



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Die Rolle personaler und sozialer Ressourcen
bei posttraumatischer Belastung von Einsatzkräften des
Roten Kreuzes Niederösterreich

Verfasserin

Andrea Döllinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, April 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

« On ne voit bien qu'avec le cœur.

L'essentiel est invisible pour les yeux. »

- Le Petit Prince, Antoine de Saint-Exupéry

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen StudienteilnehmerInnen bzw. KollegInnen bedanken, die sich für die Befragung Zeit genommen und somit meine Studie ermöglicht haben!

Ich möchte mich außerdem bei meiner Betreuerin Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster bedanken, die mir die Möglichkeit gegeben hat, dieses interessante Thema zu bearbeiten und mir während der Bearbeitung unterstützend zur Seite stand.

Im Zusammenhang mit der Datenerhebung danke ich Herrn PhDr. Dr. Binder-Krieglstein (Chefpsychologe des Roten Kreuzes Niederösterreich), Herrn Buxbaum (Fachlicher Leiter „Psycho-Soziale Dienste“ des Roten Kreuzes Niederösterreich) und Herrn Antos (Geschäftsführer der Rot-Kreuz-Bezirksstelle Gänserndorf).

Ein herzliches Danke für das Korrekturlesen geht an meinen RK-Kollegen Thomas, meine Cousine Gudrun sowie an meine beiden „Studien-Mitstreiter“ und engen Freundinnen Vanessa und Kerstin!

Last but not least bedanke ich mich bei meinen Eltern und meinem Bruder!

Die vorliegende Diplomarbeit wurde nach den *Journal Article Reporting Standards* (APA Publications and Communications Board Working Group on Journal Article Reporting Standards, 2008) sowie nach den APA-Richtlinien (American Psychological Association, 2010, zit. n. OWL Purdue Online Writing Lab, OWL, 2013) verfasst. Die einzige Ausnahme bildet der doppelte Zeilenabstand, auf den aus Platzgründen verzichtet wurde.

Abstract (Deutsch)

Theoretischer Hintergrund: Auf Grund ihrer berufsbedingten stärkeren Trauma-Exposition wurden bei Rettungs- und NotfallsanitäterInnen höhere Prävalenzraten für eine posttraumatische Belastungsstörung ermittelt. Zusätzlich zur posttraumatischen Belastung kann es auch zu einer sekundären Traumatisierung durch indirektes Miterleben von Traumata kommen. Bei weitem nicht alle SanitäterInnen erkranken jedoch psychisch, was sich durch das Konstrukt der psychischen Widerstandsfähigkeit, auch Resilienz genannt, erklären lässt. Zahlreiche Studien führen zu der Annahme, dass sich die personalen und sozialen Ressourcen *soziale Unterstützung, kollektive Wirksamkeitserwartungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, Selbstwert, Optimismus* sowie *problemorientiertes Coping* protektiv gegenüber der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung auswirken. Zusätzlich zeigten sich in der einschlägigen Fachliteratur Interaktionen zwischen den oben genannten Faktoren.

Zielsetzung: Ziel der Studie war daher a) die posttraumatische Belastung von Rettungs- und NotfallsanitäterInnen des niederösterreichischen Roten Kreuzes festzustellen, b) den Einfluss von sekundär traumatischem Stress im Rettungsdienst zu identifizieren c) spezifische personale und soziale Ressourcen zu untersuchen und d) Interaktionen zwischen diesen Ressourcen zu analysieren.

Methoden: Im Rahmen einer Querschnitt-Studie wurden Anfang Juli 2013 alle hauptamtlichen MitarbeiterInnen des Roten Kreuzes Niederösterreichs ($N = 467$) mittels eines Online-Fragebogens befragt. Die schlussendliche Stichprobengröße umfasste 110 Rettungs- und NotfallsanitäterInnen.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Trotz einer relativ hohen Exposition gegenüber potentiell traumatischen Situationen konnte nur eine geringe posttraumatische Belastung festgestellt werden. Zudem konnte kein relevanter Einfluss von sekundär traumatischem Stress ermittelt werden. Als bedeutende Ressourcen erwiesen sich der Selbstwert, der eventuell ein gewisses Sicherheitsgefühl im Umgang mit den beruflichen Anforderungen repräsentiert und die kollektiven Wirksamkeitserwartungen, welche die große Bedeutung von Teamarbeit im Rettungsdienst widerspiegeln. In Bezug auf die Coping-Strategien war nur der emotionsorientierte Coping-Stil (positiv) mit posttraumatischer Belastung assoziiert. SanitäterInnen, die vermehrt emotionsorientierte Strategien anwendeten, verfügten über geringere protektive Ressourcen. Die postulierte übergeordnete Rolle von Optimismus innerhalb der Ressourcen konnte empirisch nicht bestätigt werden.

Abstract (English)

Theoretical Background: Because of their high level of exposure to traumatic events the prevalence of PTSD in paramedics is elevated. In addition to posttraumatic stress paramedics are at risk of suffering from secondary traumatic stress by helping people in distress. However, most paramedics manage to endure potentially traumatic events remarkably well and are able to maintain their mental health. Therefore, scientific research increasingly focuses on the concept of resilience. Several studies give rise to the assumption that the personal and social resources *social support*, *collective efficacy*, *self-efficacy*, *self-esteem*, *optimism* and *problem-oriented coping* exert protective influence against the development of PTSD.

Objective: Therefore, the objectives of this study were a) to assess posttraumatic stress in paramedics of the Red Cross of Lower Austria, b) to identify the influence of secondary traumatic stress in the rescue service, c) to investigate specific personal and social resources and d) to analyse interactions between these resources.

Methods: Within the framework of this cross-sectional study paramedics of the Red Cross of Lower Austria were surveyed early July 2013 using an online questionnaire. Eventually, 110 participants completed the online form.

Results and Conclusion: Despite a relative high level of exposure to traumatic situations only low levels of posttraumatic stress were found. Furthermore, no relevant influence of secondary traumatic stress could be identified. Self-esteem which possibly provides a certain sense of security when handling occupational demands and collective efficacy, proved to be an important influence as a personal resource. The significant effect of collective efficacy reflects the great importance of teamwork in the rescue service. In comparison with other coping strategies, only the emotion-oriented coping style was (positively) associated with posttraumatic stress. Paramedics who increasingly use emotion-oriented coping strategies possessed less protective resources. The postulated superior role of optimism within the tested resources could not be confirmed.

