessler et al., 1995).

Im Rahmen zweier Studien (Bramsen et al., 1999; Strauss et al., 2010) konnte aufgezeigt werden, dass die Anzahl traumatischer Ereignisse einen Einfluss auf die posttraumatische Belastungsstörung hat. In der Studie von Bramsen et al. (1999) lag die PTSD Prävalenz bei Personen die acht bis 18 Traumata erfahren hatten bei 7%, wohingegen jene Personen die keine oder zwei Traumata erlebten eine PTSD Prävalenz von nur 2% aufwiesen. Strauss et al. (2010) konnten ebenfalls einen Anstieg der Posttraumatischen Belastungsstörung, bezogen auf die Traumahäufigkeit, verzeichnen. Personen die 10 bis 12 Traumata erfuhren, wiesen ein achtfaches Risiko einer PTSD auf (siehe Kapitel 5.5.4). Doch wie wirkt sich die Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen über die Lebensspanne auf die psychische Gesamtbelastung der älteren österreichischen Bevölkerung aus? Bei Personen ohne und bei jenen mit PTSD ergaben sich jeweils keine signifikanten Unterschiede. Das ältere Menschen die 13 oder mehr traumatische Ereignisse erfuhren, keine PTSD entwickelten und auch vergleichsweise keine höhere psychische Gesamtbelastung aufweisen, lässt das Vorhandensein gewisser Schutzfaktoren beziehungsweise Resilienz vermuten, auf die im Speziellen in der Arbeit von Wintner (2011) eingegangen wird. Bei Personen mit PTSD konnte, wie bereits erwähnt wurde, ebenfalls kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Traumahäufigkeit und der psychischen Gesamtbelastung gefunden werden. Unter genauer Betrachtung ist jedoch ersichtlich, dass jene Personen mit PTSD die ≥ 13 traumatische Erfahrungen in ihrem Leben machten, im Vergleich zu jenen mit geringerer Traumaexposition, im Durchschnitt eine psychische Gesamtbelastung aufweisen die als klinisch relevant ($T \geq 63$) zu erachten ist.

Fraglich ist natürlich, ob sich bestehende symptomatische Beschwerden bei Personen mit PTSD sekundär entwickelten, oder bereits primär als Risikofaktoren bestanden (Bromet et al., 1998; Creamer et al., 2001; Engdahl et al., 1998; Ginzburg

et al., 2010). Weiters ist die Interpretation der erhöhten Komorbiditätsrate mit Vorsicht vorzunehmen. Denn in der Stichprobe sind neben Somatisierungen insbesondere Hinweise auf Angststörungen vorhanden, deren Symptome zum Teil jenen der PTSD ähneln und folglich zu dieser erhöhten Rate beitragen könnten (Creamer et al., 2001; Deering et al., 1996; Kessler et al., 1995).

Bei den Befragten ohne PTSD lassen sich ebenfalls klinisch relevante Symptomatiken finden, für die verschiedenste Ursachen verantwortlich sein können. Bei Vorliegen neurotischer Störungen, wie etwa Depressionen, Angst-, Zwang- oder Somatisierungsstörungen könnte laut Ermann (2007) eine pseudoneurotisch posttraumatische Störung bestehen. Dies würde bedeuten, dass eine PTSD durch vorliegende komorbide Beschwerden überdeckt wird. Aufgrund dieser Verschleierung würde der Ursprung, nämlich die PTSD, im Verborgenen bleiben und in Folge eine zunehmende Chronifizierung mit Therapieresistenz nach sich ziehen (Friedmann, 2004). Trotz der guten Interviewerbeziehung, könnte es jedoch auch sein, dass die älteren Menschen über Symptomatiken die im Rahmen der PCL-C erfasst wurden, keine Auskünfte geben wollten oder sie diese als nicht belastend beziehungsweise störend empfinden, da sie gelernt haben mit diesen umzugehen (Maercker, 2002).

15.4 Psychische Konstitution – Reaktionen auf Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs

Ein großes Anliegen in der vorliegenden Arbeit bestand im Allgemeinen darin aufzuzeigen, wie es einer Generation ergeht, die die Gräueltaten des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit miterleben mussten. Neben dem Abbildens der aktuellen Psychopathologie der älteren Menschen, wurde erstmalig ein weiterer Schritt vorgenommen indem einzelne Kriegstraumata herangezogen wurden um mögliche Muster symptomatischer Belastungen erkennen zu können.

Betrachtet man die psychische Gesamtbelastung der Befragten die der GSI des Brief Symptom Inventory (BSI) widerspiegelt, so wurde ersichtlich, dass

insbesondere Handlungen der Angehörigen der Besatzungsmächte Spuren bei den Betroffenen hinterließen. Gemeint sind Erfahrungen psychischer und physischer Gewalt, sexuelle Übergriffe und Raub. Dass diese Ereignisse mit einer höheren Gesamtbelastung einhergehen, konnte auch bei Personen festgestellt werden die keine PTSD entwickelten.

