



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

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.

Verfasserin:

Daniela Wintner

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Juni 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Personen bedanken die mich bei der Anfertigung meiner Diplomarbeit umfangreich unterstützt haben.

Vor allem danke ich meinen Eltern, Gabriele Wintner und Heinrich Wintner, die mir mein Studium überhaupt erst ermöglicht haben und mich so gut es ging unterstützten und motivierten.

Mein Dank geht auch an meinen Freund, Othmar Schwarz, der mir bei Schwierigkeiten mit der Formulierung immer geholfen hat und meine Arbeit korrekturgelesen hat.

Sehr bedanken möchte ich mich an dieser Stelle bei meinen Kolleginnen, Bettina Schiller und Daniela Strasser, die mit mir gemeinsam die Diplomarbeitsstudie bewältigt haben. Es machte Spaß mit ihnen zusammenzuarbeiten und ich danke ihnen für die große Unterstützung.

Ich bedanke mich bei dem ganzen Projektteam des Projektes „Kriegskinder“ und dem Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung in Graz für die gute Zusammenarbeit und der tatkräftigen Unterstützung.

Meiner Diplomarbeitsbetreuerin Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster möchte ich danken, dass sie mir die Teilnahme an der Diplomarbeitsstudie ermöglichte. Weiters möchte ich mich für ihre Unterstützung und ihre hilfreichen Anregungen bedanken.

Anmerkung:

Die vorliegende empirische Arbeit ist im Rahmen eines österreichweiten universitären Projektes „Kriegskinder“ in Zusammenarbeit mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung entstanden. Aufgrund des Umfanges wurde die Untersuchung anhand drei verschiedener Diplomarbeiten von Bettina Schiller, Daniela Strasser und mir bearbeitet.

Zur Untersuchung von jeweils unterschiedlichen Fragestellungen wurde das gleiche Datenmaterial und die gleiche Kodierung der Daten verwendet. Die Auswertung der Daten erfolgte in allen drei Diplomarbeiten unabhängig.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	II
1 EINLEITUNG	8
2 ZWEITER WELTKRIEG UND BESATZUNGSZEIT IN ÖSTERREICH (VERFASST VON DANIELA STRASSER)	9
2.1 EINLEITUNG	9
2.2 DER „ANSCHLUSS“ ÖSTERREICHS AN NS-DEUTSCHLAND	9
2.3 DER ZWEITE WELTKRIEG	11
2.4 BOMBENALARM UND LUFTANGRIFFE	11
2.5 KÄMPFE AM ENDE DES ZWEITEN WELTKRIEGES	13
2.6 WIDERSTAND UND OPPOSITION IN ÖSTERREICH	15
2.7 DAS KRIEGSENDE	16
2.8 ALLGEMEINE LEBENSUMSTÄNDE.....	16
2.8.1 Kriegsschäden und Wiederaufbau.....	16
2.8.2 Lebensmittelknappheit.....	17
2.8.3 Schulbildung.....	18
2.9 BESATZUNGSZEIT	18
2.9.1 Amerikanische Besatzungsmacht.....	19
2.9.2 Britische Besatzungsmacht.....	21
2.9.3 Französische Besatzungsmacht.....	22
2.9.4 Sowjetische Besatzungsmacht.....	23
2.10 VERGEWALTIGUNG UND SEXUELLE ÜBERGRIFFE	25
2.11 VERHAFTETE UND VERURTEILTE ÖSTERREICHERINNEN	27
2.12 KRIEGSGEFANGENSCHAFT	28
2.12.1 Amerikanische Kriegsgefangenschaft.....	29
2.12.2 Britische Kriegsgefangenschaft.....	30
2.12.3 Französische Kriegsgefangenschaft.....	30
2.12.4 Sowjetische Kriegsgefangenschaft.....	30
2.12.5 Kriegsgefangene in Belgien und Jugoslawien	31
2.13 VERTRIEBENE, HEIMATLOSE UND VERSCHLEPPTE (DISPLACED PERSONS).....	32
2.14 DER STAATSVETRAG UND DAS ENDE DER BESATZUNG IN ÖSTERREICH.....	33

3	PSYCHOTRAUMATOLOGIE (VERFASST VON BETTINA SCHILLER)	34
3.1	DAS TRAUMA	34
3.1.1	<i>Traumatypisierung – „man-made disaster“ und „nature-made disaster“</i>	36
3.1.2	<i>Differenzierung der Traumaopfer</i>	37
3.2	DIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTSD – POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER)	37
3.2.1	<i>Vollbild und partielle PTSD</i>	39
3.2.2	<i>Das kognitive Modell der PTSD</i>	39
3.2.3	<i>Komorbide Störungen</i>	40
3.2.4	<i>Prävalenz der PTSD</i>	41
4	MENSCHEN HÖHEREN LEBENSALTERS – PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND TRAUMATISIERUNGEN (VERFASST VON BETTINA SCHILLER)	42
4.1	TRAUMAREAKTIVIERUNG – ENTWICKLUNG DER PTSD IM ALTER	43
4.2	ALTERSSPEZIFISCHE BESONDERHEITEN DES PSYCHOTRAUMAS	44
4.3	EPIDEMIOLOGIE VON TRAUMATA IM HÖHEREN LEBENSALTER	45
4.4	PSYCHISCHE GESUNDHEIT – AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND	46
4.5	PTSD-KOMORBIDITÄTEN IM SPEZIELLEN BEZOGEN AUF KRIEGSBEDINGTE TRAUMATISIERUNGEN	48
4.6	ZUSAMMENFASSUNG	51
5	TRAUMA UND KRIEG (VERFASST VON DANIELA STRASSER)	53
5.1	EINLEITUNG	53
5.2	KRIEGSBEOGENE UND ZIVILE TRAUMATA	54
5.3	AKZIDENTELLE UND INTERPERSONELLE TRAUMATA	54
5.4	EXPOSITION DURCH KRIEGSBEOGENE TRAUMATISCHE ERFAHRUNGEN	55
5.4.1	<i>Quantität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen</i>	55
5.4.2	<i>Qualität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen</i>	56
5.4.3	<i>Einfluss demographische Variablen</i>	58
5.4.4	<i>Direkte und indirekte Traumatisierung</i>	59
5.4.5	<i>Kriegsbezogene Traumata als schlimmste traumatische Erfahrung</i>	60
5.5	PRÄVALENZEN DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG	60
5.5.1	<i>Das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung</i>	60
5.5.2	<i>Die partielle Posttraumatische Belastungsstörung</i>	61

5.5.3	<i>PTSD-Symptomatik</i>	62
5.5.4	<i>Häufigkeit erlebter Traumatisierungen und PTSD</i>	63
5.5.5	<i>Gewalt vs. andere Kriegstraumata und PTSD</i>	63
5.6	KRITERIUM A - IN UNTERSCHIEDLICHER QUALITÄT	64
5.6.1	<i>Sexualisierte Kriegsgewalt</i>	65
5.6.2	<i>Schwere Luftangriffe</i>	66
5.6.3	<i>Vertreibung/Flucht/Umsiedelung</i>	67
5.6.4	<i>Direkte Kriegshandlungen und Kampf</i>	68
5.6.5	<i>Kriegsgefangenschaft</i>	69
5.6.6	<i>Widerstand</i>	70
6	KINDER IM KRIEG (VERFASST VON DANIELA STRASSER)	71
6.1	EINLEITUNG	71
6.2	DAS KONZEPT DER SEQUENTIELLEN TRAUMATISIERUNG	71
6.3	AUSWIRKUNGEN FÜR BETROFFENE KINDER	72
6.4	AKTUELLE SITUATION	74
7	PROTEKTIVE (RESILIENZ) FAKTOREN UND RISIKOFAKTOREN DER PTSD (VERFASST VON DANIELA WINTNER)	75
7.1	EINLEITUNG	75
7.2	RESILIENZ	75
7.2.1	<i>Resilienz in Bezug zu Trauma und PTSD</i>	77
7.3	PSYCHOLOGISCHE MODELLE	79
7.3.1	<i>Soziales Fazilitationsmodell</i>	79
7.3.2	<i>Multifaktorielles Rahmenmodell</i>	80
7.4	BEEINFLUSSENDE FAKTOREN VON ENTSTEHUNG UND AUFRECHTERHALTUNG EINER PTSD	83
8	PROTEKTIVE FAKTOREN BEI PTSD (VERFASST VON DANIELA WINTNER)	85
8.1	ALLGEMEINE DEFINITION	85
8.2	KOHÄRENZSINN	85
8.3	SOZIALE ANERKENNUNG	88
8.4	DISCLOSURE	89
8.5	HARDINESS (WIDERSTANDSFÄHIGKEIT)	90

8.6	SOZIALE UNTERSTÜTZUNG	91
9	RISIKOFAKTOREN DER PTSD (VERFASST VON DANIELA WINTNER)	95
9.1	ALLGEMEINE DEFINITION	95
9.2	MÖGLICHE RISIKOFAKTOREN	95
9.3	ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIENERGEBNISSE	99
10	PROTEKTIVE (RESILIENZ) FAKTOREN UND RISIKOFAKTOREN IM ALTER (VERFASST VON DANIELA WINTNER)	101
10.1	BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE IM ALTER	102
10.2	AUTOBIOGRAFISCHES GEDÄCHTNIS BEI PTSD	103
10.3	TRAUMAREAKTIVIERUNG IM ALTER	104
10.4	EXKURS: PTSD UND DEMENZ	105
11	EMPIRISCHER TEIL (VERFASST VON WINTNER, STRASSER UND SCHILLER) 109	
11.1	HYPOTHESENGENERIERUNG	109
11.2	FRAGESTELLUNGEN	110
11.3	FORMULIERUNG DER HYPOTHESEN	112
11.4	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	115
11.4.1	Stichprobenumfang	115
11.4.2	Stichprobenaufteilung	115
11.5	AUSSCHLUSSKRITERIEN	118
12	METHODE (VERFASST VON WINTNER, STRASSER UND SCHILLER)	119
12.1	UNTERSUCHUNGSDESIGN	119
12.2	UNTERSUCHUNGSTRUMENTE	120
12.2.1	Mini Mental State Examination (MMSE)	120
12.2.2	Soziodemographische Daten	121
12.2.3	Historischer Background	121
12.2.4	Brief Symptom Inventory (BSI)	122
12.2.5	Fragebogen zu traumatischen Lebensereignissen (TLEQ)	122
12.2.6	PTSD - Checklist civilian version (PCL-C)	123
12.2.7	Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	124
12.3	UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG	124

12.4	STATISTISCHE VERFAHREN	126
12.4.1	<i>Untersuchung von Zusammenhängen</i>	126
12.4.2	<i>Untersuchung von Gruppenunterschieden</i>	127
12.4.3	<i>Statistische Bedeutsamkeit (Effektstärke)</i>	128
13	ERGEBNISSE (VERFASST VON DANIELA WINTNER)	129
13.1	DESKRIPTIVE ANALYSE	130
13.1.1	<i>Stichprobenbeschreibung</i>	130
13.2	VERWENDETE DIAGNOSTISCHE VERFAHREN	133
13.2.1	<i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	133
13.2.2	<i>Traumatische Erlebnisse (Historischer Background und TLEQ)</i>	133
13.2.3	<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	137
13.2.4	<i>Posttraumatic Stress Disorder (PCL-C)</i>	138
13.2.5	<i>Connor Davidson Resilience Scale-Kurzskala (CD-RISC)</i>	142
13.3	HYPOTHESENPRÜFUNG	146
13.3.1	<i>Hypothese 1</i>	146
13.3.2	<i>Hypothese 2</i>	147
13.3.3	<i>Hypothese 3</i>	148
13.3.4	<i>Hypothese 4</i>	149
13.3.5	<i>Hypothese 5</i>	150
13.3.6	<i>Hypothese 6</i>	151
13.3.7	<i>Hypothese 7</i>	152
13.3.8	<i>Hypothese 8</i>	153
13.3.9	<i>Hypothese 9</i>	153
14	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION (VERFASST VON DANIELA WINTNER)	156
14.1	PTSD	157
14.1.1	<i>Geschlecht</i>	158
14.1.2	<i>Familienstand</i>	158
14.1.3	<i>Ausbildung</i>	159
14.1.4	<i>Berufsstand</i>	159
14.1.5	<i>Soziale Unterstützung – und Wertschätzung</i>	159
14.2	RESILIENZ UND PTSD	160

14.2.1	<i>Soziodemographische Variablen</i>	161
14.2.2	<i>Soziale Unterstützung</i>	162
14.2.3	<i>Kriegstraumata</i>	163
15	KRITIK UND AUSBLICK (VERFASST VON DANIELA WINTNER)	164
16	LITERATURVERZEICHNIS (DANIELA WINTNER)	167
17	LITERATURVERZEICHNIS (BETTINA SCHILLER UND DANIELA STRASSER) 174	
18	TABELLENVERZEICHNIS	193
19	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	194
20	ANHANG	195
20.1	ABSTRACT.....	195
20.2	TEILNEHMERINFORMATION.....	197
20.3	EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG.....	199
20.4	TESTBATTERIE	201
20.5	CURRICULUM VITAE DANIELA WINTNER.....	240

1 Einleitung

Das hohe Alter ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl an belastenden Ereignissen. Es gilt als gesichert, dass Traumatisierungen in einem frühen Alter auch noch nach langer Zeit reaktiviert werden können und es durch den Alterungsprozess zu einem verzögerten Beginn bzw. einer Verschlimmerung der PTSD-Symptomatik führen kann (Heuft, 1999).

Da Menschen höheren Alters viel an Lebenserfahrung gesammelt haben und durchaus mit mehr als einem traumatischen Erlebnis in ihrem Leben konfrontiert wurden, stellt sich die Frage über welche Ressourcen bzw. Schutzfaktoren die jeweiligen Personen verfügen um nicht an den belastenden Einflüssen zu erkranken und so ein Ausbrechen einer PTSD verhindern. Ebenso fragt sich, welche Faktoren einen negativen Einfluss auf die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse haben und so die Entstehung einer PTSD begünstigen.

Ziel der vorliegenden Studie ist es einerseits Risikofaktoren zu untersuchen, welche das Risiko für das Entstehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) erhöhen. Andererseits sollen Schutzfaktoren identifiziert werden, die bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen unterstützend waren und somit vor einer PTSD schützen.

Hinsichtlich der protektiven Faktoren wurde der Einfluss von sozialer Unterstützung, sozialer Wertschätzung und Resilienz in Bezug auf PTSD untersucht. Zudem wurden demografische Faktoren in Bezug auf ihre Beziehung zu PTSD und Resilienz analysiert.

In Österreich gibt es bislang keine Studien, welche sich mit erlebten kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit beschäftigen und sich neben der Untersuchung des psychischen Gesundheitszustandes ebenso eine Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren der älteren österreichischen Bevölkerung anführen.

2 Zweiter Weltkrieg und Besatzungszeit in Österreich

(verfasst von Daniela Strasser)

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

2.1 Einleitung

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

2.2 Der „Anschluss“ Österreichs an NS-Deutschland

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

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

Einschüchterungen geprägt war, führte zu einer Bestätigung von 99.6 % für die *Wiedervereinigung von Österreich mit Deutschland* (Haas, 1988).

Während die Jubelstimmung am Heldenplatz noch anhielt, wurden schon in den ersten Tagen der Machtübernahme der NSDAP 60 000 ÖsterreicherInnen verhaftet. Viele wurden ins Konzentrationslager Dachau gebracht. Beim Einmarsch der deutschen Wehrmacht setzten 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 % 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 (Thurner, 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 Drittelmillion 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 Glasenbach durchgeführt (Petschnigg, 2005). Die zahlreichen Ausquartierungen durch die amerikanische Armee schufen, neben den Entnazifizierungsmaßnahmen, Spannungen zwischen den Besetzten und Besatzern. Beispielsweise kam es im Mai 1945 in einer Pinzgauer Gemeinde zur Beschlagnahme von 19 der 21 Häuser. Vor allem der sorglose Umgang mit den besetzten Häusern, das Verbrennen von Möbeln beispielsweise, führte in der Bevölkerung zu großem Unmut (Bauer, 1998).

1946 war die Truppenstärke der US-Armee in Österreich mit 41 361 Soldaten und ein Jahr später mit 12 306 Soldaten beziffert. 1953 kam es nochmal zu Aufstockungen auf 17 000 amerikanische Soldaten auf österreichischem Gebiet. Vor allem in der ersten Nachkriegszeit zeigte die amerikanische Besatzungspolitik, insbesondere bei Entwaffnung, Versorgung und 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 % 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 repatriiert worden und Ende 1947 kehrten die letzten nach Österreich zurück (Weber, 2005).

2.12.3 Französische Kriegsgefangenschaft

Die letzten Kriegsgefangenen aus französischer Kriegsgefangenschaft kehrten im Oktober 1947 nach Österreich zurück, wobei auch Frankreich die Repatriierung in Abhängigkeit der politischen Belastung vollzog. Österreichische Angehörige der SA, SS, Waffen-SS, SD, Gestapo und NS-Funktionäre wurden an die österreichische Justiz ausgeliefert (Knoll, 2005a).

2.12.4 Sowjetische Kriegsgefangenschaft

Weit über 130 000 ÖsterreicherInnen wurden in sowjetischer Kriegsgefangenschaft (Knoll, 2005b), im sogenannten *Archipel GUPVI*, der Hauptverwaltung für Angelegenheiten von Kriegsgefangenen und Internierten, registriert. Es handelte sich um ein riesiges Lagersystem, das dem Zweck diente, Kriegsgefangene zu organisieren und ihre Arbeitskraft der sowjetischen Wirtschaft zugänglich zu machen. Diese Lager breiteten sich über die gesamte Sowjetunion aus und umfassten

rund 5 000 Teillager, Spitäler und Arbeitsbataillone. Insgesamt wurden Daten und Dokumente von vier Millionen Kriegsgefangenen und Internierten aufbewahrt (Karner, 1995). Sowjetische Lager kennzeichneten sich insbesondere durch die klimatische Extremsituation und entsetzliche Arbeitsbedingungen (Karner, 1999).

Millionen Menschen wurden zum größten Teil unter eklatanten Menschenrechtsverletzungen festgehalten. Tausende Menschen verhungerten, erfroren, starben an Seuchen oder Schwäche, kamen auf der Flucht um oder wurden erschossen. In den Lagern 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 Massenmorden zum Opfer fiel. In

Werschetz, einer Stadt nahe der rumänischen Grenze, wurden 10 000 von den 15 000 zum Großteil Volksdeutschen verschleppt und umgebracht (Kaltenegger, 2001).

2.14 Der Staatsvertrag und das Ende der Besatzung in Österreich

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

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

3 Psychotraumatologie (verfasst von Bettina Schiller)

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

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

3.1 Das Trauma

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

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

Der Begriff Psychotrauma verbirgt ein kurz oder länger andauerndes Ereignis, welches sich dem Betroffenen unerwartet präsentiert und eine seelische Wunde hinterlassen kann. Das plötzliche Auftreten des traumatischen Ereignisses lässt einem kaum Möglichkeiten offen, sich diesem Geschehen rechtzeitig, mittels Adaptionfähigkeiten (coping abilities), anzupassen. Folglich führt dies zu einer schwerwiegenden Belastung, bei der auch das Selbst- und Weltbild des Betroffenen in Mitleidenschaft gezogen wird (Friedmann, 2004, S. 12).

Kahn (1963) definierte den Begriff des *kumulativen Traumas*. Charakteristisch für dieses Trauma ist, dass auch die Summe einzelner nicht traumatischer Erfahrungen, die sich wechselseitig verstärken, zur Ausbildung einer Traumatisierung führen können.

Anders als Kahn sprach Keilson (1979) von einer *sequentiellen Traumatisierung*. Zur Veranschaulichung der einzelnen Phasen einer Traumatisierung zog er die Erlebnisse verfolgter jüdischer Kriegswaisenkinder aus den Niederlanden heran. Da sich die vorliegende Arbeit im Besonderen ehemaligen Kriegskindern widmet, wird die sequentielle Traumatisierung für eine detailreichere Beschreibung im Kapitel 6.2 aufgegriffen.

In Hinblick auf die Dauer bzw. die Häufigkeit des Konfrontiertseins mit einem traumatischen Erlebnis, kann eine Typisierung des Traumas (Typ I und Typ II) nach Terr (1991) vorgenommen werden. Für die Einteilung der zwei Traumtypen zog sie ursprünglich Kindheitstraumatisierungen heran. Der Trauma Typ I steht für Traumareaktionen, die durch ein unerwartetes Ereignis auftreten können. Dabei kann es sich um eine Vergewaltigung, einen Unfall, eine Naturkatastrophe oder im Speziellen um einen Bombenangriff handeln, wie es das zu Beginn angeführte Zitat von Freud (1980) illustriert. Diese Ereignisse verankern sich im Gedächtnis des Betroffenen und können eine PTSD zur Folge haben. Der Trauma Typ I kann zu einem Trauma Typ II überführen, wenn der Betroffene mehrfachen, sich

wiederholenden oder beständigen traumatischen Ereignissen ausgesetzt ist. Aufgrund der immer wiederkehrenden traumatischen Situationen kommt es zu Anpassungsprozessen (dissoziative Prozesse), welche die Situation erträglicher machen und eine Distanzierung schaffen. Von Menschenhand verursachte Traumen, welche über einen längeren Zeitraum andauern und demnach dem Trauma Typ II zuzuordnen sind, führen laut Maercker (2009), im Vergleich zu anderen Formen, bei den Betroffenen zu stärkeren psychischen Beeinträchtigungen, welche sich sogar in Folge chronifizieren können.

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

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

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

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

3.1.2 Differenzierung der Traumaopfer

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

3.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder)

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

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist laut ICD-10 „[...] eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling et al., 2010, S. 183).

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.