Inhaltsverzeichnis

I.	THEORETISCHER TEIL	15
1	EINLEITUNG	15
2	DAS MULTIFAKTORIELLE RAHMENMODELL	15
3	BELASTUNGEN IM RETTUNGSDIENST	18
3.1.	<i>Physiologische Belastungen</i>	<i>19</i>
3.1.1.	Der Zeitpunkt der Alarmierung.....	19
3.1.2.	Die Anfahrt zum Einsatzort.....	19
3.1.3.	Die Komplexität der Einsätze	19
3.1.4.	Die Situation am Einsatzort.....	20
3.2.	<i>Psychologische Belastungen</i>	<i>20</i>
3.2.1.	Individualpsychologische Belastungen	20
3.2.2.	Sozialpsychologische Belastungen	21
4	MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN DER BELASTUNGEN	22
4.1.	<i>Posttraumatische Belastungsstörung.....</i>	<i>23</i>
4.1.1.	Definition	23
4.1.2.	Epidemiologie	24
4.2.	<i>Sekundär traumatische Belastungsstörung</i>	<i>25</i>
5	PSYCHISCHE WIDERSTANDSKRAFT	25
5.1.	<i>Soziale Unterstützung.....</i>	<i>26</i>
5.1.1.	Definition - soziale Unterstützung	26
5.1.2.	Typen sozialer Unterstützung.....	27
5.1.3.	Quellen sozialer Unterstützung	29
5.1.4.	Modelle der Wirkungsweisen sozialer Unterstützung.....	30
5.1.5.	Negative Aspekte von sozialer Unterstützung	31
5.1.6.	Soziale Unterstützung als Ressource gegen PTBS.....	33
5.2.	<i>Kollektive Wirksamkeitserwartung</i>	<i>34</i>
5.2.1.	Definition - Kollektive Wirksamkeitserwartung.....	34
5.2.2.	Kollektive Wirksamkeitserwartung als Ressource gegen PTBS.....	35
5.3.	<i>Selbstwirksamkeitserwartung.....</i>	<i>36</i>
5.3.1.	Definition – Selbstwirksamkeitserwartung	36
5.3.2.	Quellen der Selbstwirksamkeit.....	38
5.3.3.	Formen der Selbstwirksamkeit.....	39
5.3.3.1.	Allgemeine Selbstwirksamkeit.....	39
5.3.3.2.	Emotionale Selbstwirksamkeit	40

5.3.4.	Selbstwirksamkeitserwartung als Ressource gegen PTBS	41
5.3.5.	Abgrenzung: Selbstwirksamkeitserwartung vs. Selbstwert.....	41
5.4.	<i>Selbstwert</i>	42
5.4.1.	Definition – Selbstwert.....	42
5.4.2.	Strukturelle Merkmale des Selbstwertes	43
5.4.2.1.	Stabilität.....	44
5.4.2.2.	Dimensionalität	44
5.4.3.	Quellen des Selbstwertes.....	46
5.4.4.	Funktion des Selbstwertes – Terror Management Theorie	48
5.4.5.	Selbstwert als Ressource gegen PTBS	49
5.5.	<i>Optimismus</i>	50
5.5.1.	Definition - Optimismus.....	50
5.5.2.	Optimismus als Ressource gegen PTBS.....	51
5.6.	<i>Coping</i>	53
5.6.1.	Definition – Coping.....	53
5.6.2.	Klassifikation von Copingstrategien – die Copingsstile.....	54
5.6.3.	(Adäquates) Coping als Ressource gegen PTBS.....	55
II.	EMPIRISCHER TEIL	57
6.	ZIEL DER UNTERSUCHUNG	57
7.	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	57
8.	METHODE	59
8.1.	<i>Untersuchungsplanung und -durchführung</i>	59
8.1.1.	Datenerhebung.....	59
8.1.2.	Stichprobe.....	59
8.1.3.	Untersuchungsinstrumente	60
8.1.3.1.	Soziodemographische Daten	60
8.1.3.2.	Traumatische Berufserfahrungen von Rettungssanitätern (TBR)	60
8.1.3.3.	Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)	61
8.1.3.4.	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)	62
8.1.3.5.	Perceived Collective Efficacy Scale (PCE).....	62
8.1.3.6.	Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ)	63
8.1.3.7.	Fragebogen zur sozialen Unterstützung – Kurzform-14 (F-SozU-K-14).....	63
8.1.3.8.	Secondary Traumatic Stress Scale (STSS).....	64
8.1.3.9.	Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)	65
8.1.3.10.	Rosenberg Self Esteem Scale (RSES).....	65
8.1.3.11.	Life Orientation Test – Revised Version (LOT-R)	66

8.2.	<i>Datenanalyse</i>	66
8.2.1.	Statistische Auswertungsverfahren	67
8.2.2.	Datenaufbereitung: Missinganalyse	67
9.	ERGEBNISSE	68
9.1.	<i>Deskriptive Analyse der Stichprobe</i>	68
9.1.1.	Soziodemographische Stichprobenbeschreibung	68
9.1.2.	Angaben zu traumatischen Berufserfahrungen	70
9.1.3.	Persönlich erlebte Traumata	71
9.1.4.	PTBS-Symptomatik	72
9.1.5.	Sekundär traumatischer Stress	73
9.1.6.	Personale und soziale Ressourcen	74
9.2.	<i>Fragebogenüberprüfung</i>	77
9.2.1.	Reliabilitätsanalyse: Perceived Collective Efficacy Scale (PCE)	77
9.3.	<i>Hypothesenprüfung</i>	78
9.3.1.	Stärke der PTBS-Belastung.....	78
9.3.2.	Rolle des sekundär traumatischen Stresses	79
9.3.3.	Personale und soziale Ressourcen.....	80
9.3.4.	Unterschiede bezüglich der Copingstile.....	82
9.3.5.	Optimismus und seine Beziehung zu anderen Ressourcen	85
9.4.	<i>Zusätzliche Berechnungen</i>	89
9.4.1.	Soziodemographische Daten	89
9.4.2.	Fragestellung 4 – emotionsorientiertes Coping.....	90
9.4.3.	Fragestellung 5 – „Hierarchie“ der Ressourcen	91
10.	DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	93
10.1.	<i>Kritik und Einschränkungen der Studie</i>	100
10.2.	<i>Implikationen für zukünftige Forschung und für Interventionen</i>	102
11.	LITERATURVERZEICHNIS	104
12.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	118
13.	TABELLENVERZEICHNIS	119
14.	ANHANG	120
14.1.	<i>Fragebogenbatterie</i>	120
14.2.	<i>Eidesstattliche Erklärung</i>	137
14.3.	<i>Curriculum Vitae</i>	138

I. THEORETISCHER TEIL

1 EINLEITUNG

Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit sind Rettungs- und NotfallsanitäterInnen regelmäßig und unausweichlich einer Reihe von sehr stressreichen und potentiell traumatischen Situationen ausgesetzt. Wie schon in mehreren Studien belegt, führt dies zu einer höheren Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in dieser Berufsgruppe (Teegen & Yasui, 2000; Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003). Ob Einsatzkräfte in der Konfrontation mit Belastungen gesundheitliche Störungen entwickeln bzw. wie stark diese ausgeprägt sind, hängt neben der Wahrnehmung und Bewertung der Stressoren zudem von personalen und sozialen Ressourcen ab.

Aufgrund der zahlreichen einzelnen Belastungsfaktoren und der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten dieser, kann nicht von einheitlichen Reaktionen und Folgen ausgegangen werden. Dennoch kann die genauere Erforschung von Faktoren, die dafür verantwortlich sind, trotz traumatischer Exposition psychisch gesund zu bleiben, einen wichtigen Beitrag dazu leisten, gezielte präventive Maßnahmen für diese Risikogruppe zu entwickeln und der Entstehung von PTBS entgegenzuwirken.

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die aktuelle Belastung von hauptamtlichen Rettungs- und NotfallsanitäterInnen des niederösterreichischen Roten Kreuzes zu erheben, die Auswirkungen von sekundär traumatischem Stress aufzudecken, sowie den Einfluss ausgewählter Schutz- bzw. Resilienzfaktoren zu untersuchen.