Wendet man sich den jeweiligen Subskalen des BSI zu, so konnten unterschiedlichste Reaktionen auf die spezifischen Kriegstraumata festgestellt werden. Das direkte Erleben von Bombardierungen, wie auch das Bergen von Verstorbenen zeigte, bezogen auf die neun Skalen, im Vergleich zu jenen die diese Erfahrungen nicht machen mussten, keine höhere symptomatische Belastung. Heuft et al. (2007) konnten im Vergleich dazu aufzeigen, dass das Erfahren von Bombardierungen bei den Betroffenen vermehrt mit somatoformen Beschwerden einherging. Ältere Menschen die in ihrer Kindheit oder als junge Erwachsene dem Kriegsgeschehen, beziehungsweise Kämpfen direkt ausgesetzt waren und so unter anderem mit ansehen mussten wie durch Schussgefechte Menschen zum Teil ihren schweren Verletzungen erlagen, zeigten im Rahmen der Erhebung höhere Ausprägungen in den Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, phobische Ängste und paranoidem Denken. Wobei die höheren Werte des paranoiden Denkens vermutlich auf das Vorliegen einer PTSD zurückzuführen sind.

Untersuchungen (Engdahl et al., 1998; Kluznik et al., 1986) die sich insbesondere dem psychischen Gesundheitszustand ehemaliger Kriegsgefangener widmeten konnten aufzeigen, dass das Vorliegen einer PTSD nicht zwingend mit einer erhöhten Komorbiditätsrate einhergeht. Dennoch erhöhte Risiken bestehen unter anderem an einer Panikstörung, Major Depression, sozialer Phobie und generalisierter Angststörung zu erkranken. Ehemalige Kriegsgefangene der vorliegenden Studie weisen ebenfalls eine höhere depressive und phobische Symptombelastung auf, wobei diese weiters durch aggressive und psychotische Symptomatiken gekennzeichnet ist. Zu erwähnen ist jedoch, dass dieses Belastungsbild auch bei jenen vorherrschend ist, die keine PTSD aufweisen.

Phobische Ängste dominieren weiters vorwiegend bei älteren Menschen, die im Krieg verwundet wurden, oder dessen Familienangehörige gefallen sind. Eine gewisse Reizbarkeit bis hin zu aggressivem Verhalten liegt insbesondere bei Personen vor, deren Familienangehörige verschleppt wurden. Aber auch bei jenen die Widerstand gegen das NS-Regime leisteten.

In Hinblick auf Personen die aus ihrer Heimat vertrieben wurden (Fischer et al., 2006) beziehungsweise flüchten mussten (Teegen & Meister, 2000) weisen Studienergebnisse darauf hin, dass diese Schicksale auch noch Jahre danach negative Auswirkungen auf das psychischen Befinden zeigen. Bei der vorliegenden Untersuchung wurde diesbezüglich ein höheres psychotisches Symptombild ersichtlich. Die erhöhten Werte in den Subskalen Ängstlichkeit und Somatisierung sind jedoch bei jenen zu finden, denen dieses Schicksal nicht widerfahren ist. Dies lässt darauf schließen, dass möglicherweise andere Kriegsereignisse diese erhöhte Ängstlichkeit und Somatisierung begünstigen, aber auch unsichere Lebensumstände dafür Verantwortung tragen könnten.

Erfahrungen die im Besonderen mit Angehörigen der Besatzungstruppen gemacht wurden, wurden bereits im Kapitel 2.9 ausführlich geschildert. Befragte die von den zuvor genannten beraubt wurden, weisen vorwiegend Somatisierungen und ein zwanghaftes Verhalten auf. Das Erfahren von psychischer Gewalt geht mit keiner höheren symptomatischen Belastung einher. Physische Gewalt dagegen drückt sich in einer höheren Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und Aggressivität aus. Wobei eine stärkere psychotische Symptombelastung aufgrund des Vorliegens einer PTSD gegeben ist. Der sexuelle Missbrauch zählt zu den Ereignissen, die in den meisten Fällen zur Ausbildung psychischer Beschwerden bis hin zur PTSD führen können (Bromet et al., 1998; Molnar et al., 2001). Personen der vorliegenden Untersuchung zeigten ausschließlich höhere Ausprägungen in der Subskala Psychotizismus, wobei auch hierfür das Vorliegen einer PTSD einen Einfluss darauf hat. Eine Erklärung warum gerade Vergewaltigungen, im Vergleich zur physischen Gewalt durch Angehörige der Besatzungstruppen, nur in einer Subskala eine höhere Belastung zeigt, könnte vielleicht aufgrund eines erhöhten Schamgefühls sein.