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

3.2.4 Prävalenz der PTSD

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

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

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

Baltes (1996) hat sich eingehend mit dem Alter befasst und kam zu dem Entschluss, die Zukunft des Alters als „Hoffnung mit Trauerflor“ zu bezeichnen. Aufgrund der vergangenen Jahre, welche eine Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen, wie beispielsweise das medizinische Angebot für „junge Alte“ (60 bis 75-jährigen) mit sich brachten, revidierte Baltes (1999) jedoch seine zuvor kritische Ansicht und sieht auch für das hohe Alter (80+) eine „Belle Époque“ immer näher rücken. Dieses Kapitel widmet sich nun ganz besonders den Menschen höheren Alters, wobei 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 altersspezifische Besonderheiten auf. Dabei wird die Bedeutung des Traumas in den psychischen Altersprozess eingebettet und dessen Bewältigung aufgrund der altersspezifischen Gedächtnisorganisationen und –funktionen verändert. Das bislang bei älteren Menschen das Vorliegen einer Traumatisierung nicht als klinisch relevant angesehen wurde, könnte auf mehrere Gründe zurückgeführt werden. Einerseits kommen sie im Rahmen einer Therapie, welche sie kaum in Anspruch nehmen/ bzw. nehmen können, eher selten auf ihre Traumen zu sprechen. Andererseits sehen sie ihre Probleme, wie beispielsweise Ein- und Durchschlafstörungen, häufig als altersbedingt an und erkennen nicht, dass es sich hierbei eventuell um eine Symptomatik einer Traumafolgestörung handeln könnte. Auch Trauerfälle, mit denen man in diesem Lebensabschnitt häufiger konfrontiert wird, führen zu einer Stabilisierung und Verfestigung gewisser Bewältigungsstrategien. Folglich lassen einem die genannten Gründe verstehen, warum ältere Menschen die erlebten Traumata weniger angst- und affektbesetzt erleben und sie diese eher als Schicksalsschläge interpretieren (Maercker, 2002).

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

Somit kann eine chronische PTSD im Alter auf jegliche Arten ehemals 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 gezeit, 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 3.2 eingegangen.

4.3 Epidemiologie von Traumata im höheren Lebensalter

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

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

Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) konnten im Rahmen ihrer repräsentativen Studie aufzeigen, dass die Teilnehmer von insgesamt N=814 der über 60-Jährigen, zu 47.4% von mindestens einem traumatischen Ereignis berichteten. Die Einmonatsprävalenz der PTSD wies insgesamt einen signifikanten Anstieg über die Altersgruppen auf wobei diese bei den Älteren 3.4% betrug (S. 582). Bezogen auf die partielle PTSD zeigte sich eine Einmonatsprävalenz von 2.0% (S. 584).

Bei der Studie von Spitzer et al. (2008) wurde bei der gewählten Stichprobe aus 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).

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

4.4 Psychische Gesundheit – Aktueller Forschungsstand

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

Im höheren Lebensalter stellen besonders Somatisierungen ein häufiges Leiden dar (vgl. Heuft, Schneider, Klaiberg & Brähler, 2007; 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 das die PTSD häufig eine Ursache für die Ausbildung weiterer psychischer Symptomatiken darstellt. Ein weiteres einschneidendes Ereignis, welches tiefe Wunden bei dem Betroffenen hinterlässt, ist der sexuelle Missbrauch, welchem insbesondere mehr Frauen als Männer zum Opfer gefallen sind. Im Vergleich zeigte sich auch das Frauen, die dies erleiden mussten, über mehr psychische Beschwerden klagten, angefangen von Affektiven Störungen, Angststörungen bis hin zu Substanzmissbrauch, als die männliche Bevölkerung. Weiters sind die psychischen Beschwerden bei jenen Personen mehr vertreten, die in ihrer Kindheit eine Vergewaltigung erfahren haben, als jene Personen welche dieses

Schicksal nicht erleiden mussten. Für beide Geschlechter zeigte sich, dass eine Vergewaltigung häufig zur Ausbildung einer PTSD führt. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Studienergebnisse auch das psychische Befinden einer jüngeren Generation widerspiegelt die den Zweiten Weltkrieg nicht miterlebte (Bromet, Sonnega & Kessler, 1998; Molnar, Buka, & Kessler, 2001).

Angesichts der Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges, im Besonderen auf die aktuelle Psychopathologie der deutschen Bevölkerung, wurde ersichtlich, dass Personen mit einer kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu jenen ohne PTSD ebenfalls zahlreiche symptomatische Beschwerden angaben, welche mittels der Symptom-Checkliste nach Derogatis (SCL-90-R; Franke, 1995) erfasst wurden. Genauer gesagt ergaben sich signifikante Unterschiede in allen Subskalen der SCL-90-R, außer bei Somatisierungen und Aggressivität (Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann, 2007).

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

Böwing, Schmidt, Juckel & Schröder (2008) widmeten ihr Interesse speziell den älteren psychotischen Patienten mit PTSD. Sie gehen von der Annahme aus, dass psychotische Symptome aufgrund traumatischer Kriegereignisse, die sich häufig in psychotischen Phasen 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 (verfasst von Daniela Strasser)

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

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 Extremlastungen, 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 Traumen 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	
		<i>Akzidentelle Traumen</i>	<i>Interpersonelle Traumen</i>
Einteilung nach Erstreckung	<i>Typ-I-Traumen</i>	Schwere Verkehrsunfälle Berufsbedingte Traumen (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)
	<i>Typ-II-Traumen</i>	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 und 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 et al. (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 Extrembelastungen (Forstmeier, Kuwert, Spitzer, Freyberger & Maercker, 2009), während deutsche Flüchtlinge am Ende des Zweiten Weltkrieges rund fünf (Teegen & Meister, 2000) und ehemalige Frontkrankenschwestern im Zweiten Weltkrieg im Mittel vier traumatische Kriegserfahrungen erinnerten (Teegen & Handwerk, 2006).

5.4.2 Qualität kriegsbezogene traumatische Erfahrungen

Ältere Menschen, die den Zweiten Weltkrieg miterlebt haben, berichten am häufigsten über Extrembelastungen durch direkte Kriegshandlungen,

Ausgebombtsein und traumatische Ereignisse im Zusammenhang mit der Heimatvertreibung (Maercker et al., 2008), direkten Frontkontakt, Misshandlungen durch sowjetische Besatzungstruppen, Flucht und Vertreibung (Kuwert et al., 2007), Kriegseinsatz, Bombardierung, Vertreibung und Gefangenschaft (Glaesmer, Gunzelmann, Braehler, Forstmeier & Maercker, 2010), Bombardierung und Beschuss, Verlust von Angehörigen durch plötzliche Trennung oder gewaltsamen Tod, Konfrontation mit Sterbenden/Toten, Vertreibung/Flucht und Vergewaltigung (Teegen & Cizmic, 2003).

Deutsche Krankenschwestern, deren Einsatzgebiet im Zweiten Weltkrieg an der Kriegsfront war, gaben mehrheitlich traumatische Extrebelastungen 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. Teegen & Handwerk, 2006; Kuwert, Klauer, Eichhorn, Grundke, Dudeck, Schomerus, Freyberger, 2010; Loncar, Medved, Jovanovic & Hotujac, 2006) zu den verschiedensten Arten von Kriegstraumatisierungen wie beispielsweise Kriegsgefangenschaft, Kampf oder Vergewaltigung untersucht, ist die Darstellung von Unterschieden im Erleben von kriegsbezogenen Erfahrungen anhand des Geschlechts vernachlässigt behandelt worden.

Gläser und Mitarbeiter (2010) stellten fest, dass sich Frauen und Männer nicht bezüglich der Quantität der erlebten Kriegstraumatisierungen unterscheiden. Jedoch wurde das Erleben von Kriegsgefangenschaft signifikant öfter von Männern berichtet. In einer Untersuchung zum Thema Bombardierung mit 776 vor 1946 geborenen Personen, berichteten Frauen häufiger von Ausbombungen (Heuft, Schneider, Klaiberg & Brähler, 2007). In einer Stichprobe von deutschen Flüchtlingen am Ende des Zweiten Weltkrieges von Teegen und Meister (2000), konnten keine Geschlechtsunterschiede bezüglich Anzahl und subjektiver Schwere traumatischer Erfahrungen ausgemacht werden, obwohl ausschließlich Frauen angaben, Opfer von Vergewaltigungen geworden zu sein. Männer erinnerten sich häufiger an den Anblick 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 (Gläser 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, Bell-Dolan & Husain, 2002), 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

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

5.5 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 % (Teegen & Meister, 2000). Auch Maercker und Mitarbeiter (1999) können bei einer Stichprobe von Dresdner Bombennachtsoffern 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 % der befragten Zivilisten eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt wurde (Bramsen & Ploeg, 1999). Gläsmmer 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 Cizmic (2003) mit 11 % bei pflegebedürftigen alten Menschen gefunden. Wobei ein möglicher Grund für die unterschiedlichen Prävalenzangaben in der Verwendung unterschiedlicher diagnostischer Verfahren liegen kann.

5.5.2 Die partielle Posttraumatische Belastungsstörung

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

Im Vergleich dazu 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 Umsiedlung, 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 Umsiedlung (Glaesmer, et al., 2010; Kuwert et al., 2007; Kuwert und Feyberger, 2007; Maercker et al., 2008) werden im Kapitel 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 Extremlastungen entstanden durch Krieg, eine zusätzliche Traumatisierung darstellen (Hauser & Joachim, 2003). Opfer sexueller Kriegsgewalt müssen die spezifischen Folgen der Vergewaltigung an sich und darüber hinaus noch multiple Kriegstraumata, wie beispielsweise Heimatverlust, Bombenkrieg oder Verlust von Angehörigen, erleben.

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

Eine Studie mit 68 bosnischen Frauen, die im Krieg im ehemaligen Jugoslawien Opfer von Vergewaltigungen wurden, zeigt erschreckende Ergebnisse. 44 der

befragten Frauen 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 % 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, 2000).

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

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

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 & 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. (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 der PTSD (verfasst von Daniela Wintner)

7.1 Einleitung

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

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

7.2 Resilienz

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

Bonanno (2004) definiert Resilienz folgendermaßen:

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

Somit bedeutet Resilienz vereinfacht gesagt, die Fähigkeit von Erwachsenen eine stabile Funktionsfähigkeit auch nach traumatischen Ereignissen beizubehalten.

Folglich weist das Konzept der Resilienz ein Gegengewicht zu der Sichtweise, dass traumatische Belastungen mit negativen Folgen einhergehen, auf (Yehuda & Flory, 2007).

Als in der Psychologie der Begriff Resilienz auftauchte, kam es zu einer Veränderung der gewohnten Sichtweise (Wasner, 2008). Lange Zeit dominierte in der Gesundheitsforschung die klassische pathogenetische Forschungsrichtung, welche Ursachen sucht, die für die Entstehung einer Krankheit verantwortlich sind und Risikofaktoren zu identifizieren versucht, die diese Krankheit aufrechterhalten bzw. begünstigen. Folglich richtet man dabei die Aufmerksamkeit auf negative Effekte. In neueren Ansätzen verschiebt sich der Blickwinkel auf Ressourcen und protektive Faktoren, die einen Menschen trotz einwirkender Belastungen gesund halten und zur Gesundheit beitragen können (Hammelstein & Reimann, 2006).

Die Resilienzforschung beschäftigt sich daher mit der Frage, warum Personen trotz widriger Lebensumstände gesund bleiben, wohingegen andere Personen unter selben Bedingungen krank werden (Bender & Lösel, 1998).

Das Konzept der Resilienz weist Ähnlichkeiten mit dem Salutogenese Konzept von Aaron Antonovsky (1987) auf, welches als einer der bekanntesten, an individuellen

Ressourcen und Schutzfaktoren orientierten Ansätze gilt und die Notwendigkeit der intensiven Ausrichtung von Fragen zur psychisch gesunden Entwicklung betont. Der Fokus soll somit auf schützende Faktoren und Ressourcen gerichtet werden (Bender & Lösel, 1998).

7.2.1 Resilienz in Bezug zu Trauma und PTSD

Der Großteil der Forschung über posttraumatische Belastungsstörung fokussiert sich auf die Untersuchung von Variablen, den Risikofaktoren, die PTSD aufgrund eines Traumas begründen, trotz der Tatsache dass die meisten traumatisierten Menschen keine PTSD entwickeln (Hoge, Austin & Pollack, 2007).

Obwohl traumatische Erlebnisse bei einem Teil der Betroffenen zu schweren Belastungen führen, scheint es auch Betroffene zu geben welche sich schneller erholen, ohne ersichtlichen Beeinträchtigungen in ihrer Funktionsfähigkeit (Bonanno, 2004; King et al., 1998).

In jüngerer Zeit wurde der Begriff Resilienz im Kontext von akuten Traumen wie zum Beispiel Kampfhandlungen, Angriffen, Unfällen oder Naturkatastrophen verwendet. In diesem Zusammenhang sind resiliente Personen diejenigen, die zwar ein Trauma erleben aber darauf keine PTSD entwickeln (Hoge, Austin & Pollack, 2007).

Hoge, Austin und Pollack (2007) sind der Meinung, dass Resilienz in Zusammenhang mit PTSD, persönliche, psychologische und biologische Variablen, welche gegen die Entwicklung von psychischen Erkrankungen schützen sollen, inkludiert.

Ein wesentlicher Punkt ist, dass obwohl resiliente Personen in ihrem körperlichen und emotionalen Erleben kurzfristig einige Veränderungen wahrnehmen könnten,

sind ihre Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis in der Regel relativ kurz und behindern ihre Funktionsfähigkeit zu keinem erheblichen Maße. So berichten resiliente Personen über wenige oder überhaupt keine psychischen Symptome und verfügen auch weiterhin über die Fähigkeit, ein selbsterfüllendes Leben zu leben und neue Aufgaben und Erfahrungen begeistert anzunehmen (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007).

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

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

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

Anhand der Ergebnisse einer Untersuchung von Gold et al. (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 Traumaeinwirkung können beispielsweise psychische Störungen (PTSD, Angststörungen, depressive Störungen, dissoziative Störungen, etc.) sein. Ebenso kann es zu psychosozialen Veränderungen (z.B. Karrierebrüche, Trennungen, Erziehungsschwierigkeiten, etc.) kommen (Maercker, 2003).

Posttraumatische Reifung (Posttraumatisches Wachstum)

Ein weiteres wichtiges Resultat bei traumatisierten Personen ist mit persönlichen Reifungsprozessen verbunden.

Posttraumatische Reifung resultiert aus der Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen. Bei den Betroffenen werden die Folgen der Auseinandersetzung als positiv erlebt und als Chance für weitere persönliche Entwicklung angesehen. Die daraus resultierenden wahrgenommenen Veränderungen gehen mit einer neuen

positiven Sichtweise gegenüber der Welt und einer allgemein positiver erlebten Veränderung des Selbst einher und werden als Wachstumsprozesse empfunden (Fookan, 2009; Zöllner, Calhoun & Tedeschi, 2006).

7.4 Beeinflussende Faktoren von Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTSD

Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen ist die Posttraumatische Belastungsstörung an die Voraussetzung gebunden, dass eine Ursache für die Erkrankung, das erlebte Trauma, als wichtiges Kennzeichen zur Definition dazugehört. Neben diesem Kennzeichen existieren allerdings eine Reihe weiterer Faktoren, welche für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsstörung entscheidend sind (Maercker & Michael, 2009).

Das Augenmerk soll dabei nicht nur auf die Schwere des Traumas (Maercker, 2003) oder auf die Traumaart (Friedmann, 2004) gerichtet werden, sondern auch auf Faktoren, die sich negativ auf die Traumabewältigung auswirken können (Risikofaktoren) und dadurch eine Entwicklung einer PTSD begünstigen. Daneben ist es wichtig protektive Faktoren (Schutzfaktoren) bzw. Schlüsselfaktoren der Resilienz zu identifizieren, welche bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen unterstützend waren. Denn nicht jeder der ein traumatisches Erlebnis erfuhr, entwickelte als Folge eine PTSD (Maercker, 2003).

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

In den nächsten zwei Kapiteln soll nun ein Überblick über aktuelle Studienergebnisse gegeben werden, die sich vor allem auf die Risiko- und Schutzfaktoren der Betroffenen in Folge einer Kriegstraumatisierung beziehen. Die meisten Studien befassen sich mit den Spätfolgen bei Kriegsveteranen aus dem Vietnam- und 2. Weltkrieg. Es wurde aber auch Literatur zu ehemaligen, Bombenopfern (Maercker et al., 1999), politisch Inhaftierten (Gäbler et al., 2008), Flüchtlingen (Teegen & Meister, 2000), Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006) und Kriegsgefangenen (Gold et al., 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 (verfasst von Daniela Wintner)

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 et al., 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 et al. (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 -stündigen 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 et al., 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 der PTSD (verfasst von Daniela Wintner)

9.1 Allgemeine Definition

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

9.2 Mögliche Risikofaktoren

Als Risikofaktoren können neben dem Fehlen der aus Kapitel 8 genannten Schutzfaktoren noch folgende gelten:

Friedmann (2004) führt eine Reihe von Risikofaktoren an, die für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausschlaggebend sind:

A. Subjektive Risikofaktoren:

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

B. Objektive Risikofaktoren

- Traumaart: Wie schon im 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 et al. (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 et al., 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 et al., 2008).

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

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

kriegstraumatisierte Personen über ein höheres Kohärenzgefühl verfügten (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 (Bonanno, 2004; Brewin et al., 2000; King et al., 1999), Traumaschwere (Brewin et al., 2000; Gold et al., 2000; Maercker et al., 1999), frühere Traumata (Gold et al., 2000; King et al., 1999), Persönlichkeitsfaktoren (v.a. Hardiness) (Bonanno, 2004; Gold et al., 2000; King et al., 1998; King et al., 1999) und Disclosure (Müller & Maercker, 2006; Pennebaker et al., 1989) als einflussreiche Faktoren in der PTSD-Symptomatik heraus.

10 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren im Alter (verfasst von Daniela Wintner)

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 hirnorganischen und genetischen Ursachen, die für eine Demenz verantwortlich sind, auch psychosoziale Faktoren existieren können die eine Demenz im Alter begünstigen. So dass zum Beispiel auch traumatische Erlebnisse oder häufiger Stress zu kognitiven Beeinträchtigungen im Alter führen können (Goodman et al., 2007; Yaffe, 2010).

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

In einer Studie von Böwing et al. (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 Empirischer Teil (verfasst von Wintner, Strasser und Schiller)

Das folgende Kapitel wurde in Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen Daniela Strasser und Bettina Schiller geschrieben und ist in abgeänderter Form daher auch in deren Diplomarbeiten zu finden.

11.1 Hypothesengenerierung

Bei der vorliegenden Studie wurde der Schwerpunkt auf Risiko –und Schutzfaktoren der österreichischen älteren Bevölkerung gelegt, welche einen wichtigen Beitrag in der Entwicklung einer PTSD oder anderen psychischen Beeinträchtigungen leisten.

Ziel der Studie ist es vor allem darzustellen, wie resilient die heutige ältere Bevölkerung ist. Es sollen einerseits Risikofaktoren untersucht werden, welche einen ungünstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben und das Risiko für das Entstehen einer PTSD erhöhen. Andererseits sollen Schutzfaktoren identifiziert werden, welche im Hinblick auf die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen unterstützend waren und somit vor einer PTSD schützen. Die Identifizierung von Resilienzfaktoren könnte wichtige Erkenntnisse aufzeigen, wie Bewältigung von traumatischen Ereignissen gefördert werden kann. Hinsichtlich der protektiven Faktoren wurde der Einfluss von sozialer Unterstützung, sozialer Wertschätzung und Resilienz in Bezug auf PTSD untersucht. Zudem wurden demographische Faktoren wie Geschlecht, Familienstand, Berufsstand und Ausbildung in Bezug auf ihre Beziehung zu PTSD und Resilienz analysiert (Brewin, 2000; Maercker et al., 1999; Magruder et al., 2004).

Die Untersuchung stützt sich vor allem auf Ergebnisse der umfassenden Metaanalyse zu den Risikofaktoren der PTSD von Brewin et al. (2000), in dieser sich der Faktor „soziale Unterstützung“ als wichtigster PTSD-Prädiktor herausstellte. Zusätzlich zeigte sich, dass Frauen signifikant häufiger unter PTSD-Symptomen leiden als Männer (vgl. Teegen & Meister, 2000). In der vorliegenden Studie soll untersucht werden ob demographische Variablen wie „Familienstand“, „Berufsstand“ und „Ausbildungsniveau“ einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik aufweisen (Magruder et al., 2004). Ebenso soll untersucht werden ob eine verringerte Anerkennung traumatischer Belastungen seitens der Gesellschaft, mit stärker ausgeprägten PTSD-Symptomen einhergeht (Gäbler et al., 2008). Auch im sozialen Fazilitationsmodell von Maercker (2009), wird die Wichtigkeit von Umweltfaktoren betont. Bezogen auf die Reaktionen der Umwelt spielt nach Maercker (2009) auch hier soziale Unterstützung eine große Rolle in der Traumaverarbeitung, aber auch empfundene soziale Anerkennung als Opfer bzw. Überlebender stellt einen relevanten Schutzfaktor in der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse dar (vgl. Maercker & Müller, 2004)..

11.2 Fragestellungen

A) Geschlecht

Gibt es einen Geschlechterunterschied bezüglich der PTSD-Symptomatik?

B) Familienstand

Hat der derzeitige Familienstand (Partnerschaft vorhanden/Partnerschaft nicht vorhanden) einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik? Wie unterscheiden sich Personen welche in einer Partnerschaft leben, hinsichtlich der PTSD-Symptomatik, von Personen welche in keiner Partnerschaft leben?

C) Ausbildung

Spielt die Art der höchst abgeschlossenen Ausbildung eine Rolle in Bezug auf die PTSD-Symptomatik?

D) Berufsstand

Hat die Variable Berufsstand (freiwillige Arbeit /keine freiwillige Arbeit) einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik?

E) soziale Unterstützung

Gibt es einen Unterschied zwischen Personen mit sozialer Unterstützung im Vergleich zu jenen ohne, hinsichtlich der Resilienzausprägung und der PTSD-Symptomatik?

F) soziale Anerkennung

Gibt es einen Unterschied zwischen Personen mit erlebter sozialer Anerkennung im Vergleich zu jenen ohne, hinsichtlich der PTSD-Symptomatik?

G) Spezifische Traumata

Können Unterschiede in der Resilienzausprägung im Bezug auf die einzelnen spezifischen kriegstraumatischen Ereignisse aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges festgestellt werden?

H) Resilienz und PTSD

Weisen Personen mit einer höheren Resilienzausprägung geringere PTSD-Symptome auf?

11.3 Formulierung der Hypothesen

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

1. H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der PTSD-Symptomatik.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der PTSD-Symptomatik.

UV: Geschlecht

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

2. H0: Der derzeitige Familienstand hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Der derzeitige Familienstand hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: Partnerschaft vorhanden/nicht vorhanden

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

3. H0: Der derzeitige Berufsstand hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Der derzeitige Berufsstand hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: Berufsstand (freiwillige Arbeit vorhanden/freiwillige Arbeit nicht vorhanden)

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

4. H0: Die höchst abgeschlossene Ausbildung hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Die höchst abgeschlossene Ausbildung hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik

UV: Ausbildung

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

5. H0: Soziale Unterstützung hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Soziale Unterstützung hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: soziale Unterstützung

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

6. H0: Soziale Unterstützung hat keinen Einfluss auf die Resilienzausprägung.

H1: Soziale Unterstützung hat einen Einfluss auf die Resilienzausprägung.