2 DAS MULTIFAKTORIELLE RAHMENMODELL

Aufgrund der Ungewissheit, welche Faktoren hauptverantwortlich für das Entstehen einer PTBS-Symptomatik sind und welche eine eher untergeordnete Rolle spielen, konzentriert sich Maercker (1997) nicht auf ein spezifisches ätiologisches Modell, sondern orientiert sich bei seinem Modell an einem breit gefassten psychosozialen Rahmen. Sein Modell beinhaltet einen Erklärungsversuch, warum nicht alle Personen, die ein oder mehrere Traumata erlebt haben, psychische Beeinträchtigungen aufweisen.

Insgesamt umfasst das multifaktorielle Rahmenmodell fünf ätiologische Faktorengruppen: Risiko- bzw. Schutzfaktoren, Ereignisfaktoren, Aufrechterhaltungsfaktoren, gesundheitsfördernde Faktoren und posttraumatische Prozesse und Resultate (Abbildung 1; Maercker, 2009).

Schutzfaktoren vermindern das Risiko, psychisch zu erkranken. Risikofaktoren stehen diesen gegenüber und verstärken die Gefahr des Auftretens einer PTBS-Symptomatik. Diese Kategorisierung als Schutz- oder Risikofaktor wird in der Forschung als statistische Vorzeichenproblematik betrachtet, da zum Beispiel das Fehlen des Schutzfaktors „soziale Unterstützung“ gleichzeitig auch ein Risiko darstellen kann (Maercker, 2009). Tran, Glück und Lueger-Schuster (2013) betonen die Wichtigkeit, Risiko- bzw. Schutzfaktoren von Korrelaten, Begleiterscheinungen und Konsequenzen zu unterscheiden.

Unter Ereignisfaktoren versteht Maercker (2009) Bedingungen, die in direktem Zusammenhang mit einem erlebten Trauma stehen. Zahlreiche Studien zeigen, dass eine direkte Beziehung zwischen Traumaschwere (Traumadauer, Schadensausmaß) und Schwere der PTBS-Symptomausprägung existiert (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Einen noch stärkeren Einfluss weisen allerdings die Initialreaktionen (Interpretation, Dissoziation) auf: Diese sagen die PTBS-Symptomatik in einem höheren Ausmaß vorher als die objektivierbare Traumaschwere (Maercker, Schützwohl & Beauducel, 2000).

Als Aufrechterhaltungsfaktoren beschreibt Maercker (2009) einen vermeidenden Bewältigungsstil sowie kognitive Veränderungen. Gesundheitsfördernde Faktoren stellen hingegen der Kohärenzsinn, Disclosure und soziale Anerkennung als Opfer dar (Maercker, 2009).

Als Folge der Einwirkung dieser verschiedenen ätiologischen Faktoren besteht die Möglichkeit, dass sich aufgrund posttraumatischer Prozesse wie Gedächtnisveränderungen oder neurobiologische Veränderungen das Störungsbild einer PTBS entwickelt. Gleichzeitig kann es aber auch zu persönlicher Reifung (*posttraumatic growth*) kommen (Maercker, 2009).

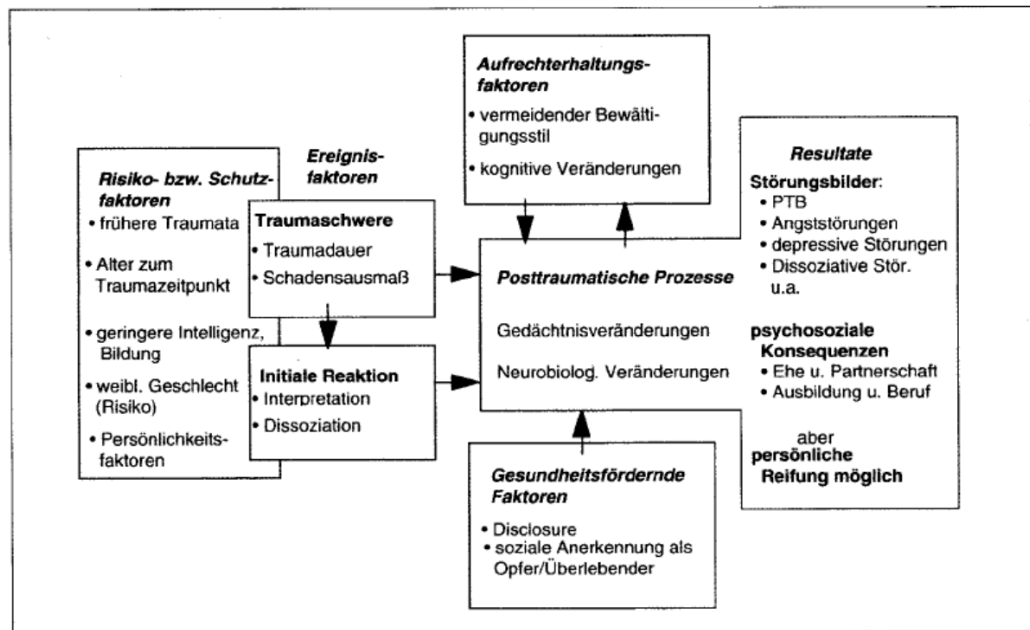


Abbildung 1. Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Maercker, 2009, S.34)

Im Rahmen dieser Studie wird hauptsächlich auf Schutzfaktoren (auch protektive Faktoren genannt) eingegangen. Es muss dabei eine Unterscheidung zwischen protektiven Faktoren und Resilienz gemacht werden. Der Ansatz der protektiven und Risiko-Faktoren geht von statischen Variablen aus, die sich – wenn vorhanden – bei allen Menschen gleich auswirken und zu denselben Ergebnissen führen. Es wird angenommen, dass sich der Einfluss summativ aus einer Kombination von Schutz- und Risikofaktoren ergibt. Resilienz hingegen betrachtet dynamische Prozesse, nämlich Reaktionen auf bestimmte, stressreiche Lebensereignisse und es wird untersucht, aufgrund welcher Mechanismen sich die Folgen dieser Reaktionen entwickeln. Es wird dabei eine große Bandbreite an Reaktionen auf die gleichen Erfahrungen erwartet (Rutter, 2006).

Neben dem Einfluss verschiedener Schutz- bzw. Resilienz-Faktoren werden noch zusätzlich ausgewählte Risikofaktoren in die Untersuchung einbezogen wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand und selbst erlebte Traumata.

3 BELASTUNGEN IM RETTUNGSDIENST

Die Belastungen und Anforderungen im Rettungsdienst gestalten sich sehr vielfältig. Im Folgenden soll eine Übersicht über mögliche Belastungsfaktoren vorgestellt werden. Diese Beschreibung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Während bereits einzelne Belastungsfaktoren zu psychischen Auswirkungen führen können, wirkt sich besonders die Kombination unterschiedlicher Belastungen negativ aus. Im Rettungsdienst beziehen sich Mehrfachbelastungen eher auf den Arbeitsalltag und werden von den außergewöhnlichen, extremen Belastungen unterschieden (Bengel & Heinrichs, 2004).

Es gibt verschiedene Arten zwischen den unterschiedlichen Belastungen im Rettungsdienst zu differenzieren. Einige Autoren unterscheiden zwischen drei Belastungen bzw. Stressoren, nämlich zwischen Ereignisstressoren, Berufsstressoren und Organisationsstressoren (Gabauer, 2003). Im Folgenden soll zwischen physiologischen und psychologischen Belastungen unterschieden werden (Abbildung 2; vgl. Lasogga & Karutz, 2008).