Demzufolge könnte man vermuten, dass Betroffene sexuelle Übergriffe als physische Gewalt beantworteten, jedoch bei dem Item welches direkt auf sexuelle Übergriffe zu sprechen kommt, dieses aufgrund von Scham verneinten (vgl. Stelzl-Marx, 2005).

Hinsichtlich der Untersuchung der symptomatischen Belastungen, bezogen auf die einzelnen Kriegstraumata, sind im Allgemeinen die unterschiedlichen Stichprobengrößen kritisch zu betrachten. Mögliche signifikante Unterschiede, konnten vielleicht aufgrund dessen nicht aufgezeigt werden. Beispielsweise ist die Anzahl der Personen die einen sexuellen Missbrauch erlebten (4%, $n=12$) weitaus geringer als jene (96%, $n=304$) denen dieses Leid nicht widerfahren ist. Aber auch das Heranziehen eines parameterfreien Verfahrens (U-Test) könnte, aufgrund seiner geringeren Power (Field, 2006), dafür verantwortlich sein. Ein Interesse galt auch darin zu untersuchen, inwiefern sich das Ausmaß symptomatischer Belastungen zwischen den beiden Traumtypen interpersonell vs. akzidentell unterscheidet, da vor allem angenommen wird, dass interpersonelle Traumata mit einer höheren psychischen Belastung einhergehen (Maercker, 2009; Maercker & Michael, 2009). Aufgrund der vorliegenden Datenlage, wurde eine Untersuchung jedoch unterlassen, da der Großteil der Stichprobe (73%, $n=232$) beide Traumtypen angaben. Akzidentelle wurden nur zu 2% ($n=5$) und interpersonelle zu 24% ($n=77$) genannt, und daher eine Differenzierung als nicht sinngerecht empfunden. Gleiches gilt auch für die Untersuchung eines Unterschiedes in der symptomatischen Belastung zwischen kriegsbedingten vs. zivilen Traumata, da ebenfalls der Großteil der Befragten (80%, $n=255$) beide Traumata angaben. Nur 2% ($n=6$) erfuhren ausschließlich zivile und 17% ($n=53$) kriegsbedingte Traumata.

Angelehnt an das kognitive Modell von Ehlers und Clark (2000) bestand ein weiteres Interesse, das zu untersuchen galt. Dabei sollte aufgezeigt werden, inwiefern sich ältere Menschen durch aktuelle Ereignisse (z.B. Feuerwerk oder Sirenenalarm) die sie an die Kriegszeit erinnern lassen bedroht fühlen und ob dieses Empfinden einen Einfluss auf die psychische Gesamtbelastung nimmt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Befragte die diese Bedrohung wahrnehmen auch

eine erhöhte psychische Belastung zeigen, wobei dies im Speziellen auch auf jene Personen zutrifft, die keine PTSD aufweisen.

15.5 Erhebungsinstrumente

Dem Demenz-Screening MMSE wurde von Personen die in ihrem eigenen Haushalt leben zu Beginn mit einem gewissen Grad an Skepsis begegnet. Durch genaues Aufklären und darauf hinweisen, dass dieses Verfahren standardgemäß bei jedem Interview vorgegeben werden muss, erwies es sich in Folge als ein gutes Einstiegsverfahren und verhalf ebenso zu einer guten Interviewerbeziehung. Der eigens angefertigte Fragebogen zur Erfassung der Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit, wurde ebenfalls von den älteren Menschen sehr gut angenommen. Das sie mit Hilfe der spezifisch gestellten Fragen durch die Geschehnisse geleitet wurden, und sie diese nicht frei erzählen mussten, wurde ihrerseits oftmals als förderlich empfunden. Dennoch wurde merklich, dass die Frage nach der Zugehörigkeit einer Volksgruppe gelegentlich als Religionszugehörigkeit verstanden wurde, beziehungsweise sie sich nicht sicher waren was genau darunter zu verstehen sei. Weiters wurden Items die den Kontakt zu Partisanen ansprechen in vielen Fällen mit einer raschen Antwort verneint. Das in der vorliegenden Arbeit zentrale Verfahren, das Brief Symptom Inventory (BSI), war das längste und folglich auch beschwerlichste Verfahren für die älteren Menschen. Obwohl es bereits die Kurzform der SCL-90-R (Franke, 1995) darstellt und im Vergleich zu kürzeren Versionen wegen der Möglichkeit der Berechnung des GSI-Wertes eingesetzt wurde, erwies es sich in seiner Anwendung für diese Altersgruppe als eher ungeeignet. Items wie beispielsweise „Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße“, oder „Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn, Zug“ stellten sich insbesondere bei Personen aus Pflegeheimen oftmals als hinfällig heraus. Häufig wurden auch Beschwerden, trotz Bestehens, als nicht belastend empfunden. In diesem Zusammenhang wurde auch kein Beschwerdegrad angegeben, was auf die bereits erwähnte Problematik (Maercker, 2002) hindeutet, dass ältere Menschen ihre Beschwerden oftmals als altersbedingt und gegeben sehen. Sowohl im BSI als auch in der PCL-C und der CD-RISC musste das