UV: soziale Unterstützung

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

7. H0: Soziale Anerkennung hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Soziale Anerkennung hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: soziale Anerkennung

AV: Resilienz

N: gesamte Stichprobe

8. H0: Es besteht kein Unterschied unter den Gruppen die spezifische Kriegstraumata erfahren haben in Bezug auf die Resilienzausprägung.

H1: Es besteht ein Unterschied unter den Gruppen die spezifische Kriegstraumata erfahren haben in Bezug auf die Resilienzausprägung.

UV: Kriegstraumata

AV: Resilienz

N: Personen die spezifische Kriegstraumata erlebt haben

9. H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen PTSD-Symptomatik und Resilienzausprägung..

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Resilienzausprägung und PTSD-Symptomatik.

UV: Resilienz

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

11.4 Beschreibung der Stichprobe

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

11.4.1 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.

11.4.2 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.

11.4.2.1 Die Stichprobe der HistorikerInnen

Die von den HistorikerInnen des BIK kontaktierten Zeitzeugen haben bereits in historischen Studien teilgenommen beziehungsweise sind in den Archiven des BIK registriert. Aus den Archiven des BIK wird ersichtlich, welche Arten der Traumatisierung die befragten Personen tatsächlich hatten. Da sich jedoch die Rekrutierung der Stichprobe durch das BIK als schwierig gestaltete und auch die angestrebte Anzahl von $n=150$ Personen nicht erreicht werden konnte, wurden im Laufe der Untersuchung auch Personen welche mit dem BIK in Kontakt stehen, bzw. schon einmal in Kontakt standen und keine direkten traumatischen Erfahrungen dokumentiert hatten, in die Stichprobe miteingeschlossen. 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 für Kriegsfolgenforschung wurde diese Teilstichprobe in folgende sechs 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

11.4.2.2 Die Stichprobe der PsychologInnen

Die durch die PsychologInnen rekrutierte Stichprobe weist zum Zeitpunkt der Untersuchung keine dokumentierte Historie als Kriegsopfer oder Opfer in der Zeit der Befreiung bis 1955 auf.

Die 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 und zwischen östlicher und westlichen Besatzungszonen veranschaulicht.

Tabelle 2: Aufteilung der Stichprobe nach BIK/PSY.

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

11.5 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.

12 Methode (verfasst von Wintner, Strasser und Schiller)

Im Anschluss wird das Untersuchungsdesign und die zur Anwendung gekommenen Verfahren vorgestellt. Auch dieses Kapitel wurde in Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen Daniela Strasser und Bettina Schiller erstellt und ist in abgeänderter Form ebenfalls in ihren Diplomarbeiten nachzulesen. Zur Untersuchung von jeweils unterschiedlichen Fragestellungen wurde das gleiche Datenmaterial und die gleiche Kodierung der Daten verwendet. Die Auswertung der Daten erfolgte in allen drei Diplomarbeiten unabhängig.

12.1 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.

12.2 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)

12.2.1 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 $\kappa=0.83$ und die Retest-Reliabilität mit $r_{tt}=0.89$ 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.

12.2.2 Soziodemographische Daten

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

12.2.3 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.

Die Faktoren „soziale Unterstützung- und Wertschätzung“, welche ich in meiner Untersuchung als Schutzfaktoren heranziehe, setzen sich aufgrund der bereits langen Dauer der Durchführung nicht aus speziellen Verfahren zusammen sondern aus ausgewählten Items des historischen Fragebogens. Soziale Unterstützung wurde mit den Fragen “Haben ihre Familie/Bekannte/Freunde heute Verständnis für Ihre Erlebnisse aus der Kriegszeit?” und “Haben Sie eine Ansprechperson um über Ihre Kriegserfahrungen sprechen zu können?” erfasst und soziale Wertschätzung mit der Frage “Haben Sie das Empfinden, dass Ihre Erfahrungen/Erinnerungen von Ihrer Familie/Bekannten als „bedeutend“ angesehen werden?“.

12.2.4 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 $r_{tt}=0.73 - 0.92$ und die interne Konsistenz $\alpha=0.63 - 0.85$ (Franke & Derogatis, 2000). Im Rahmen der vorliegenden Studie weist der GSI eine interne Konsistenz von $\alpha=0.85$ auf, und die Subskalen $\alpha=0.31 - 0.79$.

12.2.5 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 traumatischer 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 $rtt=0.84$ erzielt (Kubany et al., 2000).

12.2.6 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 $rtt=0.68$ (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.

12.2.7 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 $\alpha=0.80$.

12.3 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 aufwiesen, 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.

12.4 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.

12.4.1 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

Zusammenhangs auf Basis rangskalierter Daten. Aussagen über Kausalitäten können mittels Korrelationen keine getroffen werden.

12.4.2 Untersuchung von Gruppenunterschieden

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.

12.4.3 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.

13 Ergebnisse (verfasst von Daniela Wintner)

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Da sich mein Schwerpunkt der Untersuchung mit der Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren beschäftigt, veranschauliche ich vor allem die Ergebnisse der CD-RISC, welche Frau Schiller und Frau Strasser zur Beantwortung ihrer Fragestellungen nicht heranziehen mussten.

Die Untersuchung von Strasser (2011) beschäftigt sich mit der Abbildung von Art und Häufigkeit der erlebten kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg und der Besatzungszeit in Österreich. Sie untersuchte Zusammenhänge der erlebten kriegsbezogenen Traumata mit der Ausbildung einer PTSD von älteren Menschen in Österreich und zeigte mögliche Unterschiede zwischen den vier Besatzungszonen in Bezug auf Traumaexposition und Art der erlebten traumatischen Erfahrungen durch die Besatzungsmacht auf. Aufgrund ihrer Fragestellungen kommen bei ihr vor allem der historische Fragebogen, die PCL-C und der TLEQ zum Einsatz und es wird daher in ihrem Teil der Untersuchung genau auf diese Ergebnisse eingegangen.

Die Untersuchung von Schiller (2011) beschäftigt sich mit dem psychischen Gesundheitszustand der älteren österreichischen Bevölkerung. Sie untersuchte welche symptomatischen Beschwerden am meisten beklagt werden und welche insbesondere neben einer PTSD als komorbide Störungen bestehen. Aufgrund ihrer spezifischen Fragestellungen wird sie in ihrer Untersuchung vor allem genau auf die Ergebnisse des BSI eingehen.

Die folgende Auswertung basiert auf einem gemeinsamen Datensatz welcher auch bei meinen Kolleginnen Daniela Strasser und Bettina Schiller zum Einsatz kommt.

Die Kodierung der Daten ist in allen drei Diplomarbeiten gleich, jedoch erfolgte die Auswertung der Daten in allen drei Diplomarbeiten unabhängig.

13.1 Deskriptive Analyse

13.1.1 Stichprobenbeschreibung

In der vorliegenden Studie wurden insgesamt 316 Personen befragt. Diese setzten sich aus 119 Männer und 197 Frauen zusammen.

Anhand der Altersverteilung zeigt sich, dass die jüngste Person 67 und die älteste Person 99 Jahre alt war. Das Durchschnittsalter der Männer und Frauen lag bei 82 (mean= 81,90; S= 6,842).

Bei den Frauen lag das Durchschnittsalter bei 82 (mean= 82,24; S= 7,023) und bei den Männern bei 81 (mean= 81,34; S= 6,520). Zwischen Geschlecht und Alter ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang. ($t = -1,137$; $p = ,297$).

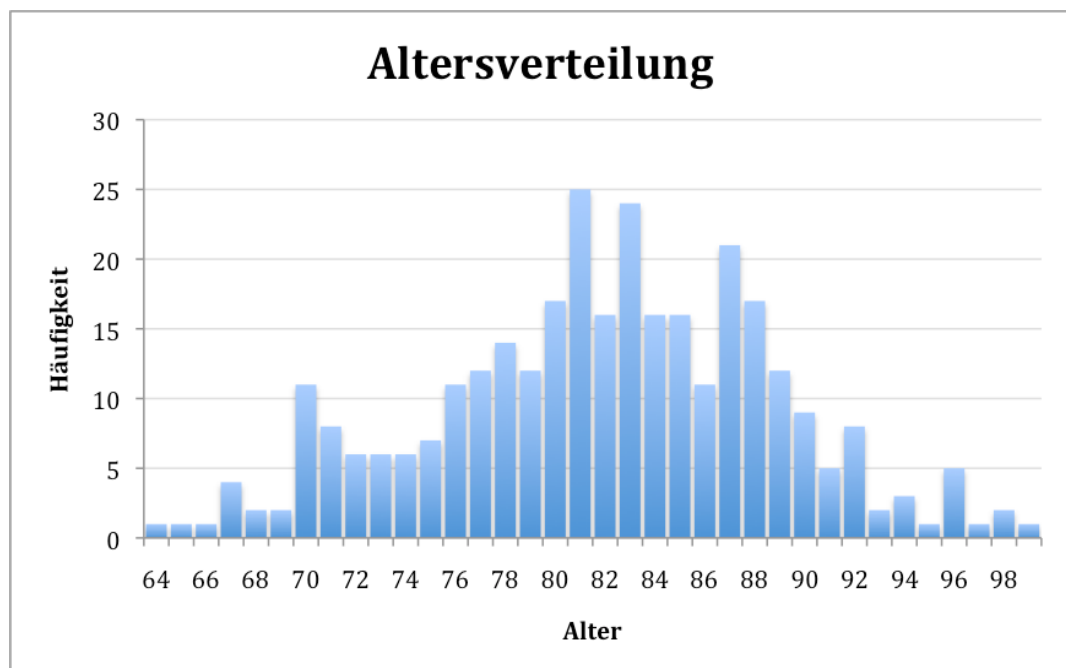


Abbildung 2: Altersverteilung

Bezogen auf die höchst abgeschlossene Ausbildung weisen 77 Personen (24%) einen Volksschulabschluss, 84 Personen (27%) einen Hauptschulabschluss, 54 Personen (17%) die Matura, 39 Personen (12%) einen Hochschulabschluss und 61 Personen (19%) eine Lehre auf.

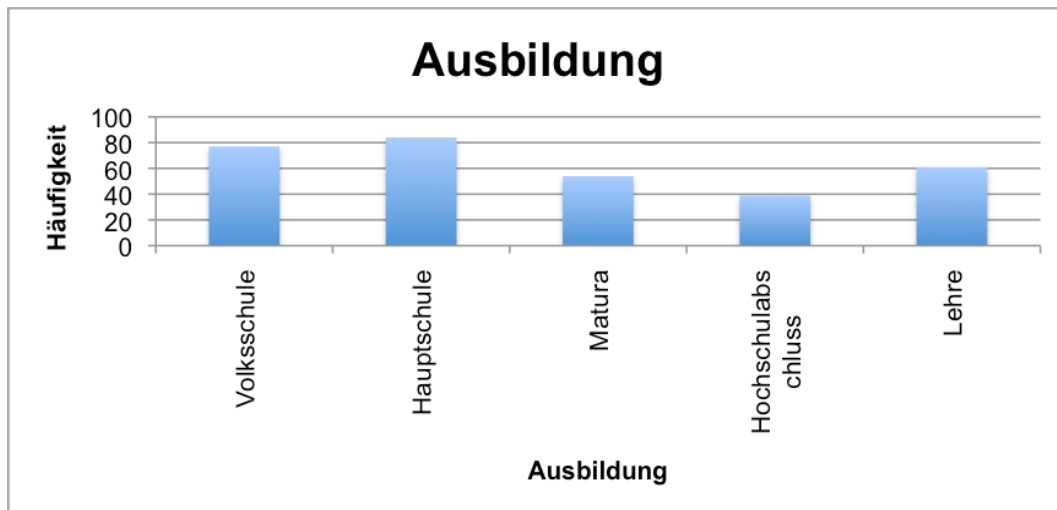


Abbildung 3: Verteilung der Ausbildung in der Stichprobe

Im Hinblick auf den Berufsstand üben 74 Personen (23%) eine freiwillige Arbeit aus und 242 Personen (77%) gehen keiner freiwilligen Arbeit nach.

Bezüglich des derzeitigen Familienstandes leben 125 Personen (40%) verheiratet oder in einer Partnerschaft, 29 Personen (9%) sind ledig, 16 Personen (5%) sind geschieden und 146 Personen (46%) sind verwitwet.

Demnach leben 125 Personen (40%) in einer Partnerschaft und 191 Personen (60%) ohne einen Partner.

Davon haben 244 Personen (77%) Kinder und 65 Personen (21%) keine.

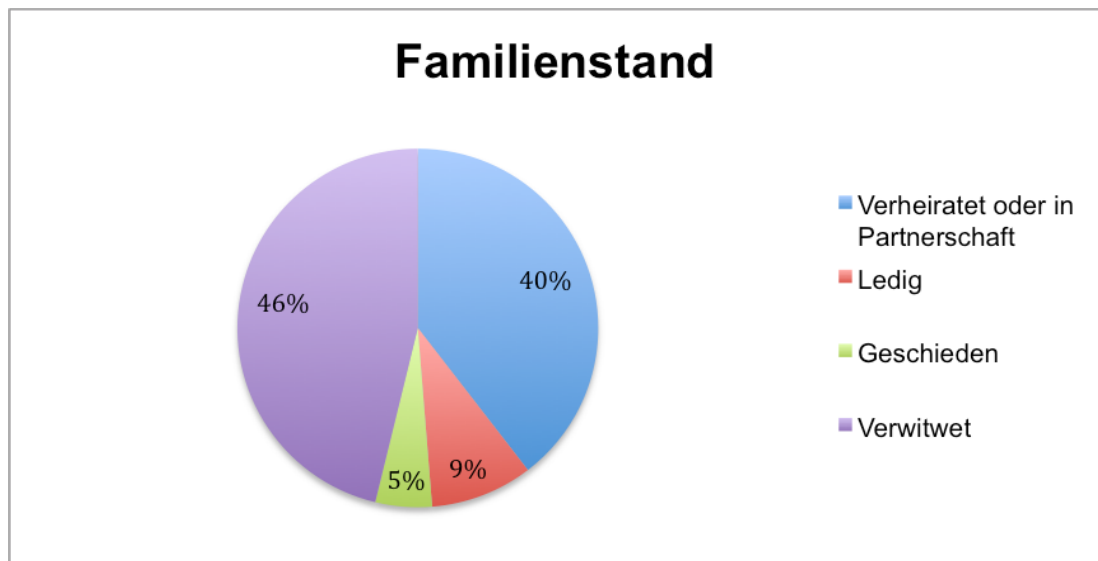


Abbildung 4: Verteilung des Familienstandes der Stichprobe

Bezogen auf die derzeitige Wohnsituation der untersuchten Personen leben 124 Personen (39%) im Pflegeheim, acht Personen (3%) in Kurzzeitpflege, 15 Personen (5%) bei ihrer Familie und 162 Personen (51%) in einer eigenen Wohnung/eigenem Haus.

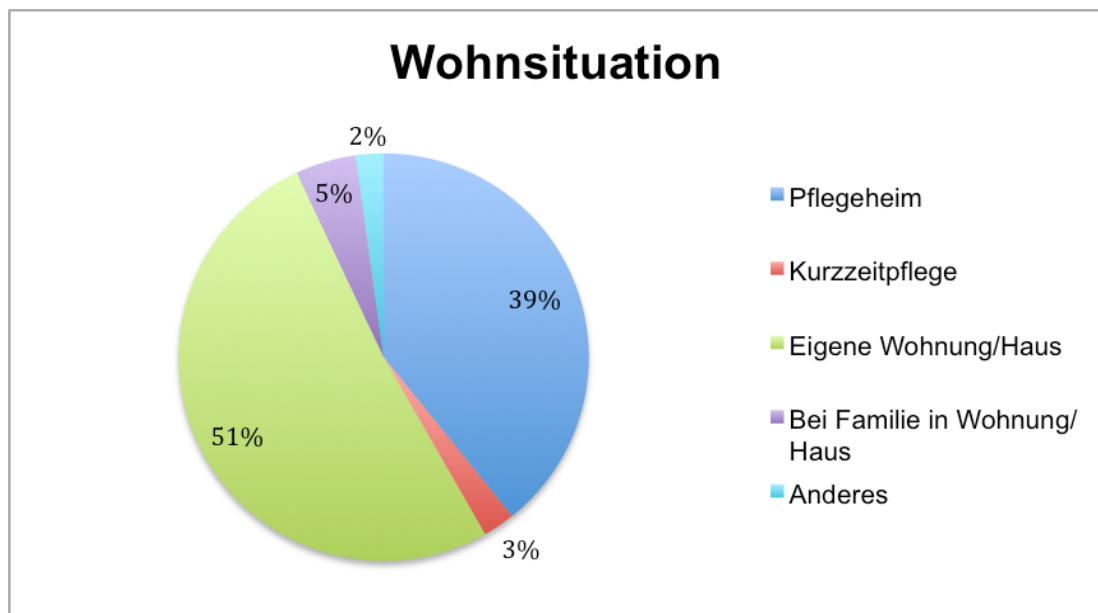


Abbildung 5: Verteilung der Wohnsituation der Stichprobe

13.2 Verwendete diagnostische Verfahren

13.2.1 Mini Mental State Examination (MMSE)

Insgesamt konnten 30 Punkte erreicht werden. Da die Probanden keine Demenz aufweisen durften, mussten mindestens 22 Punkte erreicht werden. Insgesamt erfüllten von allen untersuchten Personen, 316 Teilnehmer die Kriterien zur Teilnahme. Da eine nähere Erläuterung des Verhältnisses von Probanden, die die oben angeführten Kriterien erfüllen, zur Gesamtstichprobe nicht im Schwerpunkt der Arbeit liegt, wird aus Effizienzgründen darauf verzichtet auf diese einzugehen. Der Durchschnittswert des MMSE bei den Männern und Frauen lag bei 27 Punkten (mean= 27,05; S= 2,223). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Punktescores ($U = 11173,5$; $p = ,561$).

13.2.2 Traumatische Erlebnisse (Historischer Background und TLEQ)

Die häufigsten traumatischen Erfahrungen im Zweiten Weltkrieg waren Luftangriffe (79,1%, $n = 250$), direkte Kriegshandlungen (55,1%, $n = 174$), Familienangehörige gefallen (47,5%, $n = 149$), von Angehörigen der Besatzungsmacht beraubt (36%, $n = 113$), erzwungenes Verlassen der Heimat (24,1%, $n = 76$), Kriegsgefangenschaft (16,1%, $n = 51$), psychische (17,8%, $n = 56$) und physische (15,2%, $n = 48$) Gewalt durch Besatzungstruppen. Weiters mussten 42 Personen (13%) Tote bergen oder bestatten, 28 Personen (9%) wurden im Krieg verwundet, 25 Personen (8%) leisteten Widerstand gegen das NS-Regime, bei 16 Personen (5%) wurden Familienangehörige verschleppt und 12 Personen (3,8%) waren Opfer von sexuellen Übergriffen durch die Besatzungsmacht.

Bezüglich der Besatzungszonen verbrachten 184 Personen (58.2 %) in der sowjetischen Besatzungszone, 27 Personen (8.5 %) in der französischen Besatzungszone, 39 Personen (12.3 %) in der amerikanischen Besatzungszone und 54 Personen (17.1 %) in der britischen Besatzungszone. 11 Personen (3.5 %) gaben mehr als eine Besatzungszone an.

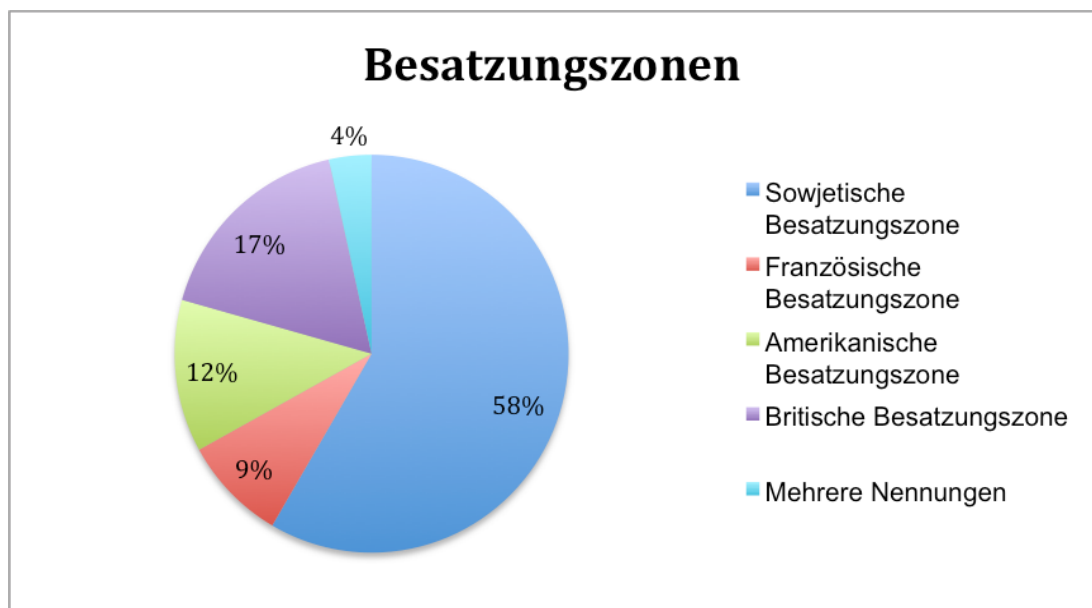


Abbildung 6: Verteilung der Besatzungszonen in der Stichprobe

Anhand einer Aufteilung in östliche (sowjetische) und westliche (amerikanische, britische und französische) Besatzungszonen, waren 184 Personen (58.2 %) die längste Zeit in der östlichen und 120 Personen (38 %) in der westlichen Besatzungszone. 11 Personen (3.5 %) gaben sowohl die östliche, als auch die westlichen Besatzungszonen an.

Hinsichtlich der untersuchten Schutzfaktoren soziale Unterstützung – und Wertschätzung berichteten insgesamt 257 Personen (81,6%) über soziale Unterstützung von Freunden/Familie/Bekannten.

Insgesamt erlebten 154 Personen (52,6%) soziale Wertschätzung und hatten somit das Gefühl, dass ihre Erfahrungen von Familie/Bekannten/Freunden als bedeutend angesehen werden.