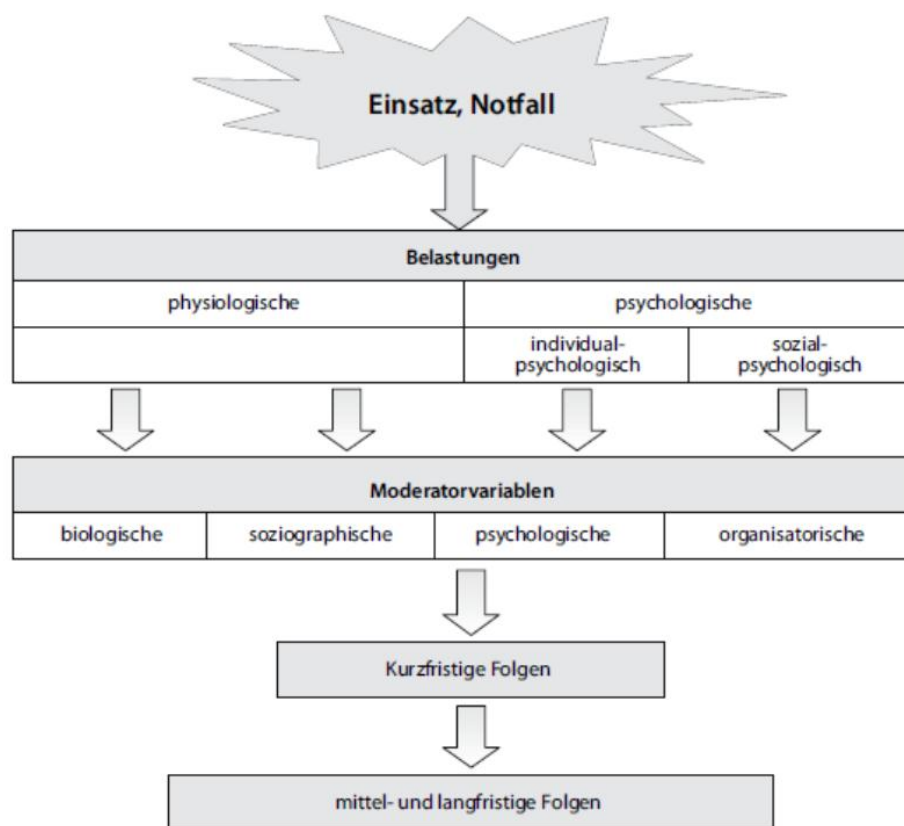


Abbildung 2. Mögliche Belastungen und Folgen eines Notfalls für Helfer

(Lasogga & Karutz, 2008, S.132)

3.1. PHYSIOLOGISCHE BELASTUNGEN

3.1.1. *Der Zeitpunkt der Alarmierung*

Im Falle eines Einsatzes werden die SanitäterInnen des Roten Kreuzes durch eine Kurzmitteilung auf das Diensthandy, durch den Signalton eines Pagers sowie durch eine Meldung auf das Funkgerät im Einsatzfahrzeug alarmiert. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, sich die Einsatzmeldung auf das private Mobiltelefon schicken zu lassen. Aufgrund dieser akustischen Alarmierung wird der Körper in einen Stress- bzw. Alarmzustand versetzt, worauf dieser unter anderem mit einer Erhöhung der Pulsfrequenz und des Blutdrucks, einer Erweiterung der Herzkranzgefäße und einer Ausschüttung des Hormons Adrenalin reagiert. Besonders bei einer Alarmierung in der Nacht, wenn sich der Körper in einem Ruhezustand befindet, können diese physiologischen Reaktionen als sehr belastend empfunden werden (vgl. Lasogga & Karutz, 2008).

3.1.2. *Die Anfahrt zum Einsatzort*

Bei Einsätzen, die eine kurze Anfahrtszeit erfordern, stehen besonders die EinsatzfahrerInnen unter enormem Druck. Verkehrsbehinderungen durch andere VerkehrsteilnehmerInnen, durch den Straßenzustand oder durch Witterungsbedingungen werden dabei als belastend empfunden (Hering, Schulze, Sonnenberg & Beerlage, 2005). Durch die Vorbereitung auf den bevorstehenden Einsatz sowie durch die Unterstützung der FahrerInnen bei der Navigation stehen auch die SanitäterInnen am Beifahrersitz unter Stress. Zusätzlich kann das Auffinden der richtigen Einsatzadresse – was sich oft trotz Navigationsgerät als schwierig darstellt – den Druck auf die Einsatzkräfte erhöhen (vgl. Lasogga & Karutz, 2008).

3.1.3. *Die Komplexität der Einsätze*

Neben der individuellen Vulnerabilität des/der SanitäterIn hängt das Empfinden von Belastung auch von der Art des Einsatzes ab. Besonders belastend werden von

SanitäterInnen Katastropheneinsätze, Kindernotfälle sowie Einsätze mit persönlich bekannten Personen als PatientInnen empfunden. Hierbei spielt auch die Häufigkeit der Einsätze eine Rolle: Seltene Einsätze werden als belastender empfunden (Lasogga & Karutz, 2008).

3.1.4. Die Situation am Einsatzort

Am Einsatzort eingetroffen, stellt sich oftmals heraus, dass die Einsatzmeldung der Rettungsleitstelle nicht mit dem tatsächlichen Notfallgeschehen übereinstimmt, was zu einem zusätzlichen Anstieg des Stresslevels führen kann. Äußere Bedingungen wie optische, akustische und olfaktorischen Reize, Hitze, Kälte und räumliche Enge sowie Reaktionen von Angehörigen können die Arbeit zusätzlich erschweren. Der Aufwand bzw. die Dauer des Einsatzes sowie besondere Gefahren (z.B.: Brandgefahr, Einsturzgefahr, Infektionsgefahr, etc.) können weitere Belastungen darstellen (vgl. Lasogga & Karutz, 2008).

3.2. PSYCHOLOGISCHE BELASTUNGEN

3.2.1. Individualpsychologische Belastungen

Eine von SanitäterInnen oft erwähnte Belastung stellt die ständige Alarmbereitschaft dar (Teegen & Yasui, 2000). Die Zeit vor oder zwischen Einsätzen ist somit für Einsatzkräfte keine stressfreie Zeit. Deshalb können einsatzfreie Dienste oft als anstrengender und belastender empfunden werden als Dienste mit wenigen Einsätzen.

Bei vielen Einsätzen besteht Zeitdruck, der oft während des gesamten Einsatzes von der Alarmierung bis zur Übergabe des/der Patienten/in im Krankenhaus andauern kann. Da eine schnelle und effiziente Versorgung des/der Patienten/in oft lebenswichtig ist, stellt der Zeitdruck für das Rettungspersonal einen besonderen Belastungsfaktor dar (vgl. Bengel & Heinrichs, 2004).

Unter zahlreichen anderen Belastungsfaktoren (z.B.: Schichtarbeit, lange Arbeitszeiten, Wochenendarbeit, hohe Verantwortung, hoher Entscheidungsdruck, etc.)

werden besonders der Kontrollverlust sowie die Eigengefährdung, aber auch Fehler und Fehleinsätze hervorgehoben (vgl. Lasogga & Karutz, 2008; Stadler & Schärtel, 2007).