Befinden innerhalb eines definierten Zeitrahmens (Woche bis Monat) beurteilt werden wobei einige Personen, jedoch insbesondere jene Bewohner von Pflegeheimen, Schwierigkeiten hatten diesen Zeitrahmen in ihrer Beantwortung zu berücksichtigen. Die Anzahl der Antwortalternativen führte bei einigen Befragten zu Entscheidungsschwierigkeiten. Es könnten daher Vermutungen angestellt werden, dass diese, um der Problematik entgegen zu können, sich für eine geringere Ausprägung, beziehungsweise bei der CD-RISC für die höchste Ausprägung, entschieden haben.

Durch die Anwendung der Erhebungsinstrumente wurde ersichtlich, dass diese das psychische Befinden der älteren Menschen möglicherweise nicht adäquat abbilden, beziehungsweise bestehende symptomatische Beschwerden oftmals durch diese nicht erfasst werden konnten. Dass es diesbezüglich noch eine schrittweise Anpassung an die altersspezifischen Besonderheiten benötige, haben bereits Hessel et al. (2003) und Riedel-Heller (2004) angesprochen. Denn laut ihnen erfassen auch die bestehenden Klassifikationssysteme die symptomatischen Beschwerden der älteren Generation eher unzureichend.

15.6 Ausblick

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der psychische Gesundheitszustand der älteren Menschen nicht ungeachtet bleiben sollte, sondern dieser eine zunehmende Aufmerksamkeit benötige. Dass bei Frauen im Allgemeinen eine höhere Belastung aufgezeigt werden kann liegt mitunter darin, dass sie eine höhere Bereitschaft zeigen diese zu kommunizieren. Da sich Männer im Gegenzug diesbezüglich eher zurücknehmen, sollte vor allem dieses im therapeutischen Kontext bedacht und versucht werden mögliche Beschwerden in Erfahrung bringen zu können. Da bestehende Erhebungsinstrumente die psychischen Beschwerden der älteren Menschen teils unzureichend erfassen (Hessel et al., 2003; Riedel-Heller, 2004) sollten zukünftig Verfahren entwickelt werden, beziehungsweise Anpassungen dieser erfolgen, um ein besseres Bild des psychischen Gesundheitszustandes dieser Generation erhalten zu können. Um folglich dadurch therapeutische Maßnahmen

bestmöglich auf die Bedürfnisse der älteren Menschen abstimmen zu können. Durch Thematisieren der einzelnen Kriegstraumata, könnten diese möglicherweise dazu beitragen das psychische Beschwerdebild, sowohl bei Personen mit als auch ohne PTSD, ein Stück näher verstehen zu können.

Das sich, mit einer Anzahl von 316 Personen dazu bereit erklärten an der Studie teilzunehmen kann durchaus als sehr positiv gesehen werden. Dennoch konnten jene mit hoher psychischer Belastung nicht erreicht werden, da diese vermutlich eine erneute Konfrontation mit traumatischen Ereignissen meiden. Daher wäre es besonders wichtig ältere Menschen, sofern diese nicht schon therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, aufzuklären und ihnen den Zugang zu Hilfestellungen zu erleichtern. Dabei könnten Familienmitglieder, aber auch HeimhelferInnen und Besuchsdienste eine tragende Rolle spielen.

LITERATURVERZEICHNIS

(Literatur der Autorin)

- Andreski, P., Chilcoat, H. & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
- 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.
- 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.
- Böwing, G. & Schröder, S. G. (2009). Spätfolgen von Kriegserlebnissen. Brückensymptome, Trauma-Reaktivierung und Retraumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 3 (4), 294-303.
- Böwing, B., Schmidt, K. U. R., Juckel, G. & Schröder, S. G. (2008). Psychotische Syndrome bei kriegstraumatisierten älteren Patienten. *Der Nervenarzt*, 79 (1), 73-79.
- 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.
- 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.

- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd rev. ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- 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.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe: Göttingen.
- 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.
- 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.
- 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 Test.
- 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.
- 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.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (4), 225-230.
- Heuft, G., Schneider, G., Klaiberg, 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.
- 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.
- 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.
- 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 (12), 1048-1060.
- 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.
- 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.
- Kuwert, P. & Knaevelsrud, C. (2009). Gerontopsychotraumatologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 427-439). Heidelberg: Springer.
- 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.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Lang, F. R., Reischies, F. M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Der Nervenarzt*, 69 (1), 27-37.
- 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. (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. (2003). Viel zu oft übersehen oder unterschätzt. *Geriatric Praxis*, 3, 1-5.