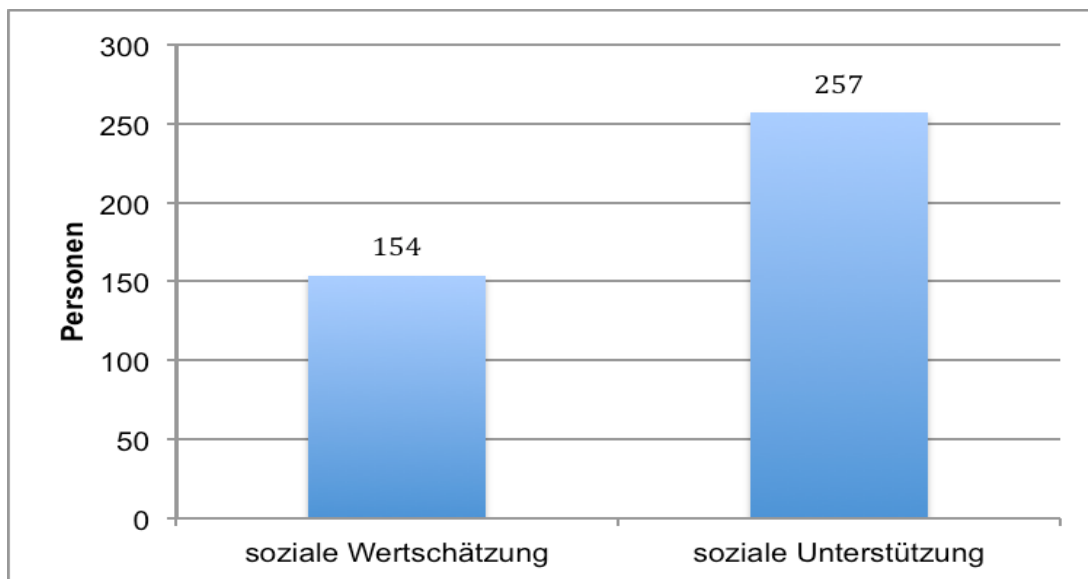


Abbildung 7: Verteilung der sozialen Unterstützung – und Wertschätzung in der Stichprobe

Zwischen sozialer Unterstützung und Geschlecht konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($\chi^2(1) = ,687$; $p = ,407$).

Auch der Faktor soziale Wertschätzung zeigte keinen signifikanten Einfluss auf das Geschlecht ($\chi^2(1) = ,192$; $p = ,661$).

Unter Berücksichtigung der kriegsbedingten traumatischen Erfahrungen berichteten insgesamt 314 Personen mindestens eine traumatische Erfahrung in ihrem Leben erlebt zu haben. 75 Personen (23,7%) erlebten ein bis vier Traumata, 83 Personen (26,3%) fünf bis acht Traumata, 77 Personen (24,4%) 9-12 Traumata, 79 Personen (25%) 13 und mehr Traumata und nur zwei Personen erlebten keine traumatische Erfahrung in der Lebensspanne.

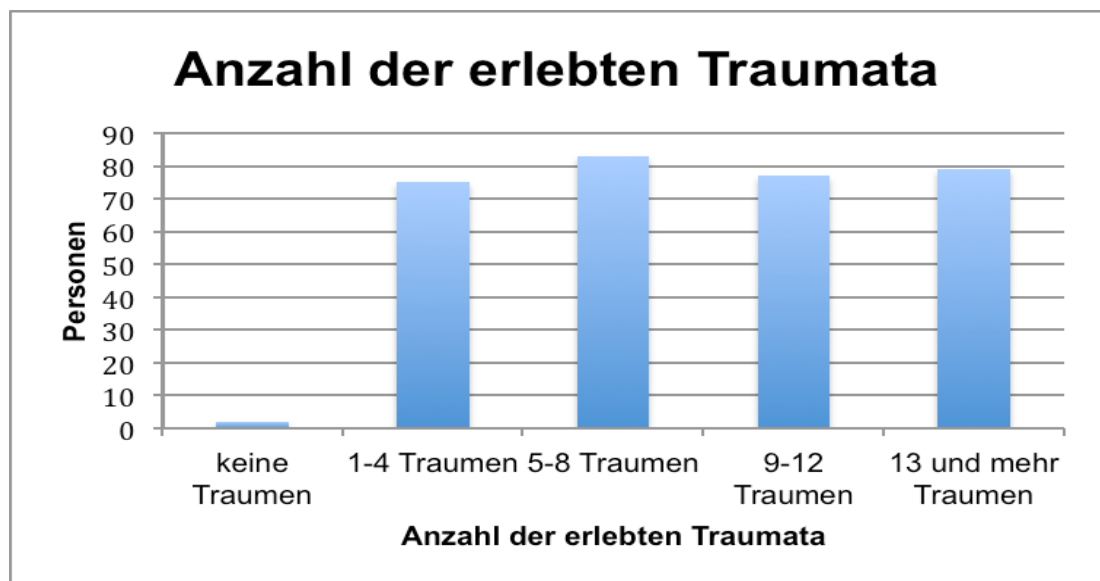


Abbildung 8: Anzahl erlebter Traumata

Von den 316 untersuchten Personen haben 81 Personen (25,6%) akzidentelle und 55 Personen (17,4%) interpersonelle Traumata erlebt. Sowohl akzidentelle als auch interpersonelle Traumata haben 156 Personen (49,4%) erfahren. 24 Personen (7,6%) haben, ohne Berücksichtigung der kriegsbedingten traumatischen Erfahrungen, keines von beiden erlebt.

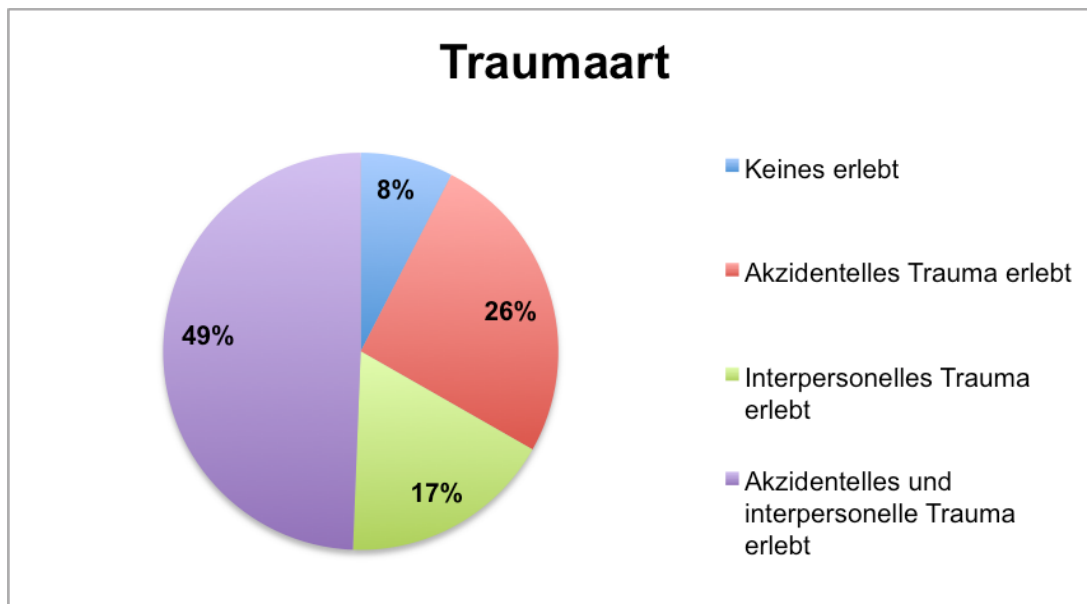


Abbildung 9: Verteilung der Traumaart in der Stichprobe

Eine genaue Analyse der kriegsbedingten Traumatisierungen und der Unterschiede in den Besatzungszonen bezüglich der PTSD wird anhand detaillierter Ergebnisse in der Studie von Daniela Strasser (2011) abgebildet.

13.2.3 Brief Symptom Inventory (BSI)

Die Ergebnisse, welche sich auf den psychischen Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung beziehen werden in der Diplomarbeit von Schiller (2011) ausführlich aufgegriffen.

13.2.4 Posttraumatic Stress Disorder (PCL-C)

Eine genaue Analyse zwischen kriegsbedingten Traumatisierungen und der PTSD ist in der Diplomarbeit von Strasser (2011) enthalten.

Die untersuchte Stichprobe weist einen durchschnittlichen PCL-C Summenscore von 23,68 ($S = 6,13$) und einen Median von 22 auf. Der niedrigste Wert lag bei 17 und der höchste Wert bei 56 von maximal 60 Punkten. Hinsichtlich der PCL-C Subskalen zeigte sich der größte Mittelwert bei der Subskala Vermeidung ($\text{mean} = 9,13$; $S = 2,49$). Bei der Subskala Intrusion wurde ein Mittelwert von 6,78 ($S = 2,51$) festgestellt und bei der Subskala Hyperarousal ein Wert von 7,77 ($S = 2,77$). Bei den angeführten Werten handelt es sich um Rohwerte.

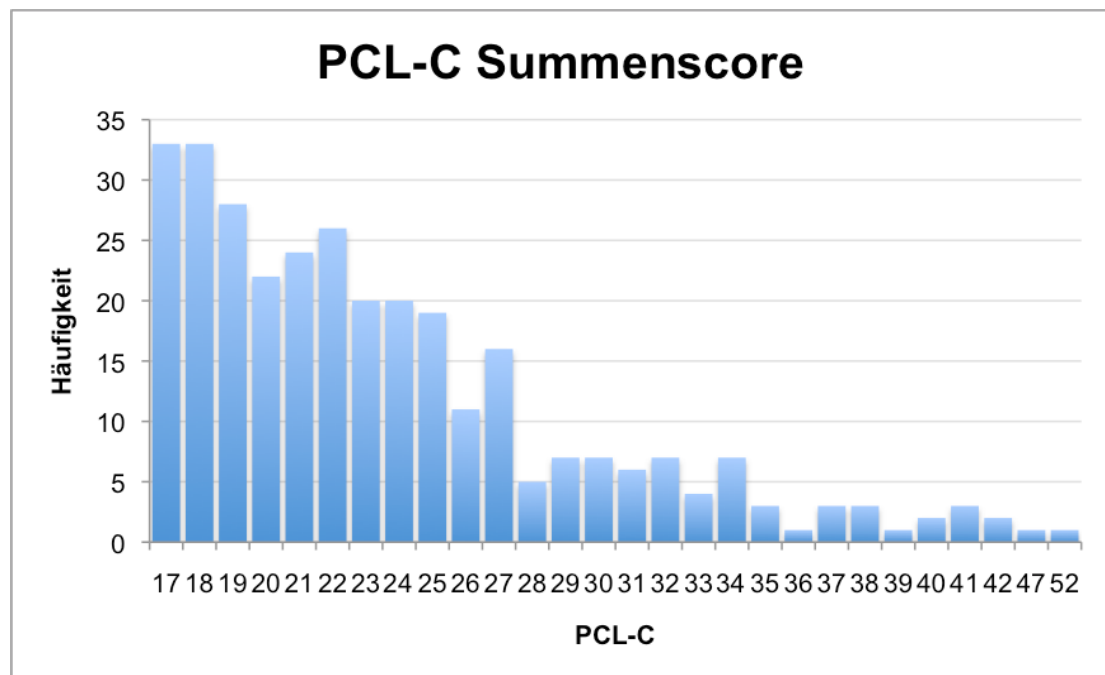


Abbildung 10: Verteilung der PCL-C Gesamtwerte in der Stichprobe

Zwischen Männern und Frauen gibt es keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Summenscores der PCL-C ($U = 10112$; $p = ,053$). An den mittleren Rängen zeigt

sich jedoch ein höherer Summenscore bei den Frauen (MR= 165,67) als bei den Männern (MR= 145,19).

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem PCL-C Summenscore festgestellt werden ($r_s = ,018$; $p = ,753$).

In der untersuchten Stichprobe weisen 6 Personen (1,9%) eine volle PTSD, 29 Personen (9,2%) eine partielle und 280 Personen (88,6%) keine PTSD auf.

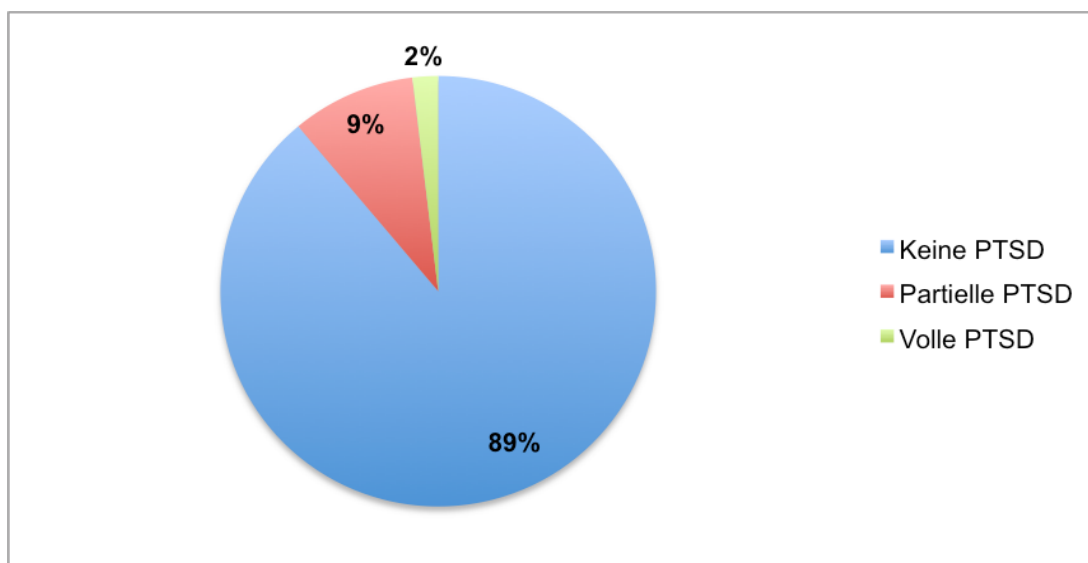


Abbildung 11: Verteilung der PTSD-Symptomatik in der Stichprobe

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den PTSD-Gruppen und dem Geschlecht festgestellt werden ($\chi^2(1) = ,047$; $p = ,977$).

Die Anzahl der erlebten Traumen weisen einen signifikanten Einfluss auf den PCL-C Summenscore auf ($H(4) = 9,695$; $p = ,046$). Die mittleren Ränge verdeutlichen, dass der PCL-C Summenscore ansteigt je mehr Traumen erlebt wurden.

Tabelle 4: Mittlere Ränge des PCL-C Gesamtwertes, getrennt nach Traumaanzahl

<i>Traumaanzahl</i>	<i>Mittlere Ränge der PCL-C</i>
keine Traumen	72,75
1-4 Traumen	142,92
5-8 Traumen	150,59
9-12 Traumen	158,62
13 und mehr Traumen	181,56

Es kann kein Unterschied zwischen Personen die in einer Partnerschaft leben zu allein lebenden Personen bezüglich des PCL-C Summenscores festgestellt werden ($U = 11384,5$; $p = ,534$). Verheiratete oder in Partnerschaft lebende Personen zeigen den niedrigsten mittleren Rang ($MR = 154,08$) und geschiedene Personen den größten ($MR = 161,66$). Weiters zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit Kindern zu Personen ohne Kinder hinsichtlich des Summenscores der PCL-C ($U = 7278$; $p = ,33$).

Tabelle 5: Mittlere Ränge des PCL-C Gesamtwertes, getrennt nach Familienstand

<i>Familienstand</i>	<i>Mittlere Ränge der PCL-C</i>
Verheiratet oder in Partnerschaft	154,08
Ledig	159,02
Geschieden	161,66
Verwitwet	160,78

Die Art der Ausbildung weist einen signifikanten Einfluss auf den PCL-C Summenscore auf ($H(4) = 11,976$; $p = ,018$). Personen mit Hochschulabschluss zeigen den niedrigsten ($MR = 122,23$) und Personen mit Volksschulabschluss den höchsten mittleren Rang ($MR = 172,31$).

Tabelle 6: Mittlere Ränge des PCL-C Gesamtwertes, getrennt nach Ausbildung

<i>Ausbildung</i>	<i>Mittlere Ränge der PCL-C</i>
Volksschule	172,31
Hauptschule	164,61
Matura	170,96
Hochschulabschluss	122,23
Lehre	139,88

Die Variable Berufsstand zeigt einen signifikanten Einfluss auf die PTSD-Symptomatik ($U = 6843$; $p = ,002$). Bei Personen ohne freiwilliger Arbeit zeigt sich ein höherer PCL-C Wert ($MR = 166,61$) als bei Personen mit freiwilliger Arbeit ($MR = 129,97$). Hinsichtlich der PTSD Gruppen (partielle/volle PTSD versus keine PTSD) zeigt sich, dass von den insgesamt 35 Personen der PTSD-Gruppe, 32 Personen keiner Arbeit nachgehen.

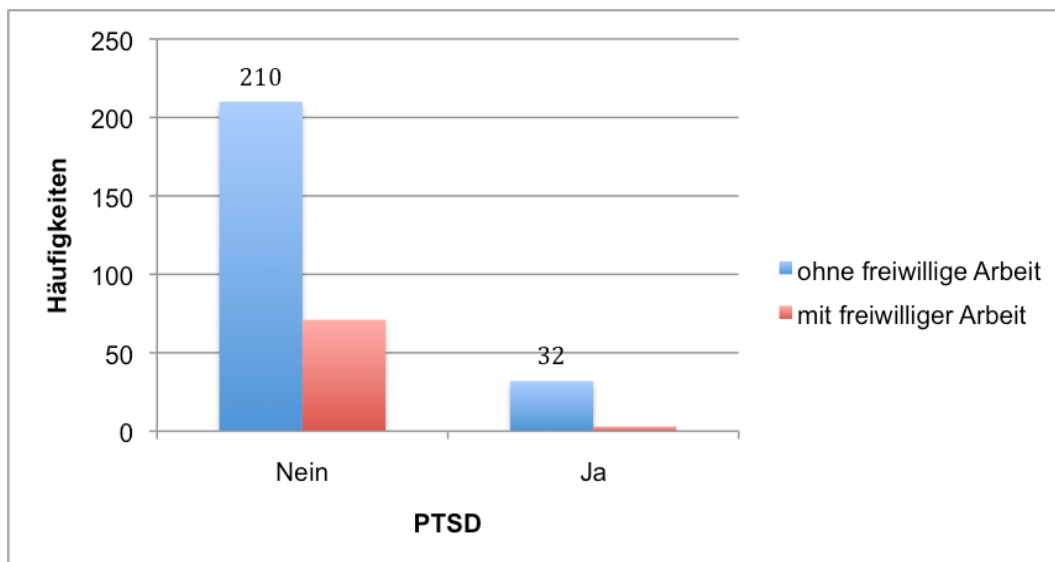


Abbildung 12: Verteilung des Berufsstandes bezogen auf die PTSD-Gruppen in der Stichprobe

Die Art der Wohnsituation weist keinen Einfluss auf den PCL-C Summenscore auf ($H(4) = 3,747$; $p = ,441$). Anhand der PTSD-Gruppen zeigt sich, dass alle 6 Personen,

die eine volle PTSD aufweisen, noch in ihrer eigenen Wohnung/eigenem Haus leben. Von den 280 Personen welche keine PTSD aufzeigen, leben die Mehrheit (144 Personen) auch in ihrer eigenen Wohnung/eigenem Haus.

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

Der durchschnittliche Gesamtscore der Resilienz bei den Männern und Frauen liegt bei 29,65 ($S = 7,076$). Der höchste Wert lag bei 40 und der niedrigste Wert bei 4, von möglichen 40 Punkten. Bei den angeführten Werten handelt es sich um Rohwerte.

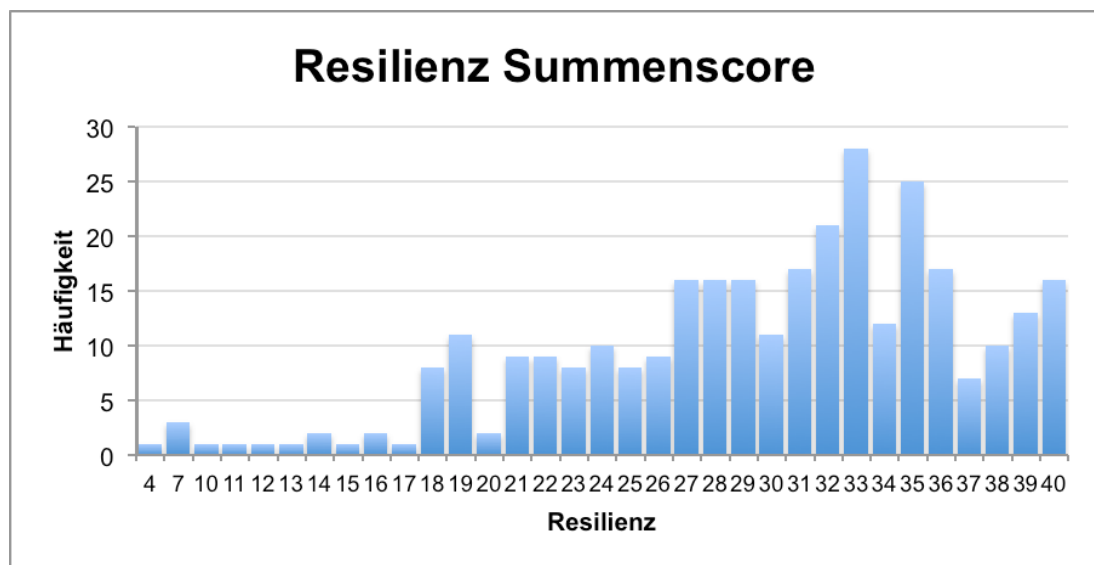


Abbildung 13: Verteilung des Summenscores der CD-RISC in der Stichprobe

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf den Gesamtscore der Resilienz festgestellt werden ($U = 11158$; $p = ,729$). Anhand der mittleren Ränge der Resilienzskala lässt sich jedoch ein höherer Wert bei den Männern feststellen ($MR_m = 159,31$; $MR_w = 155,64$).

Es konnte kein Zusammenhang zwischen Alter und dem Gesamtscore der Resilienz festgestellt werden ($r_s = -,028$; $p = ,624$).

Es konnte kein Unterschied zwischen Personen die in einer Partnerschaft leben zu allein lebenden Personen festgestellt werden ($U = 11192$; $p = ,528$). Bezogen auf die mittleren Ränge weisen Verheiratete oder in Partnerschaft lebende Personen (V) im Vergleich zu verwitweten (W), geschiedenen (G) und ledigen Personen (L) einen höheren Gesamtscore der Resilienz auf ($MR_V = 161,01$; $MR_L = 149,6$; $MR_G = 140,38$; $MR_W = 156,91$).