3.2.2. *Sozialpsychologische Belastungen*

Diese Art von Belastung entsteht durch die Interaktion mit anderen Personen. Der Umgang mit Notfallopfern stellt generell eine Belastung dar, einige Personengruppen erweisen sich jedoch als besonders belastend. Hierunter zählen schwer verletzte oder sterbende Kinder und Jugendliche, Schwerstverletzte, verbrannte Menschen, Suizidale, Sterbende, Tote, Freunde, Bekannte, Angehörige, sowie KollegInnen als Notfallopfer. Zusätzlich kann die Interaktion mit Angehörigen des Opfers, mit Augenzeugen, mit Verursachern, mit Medienvertretern aber auch mit MitarbeiterInnen anderer Organisationen (Polizei, Feuerwehr, etc.) als belastend empfunden werden (vgl. Lasogga & Karutz, 2008). Eine generell geringe gesellschaftliche Anerkennung kann auch zu den sozialpsychologischen Belastungen gezählt werden (Stadler & Schärtel, 2007).

Die genannten individualpsychologischen und sozialpsychologischen Belastungen können des Weiteren in emotionale, kognitive und situative Aspekte differenziert werden (Tabelle 1; Hermanutz, Ludwig & Schmalzl, 2001).

Tabelle 1

Einteilung von Belastungen in emotionale, kognitive und situative Aspekte

emotionale Aspekte	kognitive Aspekte	situative Aspekte
Ständige Auseinandersetzung (mit Menschen), die emotional belasten.	Ständige Auseinandersetzung (mit Menschen), die kognitive stark beanspruchend sind.	Häufige Auseinandersetzung mit negativ besetzten Situationen (Unfälle, Konflikte, Tod, Leid, ...).
Diskrepanz zwischen den eigenen Handlungsmöglichkeiten und der vorgefundenen Situation.	Die Angst/Unsicherheit Fehler zu machen.	Es kommt oft zu überraschenden und unvorhersehbaren Spannungssituationen.
Erlebte Hilflosigkeit.	Berufliche Pflichten im Gegensatz zur tatsächlichen Erfolgskonstellation.	
Fehlende Anerkennung für den geleisteten Einsatz.	Mangelnde Anerkennung und unsachliche Kritik in der Öffentlichkeit (hohes Gefälle zwischen Berufsbild und Realität).	

Anmerkung. Hermanutz et al., 2001, S.9f

4 MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN DER BELASTUNGEN

Trotz der Tatsache, dass der Großteil der Einsatzkräfte keine Beeinträchtigung durch ihre Diensterfahrungen wahrnimmt, sind bei einer nicht zu vernachlässigenden Anzahl an SanitäterInnen verschiedenste Folgen zu erkennen. Die meisten SanitäterInnen berichten nur von kurzfristigen Folgen wie z.B. Aktivitätsüberschuss, Rededrang oder übertriebene Heiterkeit nach belastenden Einsätzen. Diese klingen meist nach einigen Stunden ab. In manchen Fällen können sich aber auch mittel- und langfristige Folgen wie z.B. akute Belastungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder sekundär traumatische Belastungsstörungen entwickeln (vgl. Lasogga & Karutz, 2008). Auf letztere zwei soll im Folgenden näher eingegangen werden.

4.1. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSTÖRUNG

4.1.1. Definition

Die *posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS) stellt eine der möglichen Reaktionen auf die Belastungen von Rettungs- und NotfallsanitäterInnen dar. Deshalb soll im Folgenden eine kurze Definition der posttraumatischen Belastungsstörung gegeben werden.

Um eine Diagnose für PTBS stellen zu können, werden im DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV TextRevision*) fünf Hauptkriterien herangezogen (American Psychiatric Association, 2003). Das Kriterium A definiert, was unter einer traumatischen Erfahrung zu verstehen ist. Demnach erlebte oder beobachtete die Person eines oder mehrere Ereignisse, die das eigene oder das Leben anderer bedrohte, die zu schweren Verletzungen hätte führen können oder das eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit bei sich selbst oder bei anderen Personen darstellte. Zusätzlich zum Erleben, muss die Person mit Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen reagiert haben (Kriterium A2). Die Kriterien B, C und D beschreiben die Symptomgruppen, nämlich das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (B), die anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (C) und die anhaltenden Symptome erhöhten Arousal (D). Wichtig bei Stellung einer PTBS-Diagnose ist insbesondere das Zeitkriterium (E): Die Symptome der Kriterien B, C und D müssen mindestens für die Dauer von einem Monat auftreten. Das letzte Kriterium (F) betrifft die funktionelle Bedeutung. Es müssen bedeutsame klinische Belastungen oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen vorliegen.

Eine subsyndromale PTBS liegt dann vor, wenn neben dem Kriterium A mindestens zwei Kriterien erfüllt sind, nämlich das Kriterium B „Wiedererleben“ und entweder das Kriterium C „Vermeidung“ oder das Kriterium D „Hyper-Arousal“ (Blanchard et al., 1996).

2013 wurde eine Erweiterung des DSM-IV-TR herausgegeben, das DSM-V. Darin enthalten sind einige Veränderungen der Diagnosekriterien: Unter anderem wurde das Kriterium A2, welches das Empfinden von Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen betrifft, entfernt. Des Weiteren wurde das Kriterium C auf zwei einzelne Kriterien aufgeteilt, also die Vermeidung von Reizen und die Abflachung der allgemeinen Reagibilität, so dass es

nun sechs an Stelle von fünf Hauptkriterien im DSM-V gibt (American Psychiatric Association, 2013).

4.1.2. *Epidemiologie*

Die meisten Untersuchungen bezüglich des Auftretens von PTBS in der Allgemeinbevölkerung stammen aus den USA, wo meist Lebenszeitprävalenzen von 5-10 % festgestellt wurden (Breslau, 2002). Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) untersuchten die Prävalenz von PTBS in Deutschland. Es ergab sich eine 1-Monats-Prävalenzrate von 2,3 % für das Vollbild der PTBS, wobei für Frauen eine leicht höhere Rate festgestellt wurde (2,5 % versus 2,1 %). Studien, die sich speziell auf die österreichische Bevölkerung konzentrieren, sind nicht vorhanden.

Hapke, Schumann, Rumpf, John und Meyer (2006) berichteten hingegen in einer Studie mit 18- bis 64-jährigen deutschen TeilnehmerInnen eine Lebenszeitprävalenz von 1,4 % und eine 12-Monatsprävalenz von 0,7 %.

Vergleicht man die Prävalenzraten der Allgemeinbevölkerung mit jenen von Rettungspersonal, so zeigt sich ein deutlicher Anstieg. Jonsson et al. (2012) konnten in ihrer Studie mit schwedischem Rettungspersonal eine Punktprävalenzrate von 15,2 % feststellen. Teegen und Yasui (2000) berichteten sogar von einer 1-Monats-Prävalenzrate von 36 % bei RettungssanitäterInnen aus Norddeutschland. In der Studie von Häller, Michael und Koechlin (2009) waren RettungssanitäterInnen aus der deutschsprachigen Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein allerdings geringer belastet. Die Autoren stellten eine 1-Monats-Prävalenz von 4,3 % für das Vollbild der PTBS und 9,6 % für die subsyndromale PTBS fest.

Es muss allerdings erwähnt werden, dass diese Prävalenzen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Oft werden unterschiedliche Erhebungsmethoden verwendet, die zu Verzerrungen der Ergebnisse führen könnten. Außerdem handelt es sich um unterschiedliche Formen der Prävalenz (Lebenszeitprävalenz vs. 1-Monats-Prävalenz).