- Maercker, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen (3. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- 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.
- 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.
- 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, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- 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.
- 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.
- Statistisches Jahrbuch. (2010). Wien: Statistik Austria.
- 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.
- Strasser, D. (2011). *Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit in Österreich auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung. Kriegsbedingte Traumatisierungen und die Posttraumatische Belastungsstörung*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.
- 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.

- 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.
- 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*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.

(Literatur der Kolleginnen Strasser und Wintner)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). In J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117-145). Berlin: Springer.
- Bihl, G. (2006). Wien 1945-2005: Eine politische Geschichte: Besatzung, Wiederaufbau und Konsolidierung. In P. Csendes & F. Opll (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.
- 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.
- Botz, G. (1988). *Nationalsozialismus in Wien*. Buchloe: Obermayer.
- Böwing, G. & Schröder, S. G. (2009). Spätfolgen von Kriegserlebnissen. Brückensymptome, Trauma-Reaktivierung und Retraumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 3 (4), 294-303.
- Böwing, G., Schmidt, K. U. R., Juckel, G. & Schröder, S. G. (2008). Psychotische Syndrome bei kriegstraumatisierten älteren Patienten. *Der Nervenarzt*, 79, (1), 73-79.
- 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. & 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.

- Buchmann, B. M. (2009). *Österreicher in der Deutschen Wehrmacht: Soldatenalltag im Zweiten Weltkrieg*. Wien: Böhlau.
- 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.
- 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.
- 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>.
- 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 Erlebnisswelten: Vergewaltigungen – Plünderungen – Erbsen - Straußwalzer. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 449-467). Wien: Oldenbourg.
- 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.
- 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. Sengstschnied, M. Svoboda & Kriegsofper- und Behindertenverband für Wien Niederösterreich und Burgenland (Hrsg.), *Schicksal Kriegsofper. Die Geschichte der Kriegsofper nach 1945. Kriegsofper- und Behindertenverband* (S. 225-320). Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsverband.
- 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.
- 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.
- Fookon, 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.
- 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.
- Gäbler, I., Maercker, A. & Schützwohl, M. (2008). *Langzeitfolgen politischer Inhaftierungen in der DDR. Eine Folgestudie zur Dresdner Untersuchung*. Zürich: Abteilung Psychopathologie und Klinische Intervention.
- 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. (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.
- 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-Kranenburg, 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.
- Hankin, C. S. (1997). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 357-380). Heidelberg: Springer.
- 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. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (4), 225-230.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Knecht, S. & Berger, K. (2004). Einfluss vaskulärer Faktoren auf die Entwicklung einer Demenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 2185-2189.
- 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.
- 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.
- Kumrow, D. (2009). Demenz und die Macht des Ausgeblendeten. *info3 - Anthroposophie im Dialog*, 13-26.
- 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. & 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. *Psychiatrische Praxis*, 35 (8), 399-403.

- 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.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- 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. (1998). Extremlastungen 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. (2003). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (2.Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Tokio: Springer.
- 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. *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. & 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.
- Maercker, A. & Pielmaier, L. (2010). Gibt es Posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Schweizerinnen und Schweizern? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 161* (2), 64-68.
- 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.
- 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.
- Müller, J. & Maercker, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTBS bei Kriminalitätsopfern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*, 49-58.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C. 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.
- 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.
- Reimann, S., Pohl, J. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 13-27). Heidelberg: Springer.
- 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.
- 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.
- 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.
- Snowden, D. A. (2003). Healthy aging and dementia: Findings from the Nun Study. *Annals of Internal Medicine*, 139, 450-454.
- Solomon, Z. & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POW's. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (3), 303-312.
- Sixl, P. (2010). *Sowjetische Tote des Zweiten Weltkriegs in Österreich*. Graz: Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung.
- 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). *Die Innensicht der sowjetischen Besatzung in Österreich 1945–1955. Erfahrung, Wahrnehmung, Erinnerung*. Graz: Habilitation.
- Stelzl-Marx, B. (2009b). 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.
- 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.
- Stüdt, 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.
- Voges, M. A. & Romney, D. A. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2 (4), 1-9.
- Vocelka, K. (2002). *Geschichte Österreichs: Kultur – Gesellschaft – Politik*. München: Heyne.
- Wasner, M. (2008). Resilience among patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) and their caregivers. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 159, 500–505.
- Wassertheurer, P. (2005). „Volksdeutsche“, Fremddareiter 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.
- 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.
- 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.
- 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.