Tabelle 7: Mittlere Ränge des Summenscores der Resilienz, getrennt nach Familienstand

<i>Familienstand</i>	<i>Mittlere Ränge der Resilienzskala</i>
Verheiratet oder in Partnerschaft	161,01
Ledig	149,6
Geschieden	140,38
Verwitwet	156,91

Bezüglich der höchst abgeschlossenen Ausbildungen lässt sich kein signifikanter Zusammenhang in der Resilienzausprägung feststellen ($H(4) = 3,369$; $p = ,498$). Jedoch weisen Personen mit Volksschulabschluss den niedrigsten und Personen mit Hochschulabschluss den höchsten Resilienzwert auf ($MR_V = 142,55$; $MR_H = 173,41$).

Tabelle 8: Mittlere Ränge des Summenscores der Resilienz, getrennt nach Ausbildung

<i>Ausbildung</i>	<i>Mittlere Ränge der Resilienzskala</i>
Volksschule	142,55
Hauptschule	159,89
Matura	158,64
Hochschulabschluss	173,41
Lehre	156,78

Personen mit Kindern unterscheiden sich nicht von Personen ohne Kinder hinsichtlich der Resilienzausprägung ($U = 7739$; $p = ,882$).

Die Variable „Berufsstand“ konnte einen signifikanten Einfluss auf die Resilienzausprägung ($U = 6293,5$; $p = ,000$) aufweisen. Anhand der mittleren Ränge zeigt sich ein höherer Resilienzwert bei den Personen mit freiwilliger Arbeit ($MR = 190,79$) als bei den Personen ohne freiwilliger Arbeit ($MR = 146,72$).

In Hinsicht auf die Wohnsituation zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang bezüglich der Resilienzausprägung ($H(4) = 14,918$; $p = ,005$). Den niedrigsten Wert weisen Personen auf welche in Kurzzeitpflege leben ($MR = 119,25$), gefolgt von Personen die bei ihrer Familie im Haus/in ihrer Wohnung leben ($MR = 122,07$). Hohe mittlere Ränge zeigen Personen, die in einem eigenem Haus/eigener Wohnung leben ($MR = 174,49$) und diejenigen die keiner Kategorie zuzuordnen sind ($MR = 186,07$).

Tabelle 9: Mittlere Ränge des Summenscores der Resilienz, getrennt nach Wohnsituation

<i>Wohnsituation</i>	<i>Mittlere Ränge der Resilienzska</i>
Pflegeheim	139,59
Kurzzeitpflege	119,25
Eigene Wohnung/Haus	174,49
Bei Familie in Wohnung/Haus	122,07
Anderes	186,07

Es konnte ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Gesamtscore der Resilienz und dem PCL-C Summenscore gefunden werden ($r_s = -,399$; $p = ,000$). Je höher der Resilienzwert bei den Personen desto niedriger die PTSD-Symptomatik.

Bezogen auf die PTSD-Gruppen (volle PTSD/partielle PTSD versus keine PTSD) zeigt sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Resilienzausprägung ($U = 2874$; $p = ,000$). In der PTSD Gruppe zeigt sich anhand den mittleren Rängen eine

niedrigere Resilienzausprägung (MR= 102,03) als zur Gruppe ohne PTSD (MR= 163,7).

Tabelle 10: Mittlere Ränge des Summenscores der Resilienz, getrennt nach PTSD-Symptomatik

<i>PTSD</i>	<i>Mittlere Ränge der Resilienzskala</i>
Volle PTSD	91,58
Partielle PTSD	104,27
Keine PTSD	163,7

Hinsichtlich der Kriegstraumatisierungen: Luftangriffe, Verwundung, Verlassen der Heimat, Raub, geleisteter Widerstand gegen das NS-Regime, Kriegsgefangenschaft, Familienangehörige gefallen, Verschleppung, direkte Kriegshandlungen, physische- und psychische Gewalt durch Besatzungstruppen und sexuelle Übergriffe durch die Besatzungsmacht zeigt sich kein signifikanter Einfluss auf die Resilienzausprägung.

Lediglich die traumatische Erfahrung „Tote bergen oder bestatten müssen“ leistet einen signifikanten Einfluss auf die Resilienzausprägung ($U = 4436,5$; $p = ,037$). Personen die diese Erfahrung erlebt haben, weisen einen höheren Resilienzwert (MR= 183,79) auf als Personen die diese Erfahrung nicht erlebt haben (MR= 152,37).

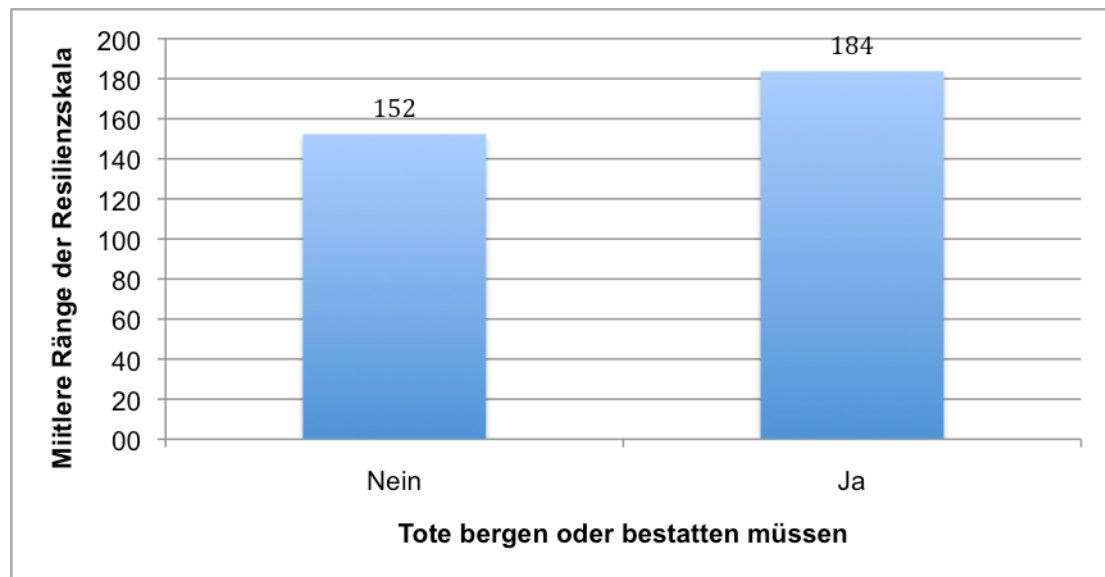


Abbildung 14: Mittlere Ränge der CD-RISC hinsichtlich der Kriegstraumatisierung „Tote bergen oder bestatten müssen“

13.3 Hypothesenprüfung

13.3.1 Hypothese 1

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der PTSD-Symptomatik.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der PTSD-Symptomatik.

UV: Geschlecht

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Da die Normalverteilung des PCL-C Summenscores nach Durchführung des K-S Tests als nicht gegeben gilt, wurde ein U-Test gerechnet.

Es konnte kein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der PTSD-Symptomatik festgestellt werden ($U=10112$; $p=,053$), daher wird die H_0 beibehalten. Jedoch zeigt sich hinsichtlich der mittleren Ränge ein höherer PCL-C Wert bei den Frauen ($MR=165,67$) als bei den Männern ($MR=145,19$).

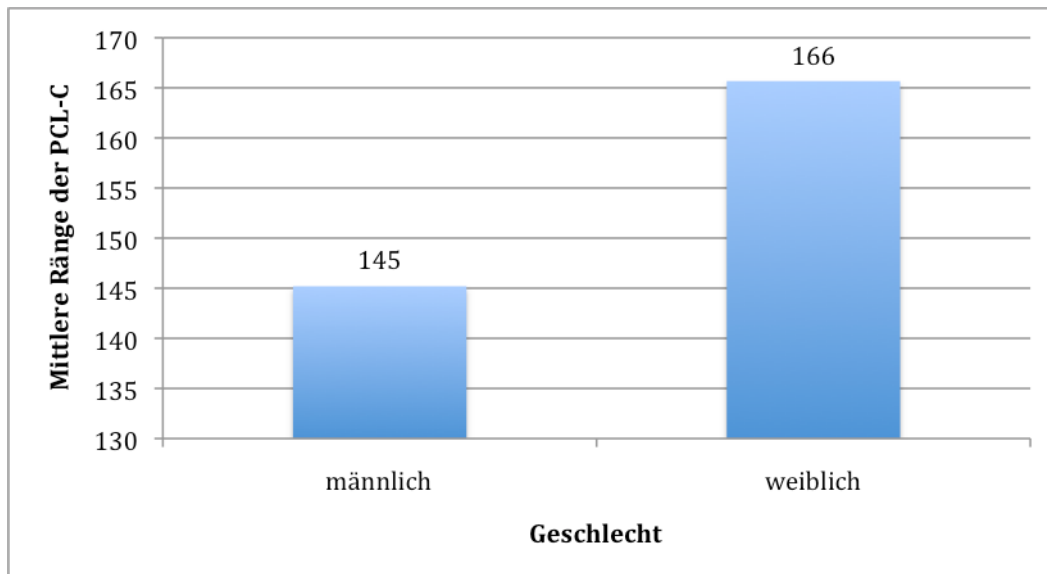


Abbildung 15: Mittlere Ränge des PCL-C Gesamtwertes, aufgeteilt nach Geschlecht

13.3.2 Hypothese 2

H₀: Der derzeitige Familienstand hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H₁: Der derzeitige Familienstand hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: Partnerschaft vorhanden/nicht vorhanden

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Da die Normalverteilung des PCL-C Summenscores nach Durchführung des K-S Tests als nicht gegeben gilt, wurde ein U-Test gerechnet.

Es konnte kein Unterschied zwischen Personen die in einer Partnerschaft leben zu allein lebenden Personen festgestellt werden ($U = 11384,5$; $p = ,534$), somit kann die H_1 nicht angenommen werden. Schließlich konnte auch bezüglich der PTSD-Gruppen (volle/partielle PTSD versus keine PTSD) kein Einfluss hinsichtlich der Variable „Partnerschaft“ gefunden werden ($\chi^2(1) = ,096$; $p = ,757$).

13.3.3 Hypothese 3

H0: Der derzeitige Berufsstand hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Der derzeitige Berufsstand hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: Berufsstand (freiwillige Arbeit vorhanden/freiwillige Arbeit nicht vorhanden)

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Da die Normalverteilung des PCL-C Summenscores nach Durchführung des K-S Tests als nicht gegeben gilt, wurde ein U-Test für unabhängige Stichproben gerechnet.

Der Einfluss der Variable Berufsstand erweist sich als signifikant ($U = 6843$; $p = ,002$; $r = -1,7$). Personen mit der Ausübung einer freiwilligen Arbeit zeigen niedrigere PCL-C Werte ($MR = 129,97$) als Personen ohne freiwillige Arbeit ($MR = 166,61$).

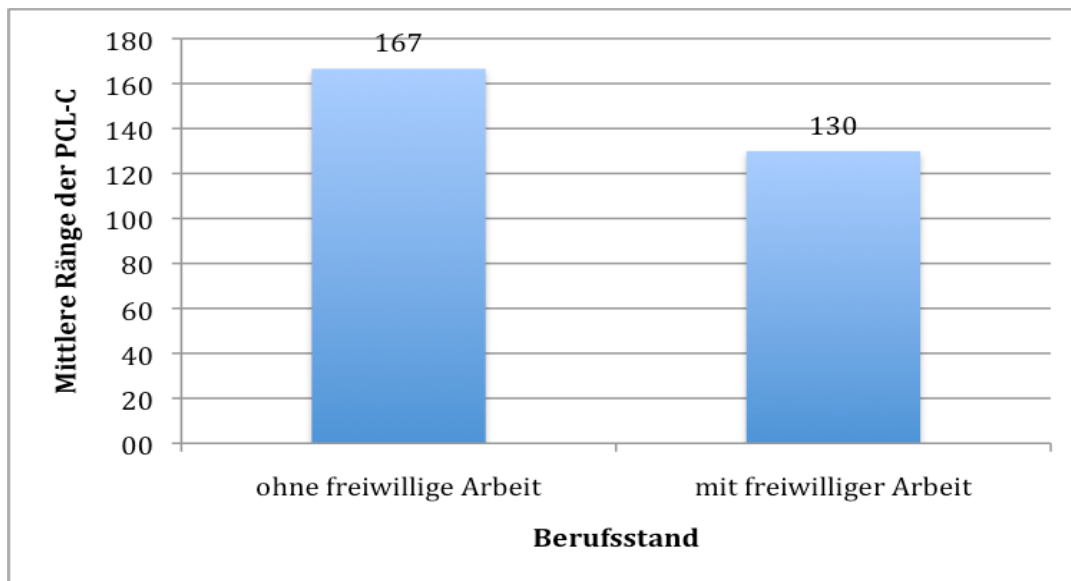


Abbildung 16: Mittlere Ränge des PCL-C Gesamtwertes, aufgeteilt nach Berufsstand

13.3.4 Hypothese 4

H0: Die höchst abgeschlossene Ausbildung hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Die höchst abgeschlossene Ausbildung hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik

UV: Ausbildung (Volksschule, Hauptschule, Matura, Hochschulabschluss, Lehre)

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Da der PCL-C Summenscore nicht normalverteilt ist, wurde ein unabhängiger Kruskal-Wallis Test gerechnet.

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den fünf Gruppen der Ausbildung und der PTSD-Symptomatik ($H(4) = 11,976$; $p = ,018$). Um sich die Zusammenhänge genauer anzusehen wurden zusätzlich U-Tests berechnet. Um keinen Fehler 1. Art hervorzurufen wurde eine Bonferroni Korrektur durchgeführt

und daher wurden alle Effekte mit einem Signifikanzniveau von 0,125 verglichen. Es ergab sich nur beim Vergleich Volksschule mit Hochschulabschluss ein signifikanter Unterschied ($U = 1029,5$; $p = ,006$; $r = -,3$).

Personen mit Hochschulabschluss weisen niedrigere PCL-C Werte ($MR = 46,4$) auf als Personen mit Volksschulabschluss ($MR = 64,63$).

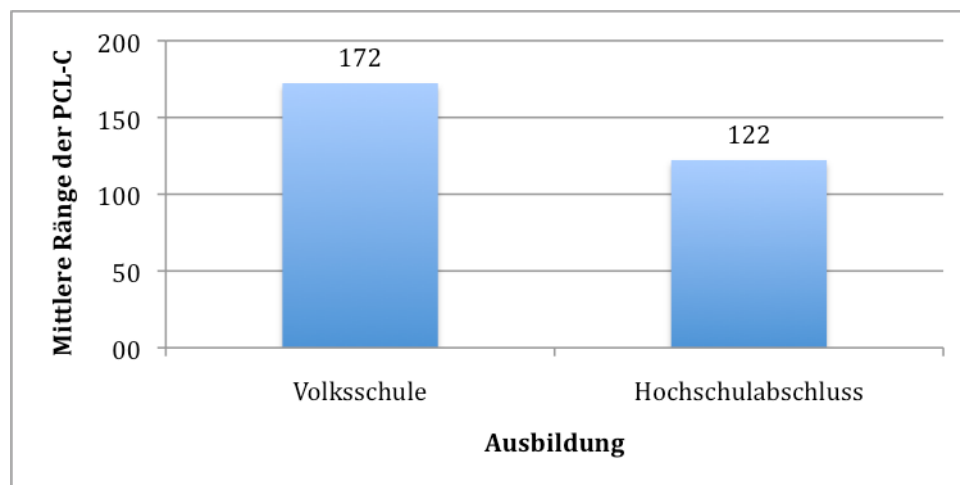


Abbildung 17: Mittlere Ränge des PCL-C Gesamtwertes, aufgeteilt nach Ausbildung

13.3.5 Hypothese 5

H0: Soziale Unterstützung hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Soziale Unterstützung hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: soziale Unterstützung

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Da die Normalverteilung des PCL-C Summenscores als nicht gegeben gilt, wurde ein U-Test für unabhängige Stichproben gerechnet.

Die H0 muss aufrechterhalten bleiben, da der Faktor „soziale Unterstützung“ keinen signifikanten Beitrag hinsichtlich der PTSD-Symptomatik leistet ($U = 6849$; $p = ,334$). Auch im Vergleich der PTSD-Gruppen (partielle/volle PTSD versus keine PTSD) konnte kein Einfluss bestätigt werden ($\chi^2(1) = ,498$; $p = ,48$).

13.3.6 Hypothese 6

H0: Soziale Unterstützung hat keinen Einfluss auf die Resilienzausprägung.

H1: Soziale Unterstützung hat einen Einfluss auf die Resilienzausprägung.

UV: soziale Unterstützung

AV: Summenscore der Resilienz

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Es wurde ein U-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, da keine Normalverteilung des Summenscores der Resilienz vorliegt.

Es konnte ein signifikanter Einfluss der Variable auf die Resilienzausprägung entdeckt werden ($U = 6169$; $p = ,048$; $r = -,1$). Anhand der mittleren Ränge zeigt sich, dass Personen, welche über soziale Unterstützung berichten, einen höheren Resilienzscore ($MR = 161,81$) aufweisen als Personen ohne Unterstützung ($MR = 135,86$).

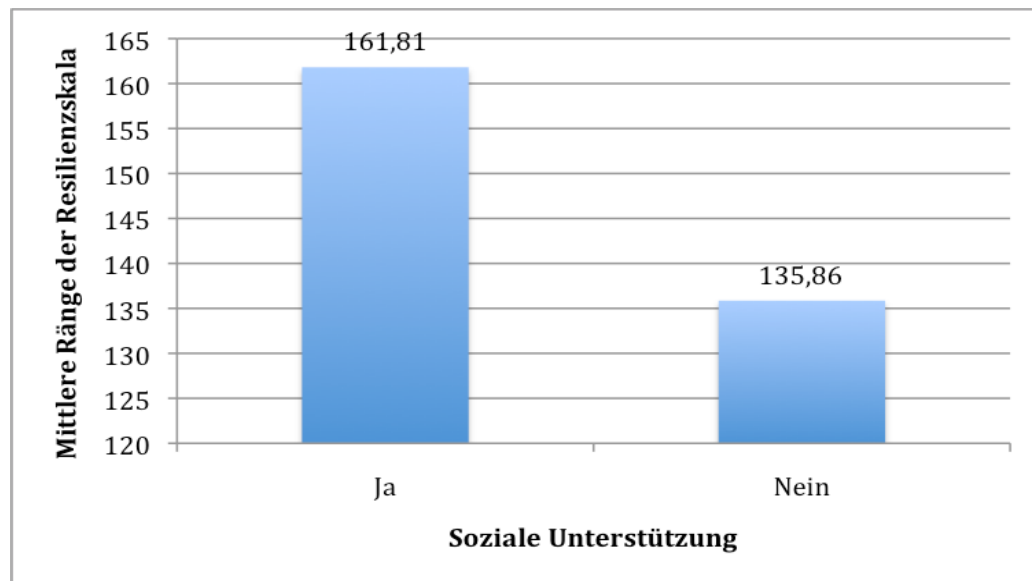


Abbildung 18: Mittlere Ränge des Summenscores der Resilienz, getrennt nach empfundener sozialer Unterstützung

13.3.7 Hypothese 7:

H0: Soziale Anerkennung hat keinen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

H1: Soziale Anerkennung hat einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

UV: soziale Anerkennung

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Es wurde ein U-Test für unabhängige Stichproben gerechnet da der Summenscore der PCL-C nicht normalverteilt ist.

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit erlebter sozialer Anerkennung zu Personen ohne erlebter Anerkennung festgestellt werden ($U=10389$; $p=,741$). Auch hinsichtlich der PTSD-Gruppen (partielle/volle PTSD versus keine PTSD) konnte kein Einfluss der Variable auf die PTSD-Symptomatik nachgewiesen werden ($\chi^2(1)=1,53$; $p=,22$).

13.3.8 Hypothese 8:

H0: Es besteht kein Unterschied unter den Gruppen die spezifische Kriegstraumata erfahren haben in Bezug auf die Resilienzausprägung.

H1: Es besteht ein Unterschied unter den Gruppen die spezifische Kriegstraumata erfahren haben in Bezug auf die Resilienzausprägung.

UV: Kriegstraumata (Luftangriffe, Verwundung, Raub, physische- und psychische Gewalt durch die Besatzungstruppen, sexuelle Übergriffe durch die Besatzungsmacht, Tote bergen oder bestatten müssen, Verlassen der Heimat, Kriegsgefangenschaft, Widerstand, Familienangehörige gefallen, direkte Kriegshandlungen)

AV: Resilienz

N: Personen die spezifische Kriegstraumata erlebt haben

Auswertung: Da der Summenscore der Resilienz nicht normalverteilt ist, wurde ein U-Test für unabhängige Stichproben gerechnet.

Es stellte sich nur bei der traumatischen Erfahrung „Tote bergen oder bestatten müssen“ ein signifikanter Einfluss auf die Resilienzausprägung heraus ($U = 4436,5$; $p = ,037$; $r = ,3$). Zusätzlich stellte sich bei Personen die diese Erfahrung erlebt haben ein höherer Resilienzwert ($MR = 183,79$) heraus als bei Personen die diese Erfahrung nicht erlebt haben ($MR = 152,37$).

13.3.9 Hypothese 9:

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen PTSD-Symptomatik und Resilienzausprägung..

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Resilienzausprägung und PTSD-Symptomatik.

UV: Resilienz

AV: PTSD

N: gesamte Stichprobe

Auswertung: Da die der Summenscore der Resilienz und der PCL-C nicht normalverteilt ist, wird eine Spearman-Korrelation gerechnet.

Zwischen der Resilienzausprägung und der PTSD-Symptomatik zeigt sich ein signifikantes Ergebnis ($r_s = -,399$; $p = ,000$). Je höher die Resilienzausprägung bei den Personen ist, desto niedriger ist die PTSD-Symptomatik.