4.2. SEKUNDÄR TRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Neben dem Auftreten von PTBS aufgrund von direkter Konfrontation mit einem traumatisierenden Ereignis, kann diese Störung auch durch indirektes Miterleben des Traumas entstehen. Dies wird als sekundäre Traumatisierung bezeichnet. Wagner et al. (2001) definierten „sekundär traumatischen Stress als eine Belastung [...], die durch das Wissen über ein traumatisches Ereignis ausgelöst wird, das einer anderen Person widerfährt oder widerfahren ist, eine Belastung, die durch das Helfen oder den Versuch, einer traumatisierten oder leidenden Person zu helfen, entsteht“ (S. 202). Aufgrund ihres helfenden Berufs sind Rettungs- und NotfallsanitäterInnen auch von dieser Art der Traumatisierung betroffen.

Eine sekundär traumatische Belastungsstörung ähnelt einer PTBS-Diagnose stark, mit Ausnahme der Tatsache, dass das traumatische Ereignis von den PatientInnen erlebt wurde und mit der helfenden Person geteilt wurde (Salston & Figley, 2003).

Da Untersuchungen von sekundär traumatischem Stress bei Rettungspersonal meist im Rahmen der „Mitgefühlsmüdigkeit“ (*compassion fatigue*) erfolgt sind, sind Vergleichswerte rar. In einer systematischen Review von Beck (2011) wurden bei 25 % bis zu 78 % von Krankenpflegepersonal erhöhte Werte von sekundär traumatischem Stress festgestellt.

5 PSYCHISCHE WIDERSTANDSKRAFT

Psychische Widerstandsfähigkeit, auch Resilienz genannt, stellt ein Konstrukt dar, das in der Literatur noch nicht eindeutig definiert ist.

Bonanno (2004) definierte Resilienz als die „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). Neben der Unterscheidung von „Erholung“ und der Tatsache, dass Resilienz kein seltenes Ereignis darstellt, besteht ein weiteres wesentliches Kriterium von psychischer Widerstandsfähigkeit darin, dass es verschiedene Arten gibt, resilient zu reagieren (Bonanno, 2004).

Ähnliches wird in den Schlüsselressourcen-Theorien beschrieben. Ebenso wie Bonanno (2004), erklärt Hobfoll (2002), dass es mehrere zentrale Ressourcen gibt, die sich positiv auf Stressempfinden und Wohlbefinden auswirken.

Auch Hobfoll und Kollegen (2007) betonen mehrere Richtlinien, die im Rahmen der Intervention und Prävention von traumatisch bedingten, psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden sollen.

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche Faktoren im Speziellen Resilienz begünstigen. Im Folgenden wird auf einige potentielle Schutz- bzw. Resilienz-Faktoren näher eingegangen.

5.1. SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

5.1.1. Definition - soziale Unterstützung

Für den Fachbegriff *Soziale Unterstützung* gibt es in der Literatur eine Reihe an unterschiedlichen Definitionsversuchen. Eine einfache und sehr allgemeine Definition lässt sich bei Cohen und Syme (1985) finden, sie beschreiben soziale Unterstützung als „the resources provided by other persons“ (S.4).

Im Gegensatz dazu reicht laut der Definition von Cassel (1974; zit. n. Schwarzer & Leppin, 1989) die bloße Anwesenheit eines anderen Individuums aus, um soziale Unterstützung zu leisten. Eventuelle konkrete Handlungen sind demnach von sekundärer Bedeutung. Auch betont Cassel (1974; zit. n. Schwarzer & Leppin, 1989), dass soziale Unterstützung erst in stressreichen Situation wirksam wird.

Für Cobb (1976) hingegen ist bei sozialer Unterstützung die subjektive Überzeugung ausschlaggebend. Dabei wird dem Individuum das Gefühl vermittelt, dass es umsorgt, geliebt und geschätzt wird, unabhängig von der Anwesenheit anderer Personen.

Als erster beschreibt Caplan (1974; zit. n. Schwarzer & Leppin, 1989) soziale Unterstützung als mehrdimensionales Konstrukt, indem er neben der Komponente der emotionalen Unterstützung materielle und instrumentelle Ressourcen sowie Hilfe, Informationen und Ratschläge hinzufügt.

Ebenso geht House (1981; zit. n. Schwarzer & Leppin, 1989) von der Mehrdimensionalität des Konstrukts aus. Seiner Definition zufolge ist das Individuum nicht nur Rezipient sozialer Unterstützung, sondern es findet ein Austausch von Zuwendungen mit anderen Personen statt.

Gottlieb und Bergen (2010) definieren soziale Unterstützung als „the social resource that persons perceive to be available or that are actually provided to them by nonprofessionals in the context of both formal support groups and informal helping relationships“ (S.512). Sie betonen dabei den nicht-professionellen Kontext der sozialen Unterstützung und unterscheiden zugleich zwischen der wahrgenommenen Verfügbarkeit sozialer Unterstützung und tatsächlich erhaltener Unterstützung.

Die hier erwähnten Definitionen stellen nur einen Bruchteil der vorhandenen Auslegungen des Terminus „Soziale Unterstützung“ dar. Diese Bandbreite an vorliegenden Definitionen vermittelt gut die Heterogenität dieses Begriffes. Doch trotz der zahlreichen Versuche, soziale Unterstützung zu definieren, herrscht bislang keine Einigkeit unter den Forschern (Beehr, 1994).

5.1.2. Typen sozialer Unterstützung

Wie aus den meisten der oben angeführten Definitionen hervorgeht, wird soziale Unterstützung als mehrdimensionales Konstrukt aufgefasst. Die Heterogenität der Definitionen zieht gleichzeitig eine große Vielfalt von Typologien des Konstrukts nach sich. Meist konnten sechs Dimensionen abgeleitet werden (Vaux, 1992). Laireiter (1993) gibt jedoch zu bedenken, dass diese Anzahl nicht ausreicht, um alle Formen der sozialen Unterstützung adäquat darzustellen. Trotz der zahlreichen Versuche, übergeordnete taxonomische Systeme zu entwickeln, ist es bisher nicht gelungen, sich auf eine allgemeingültige Typologie zu einigen (Pfaff, 1989). Nichtsdestotrotz wird im Folgenden versucht, einen Überblick über die gängigsten Dimensionen sozialer Unterstützung zu geben (Schwarzer & Leppin, 1989):

a) Emotionale Unterstützung:

Emotionale Unterstützung stellt die breiteste Dimension dar, unter der Empathie, Liebe, Vertrauen und Fürsorge subsummiert werden (House, 1981, zit. n. Heaney & Israel, 2008). Diese Art der Unterstützung umfasst sowohl

die Vermittlung von Sympathie und von einem Gefühl der Zugehörigkeit als auch Versuche, in Problemsituationen Trost zu spenden. Zudem kann emotionale Unterstützung sehr unterschiedlich ausgedrückt werden, von einfachem Zuhören bis hin zu konkreten Handlungen, wie in den Arm nehmen. Quellen der Unterstützung stellen dabei vor allem Partner sowie enge Freunde dar (Schwarzer & Leppin, 1989).

b) Instrumentelle Unterstützung:

Unter instrumenteller Unterstützung werden konkrete Hilfestellungen verstanden. Diese umfassen Beistand im Sinne der Bereitstellung materieller Güter oder Leistungen wie zum Beispiel finanzielle Hilfe, Begleitung zum Arzt oder Hilfe beim Umzug (House, 1981, zit. n. Heaney & Israel, 2008). Diese Art der Unterstützung kommt vor allem dann zum Tragen, wenn es sich um Personen handelt, die krank sind oder andere Probleme haben und ohne Hilfe nicht auskommen können (Schwarzer & Leppin, 1989).

c) Informationelle Unterstützung:

Diese Dimension ähnelt der instrumentellen Unterstützung, insofern dass auch hier meist ein Problem vorliegt, das gelöst werden soll. Die Unterstützung besteht allerdings in immateriellen Hilfeleistungen in Form von Hinweisen und Ratschlägen. Diese sollen dem/der Ratsuchenden dabei helfen, sein/ihr Problem aus einer anderen Perspektive zu sehen und dadurch möglicherweise zu neuen, besseren Lösungsansätzen zu gelangen. Somit wird die informationelle Unterstützung auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ verstanden. Als Quelle für diesen Unterstützungstyp kommt vor allem „Experten“ eine wichtige Rolle zu, wie zum Beispiel ÄrztInnen, TherapeutInnen oder AnwältInnen (Schwarzer & Leppin, 1989).

d) Zusammensein, positiver sozialer Kontakt:

Bei dieser Kategorie geht es darum, gemeinsame Aktivitäten in der Freizeit zu unternehmen. Ziel dieser Form der Unterstützung ist es, einen positiven Ausgleich gegenüber den alltäglichen Belastungen zu erreichen und gleichzeitig ein generelles Gefühl der Zusammengehörigkeit aufzubauen (Schwarzer & Leppin, 1989).

e) Bewertungs-/ Einschätzungs-Unterstützung:

Die Schwierigkeit bei dieser Dimension besteht in der Abgrenzung von der informationellen Unterstützung. Es werden genauso Informationen und Ratschläge gegeben, diese beziehen sich allerdings primär auf das Verhalten der ratsuchenden Person. Die gegebene Information dient der Selbst-Evaluation, indem sie dabei helfen soll, sich selbst, die eigenen Fähigkeiten, Interessen und Bedürfnisse besser einschätzen zu können (Schwarzer & Leppin, 1989).

Trotz der meist vertretenen Meinung der Multidimensionalität des Konstruktes sozialer Unterstützung, zweifeln einige Autoren diesen Sachverhalt an und verneinen die Versuche der Erstellung verschiedener Taxonomien. Sarason, Shearin, Pierce und Sarason (1987) zum Beispiel vertreten den Standpunkt, dass das Konstrukt *soziale Unterstützung* nur eine Dimension umfasst, nämlich die emotionale Unterstützung. Alle anderen Arten der Unterstützung resultieren aus der Liebe und der Sorge um die Person.

Da in dieser Diplomarbeit die verschiedenen Typen sozialer Unterstützung nicht differenziert erfasst werden können, wird auf die Frage der Multidimensionalität hier nicht näher eingegangen.

Neben der Einteilung von sozialer Unterstützung aufgrund von Typen kann es auch von Relevanz sein, soziale Unterstützung in wahrgenommene und tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung zu unterteilen (Gottlieb & Bergen, 2010). Die Bedeutung dieser Differenzierung unterstreichen Norris und Kaniasty (1996), die feststellten, dass bei traumatischen Erfahrungen die wahrgenommene soziale Unterstützung im Gegensatz zur tatsächlich erhaltenen Unterstützung ausschlaggebend ist.

5.1.3. *Quellen sozialer Unterstützung*

Die Schwierigkeiten bei der Klassifikation von Quellen sozialer Unterstützung ähneln jenen bei der Taxonomie der Dimensionen sozialer Unterstützung: Es fehlt an einheitlicher Systematik (Laireiter, 1993).

Laut House (1981, zit. n. Pfaff, 1989) können insgesamt neun verschiedene Unterstützungsquellen unterschieden werden: (1) (Ehe-)Partner/in, (2) Verwandte, (3) FreundInnen, (4) NachbarInnen, (5) Vorgesetzte, (6) ArbeitskollegInnen, (7) Pflegekräfte/

Dienstleistende, (8) Selbsthilfegruppen und (9) Professionelle im Gesundheits- und Wohlfahrtsbereich.

Des Weiteren kann eine Unterscheidung zwischen formeller (professioneller) und informeller (nicht-professioneller) Unterstützung getroffen werden (Pfaff, 1989; Sommer & Fydrich, 1989).

In Zusammenhang der verschiedenen Klassifikationen der Unterstützungsdimensionen und Unterstützungsquellen muss berücksichtigt werden, dass Unterstützung kontextbezogen ist. Verschiedene Quellen sozialer Unterstützung können in verschiedenen Problemlagen unterschiedlich effizient sein (Vaux, 1992). Während enge Freunde und Verwandte öfters bei emotionalen Problemen eine Hilfe darstellen, leisten NachbarInnen häufiger instrumentelle Unterstützung (Jungbauer-Gans, 2002).

5.1.4. Modelle der Wirkungsweisen sozialer Unterstützung

Aufgrund der Beschäftigung mit der Frage nach der Wirkungsweise sozialer Unterstützung sind verschiedene Modelle entstanden, wobei meist soziale Unterstützung in Beziehung mit den Variablen Stress in Form einer belastenden Erfahrung und Distress als Anzeichen für Belastung interpretiert wurde (Aymanns, 1992). Für die verschiedenen Modellvorstellungen dieses Wirkungskomplexes ist es von Bedeutung, ob soziale Unterstützung nur bei konkreten Belastungen oder, meist unbemerkt, auch im alltäglichen Leben eine Rolle spielt (Cohen & Wills, 1985). Dementsprechend wird in der Unterstützungsforschung grundlegend zwischen dem *Direkteffekt* (oder Haupteffekt) sozialer Unterstützung und dem *Puffereffekt* (oder Moderatoreffekt) unterschieden (z.B. Cohen & Wills, 1985, Schwarzer & Leppin, 1988).

Das *Haupteffekt-* oder *additive Modell* besagt, dass soziale Unterstützung zur Befriedigung grundlegender sozialer Bedürfnisse (z.B. Bindung, Kontakt, Zugehörigkeit) und damit auch zum Wohlbefinden beiträgt. Es postuliert eine positive Wirkung von sozialer Unterstützung unabhängig von Belastungen (Sommer & Fydrich, 1989). Vertreter des *Stress-Puffer-* oder *interaktiven Modells* gehen hingegen davon aus, dass die positiven Wirkmechanismen sozialer Unterstützung erst im Fall einer Krise wirksam werden bzw. wenn eine Person unter Stress steht. Es wird angenommen, dass soziale

Unterstützung vor möglichen schädlichen Auswirkungen von Stressoren schützen kann und sich positiv auf die Verarbeitung von Belastungen auswirkt (vgl. Cohen & Wills, 1985, Schwarzer & Leppin, 1988, Sommer & Fydrich, 1989).

Inzwischen wurden sowohl der Haupt- als auch der Puffereffekt in mehreren empirischen Arbeiten untersucht und verifiziert (Laireiter, 1993). Cohen und Wills (1985) folgern aus ihren Ergebnissen, dass beide Effekte auftreten können und sich gegenseitig nicht ausschließen müssen. Welcher Effekt auftritt, scheint allerdings von der Operationalisierung von sozialer Unterstützung sowie von bestimmten situativen und personellen Rahmenbedingungen abzuhängen. Haupteffekte treten gehäuft dann auf, wenn der Grad der sozialen Integration gemessen wird, also inwieweit das Vorhandensein sozialer Beziehungen Stabilität in das Leben einer Person bringt. Puffereffekte hingegen werden eher mit der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, welche den Bedürfnissen der hilfesuchenden Person entspricht, in Verbindung gebracht (Schwarzer & Leppin, 1988).