ANHANG A Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse und der Risikograde für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (aus Maercker & Michael, 2009, S. 106)</i>	<i>57</i>
<i>Abbildung 2: Altersverteilung der Gesamtstichprobe (N=316), Histogramm.</i>	<i>131</i>
<i>Abbildung 3: Höchst abgeschlossene Ausbildung der Gesamtstichprobe und getrennt nach Geschlecht (n=315), Angaben in Prozent.</i>	<i>132</i>
<i>Abbildung 4: Derzeitiger Familienstand (N=316), Angaben in Prozent.</i>	<i>133</i>
<i>Abbildung 5: Wohnsituation (N=316), Angaben in Prozent.</i>	<i>133</i>
<i>Abbildung 6: MMSE Gesamtscore von n=315 (Rohwerte), Histogramm.</i>	<i>134</i>
<i>Abbildung 7: Psychische Gesamtbelastung (GSI) der Gesamtstichprobe (N=316), Histogramm.</i>	<i>138</i>
<i>Abbildung 8: Klinische Relevanz der BSI Subskalen (N=316), Angaben in Prozent.</i>	<i>140</i>
<i>Abbildung 9: Anzahl der Traumata über die Lebensspanne (N=316), Histogramm.</i>	<i>141</i>
<i>Abbildung 10: PCL-C Summenscore (n=315), Histogramm.</i>	<i>142</i>
<i>Abbildung 11: Häufigkeiten klinisch relevanter Symptomatiken (PTSD/keine PTSD).</i>	<i>149</i>

ANHANG B Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Österreichische Kriegsgefangene (aus Knoll 2005a, S.133)</i>	33
<i>Tabelle 2: Aufteilung der Stichprobe nach BIK/PSY, Bundesländer</i>	120
<i>Tabelle 3: Effektgrößen nach Cohen (1988, 1992).</i>	130
<i>Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichung der BSI-Subskalen (basierend auf Rohwerte).</i>	139
<i>Tabelle 5: Mittlere Ränge der BSI-Subskalen getrennt nach Geschlecht und Teststatistik.</i>	145
<i>Tabelle 6: Mittlere Ränge der BSI-Subskalen (ohne PTSD) getrennt nach Geschlecht und Teststatistik.</i>	146
<i>Tabelle 7: Häufigkeiten der klinisch relevanten Symptomatiken, getrennt nach PTSD/ keine PTSD und Teststatistik.</i>	148
<i>Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichung des GSI, bezogen auf die Traumahäufigkeit.</i>	150
<i>Tabelle 9: Psychische Gesamtbelastung anhand erlebter Kriegstraumata, Teststatistik.</i>	152

ANHANG C Teststatistik der Hypothese 9

Skala	SOMA	ZWAN	UNSI	DEPR	ANGS
Kriegstraumata	<i>U (p)</i>				
Luftangriff	7670 (.189)	7968 (.333)	7831 (.258)	7410 (.098)	8114 (.417)
Direkte Kriegshandlung	11442 (.129)	12049 (.352)	10653 (.016) *	11856 (.265)	11823 (.252)
Verwundung	3774 (.288)	3777 (.289)	3724 (.248)	3845 (.340)	4005 (.477)
Familienangehörige gefallen	11350 (.120)	11308 (.109)	12015 (.362)	11529 (.166)	12289 (.498)
Tote bergen	5487 (.327)	5635 (.429)	5467 (.310)	5717 (.488)	5622 (.419)
Kriegsgefangenschaft	6060 (.121)	6350 (.246)	6409 (.276)	5611 (.025) *	6736 (.485)
Verlassen der Heimat	7493 (.010) *	8876 (.362)	8336 (.124)	8179 (.084)	7801 (.027) *
Familie verschleppt	2257 (.344)	2339 (.431)	2322 (.411)	2127 (.217)	2203 (.287)
Widerstand	3496 (.373)	3117 (.116)	3489 (.365)	3405 (.295)	3345 (.249)
Raub durch BM	9482 (.009) **	9818 (.026) *	10934 (.313)	10934 (.314)	10215 (.076)
Psychische Gewalt BM	6506 (.121)	6753 (.221)	6831 (.257)	6777 (.230)	6552 (.134)
Physische Gewalt BM	5620 (.093)	5500 (.062)	5020 (.008) **	5732 (.126)	4665 (.002) **
Sexuelle Übergriffe	1494 (.150)	1726 (.389)	1711 (.369)	1748 (.416)	1515 (.164)

*p<.05, **p<.01 (1-seitig)