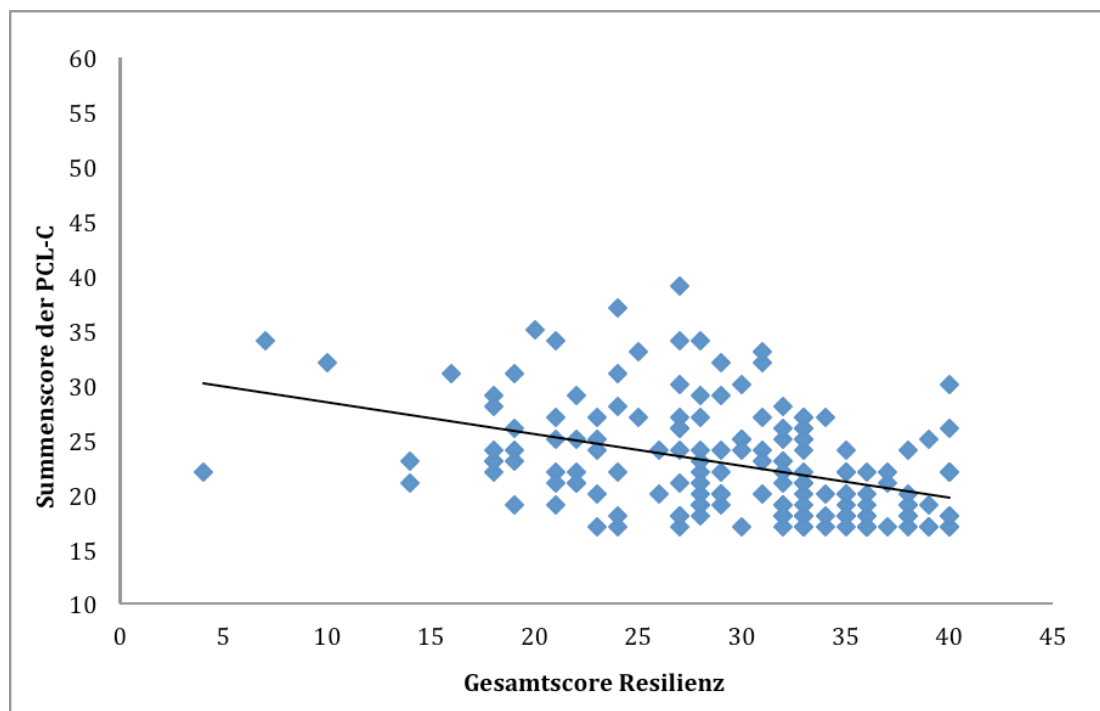


Abbildung 19: Zusammenhang zwischen der PTSD-Symptomatik und der Resilienzausprägung

Ebenso zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($U= 2874$; $p= ,000$; $r=-,21$) in den PTSD-Gruppen (partielle/volle PTSD versus keine PTSD). Die Resilienzausprägung der Unbelasteten Gruppe zeigte eine niedrigere PTSD-Symptomatik ($MR= 163,7$) als die PTSD-Gruppe ($MR= 102$).

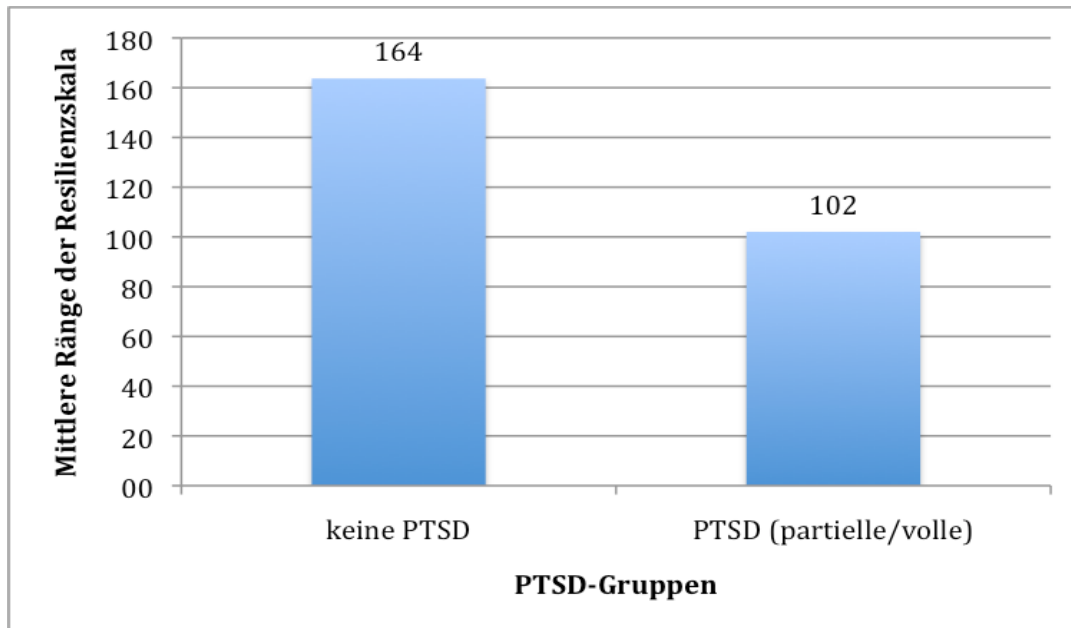


Abbildung 20: Mittlere Ränge des Summscores der Resilienz, getrennt nach PTSD-Gruppen

14 Zusammenfassung und Diskussion (verfasst von Daniela Wintner)

Die vorliegende empirische Arbeit befasste sich mit dem Thema, *Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung*. Dabei wurde der Fokus auf eine *Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung* gelegt.

Es wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Gibt es einen Geschlechterunterschied bezüglich der PTSD-Symptomatik?
2. Hat der derzeitige Familienstand (Partnerschaft vorhanden/Partnerschaft nicht vorhanden) einen Einfluss auf PTSD? Wie unterscheiden sich Personen welche in einer Partnerschaft leben, hinsichtlich der PTSD-Symptomatik, von Personen welche in keiner Partnerschaft leben?
3. Spielt die Art der höchst abgeschlossenen Ausbildung eine Rolle in Bezug auf die PTSD-Symptomatik?
4. Hat die Variable Berufsstand (freiwillige Arbeit /keine freiwillige Arbeit) einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik?
5. Gibt es einen Unterschied zwischen Personen mit sozialer Unterstützung im Vergleich zu jenen ohne, hinsichtlich der Resilienzausprägung und der PTSD-Symptomatik?
6. Gibt es einen Unterschied zwischen Personen mit erlebter sozialer Anerkennung im Vergleich zu jenen ohne, hinsichtlich der PTSD-Symptomatik?

7. Können Unterschiede in der Resilienzausprägung im Bezug auf die einzelnen spezifischen kriegstraumatischen Ereignisse aus der Zeit des Zweiten Weltkrieges festgestellt werden?
8. Weisen Personen mit einer höheren Resilienzausprägung geringere PTSD-Symptome auf?

14.1 PTSD

Bei den untersuchten Traumaopfern stellte sich ein geringes Ausmaß an posttraumatischen Reaktionen heraus. Von den insgesamt 316 Personen weisen sechs Personen eine volle PTSD und 29 Personen eine partielle PTSD auf. Bei 280 Personen konnten keine PTSD-Symptome nachgewiesen werden.

Möglicherweise hängt eine Erklärung mit dem langen zeitlichen Intervall zwischen dem traumatischen Ereignis und der Untersuchung zusammen. Eine andere Erklärung könnte sein, dass diejenigen Betroffenen mit einer hohen posttraumatischen Belastung die Teilnahme an einer solch heiklen Untersuchung von vornherein meiden um eine mögliche Traumareaktivierung zu vermeiden. Nach Böwing und Schröder (2009) kann durch eine Aufarbeitung von vergangenen Erlebnissen, in Form von zum Beispiel Kriegsberichterstattung, eine Traumareaktivierung begünstigt werden.

Eine weitere mögliche Begründung für eine geringe Symptombelastung könnte mit persönlichen Reifungsprozessen verbunden sein. Das Konzept der Posttraumatischen Reifung geht davon aus, dass Personen positive wichtige Veränderungen in der eigenen Wahrnehmung, in den Lebenseinstellungen und in Beziehungen zu anderen nach dem Erleben von extrem traumatischen Erfahrungen bemerken. Dieser Reifungsprozess resultiert aus der Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen. Im positivsten Fall werden bei Traumaopfern die daraus resultierenden wahrgenommenen Veränderungen als Wachstumsprozesse empfunden und gehen mit einer neuen positiven Sichtweise gegenüber der Welt und einer allgemein

positiver erlebten Veränderung des Selbst einher (Fookan, 2009; Zöllner, Calhoun & Tedeschi, 2006).

14.1.1 Geschlecht

Von den insgesamt 316 Untersuchungsteilnehmern wurden 119 Männer und 197 Frauen befragt. Hinsichtlich der PTSD-Symptomatik konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Es zeigt sich aber ein tendenziell höherer PCL-C Wert bei den Frauen als bei den Männern. Dieses Ergebnis deckt sich mit mehreren Studien, welche eine höhere Vulnerabilität bei Frauen in Bezug auf die PTSD-Symptomatik nachgewiesen haben (vgl. Brewin et al., 2000; Voges & Romney, 2002; Teegen & Meister, 2000). Ebenso in Bezug auf die PTSD-Gruppe (partielle/volle) zeigt sich, dass von den insgesamt 35 Traumatisierten mehr Frauen (7%) in der PTSD-Gruppe vertreten sind als Männer (4%).

14.1.2 Familienstand

Der zweite Fragenbereich bezog sich auf die Untersuchung eines möglichen Einflusses der Variable „Familienstand“ auf die PTSD-Symptomatik. Insgesamt leben 125 Personen (40%) in einer Partnerschaft und 191 Personen (60%) ohne einen Partner. Magruder et al. (2004) stellte in seiner Studie fest, dass diejenigen Personen, welche in einer Beziehung lebten, eine geringere PTSD-Symptomatik aufwiesen als allein lebende Personen.

In der vorliegenden Studie konnte dieses Ergebnis nicht nachgewiesen werden. Es zeigt sich jedoch, dass von den 35 Traumatisierten mehr als die Hälfte verwitwet waren (20 Personen). Diese Tatsache würde sich mit der Ansicht von Kuwert und Knaevelsrud (2009) decken, die annehmen, dass Traumafolgestörungen durch Stressoren, wie zum Beispiel Partnerverlust im höheren Lebensalter negativ beeinflusst werden und die körperliche und psychische Gesundheit stark

beeinträchtigen können. Auch Böwing und Schröder (2009) sind der Ansicht, dass es durch Veränderungen der sozialen Situation (z.B. Tod des Partners) zu einem Wiedererwachen bislang unbewältigter Erlebnisse führen kann und dadurch eine Traumareaktivierung ausgelöst werden kann.

14.1.3 Ausbildung

In unserer Stichprobe hat die Variable „Ausbildung“ einen signifikanten Einfluss auf die PTSD-Symptomatik. Es zeigt sich, dass Personen mit einem hohen Bildungsniveau (Hochschulabschluss) eine geringere PTSD-Symptomatik aufweisen als Personen mit geringem Bildungsniveau (Volksschule). Dies stimmt gut überein mit dem Ergebnis von Brewin et al. (2000), die in ihrer Metaanalyse geringes Bildungsniveau als Risikofaktor der PTSD identifizierten.

14.1.4 Berufsstand

Eine Studie von Magruder et al. (2004) stellte fest, dass die Variable „Berufsstand“ einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik leistet. Sie führten an, dass Personen die einer Arbeit nachgingen, geringere PTSD-Symptome aufweisen als Personen welche nicht arbeitstätig waren. Diese Annahme scheint sich auch in der vorliegenden Studie zu bestätigen. Es zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Einfluss der Variable „Berufsstand“ auf die PTSD-Symptomatik. Personen, die eine freiwillige Arbeit ausüben, zeigen eine geringere PTSD-Symptomatik als Personen ohne freiwillige Arbeit.

14.1.5 Soziale Unterstützung – und Wertschätzung

In der Theorie leisteten beide Variablen einen wichtigen Beitrag in der Entstehung und Aufrechterhaltung posttraumatischer Reaktionen (Brewin et al., 2000; King et

al., 1989; Gäbler et al., 2008). Wider Erwarten zeigen die Variablen soziale Unterstützung – und Wertschätzung keinen signifikanten Einfluss auf die PTSD-Symptomatik.

Beide Variablen wurden aus dem Historischen Fragebogen entnommen. Jedoch muss man hinzufügen, dass sich die Variable „soziale Unterstützung“ aus nur zwei Items und die Variable „soziale Wertschätzung“ aus lediglich nur einem Item zusammensetzt. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses wurde dadurch daher erheblich eingeschränkt.

Um einen Einfluss anhand dieser zwei wichtigen Schutzfaktoren zu untersuchen, wäre es besser gewesen spezielle Testverfahren hinzuzufügen. So würde sich die Variable „soziale Unterstützung“ genauer mit dem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU) von Sommer, Fydrich und Brähler (2007) untersuchen lassen. Die Variable „soziale Wertschätzung“ könnte mit dem Fragebogen zur sozialen Wertschätzung von Maercker und Müller (2004) analysiert werden.

Dies wiederum hätte allerdings zur Folge, dass die Durchführung der Fragebögen noch länger dauern würde und nicht angenehm oder zumutbar für alle Teilnehmer gewesen wäre.

14.2 Resilienz und PTSD

Bei den untersuchten Personen wurde ein durchschnittlich hoher Resilienzwert erzielt. Nach Bonanno et al. (2007) verfügen resiliente Personen über die Fähigkeit eine stabile Funktionsfähigkeit auch nach traumatischen Ereignissen beizubehalten. Sie können durchaus einige Veränderungen wahrnehmen, jedoch sind ihre Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis in der Regel relativ kurz und sie berichten über wenige oder überhaupt keine psychischen Symptome. Erwartungsgemäß zeigt sich in der PTSD-Gruppe (partiell/voll) eine geringere Resilienzausprägung als in der Gruppe der Unbelasteten. Dieses Ergebnis stimmt auch mit Studienergebnissen von

Pietrzak et al. (2010) überein, welche in ihrer Studie an Kriegsveteranen feststellten, dass Personen mit PTSD eine geringere Resilienzausprägung aufwiesen als unbelastete Personen.

Ebenso konnte hinsichtlich der PTSD ein signifikanter negativer Zusammenhang festgestellt werden. Personen mit einer hohen Symptombelastung weisen eine geringere Resilienzausprägung auf. Die Studie von Pietrzak et al. (2010) gelang zu demselben Ergebnis und stellte ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und PTSD-Symptomatik fest. Auch in den PTSD-Gruppen (volle/partielle PTSD) konnte erwartungsgemäß ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden. Die Gruppe der Unbelasteten weisen höhere Resilienzwerte auf als die PTSD-Gruppe.

14.2.1 Soziodemographische Variablen

Da ein geringes Bildungsniveau schon als Risikofaktor der PTSD identifiziert wurde (Brewin et al., 2000) ist es naheliegend, dass diese Variable auch bezüglich der Resilienz eine Rolle spielt. Daher zeigen in der vorliegenden Studie Personen mit einem hohen Ausbildungsniveau (Hochschulabschluss) auch höhere Resilienzwerte, als Personen mit einem geringen Ausbildungsniveau (Volkshschulabschluss).

Hinsichtlich der Wohnsituation stellten Kuwert und Knaevelsrud (2009) fest, dass ein Umzug in ein Pensionisten- bzw. Pflegeheim einen großen Stressor für Menschen höheren Alters darstellt und einen negativen Einfluss auf Traumafolgestörungen aufweisen kann. Es zeigt sich daher erwartungsgemäß eine hohe Resilienzausprägung bei Personen, welche in ihrem eigenen Zuhause leben. Interessanterweise zeigt sich ein geringer Resilienzwert bei Personen die bei ihrer Familie leben. Eine familienpsychologische Erklärung dafür könnte sein, dass ältere Personen sich vielleicht unerwünscht oder ungewollt fühlen. Sie gehen unter Umständen davon aus, dass sie aufgrund ihrer Hilfsbedürftigkeit eine Belastung für

die ganze Familie darstellen. Eventuell sind aber auch Konflikte innerhalb der Familie für ein solches Ergebnis verantwortlich.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der Resilienzausprägung, jedoch lässt sich ein höherer Wert bei den Männern erkennen. Eine mögliche Erklärung dafür wird sein, dass Frauen tendenziell eher zu einer höheren PTSD-Symptomatik neigen als Männer (vgl. Brewin et al, 2000; Teegen & Meister, 2000; Voges & Romney, 2002) und daher auch eine geringere Resilienz aufweisen. Möglicherweise spielten bei den Männern auch mehr persönliche Reifungsprozesse eine Rolle. Aufgrund der Tatsache, dass Männer mehr dem direkten Kriegsgeschehen ausgesetzt waren als Frauen, könnte ein höherer Resilienzwert dahingehend interpretiert werden, dass durch das Erleben der traumatischen Ereignisse positive Veränderungen in der eigenen Wahrnehmung und in den Lebenseinstellungen daraus resultiert haben.

14.2.2 Soziale Unterstützung

In Studien wurde nachgewiesen, dass soziale Unterstützung mit einer höheren Resilienzausprägung verbunden ist (King et al., 1998; Pietrzak, et al., 2010). Diese Annahme scheint sich auch in der vorliegenden Studie zu bestätigen, da ein signifikanter Einfluss der Variable auf die Resilienzausprägung entdeckt wurde und Personen welche über soziale Unterstützung berichten einen höheren Resilienzscore aufweisen als Personen ohne Unterstützung. Jedoch muss man wieder auf die Aussagekraft dieses Ergebnisses hinweisen, da die Variable „soziale Unterstützung“ mit nur einem Item gemessen wurde.

14.2.3 Kriegstraumata

Hinsichtlich der Kriegstraumatisierungen: Luftangriffe, Verwundung, Verlassen der Heimat, Raub, geleisteter Widerstand gegen das NS-Regime, Kriegsgefangenschaft, Familienangehörige gefallen, Verschleppung, direkte Kriegshandlungen, physische- und psychische Gewalt durch Besatzungstruppen und sexuelle Übergriffe durch die Besatzungsmacht zeigte sich kein signifikanter Einfluss auf die Resilienzausprägung.. Jedoch muss man hinzufügen, dass die Gruppengrößen in den verschiedenen Kriegstraumata sehr stark variieren und dadurch möglicherweise vorhandene signifikante Ergebnisse nicht aufgedeckt werden können. Lediglich die traumatische Erfahrung „Tote bergen oder bestatten müssen“ leistet einen signifikanten Einfluss auf die Resilienzausprägung. Interessanterweise weisen Personen die diese traumatische Erfahrung erlebt haben einen höheren Resilienzwert auf als Personen denen diese Erfahrung erspart blieb. Eine Erklärung könnte wieder in der Theorie des posttraumatischen Wachstums nach Fooken (2009) zu finden sein. Die Auseinandersetzung mit einem derart traumatischem Ereignis wurde bei den Betroffenen möglicherweise als Chance für weitere persönliche Entwicklung angesehen. Dies Erfahrung wirkte sich wahrscheinlich positiv auf ihr Leben aus und machte die Betroffenen für zukünftige traumatische Einflüsse stärker.

Zu einem ähnlichen Ergebnis sind Kuwert et al. (2007) in ihrer Studie gekommen. Sie untersuchten das Kohärenzgefühl an ehemaligen deutschen Kindersoldaten des 2. Weltkrieges und auch hierbei zeigte sich eine stärkere Ausprägung des Kohärenzgefühls bei den ehemaligen Soldaten, als bei der Vergleichsgruppe.

Auch Teegen und Handwerk (2006) führten in ihrer Untersuchung an, dass das Kohärenzgefühl der ehemaligen Frontkrankenschwestern signifikant stärker ausgeprägt war, als zu einer repräsentativen Stichprobe älterer Menschen.

15 Kritik und Ausblick (verfasst von Daniela Wintner)

Aufgrund der guten Zusammenarbeit mit dem gesamten Projektteam der Universität Wien und den HistorikerInnen des Ludwig Boltzmann Instituts für Kriegsfolgenforschung in Graz, stellte sich die Stichprobensuche als unproblematisch heraus.

Die Untersuchung wurde in ganz Österreich durchgeführt, in Pflege- und Wohnheimen und in privaten Haushalten, diese zeigten großes Interesse an der Thematik und nahmen begeistert an der Untersuchung teil. Lediglich der Versuch regional nahe liegende Personen oder Heime zusammenzulegen, um Fahrt- und Aufenthaltskosten zu sparen, stellte sich aufgrund unterschiedlicher vorhandener Termine der befragten Personen als schwierig heraus und konnte daher nicht immer umgesetzt werden.

Ebenso wurde die Rekrutierung durch Personen die plötzlich ihre Einwilligung an der Teilnahme zum Interview wieder zurückzogen oder durch gesundheitliche Probleme verhindert waren erschwert.

Leider kam es auch oft vor dass Personen aufgrund von Feststellung einer Demenz ausschieden, jedoch wurde den Betroffenen immer vermittelt einen wichtigen Beitrag an der Studie geleistet zu haben.

Die Testbatterien wurden bei der Mehrheit der Befragten gut angenommen und es stellten sich auch keine größeren Probleme bei der Beantwortung der Fragen heraus. Der Großteil der Personen hätte sich jedoch über eine längere Befragung des historischen Teils gefreut. Wenn es die Zeit zuließ konnten die befragten Personen am Ende des Interviews noch in Ruhe über ihre Erlebnisse erzählen.

Die Durchführung der Interviews dauerte oft sehr lange (max. 2 Stunden pro Person) und war daher für nicht alle Befragten angenehm oder zumutbar. Es klagten doch einige über Konzentrationsschwierigkeiten oder Müdigkeitsercheinungen, haben aber trotzdem bis zum Ende durchgehalten und nicht abgebrochen. Vor allem der BSI nahm die meiste Zeit in Anspruch und erscheint aufgrund seiner Itemlänge für Menschen höheren Alters als nicht unbedingt geeignet. Der psychische Gesundheitszustand älterer Menschen sollte in Zukunft mit einem ökonomischeren Verfahren untersucht werden.

Die Untersuchung liefert interessante Einblicke bezüglich der Kriegszeit und Besatzungszeit in Österreich von Überlebenden des Zweiten Weltkrieges. In Österreich gibt es bislang keine Studie, welche sich diesem komplexen Thema widmet und daher kann diese Studie aufgrund ihrer geschichtlichen und psychologischen Sichtweise als besonders bedeutend betrachtet werden. Neben der Abbildung der traumatischen Erfahrungen und der Auswirkungen für den psychischen Gesundheitszustand, werden Risiko- und Schutzfaktoren der PTSD der älteren Personen analysiert.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen auf, wie frühere traumatische Erfahrungen das spätere Leben noch beeinflussen können und dass das Erleben von traumatischen Ereignissen nicht immer mit der Entwicklung einer PTSD einhergehen muss.

Die Studie verdeutlicht die Tatsache, dass bei jedem Traumaopfer eine Reihe an persönlichen, psychologischen und biologischen Variablen eine Rolle spielen, welche gegen die Entwicklung von psychischen Erkrankungen protektiv wirken.

Zukünftige Studien sollten sich näher mit der Frage beschäftigen, warum Personen trotz widriger Lebensumstände gesund bleiben? Eine umfassende Analyse der im Verlauf des Lebens erworbenen Schutzfaktoren älterer Menschen würde sicher interessante Einblicke liefern.

Vor allem die Faktoren „soziale Unterstützung- und Wertschätzung“, welche immer wieder in Zusammenhang mit PTSD gebracht werden, können zukünftig mit adäquateren Verfahren analysiert werden (vgl. Maercker & Müller, 2004; Sommer, Fydrich & Brähler, 2007). Aber auch die Untersuchung von posttraumatischem Wachstum und den damit verbundenen positiven Veränderungen des Selbst, könnten weiteren Forschungen wichtige Erkenntnisse aufzeigen.

Interessant wären auch Persönlichkeitsfaktoren wie Hardiness oder das Selbstwertgefühl in Zusammenhang mit PTSD zu untersuchen.

16 Literaturverzeichnis (Daniela Wintner)

- 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.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117-145). Berlin: Springer.
- 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.
- Böwing, G., Schmidt, K.U.R., Juckel, G. & Schröder, S. G. (2008). Psychotische Syndrome bei kriegstraumatisierten älteren Patienten. *Der Nervenarzt*, 79 (1), 73-79.
- Böwing, G. & Schröder, S. G. (2009). Spätfolgen von Kriegserlebnissen. Brückensymptome, Trauma-Reaktivierung und Retraumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 3 (4), 294-303.

- 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.
- 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.
- Field, A. (2006). *Discovering statistics using SPSS. And sex, drugs and rock'n'roll* (2nd rev. ed.). London: Sage.
- Fookien, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 65-87). Heidelberg: Springer.
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J., Maercker, A. (2009): Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 1030-1039.
- 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.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Gäbler, I., Maercker, A. & Schützwohl, M. (2008). *Langzeitfolgen politischer Inhaftierungen in der DDR. Eine Folgestudie zur Dresdner Untersuchung*. Zürich: Abteilung Psychopathologie und Klinische Intervention.
- Gold, P. B., Engdahl, B. E., Eberly, R. E., Blake, R. J., Page, W. F., Frueh, B. C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 36-42.

- Goodman, C., Finkel, B., Naser, M., Andreyev, P., Segev, Y., Kurs, R., Melamed, Y. & Bleich, A. (2007). Neurocognitive deterioration in elderly chronic schizophrenia patients with and without PTSD. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195 (5), 415-420.
- Hankin, C. S. (1997). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 357-380). Heidelberg: Springer.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (4), 225-230.
- 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.
- 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.
- 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. & Knaevelsrud, C. (2009). Gerontopsychotraumatologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 427-439). Heidelberg: Springer.
- Kuwert, P., Knaevelsrud, C., Rosenthal, J., Dudeck, M., Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2008). Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges. *Psychiat Prax*, 35 (8), 399-403.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2006). Sixty years later: post-traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19 (5), 955-961.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2007). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52, 212-217.
- Kuwert, P., Vogel, M., Spitzer, C., Freyberger, H. J., Ermann, M. & Dudeck, M. (2007). Psychische Beschwerden, interpersonale Probleme, Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kriegskindern. *Psychother Psych Med*, 58 (6), 257-263.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442.
- 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., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und saltugenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12 (3), 157-167.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter* (S. 105-125). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 345-351.
- Magruder, K. M., Frueh, B. C., Knapp, R. G., Johnson, M. R., Vaughan J. A., Coleman Carson, T., Powell, D. A., & Hebert, R. (2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 293-301.
- 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.
- Paulitsch, K. & Karwautz, A. (2008). *Grundlagen der Psychiatrie* (1.Auflage). Wien: Facultas.

- Pennebaker, J. W., Barger, S. D., & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577–589.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., 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., 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 Iraqui freedom. *Depression and Anxiety*, 0, 1-7.
- Reimann, S., Pohl, J. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 13-27). Heidelberg: Springer.
- Schiller, B. (2011). *Kriegskinder – Die Folgen des Zweiten Weltkrieges und der Besatzungszeit Österreichs auf die psychische Gesundheit der älteren Bevölkerung. Die Posttraumatische Belastungsstörung und aktuelle Psychopathologie*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Universität, Wien.
- Snowdon, D. A. (2003). Healthy aging and dementia: Findings from the nun study. *Annals of Internal Medicine*, 139, 450-454.
- 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.
- Teegen, F. & Cizmic, L.-D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16 (2), 77-91.

- Teegen, F. & Handwerk, U. (2006). Deutsche Frontkrankenschwestern im II. Weltkrieg. Traumatische Erfahrungen, patho- und saltugenetische 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.
- Voges, M. A. & Romney, D. A. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2 (4), 1-9.
- Wasner, M. (2008). Resilience among patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) and their caregivers. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 159, 500–505.
- Yaffe, K., Vittinghoff, E., Lindquist, K., Barnes, D., Covinsky, K. E., Neylan, T., Kluse, M. & Marmar, C. (2010). Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Archives of General Psychiatry*, 67 (6), 608-613.
- Yehuda, R. & Flory, J. D. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 435-447.
- Zakin, G., Solomon, Z., & Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long-term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences*, 34, 819-829.
- Zöllner, T., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2006). In A. Margraf & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 36-42). Stuttgart: Georg Thieme.

17 Literaturverzeichnis (Bettina Schiller und Daniela Strasser)

- Ableitinger, A. (1998). Großbritannien und das Zweite Kontrollabkommen: Genese und Gehalt des britischen Regierungsentwurfes am 4. Februar 1946. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G. Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955* (S. 71–111). Wien: Böhlau.
- Ai, A. L., Peterson, C. & Uebelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress, 15* (2), 157-160.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D. & Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41* (4), 450-457.
- Andreski, P., Chilcoat, H. & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Research, 79*, 131-138.
- 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.
- 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.

- Bauer, I. (1998). *Welcome Ami Go Home. Die amerikanische Besatzung in Salzburg 1945-1955. Erinnerungslandschaften aus einem Oral-History-Projekt*. Salzburg: Verlag Anton Pustet.
- Bauer, I. & Huber, R. (2007). Sexual encounters across (former) enemy borderlines. In G. Bischof, A. Pelinka & D. Herzog (Hrsg.), *Sexuality in Austria. Contemporary Austrian Studies* (Bd. 15, S. 65-101). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Baumgartner, M. (1995). Vergewaltigungen zwischen Mythos und Realität. Wien und Niederösterreich im Jahr 1945. In E. Thurner & P. Eppel (Hrsg.), *Frauenleben 1945. Kriegsende in Wien* (S. 59–73). Wien: Eigenverlag der Museen der Stadt Wien.
- Beer, S. (1997). Die US-amerikanische Besatzungspolitik in Österreich bis Herbst 1945. In M. Rauchensteiner & W. Etschmann (Hrsg.), *Österreich 1945: Ein Ende und viele Anfänge* (S. 207-228). Graz: Styria.
- Beer, S. (1998). Die Besatzungsmacht Großbritannien in Österreich 1945-1949. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G. Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955* (S. 41-71). Wien: Böhlau.
- Beer, S. (2005). Britische Zonenpolitik. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“. Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 77-81). Horn: Berger.
- Beer, S. & Karner, S. (1992). *Der Krieg aus der Luft: Kärnten und Steiermark 1941-1945*. Graz: Weishaupt.
- Bihl, G. (2006). Wien 1945-2005: Eine politische Geschichte: Besatzung, Wiederaufbau und Konsolidierung. In P. Csendes & F. 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.

- 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.
- 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, B., Schmidt, K. U. R., Juckel, G. & Schröder, S. G. (2008). Psychotische Syndrome bei kriegstraumatisierten älteren Patienten. *Der Nervenarzt*, 79 (1), 73-79.
- Böwing, G. & Schröder, S. G. (2009). Spätfolgen von Kriegserlebnissen. Brückensymptome, Trauma-Reaktivierung und Retraumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 3 (4), 294-303.
- Braam, A. W., Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Delespaul, P., Dewey, M. E., Geerlings, S. W., Kivelä, S. -L., Lawlor, B. A., Magnússon, H., Meller, I., Pérès, K., Reischies, F. M., Roelands, M., Schoevers, R. A., Saz, P., Skoog, I., Turrina, C., Versporten, A. & Copeland, J. R. M. (2005). Physical health and depressive symptoms in older Europeans. Results from EURODEP. *British Journal of Psychiatry*, 187, 35-42.
- Bramsen, I. & Ploeg, H. M. van der (1999). Fifty years later: The long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 350-358.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (10), 923-929.
- Brewin C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (3), 499-509.

- 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.
- Buchmann, B. M. (2009). *Österreicher in der Deutschen Wehrmacht: Soldatenalltag im Zweiten Weltkrieg*. Wien: Böhlau.
- 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. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd rev. ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Connor, K. M. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Copeland, J. R. M., 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- Demokratiezentrum Wien. (2008). *Der "Anschluss" Österreichs an das nationalsozialistische Deutschland*. (Datum des Zugriffs: 10. 10. 2010). (letzte Aktualisierung: Mai 2008). Verfügbar unter <http://www.demokratiezentrum.org>
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3., überarbeitete und erweiterte 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.
- Dohrenwend, B. P., Neria, Y., Marshall, R., Lewis- Fernandez, R., Turner, J. B., Turse, N. & Koenen, K. C. (2004). Positive tertiary appraisals and posttraumatic stress disorder in U.S. male veterans of the war in Vietnam: The roles of positive affirmation, positive reformulation, and defensive denial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 417-433.
- Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes. *Demographie der österreichischen Juden 1938-1945*. (Datum des Zugriffs: 6. 09. 2010). Verfügbar unter <http://www.doew.at>
- Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes. *Der Anschluss*. (Datum des Zugriffs: 6. 9. 2010). Verfügbar unter <http://www.doew.at>

- Dornik, W. (2005). Besatzungsalltag in Wien: Die Differenziertheit von Erlebnisswelten: Vergewaltigungen – Plünderungen – Erbsen - Straußwalzer. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 449-467). Wien: Oldenbourg.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eisterer, K. (1997). Französische Besatzungspolitik in Tirol und Vorarlberg im Spätsommer und Herbst 1945. In M. Rauchensteiner & W. Etschmann (Hrsg.), *Österreich 1945. Ein Ende und viele Anfänge* (S. 229-246). Graz: Styria.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R. & Blank, A. (1997). Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: A normative response to severe trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (11), 1576-1581.
- 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.
- 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 Kriegsopfersversorgung in der Zweiten Republik 1945-1995. In K. Ernst, T. Fischlein, E. Sengstschnied, M. Svoboda & Kriegsopfer- und Behindertenverband für Wien Niederösterreich und Burgenland (Hrsg.), *Schicksal Kriegsopfer. Die Geschichte der Kriegsopfer nach 1945. Kriegsopfer- und Behindertenverband* (S. 225-320). Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsverbund.

- 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.
- 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.
- 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.
- Forstmeier, S., Kuwert, P., Spitzer, C., Freyberger, H. J. & Maercker, A. (2009). Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (2), 1030- 1039.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis-Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Franke, G. H. & Derogatis, L. R. (2000). *Brief symptom inventory: BSI (Kurzform der SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz 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.
- Fritz, P. (2005). „Was lange währt, wird endlich gut!“. Der Abschluss des Österreichischen Staatsvertrages 1955. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“. Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 303-309), Horn: Berger.
- Gingerich, T. & Leaning, J. (2004). *The use of rape as a weapon of war in the conflict in Darfur, Sudan*. (Datum des Zugriffs: 12. 9. 2010). Verfügbar unter <http://physiciansforhumanrights.org/library/report-2004-oct-darfurrape.html>
- 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.
- 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.
- Haas, H. (1988). Der Anschluss. In E. Talos, E. Hanisch & W. Neugebauer (Hrsg.), *NS-Herrschaft in Österreich 1938-1945* (S. 1-24). Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.
- Hafner, G. (2005). Das Mühlviertel unter sowjetischer Besatzung. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 503-521). Wien: Oldenbourg.

- Hal-van Raalte, E. Van der, Ijzendoorn, M. H. Van. & Bakermans-Kraneburg, M. J. (2007). Quality of care after early childhood trauma and well-being in later life: Child Holocaust survivors reaching old age. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 514-522.
- Hauser, M. & Joachim, I. (2003). Sind die Folgen sexualisierter Kriegsgewalt zu behandeln? Über die Arbeit mit kriegstraumatisierten Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. In M. Zielke, R. Meermann & W. Hackhausen (Hrsg.), *Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen* (S. 409-434). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hahn, F. & Hempt, A. (2005). Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Nervenarzt*, 76, 546-556.
- Heuft, G. (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.
- 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.

- Hunt, N. & Robbins, I. (2010). The long-term consequences of war: The experience of World War II. *Aging & Mental Health*, 5 (2), 183-190.
- 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.
- 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.
- 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. (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, 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.
- 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.
- 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. & 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., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2007). Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52, 212-217.
- Lis-Turlejska, M., Plichta, A., Luszczynska, A. & Benight, C. C. (2008). Jewish and non-jewish World War II child and adolescent survivors at 60 years after war: Effects of parental loss and age at exposure on well-being. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (3), 369-377.
- Loncar, M., Medved, V., Jovanovic, N. & Hotujac, L. (2006) Psychological consequences of rape on women in 1991 – 1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Croat Med*, 47, 67-75.
- 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. *Nervenarzt*, 79, 577-586.
- Maercker, A., Herrle, J. & Grimm, I. (1999). Dresdner Bombennachtsoffer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und saltogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12 (3), 157-167.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter* (S. 105-125). Heidelberg: Springer.
- Maercker, A. & Pielmaier, L. (2010). Gibt es Posttraumatische Belastungsstörungen bei älteren Schweizerinnen und Schweizern? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161 (2), 64-68.
- 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.
- Mulley, K. D. (1998). Befreiung und Besatzung: Aspekte sowjetischer Besatzung in Niederösterreich 1945-1948. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G.

- Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955* (S. 361-401). Wien: Böhlau.
- Mulley, K. D. (2005). Die Rote Armee in Niederösterreich 1945-1947: Ein ambivalentes Geschichtsbild. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 469-485). Wien: Oldenbourg.
- Neugebauer, W. (1988). Widerstand und Opposition. In E. Talos, E. Hanisch, W. Neugebauer (Hrsg.), *NS-Herrschaft in Österreich 1938-1945* (S. 537-552). Wien: Verlag für Gesellschaftskritik.
- Petschnigg, E. (2005). Alliierte Entnazifizierung in Österreich. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), „*Österreich ist frei!*“. *Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 109-113). Horn: Berger.
- Pizarro, J., Cohen-Silver, R. & Prause, J. (2006). Physical and mental health costs of traumatic war experiences among civil war veterans. *Archives of General Psychiatry*, 63 (2), 193-200.
- Portisch, H. (1985). *Österreich II: Die Wiedergeburt unseres Staates*. Wien: Kremayr & Scheriau.
- Radebold, H. (2008). Kriegskindheiten in Deutschland – damals und heute. In H. Radebold, G. Heuft & I. Fooker (Hrsg.), *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive* (S. 15-26). Weinheim: Juventa.
- Rathkolb, O. (1997). Besatzungspolitik und Besatzungserleben in Ostösterreich vom April bis August 1945. In M. Rauchensteiner & W. Etschmann (Hrsg.), *Österreich 1945. Ein Ende und viele Anfänge* (S. 185–206). Graz: Styria.
- Rauchensteiner, M. (1972). Nachkriegsösterreich 1945. *Österreichische Militärische Zeitschrift*, 6, 407-421.
- Rauchensteiner, M. (1995). *Der Krieg in Österreich 45. Ausstellung im Heeresgeschichtlichen Museum*. Wien: Heeresgeschichtliches Museum.

- Rauchensteiner, M. (1998). Das Jahrzehnt der Besatzung als Epoche in der österreichischen Geschichte. In A. Ableitinger, S. Beer & E. G. Staudinger (Hrsg.), *Österreich unter alliierter Besatzung 1945-1955*. (S. 15-41). Wien: Böhlau.
- Rauchensteiner, M. (2005). *Stalinplatz 4. Österreich unter alliierter Besatzung*. Wien: Steinbauer.
- Riedel-Heller, S. G. (2004). Das Spektrum psychischer Störungen im Alter – eine Bevölkerungsperspektive. *Psychiatrische Praxis*, 31, 327-329.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Schmidl, E. A. (2005). Der Abzug der „Besatzungstruppen“. In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“. Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 315-317). Horn: Berger.

- Schnurr, P. P. & Spiro, A. (1999). Combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms, health behaviors as predictors of self-reported physical health in older veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (6), 353-359.
- Schreiber, G. (2002). *Der Zweite Weltkrieg*. München: Beck.
- Sixl, P. (2010). *Sowjetische Tote des Zweiten Weltkriegs in Österreich*. Graz: Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgenforschung.
- Solomon, Z. & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POW's. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (3), 303-312.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a german community study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 693-700.
- Statistik Austria. (2010). *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.
- Studt, C. (2002). *Das Dritte Reich in Daten*. München: Beck.
- Suliman, S., Mkabale, 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. & 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.

- The European Opinion Research Group. (2003). *The mental health status of the European population* (Eurobarometer 58.2). Brussels: Directorate-General Press and Communication.
- Turner, E. (1992). Frauen - Nachkriegsleben in Österreich - Im Zentrum und in der Provinz. In I. Bandhauer-Schöffmann & E. Hornung (Hrsg.), *Wiederaufbau weiblich: Dokumentation der Tagung „Frauen in der österreichischen und deutschen Nachkriegszeit* (S. 3-14). Wien: Geyer.
- Unicef - Österreich. (2000). *Kinder im Krieg: Ein Kinderrechte-Notfall. Unicef-Grundsatzpapier*. (Datum des Zugriffs: 24. 8. 2010), Verfügbar unter <http://www.unicef.at/>
- Unicef - Österreich. (2002). *Trauma bei Kindern: Wenn die Seele brennt*. (Datum des Zugriffs: 24. 8. 2010) Verfügbar unter <http://www.unicef.at/>
- Unicef. (2007). *Child Protection Information Sheet: Kinderschutz in bewaffneten Konflikten*. (Datum des Zugriffs: 24. 8. 2010), Verfügbar unter <http://www.unicef.at/>
- Vartanov, V. (2005). Die Aufgaben der Militärkommandanturen in der sowjetischen Besatzungszone Österreichs 1945-1955. In S. Karner & B. Stelzl-Marx (Hrsg.), *Die Rote Armee in Österreich* (S. 163-178). Wien: Oldenbourg.
- Vocelka, K. (2002). *Geschichte Österreichs: Kultur – Gesellschaft – Politik*. München: Heyne.
- Wassertheurer, P. (2005). „Volksdeutsche“, Fremdareiter und Displaced Persons (DP's). In S. Karner & G. Stangler (Hrsg.), *„Österreich ist frei!“: Der Österreichische Staatsvertrag 1955* (S. 47-50). Horn: Berger.
- 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.

- 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: Oldernbourg.
- 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.
- 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.
- 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.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Siever, L. J., Binder-Brynes, K. & Elkin, A. (1997). Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or in hiding. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (3), 453-463.

18 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: <i>ÖSTERREICHISCHE KRIEGSGEFANGENE</i> (AUS KNOLL 2005A, S.133)	29
TABELLE 2: AUFTEILUNG DER STICHPROBE NACH BIK/PSY.....	118
TABELLE 3: EFFEKTGRÖßEN NACH COHEN (1988, 1992).....	128
TABELLE 4: MITTLERE RÄNGE DES PCL-C GESAMTWERTES, GETRENNT NACH TRAUMAANZAHL	140
TABELLE 5: MITTLERE RÄNGE DES PCL-C GESAMTWERTES, GETRENNT NACH FAMILIENSTAND.....	140
TABELLE 6: MITTLERE RÄNGE DES PCL-C GESAMTWERTES, GETRENNT NACH AUSBILDUNG.....	141
TABELLE 7: MITTLERE RÄNGE DES SUMMENScores DER RESILIENZ, GETRENNT NACH FAMILIENSTAND	143
TABELLE 8: MITTLERE RÄNGE DES SUMMENScores DER RESILIENZ, GETRENNT NACH AUSBILDUNG.....	143
TABELLE 9: MITTLERE RÄNGE DES SUMMENScores DER RESILIENZ, GETRENNT NACH WOHNsituation	144
TABELLE 10: MITTLERE RÄNGE DES SUMMENScores DER RESILIENZ, GETRENNT NACH PTSD-SYMPTOMATIK	145

19 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: <i>SCHEMA DER EINTEILUNG TRAUMATISCHER EREIGNISSE UND DER RISIKOGRADE FÜR DIE AUSBILDUNG EINER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG (AUS MAERCKER & MICHAEL, 2009, S. 106)</i>	55
ABBILDUNG 2: ALTERSVERTEILUNG	130
ABBILDUNG 3: VERTEILUNG DER AUSBILDUNG IN DER STICHPROBE	131
ABBILDUNG 4: VERTEILUNG DES FAMILIENSTANDES DER STICHPROBE.....	132
ABBILDUNG 5: VERTEILUNG DER WOHSITUATION DER STICHPROBE	132
ABBILDUNG 6: VERTEILUNG DER BESATZUNGSZONEN IN DER STICHPROBE.....	134
ABBILDUNG 7: VERTEILUNG DER SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG – UND WERTSCHÄTZUNG IN DER STICHPROBE ..	135
ABBILDUNG 8: ANZAHL ERLEBTER TRAUMATA.....	136
ABBILDUNG 9: VERTEILUNG DER TRAUMAART IN DER STICHPROBE	137
ABBILDUNG 10: VERTEILUNG DER PCL-C GESAMTWERTE IN DER STICHPROBE	138
ABBILDUNG 11: VERTEILUNG DER PTSD-SYMPТОМАТИК IN DER STICHPROBE	139
ABBILDUNG 12: VERTEILUNG DES BERUFSSTANDES BEZOGEN AUF DIE PTSD-GRUPPEN IN DER STICHPROBE	141
ABBILDUNG 13: VERTEILUNG DES SUMMENSКОRES DER CD-RISC IN DER STICHPROBE	142
ABBILDUNG 14: MITTLERE RÄNGE DER CD-RISC HINSICHTLICH DER KRIEGSTRAUMATISIERUNG „TOTE BERGEN ODER BESTATTEN MÜSSEN“	146
ABBILDUNG 15: MITTLERE RÄNGE DES PCL-C GESAMTWERTES, AUFGETEILT NACH GESCHLECHT.....	147
ABBILDUNG 16: MITTLERE RÄNGE DES PCL-C GESAMTWERTES, AUFGETEILT NACH BERUFSSTAND	149
ABBILDUNG 17: MITTLERE RÄNGE DES PCL-C GESAMTWERTES, AUFGETEILT NACH AUSBILDUNG.....	150
ABBILDUNG 18: MITTLERE RÄNGE DES SUMMENSКОRES DER RESILIENZ, GETRENNT NACH	152
ABBILDUNG 19: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER PTSD-SYMPТОМАТИК UND DER RESILIENZAUSPRÄGUNG..	154
ABBILDUNG 20: MITTLERE RÄNGE DES SUMMENSКОRES DER RESILIENZ, GETRENNT NACH PTSD-GRUPPEN	155

20 Anhang

20.1 Abstract

Children of War - Consequences of World War II and the Occupation of Austria on the Mental Health of the Elder Generation. An Analysis of Risk and Resilience Factors Concerning PTSD.