Skala	AGGR		PHOB		PARA		PSYC	
Kriegstraumata	<i>U (p)</i>							
Luftangriff	8231 (.488)		7780 (.229)		7771 (.231)		7814 (.245)	
Direkte Kriegshandlung	10754 (.021)	*	10577 (.011)	*	10813 (.027)	*	11246 (.076)	
Verwundung	3554 (.144)		2897 (.005)	**	3632 (.190)		3337 (.058)	
Familienangehörige gefallen	12220 (.463)		10636 (.016)	*	11786 (.261)		12242 (.474)	
Tote bergen	5098 (.118)		5171 (.143)		4870 (.056)		4864 (.050)	
Kriegsgefangenschaft	5146 (.003)	**	4772 (.001)	**	6565 (.372)		5193 (.003)	**
Verlassen der Heimat	8925 (.387)		8489 (.172)		8615 (.230)		7637 (.013)	*
Familie verschleppt	1823 (.049)	*	2100 (.190)		2290 (.377)		2350 (.442)	
Widerstand	2874 (.037)	*	3539 (.407)		3345 (.249)		3399 (.285)	
Raub durch BM	10344 (.101)		10424 (.118)		11020 (.356)		11095 (.390)	
Psychische Gewalt BM	6323 (.067)		6802 (.238)		6991 (.351)		6792 (.232)	
Physische Gewalt BM	5008 (.008)	**	5623 (.085)		5955 (.226)		5134 (.012)	*
Sexuelle Übergriffe	1578 (.219)		1519 (.161)		1743 (.161)		1073 (.006)	**
*p<.05, **p<.01 (1-seitig)								

*p<.05, **p<.01 (1-seitig)

ANHANG D Interviewleitfaden

INFORMATION ZUM GESPRÄCH

Ihnen wird nun eine Reihe von Fragen gestellt und wir bitten Sie diese **vollständig zu beantworten**.

Falls **Fragen oder Unklarheiten** auftauchen, bitten wir Sie diese sofort anzusprechen und abzuklären.

Es ist wichtig alle **Fragen** zu bearbeiten, wobei Sie auch die Möglichkeit haben Ihre Antwort zu verweigern.

Die Fragen beziehen sich auf frühere Erinnerungen, eigene Erfahrungen und darauf wie es Ihnen persönlich geht. Es gibt hier **keine richtigen oder falschen Antworten**.

Die Befragung wird **ungefähr eine Stunde** dauern und es können auf Wunsch jederzeit Pausen gemacht werden.

Ihre **Teilnahme** an der Studie erfolgt selbstverständlich **freiwillig** und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Ihre **Teilnahme** an der Studie erfolgt selbstverständlich **anonym**. Ihr Name und persönliche Daten werden nirgends aufscheinen.

Angaben die Sie uns gegenüber mitteilen, unterliegen der **Schweigepflicht** und werden nicht weitergegeben.

**Wir möchten uns herzlich für Ihre Zeit und die Teilnahme
an diesem Interview bedanken.**

Ihre Unterstützung leisten einen wichtigen Beitrag zur Forschung.

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 und Koordinatorin:

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: kriegskinder@univie.ac.at

Projektleitung:

Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Universität Wien, Fakultät für Psychologie

Liebiggasse 5

1010 Wien

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:

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...)			
	Buch	☐	Notizen
	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 ihn 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	Nimmt es in die rechte Hand	☐	

Blatt 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 <u>Beiblatt 1 MMST</u>)	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 <u>Beiblatt 1 MMST</u>)			
			Notizen
	Zeichnet richtig	☐	
CUT OFF liegt bei 22	Score (0-1)		

fortfahren	Gesamtscore (max. 30)
------------	-----------------------

2. Soziodemographische Daten

CODE: _____ <i>(Anmerk.: ersten zwei Buchstaben des Vor- und Nachnamens des Testleiters und fortlaufende Nummerierung der Teilnehmer; Bsp: SaSc001)</i>
--

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. Höchst abgeschlossene Ausbildung	(0) Volksschule (1) Hauptschule (2) Matura (3) Hochschulabschluss (4) Lehre	
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	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
	(1) Anderes:		
	1.(b) _____		

2. Gehören Sie einer bestimmten Volksgruppe 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	<u>Notizen:</u>
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) an <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 Stammolpapier (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>

		(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	
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	<u>Notizen:</u>

22. Verspüren Sie heute noch Angst vor einer Verschleppung?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
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	<u>Notizen:</u>
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	<u>Notizen:</u>
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	<u>Notizen:</u>
26. Wo haben Sie das Kriegsende erlebt?	(0) Am Wohnort		<u>Notizen:</u>

	(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	
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	<u>Notizen:</u>
28. In welcher Besatzungszone haben Sie die meiste Zeit zwischen 1945-55 verbracht? (Mehrfachnennung möglich)	28.a.: Sowjetunion/Russland 28.b.: Frankreich 28.c.: USA 28.d.: Großbritannien	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

34.(a) Hatten Sie das Empfinden, dass die Angehörigen der Besatzungsmacht Sie beschützen und Ihnen Sicherheit vermitteltelten? 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.: <u>Beispiele:</u>
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	<u>Notizen:</u>
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	<u>Notizen:</u>
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	<u>Notizen:</u>

38.Was ist Ihnen noch wichtig zu erzählen?	
---	--

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	<u>Notizen</u>
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	