Aim: Contrary to the huge amount of studies on the topic of risk factors for the development of PTSD, factors of resilience are often let out. The aim of this study is to determine both, the risk and resilience factors in a sample of WW II survivors in Austria.

Method: A total of 316 persons in Austria were interviewed. In order to capture the historical background of the older population, with a focus on social support and social acknowledgment, an especially structured interview was developed in cooperation with experts of the Ludwig Boltzmann Institute. In addition, the following instruments were used: The CD-RISC to measure resilience, the PCL-C to measure PTSD symptoms and the TLEQ to measure traumatic experiences.

Results: This study examined the role of protective factors such as resilience, social support and social acknowledgment in protecting against PTSD. Lower social support and lower social acknowledgment were not associated with increased PTSD symptomatology but higher perceived social support has been linked to increased resilience. Resilience showed a significant negative correlation with PTSD. Lower Resilience was associated with increased PTSD symptoms.

In addition demographic factors (e.g. gender, marital status, level of education, etc.) were analysed in regard to their relation to PTSD and resilience. At first the study could prove a higher PTSD symptomatology for women than for men. Though participants who reported living with someone had lower symptom levels than those not living with someone. People who pursued voluntary work during their retirement showed lower PTSD symptoms. The education level showed a significant impact with PTSD. Lower education levels were associated with increased PTSD symptoms.

Discussion: The identification of resilience factors is expected to provide insight into possibilities of promoting healthy coping with traumatic experiences. As expected the study could prove a higher PTSD symptomatology for women, for people who did not pursue voluntary work during their retirement, for people living alone and for people with lower education level. Contrary to expectations, variables such as social support- and acknowledgment showed no significant impact on PTSD. However the significance of this result was considerably reduced because the variable social support was only measured with two items and the variable social acknowledgment was measured with only a single item. In future the study of those variables should be analysed with more adequate methods.

After all the study demonstrates the fact that, besides the traumatic event, there are a number of personal, psychological and biological variables which protect against the development of mental disorders.

20.2 Teilnehmerinformation

INFORMATION für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Um was geht es bei dieser STUDIE?

Bei dieser Studie geht es um die Erlebnisse und Erfahrungen aus dem zweiten Weltkrieg und der Zeit zwischen 1945 bis 1955, als Österreich besetzt war. Weiters interessiert uns wie es Ihnen heute geht und inwieweit die Erinnerungen von damals Sie jetzt noch beeinflussen.

Hierfür werden in ganz Österreich etwa 300 Personen von geschulten InterviewerInnen befragt.

Das Ziel dieser Befragung ist es, mehr Wissen über die Auswirkungen der traumatischen Erlebnisse im zweiten Weltkrieg zu erhalten. Dies soll dabei helfen in Zukunft traumatisierten Personen **besser helfen** und sie **unterstützen** zu können.

Was passiert beim GESPRÄCH?

Das Gespräch wird ungefähr **eine Stunde** dauern. Unsere Mitarbeiterin oder unser Mitarbeiter wird mit Ihnen über die Fragen, die im Fragebogen stehen sprechen und Ihre Antworten werden aufgeschrieben.

Was können Sie bei FRAGEN oder UNANNEHMLICHKEITEN während des Gesprächs tun?

Sie können während dem Gespräch **jederzeit Fragen stellen**. Wenn Sie etwas nicht richtig verstehen, ist es wichtig nachzufragen. Sie können sich jederzeit während dem Gespräch eine **Pause wünschen**.

Sie haben die Möglichkeit jederzeit das **Gespräch abubrechen**, wenn Sie nicht mehr weitermachen wollen. Durch ein Zurücktreten werden Ihnen keinerlei Nachteile entstehen.

Sie haben die Möglichkeit ihre **Antwort** auch zu **verweigern**, falls Sie über etwas nicht sprechen möchten.

Möchten Sie eine VERTRAUENSPERSON dabei haben?

Wenn Sie möchten, können Sie gerne eine Person, die Sie gut kennen und der Sie vertrauen, zum Gespräch mitnehmen, zum Beispiel jemand aus Ihrer Familie, ein Betreuer oder ein Betreuerin oder eine andere Person, der Sie vertrauen.

Alles was Sie sagen ist GEHEIM!

Ihr Name wird nicht aufgeschrieben. **Name und persönliche Daten werden nirgends aufscheinen.** Niemand wird später wissen, wer welche Antwort gegeben hat.

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

Was wir noch sagen möchten!

Wir würden uns freuen, wenn Sie bei dieser Studie mitmachen möchten.

Mit Ihrem Beitrag kann unsere Studie ein Erfolg werden!

Wenn Sie teilnehmen möchten, wird eine Interviewerin mit Ihnen einen Termin für ein Gespräch vereinbaren.

Wohin wende ich mich bei FRAGEN?

Falls Sie noch Fragen haben, vielleicht noch nicht sicher sind oder Ihnen etwas unklar ist, würden wir uns freuen, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen.

KONTAKTPERSON:

Mag. Elisabeth Zeilinger unter der Telefonnummer **01-4277 - 47896**

MO, DI, MI von 10 bis 14 Uhr; Fax-Nr: 01-4277 – 47899

Sollten Sie niemanden erreichen, hinterlassen Sie eine Nachricht mit Ihrer Telefonnummer. Sie werden umgehend zurückgerufen.

E-Mail: **elisabeth.zeilinger@univie.ac.at**

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

Universität Wien, Fakultät für Psychologie

Liebiggasse 5, 1010 Wien

Liebiggasse 5, 1010 Wien

***Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Zeit und Unterstützung und
freuen uns auf ein Gespräch mit Ihnen!***

Bettina Schiller, Daniela Strasser, Daniela Wintner

20.3 Einverständniserklärung

INFORMATION ZUM GESPRÄCH

Ihnen werden 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 ermöglicht die Fertigstellung unserer Diplomarbeiten und Sie leisten
einen wichtigen Beitrag zur Forschung.**

Bettina Schiller, Daniela Strasser & Daniela Wintner
Diplomandinnen an der 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:

Falls Sie noch Fragen haben, vielleicht noch nicht sicher sind oder Ihnen etwas unklar ist, würden wir uns freuen, wenn Sie mit uns Kontakt aufnehmen.

KONTAKTPERSON: Mag. Elisabeth Zeilinger

Unter der Telefonnummer **01-4277 – 47896**, Fax-Nummer: **01-4277 – 47899**

E-Mail: **elisabeth.zeilinger@univie.ac.at**

MO, DI, MI von 10 bis 14 Uhr

Sollten Sie niemanden erreichen, hinterlassen Sie eine Nachricht mit Ihrer Telefonnummer. Sie werden umgehend zurückgerufen.

20.4 Testbatterie

Die Testbatterie 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)

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. <i>Oder</i> Wenn der Patient den „Reihensubtraktionstest“ nicht ausführen will oder kann, bitten Sie ihn, das Wort „WOCHE“ rückwärts zu buchstabieren: Der Score ist die Anzahl der Buchstaben in korrekter (verkehrter) Reihenfolge.			
			Notizen
	93	☐	
	86	☐	
	79	☐	
	72	☐	
	65	☐	

	E	☐	
	H	☐	
	C	☐	
	O	☐	
	W	☐	
	Score (0-5)		
4. Gedächtnis Bitten Sie den Patienten, die drei Worte, die Sie ihm zuvor nannten (2.), zu nennen.			
			Notizen
	Buch	☐	
	Haus	☐	
	Blume	☐	
	Score (0-3)		
5. Sprache			Notizen
Benennen: Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr bzw. einen Bleistift und fragen Sie ihn, was das sei.	Uhr	☐	
	Bleistift	☐	
Wiederholung: Lassen Sie den Patienten wiederholen: „Keine Wenns, Unds oder Abers“.	Korrekte Wiedergabe	☐	
Dreistufenbefehl: Geben Sie dem Patienten ein glattes leeres Blatt Papier und sagen Sie: „Nehmen Sie das Blatt	Nimmt es in die rechte Hand	☐	

Papier in Ihre rechte Hand, falten Sie es halb und legen Sie es auf den Boden".			
	Faltet es halb u.	☐	
	Legt es auf den Boden	☐	
Lesen: Lassen Sie den in großer Druckschrift geschriebenen Text „Schließen Sie Ihre Augen“ lesen und bitten Sie den Patienten, dem Geschriebenen Folge zu leisten. Eine Antwort ist nur richtig, wenn der Patient die Augen auch wirklich schließt. <i>(siehe Beiblatt 1 MMST)</i>	Schließt die Augen	☐	
Schreiben: Geben Sie dem Patienten ein leeres Blatt Papier und bitten Sie ihn, einen Satz zu schreiben. Dieser soll spontan geschrieben werden. Er muss ein Substantiv und ein Verb enthalten und sinnvoll sein. Grammatik und Interpunktion brauchen nicht korrekt zu sein.	Schreibt einen Satz	☐	
	Sprachscore (max. 8)		
6. Kopieren			
Zeigen Sie dem Patienten die Zeichnung mit den beiden sich überschneidenden Fünfecken und bitten Sie den Patienten, dies genau zu kopieren. Alle 10 Ecken müssen erkennbar sein und die Figuren müssen sich schneiden. Tremor und Drehungen werden ignoriert. <i>(siehe Beiblatt 1 MMST)</i>			
			Notizen
	Zeichnet richtig	☐	
CUT OFF liegt bei 22	Score (0-1)		
<i>(bei einem Ergebnis von <u>>22</u> mit dem Interview fortfahren)</i>	Gesamtscore (max. 30)		

2. Soziodemographische Daten

CODE: _____

(Anmerk.: ersten zwei Buchstaben des Vor- und Nachnamens des Testleiters und fortlaufende Nummerierung der Teilnehmer; Bsp: SaSc001)



1. Testzeitpunkt:	(0) / / 20 (TT/MM/JJJJ) (1) / / 20 (TT/MM/JJJJ)	
2. Geschlecht	(0) männlich (1) weiblich	
3. Geburtsdaten	/ / 19 (TT/MM/JJJJ) oder _____ Jahre	
4. 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) Kurzeitpflege (2) Eigene Wohnung/ Haus (3) Bei Familie in Wohnung/ Haus (4) Andere: _____	seit: _____ (in Monaten)

3. Historischer Background



1. (a) In welchem Land sind Sie geboren?	(0) Österreich (1) Anderes: 1.(b) _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
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) am <i>Land</i> (4.b) wo: _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

5. Haben Sie den Sirenenalarm , den so genannten „ Kuckuck “, vor den Luftangriffen im Radio miterlebt?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
6. Wenn Sie heute einen Sirenenalarm oder ein Feuerwerk hören, werden bei Ihnen dann Erinnerungen an das Kriegsgeschehen geweckt?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
7. Erinnert Sie das Lametta als Christbaumschmuck noch heute an das Stanniolpapier (Christbaum) der Fliegerangriffe ?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
8. Haben Sie Bombenluftangriffe direkt miterlebt? Wenn ja , einmal oder öfters?	(0) Nein Häufigkeit: (1) 1 (2) > 1	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

9. (a) Hatten Sie (bei Bombenanluft-angriffen) damals die Möglichkeit Zuflucht in einer Luftschutzanlage/-keller zu finden? Wenn Nein, wo fanden Sie dann Sicherheit? <i>(einmal Zuflucht gefunden, Ja ankreuzen.)</i>	(0) Nein (1) Ja 9.b.: Wo (Welche Art Zuflucht, wenn Nein): _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
10.(a) Haben Sie in einer militärischen Einheit (<i>Frauen z.B. als Frontkrankenschwester</i>) gedient? Wenn Ja, wo waren Sie eingesetzt?	(0) Nein (1) Ja 10.b.: Wo (Welche Art Einheit): _____	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
11. Wurden Sie im Krieg verwundet?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

12. Sind ein/oder mehrere Familienmitglieder von Ihnen während des Krieges gefallen , oder haben Sie diese durch andere Ursachen , wie Erkrankung/ Unfall verloren?	(0) Nein (1) im Krieg gefallen (2) andere Ursachen	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Wer:
13. Waren Sie an der Beseitigung von Trümmern beteiligt?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
14. Haben Sie Tote bergen oder bestatten müssen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

15. Waren Sie in Kriegsgefangenschaft? Wenn ja , wo und wie lange?	(0) Nein (1) Ja 15.b.: Ort: _____ 15.c.: Dauer: _____ (in Monaten)	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
16. War ein Mitglied Ihrer Familie in Kriegsgefangenschaft? Wenn ja , wo und wie lange?	(0) Nein (1) Ja 16.b.: Ort: _____ 16.c.: Dauer: _____ (in Monaten)	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
17. Hatten Sie oder ein Familienmitglied Kontakte zu Partisanen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

18. Waren Sie oder ein Familienmitglied bei Partisanen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
19. Haben Sie Ihren Vater unmittelbar nach der Rückkehr aus dem Krieg, wieder als Ernährer und Familienoberhaupt gesehen?	(0) Nein (1) Ja (2) Nicht zutreffend	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
20.(a) Haben Sie Ihr Wohnhaus durch das Kriegsgeschehen verloren? (b) Wenn Ja, wo konnten Sie untergebracht werden, bei ...	(0) Nein (1) Familie (2) Bekannte/Freunde (3) Fremden (4) DP-Lager (5) Lager (6) Sonstiges	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

21.(a) Sind Familienangehörige von Ihnen, aufgrund von Verschleppung verschwunden? Wenn Ja, war Ihnen der Ort bekannt und können Sie diesen nennen?	(0) Nein (1) Ja, Ort bekannt: 21.b.: _____ (2) Ja, Ort unbekannt	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<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 (1) Evakuiert (2) In Gefangenschaft geraten (3) Im Exil (4) Sonstiges	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
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>

29. Haben Sie irgendeine Art von Widerstand gegen das NS-Regime geleistet?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	Welche Art?
Die folgenden 6 Fragen beziehen sich auf die Besatzungsmacht, in der Sie die längste Zeit verbracht haben!			
30. Haben Angehörige der Besatzungsmacht bei Ihnen Angst ausgelöst?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
31. Wurden Sie von Angehörigen der Besatzungsmacht beraubt ?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>

32.Übten Angehörige der Besatzungsmacht Ihnen und Ihrer Familie gegenüber Gewalt aus? Wenn ja , war diese auf physischer, psychischer oder auf beiden Ebenen?	(0) Nein (1) physisch (2) psychisch (3) beides	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>Notizen:</u>
33.(a) Wurden bei Ihnen Ängste aufgrund von Horrorgerüchten über die Angehörigen der Besatzungsmacht geschürt? Wie zum Beispiel: <i>„Sie werden eure Kinder an die Wand nageln“</i> <i>„Alle Frauen werden vergewaltigt!“</i> <i>„Ihr werdet alle nach Sibirien verschleppt!“</i> Wenn ja , können Sie auch ein Beispiel nennen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>33.b.: Beispiele:</u>

34.(a) Hatten Sie das Empfinden, dass die Angehörigen der Besatzungsmacht Sie beschützen und Ihnen Sicherheit vermitteln? Wenn ja , Was hat man getan, um Sie zu beschützen?	(0) Nein (1) Ja	(7) Antwort unklar (8) Antwort verweigert (9) Weiß nicht	<u>34.b.: 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	(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	(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. Schermut	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 sitzbleiben 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



Instruktion:

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, ob Sie bestimmte Lebenserfahrungen gemacht haben, die das emotionale Wohlbefinden oder die Lebensqualität einer Person langfristig beeinflussen können. Einige der aufgelisteten Erfahrungen kommen viel häufiger vor, als die meisten Menschen glauben. (siehe Beiblatt 3 Skala TLEQ & Beiblatt 4 Traumata)

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	Notizen
1. Haben Sie eine Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe oder Erdbeben) miterlebt?	0	1	2	3	4	5	6	
2. Waren Sie jemals in einen Verkehrsunfall verwickelt, woraufhin Sie medizinische Behandlung brauchten oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?	0	1	2	3	4	5	6	
3. Waren Sie in einen Unfall anderer Art verwickelt, bei dem entweder Sie selbst schwer verletzt wurden, oder fast getötet worden wären oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?	0	1	2	3	4	5	6	

	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	Notizen
8. Haben Sie miterlebt, wie jemand von einem Fremden oder Bekannten körperlich angegriffen wurde, wobei das Opfer schwer verletzt oder getötet wurde?	0	1	2	3	4	5	6	
9. Wurde Ihnen jemals von einer Person angedroht, dass sie Sie töten oder körperlich schwer verletzen würde?	0	1	2	3	4	5	6	
10. Wurden Sie als Kind oder Jugendliche/r in einer Weise körperlich gestraft , dass Sie blaue Flecken, Verbrennungen, Schnittwunden oder Knochenbrüche davontrugen?	0	1	2	3	4	5	6	
11. Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r Gewalt in ihrer Familie miterlebt (z.B. wie Ihr Vater Ihre Mutter schlug, ein Familienmitglied ein anderes zusammenschlug oder Ihn/ Ihr blaue Flecken, Verbrennungen oder Schnittwunden beibrachte)?	0	1	2	3	4	5	6	

	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	4-mal	5-mal	mehr als 5 mal	Notizen
12. Sind Sie jemals von ihrem jetzigen oder einem früheren Partner/in (oder Ehemann/Frau) geschlagen , geprügelt, getreten oder in anderer Weise körperlich verletzt worden?	0	1	2	3	4	5	6	
13. <u>Vor Ihrem 13.Geburtstag</u> : Hat jemand, der <u>mindestens 5 Jahre älter</u> 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. <u>Vor Ihrem 13.Geburtstag</u> : Hat jemand, der <u>weniger als 5 Jahre älter</u> 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	Notizen
15. Nach Ihrem 13. Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen / ihren Körper sexuell zu berühren?	0	1	2	3	4	5	6	
16. Wurden Sie jemals von einer Person verfolgt und/ oder in Ihren Handlungen kontrolliert , sodass Sie sich bedroht und eingeschüchtert fühlten und um Ihre Sicherheit fürchteten?	0	1	2	3	4	5	6	
17. Haben Sie jemals andere, hier noch nicht aufgeführte Ereignisse erlebt oder miterlebt, die lebensbedrohlich waren, schwere Verletzungen hervorgerufen haben oder extrem verstörend und ängstigend waren (z.B. als Geisel gefangen zu sein, in der Wildnis verloren zu sein, der gewaltsame Tod eines Haustiers, oder von einem Tier schwer verletzt worden zu sein)?	0	1	2	3	4	5	6	

	<u>Bitte beschreiben Sie diese Erfahrung:</u>	
		<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?	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: _____	

c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:	in den letzten 2 Monaten passiert? Ja ☐ / Nein ☐ in den letzten 12 Monaten Passiert? Ja ☐ / Nein ☐	
19. Welches (nur eines) der Ereignisse (die Ihnen selbst passiert sind) war für Sie am schlimmsten/ hat Sie am stärksten belastet? Wie alt waren Sie, als dies das erste Mal passierte?	Bitte geben Sie an, auf welche Frage Sie sich beziehen. Frage Nummer: _____ Alter: _____ Keines der Ereignisse war belastend. ☐	



6. PCL-C Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version



Instruktion: Ich werde Ihnen nun eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende 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	Außerst	Notizen
1.	Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen , Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5	
2.	Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5	
3.	Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie sie wiedererleben würden)?	1	2	3	4	5	
4.	Sich sehr aufgebracht fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5	

		Gar nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Außerst	<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 Menschen fühlen?	1	2	3	4	5	

		Gar nicht	Ein wenig	Mittel- mäßig	Ziemlich	Außerst	<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	Notizen
1.) Ich bin fähig mich anzupassen wenn sich etwas verändert	0	1	2	3	4	
2.) Ich komme mit allem klar , was sich mir in den Weg stellt.	0	1	2	3	4	
3.) Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich dies mit Humor zu sehen.	0	1	2	3	4	
4.) Der Umgang mit Stress kann mich stärken .	0	1	2	3	4	
5.) Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen .	0	1	2	3	4	

	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	

20.5 Curriculum vitae | Daniela Wintner

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 21.02.1983
Geburtsort: Wien
Nationalität: Österreich

Ausbildung

1989-1993	Volksschule Hietzinger Hauptstraße
1993-2000	Gymnasium der Dominikanerinnen
2000-2002	Wirtschaftskundliches Bundesgymnasium, Auf der Schmelz
2002-2004	Medizinstudium an der Universität Wien
Seit 2004	Psychologie an der Universität Wien

Berufliche Erfahrungen

Juli 2003	Ferialpraktikum bei der Pensionsversicherungsanstalt
Februar 2004	Praktikum Berufsfelderkundung in der psychiatr. Abteilung im Otto Wagner Spital Praktikum Berufsfelderkundung in der Praxis von MR Dr. Eva Egger
September 2004	Ferialpraktikum bei der Pensionsversicherungsanstalt
Juli 2006	Ferialpraktikum am Institut für empirische Sozialforschung
November 2004-April 2007	Geringfügig beschäftigt bei Rossmann GmbH (MANGO)
September 2008	Ferialpraktikum bei der Wiener Gebietskrankenkasse in der psychotherapeutischen Abteilung
Dezember 2008	Assessorientätigkeit im Zuge einer Potentialanalyse bei den Wiener Linien

Sonstige Kenntnisse

Englisch	Maturaniveau (8 Jahre)
Italienisch	Maturaniveau (4 Jahre)
Microsoft Office	Word & Powerpoint fortgeschritten Excel Basiskenntnisse
SPSS	2 Jahre Erfahrung während Studium