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	<u>Notizen</u>
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	

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....						
	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	<u>Notizen</u>
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	
WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....						
	Überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	<u>Notizen</u>
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	
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	
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	

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	0	1	2	3	4	5	6	

wurde?	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	
	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	<u>Notizen</u>
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	
	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	<u>Notizen</u>
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 <u>weniger</u> 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	
	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	<u>Notizen</u>
15. Nach Ihrem 13. Geburtstag: Hat jemand, der <u>mindestens</u> 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:							
								<u>Notizen</u>
18. Wenn Sie persönlich irgendeines der oben aufgelisteten Ereignisse miterlebt haben,								

a) haben Sie während des Ereignisses intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt? b) sind Sie bei einem/ mehreren dieser Ereignisse schwer verletzt worden? c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:	Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer : _____ Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer: _____ 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 Lebenserfahrungen 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	1	2	3	4	5	

	wurden?						
		Gar nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Äußerst	<u>Notizen</u>
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	1	2	3	4	5	

	Menschen fühlen?						
		Gar nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Äußerst	<u>Notizen</u>
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 Kurzsкала

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	<u>Notizen</u>
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	

	Überhaupt nicht wahr	Selten wahr	Manchmal wahr	Oft wahr	Fast immer wahr	<u>Notizen</u>
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	

ANHANG E Abstract (deutsch)

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, die aktuelle Psychopathologie der älteren österreichischen Bevölkerung abzubilden, wobei erstmalig die Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs berücksichtigt wurden. Nach Ausschluss des Vorliegens einer Demenz mittels MMSE, wurden 316 Österreicher, geboren vor 1945, in allen Bundesländern durch geschulte Interviewer befragt. Der Frauenanteil (62%) innerhalb der Stichprobe war aufgrund natürlicher Gegebenheiten höher als jener der Männer (38%). Um den historischen Background erfassen zu können, wurde eigens in Kooperation mit Experten des Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung ein strukturiertes Interview angefertigt. Weiters wurde die symptomatischen Belastung (BSI), Traumaerfahrungen nach dem Krieg (TLEQ), das Vorliegen einer PTSD (PCL-C) und die Resilienz (CD-RISC) gemessen. Die Ergebnisse zeigen, dass die ältere österreichische Bevölkerung, insbesondere Frauen, im Allgemeinen vermehrt über symptomatische Beschwerden klagt. Das Vorliegen einer PTSD (partiell/voll) weist hoch signifikante Zusammenhänge mit komorbiden Beschwerden auf. In Anbetracht einzelner Kriegstraumata konnten spezifische Symptommuster festgestellt werden, wobei diese auch bei jenen ersichtlich sind die keine PTSD aufweisen.

ANHANG F Abstract (englisch)

The aim of this study was to portray the current psychopathology of the elderly Austrian population, in which the events of World War II and the occupation of Austria was to be considered first. After excluding the presence of dementia by MMSE, 316 Austrians, born before 1945 were interviewed in all Austrian federal states by trained interviewers. Due to natural conditions, the proportion of women (62%) in the sample was higher than that of men (38%). Every participant provided information about their historical background, using a structured interview, which was especially designed in cooperation with experts of the Ludwig Boltzmann Institut for war impact research. Furthermore, the elderly people were screened for symptomatic burden (BSI), trauma exposure after the post-war period (TLEQ), present symptoms of PTSD (PCL-C) and resilience (CD-RISC). The results indicate in general that the elderly Austrian population, especially women, complaining a high number of psychopathological symptoms. The presence of PTSD (partial / full) has highly significant relationships with co-morbid disorders. In view of specific war events symptom patterns could be identified. These can be also seen by those without PTSD.

ANHANG G Lebenslauf

Lebenslauf

Name	Bettina Schiller
Geburtsdatum	09.02.1985
Geburtsort	Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich
Ausbildung	2004-2011 Studium der Psychologie, Universität Wien 1999-2004 HLW Reumannplatz 3, 1100 Wien 1995-1999 Gymnasium Erlgasse 32/34, 1120 Wien 1991-1995 Volksschule Deckergasse 1, 1120 Wien
Zusatzausbildung	Entspannungstrainerin (PMR nach Jacobson)
Berufserfahrung	Juli bis August 2008 – Praktikum im Otto Wagner Spital, Gerontopsychiatrische Tagesklinik, Pav. 19/3, 1145 Wien Feber bis September 2007 – Infactory innovations & trade GmbH, 1020 Wien (Forschung: Personen mit Restless Legs Syndrom – Nachweisbarkeit mit aXbo Schlafphasenwecker) 2006 bis 2011 – Diverse Neben- und Ferialjobs: Herba Chemosan, AFT Plus Promotion Sales, Media & Mehr, Original Sacher Torten Handels-& Produktions GmbH.
Fremdsprachen	Englisch, Französisch