Neben dem Haupteffekt- und Stress-Puffer-Modell, welche laut Schwarzer und Leppin (1988) die komplexe Welt zu undifferenziert abbilden, werden in der Literatur auch komplexere Modelle erörtert, die sogenannten Kausalmodelle. Hierzu zählen das Kompensationsmodell, das Präventionsmodell und das Supportverringerungsmodell. Ein detaillierter Überblick hierzu ist bei Schwarzer und Leppin (1989) zu finden.

5.1.5. Negative Aspekte von sozialer Unterstützung

Neben der positiven Seite sozialer Unterstützung konnten auch belastende Aspekte identifiziert werden. Dabei wird zwischen den Belastungen für den Rezipienten und den Belastungen für den Geber unterschieden. Die Forschung hat sich bislang auf erstere konzentriert und es konnten dabei folgende sechs Faktoren definiert werden (Laireiter & Lettner, 1993):

a) Belastende Aspekte „normaler“ Unterstützung

Allein die Tatsache, dass man auf Hilfe angewiesen ist, kann sich belastend auswirken. In diesem Zusammenhang ist vor allem die mögliche Bedrohung des Selbstwertgefühls und die Entwicklung eines Abhängigkeitsverhältnisses zum Unterstützungsgeber zu berücksichtigen. Die möglichen Auswirkungen auf die

positive Wirkung von sozialer Unterstützung hängen des Weiteren von vielen anderen Faktoren ab, wie zum Beispiel von der Persönlichkeit und der Beziehung zwischen den involvierten Personen (Laireiter & Lettner, 1993).

Fisher, Nadler und Whichter-Alagna (1982) gehen in ihrem Selbstwertbedrohungsansatz davon aus, dass soziale Unterstützung sowohl selbstwertunterstützende als auch selbstwertbedrohende Elemente enthält. Ob die angebotene Unterstützung vorwiegend als förderlich oder bedrohlich wahrgenommen wird, hängt von situativen Bedingungen und von den Charakteristiken des Rezipienten und des Gebers ab. Zum Beispiel wird Unterstützung von Personen, die dem Rezipienten ähnlich sind, als selbstwertbedrohend wahrgenommen, weil dadurch negative soziale Vergleichsprozesse ausgelöst werden (Fisher et al., 1982). Zudem bewirkt aufgezwungene instrumentelle Unterstützung im Arbeitskontext negativere Effekte als keine Unterstützung (Deelstra, Peeters, Schaufeli, Stroebe, Zijlstra & van Doornen, 2003).

b) Inadäquate Unterstützung

Unter inadäquaten Unterstützungsversuchen werden zum Beispiel emotionales Überengagement, Beschwichtigungsversuche, Herabwürdigung des Problems, Überredungsversuche oder das Blamieren des Betroffenen verstanden. Manchmal fällt jedoch die Unterscheidung zwischen hilfreicher und belastender Unterstützung nicht leicht, verschiedene Randbedingungen und die Reaktionen des Rezipienten müssen berücksichtigt werden (Laireiter & Lettner, 1993).

c) Enttäuschte Unterstützungserwartungen

Enttäuschte Unterstützungserwartungen stellen erwartete, aber nicht erhaltene Unterstützung dar (Laireiter & Lettner, 1993).

d) Exzessive Hilfe

Ein Übermaß an Unterstützung führt oft zu Abhängigkeit und verhindert eigene Bewältigungsversuche, was in einer Bedrohung des Selbstwertgefühls resultiert (Laireiter & Lettner, 1993).

e) Problematische Beziehung zwischen Unterstützer und Unterstützten

Folgende Aspekte einer Beziehung können sich im Zusammenhang mit Unterstützung belastend auswirken: Mangel an Reziprozität, Abhängigkeit, Kontrolle, Ablehnung, Abwertung und Angst vor dem Unterstützer (Laireiter & Lettner, 1993).

f) Belastungsbedingte Ineffektivität

Ineffektive Unterstützung tritt meist dann auf, wenn Unterstützer selbst durch die Probleme des Rezipienten betroffen sind bzw. wenn die Unterstützung längerfristig notwendig ist und somit zur Belastung für den Unterstützer wird. In diesen Situationen kommt es zu negativen Gefühlen, wodurch effektive Hilfe so gut wie unmöglich wird (Laireiter & Lettin, 1993).

5.1.6. Soziale Unterstützung als Ressource gegen PTBS

Soziale Unterstützung stellt eine der am besten untersuchten Ressourcen gegen PTBS dar. Brewin und Kollegen (2000) setzten sich mit Studien auseinander, die Populationen untersuchten, die in ihrem Leben verschiedenen Traumata ausgesetzt waren, um verschiedene Risikofaktoren für PTBS aufzudecken. Ihrer Metaanalyse zufolge stellt das Fehlen sozialer Unterstützung einen der robusten Prädiktoren für posttraumatische Belastungsstörung dar. Geringe Levels von sozialer Unterstützung erhöhen somit das Risiko an PTBS zu erkranken (z.B. Adams & Boscarino, 2006). Zusätzlich fanden Brewin et al. (2000) heraus, dass Faktoren, die während und nach dem Trauma wirksam werden wie zum Beispiel Trauma-Schwere, Fehlen sozialer Unterstützung und zusätzlicher Alltagsstress, stärkere Auswirkungen haben, als Prätrauma-Faktoren wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, Bildung, andere frühere Traumata etc..

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Ozer, Best, Lipsey und Weiss (2003). In ihrer Metaanalyse verwendeten sie 68 Studien, um 7 verschiedene Prädiktoren für PTBS zu untersuchen. Nach peritraumatischer Dissoziation stellte soziale Unterstützung den stärksten Prädiktor für PTBS dar. Ein höheres Level von sozialer Unterstützung ist somit mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, an PTBS zu erkranken, verbunden.

Die oben berichteten Befunde konnten auch für Einsatzkräfte bestätigt werden. Marmar et al. (2006) untersuchten Prädiktoren für PTBS bei Polizei und anderen First

Respondern. Auch in dieser Stichprobe stellte soziale Unterstützung den stärksten Prädiktor für PTBS dar ($\beta = -0.25$).

Die Studie von Regehr, Hill, Knott und Sault (2003) mit Feuerwehrleuten zeigte ähnliche Ergebnisse. Geringe Levels von sozialer Unterstützung korrelierten negativ mit höheren Ausprägungen an traumatischen Stress-Symptomen. Zusätzlich stellten die Autoren fest, dass erfahrenere Feuerwehrleute signifikant von geringerer sozialer Unterstützung berichten. Demnach scheint soziale Unterstützung mit zunehmendem Alter zu sinken.

Die Befunde zur sozialen Unterstützung wurden mittels retrospektiven und prospektiven Studien untersucht. Brewin et al. (2000) stellten allerdings fest, dass es diesbezüglich keinen Moderator-Effekt gibt. Die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und PTBS wird nicht durch die Art des Studiendesigns beeinflusst.

5.2. KOLLEKTIVE WIRKSAMKEITSERWARTUNG

5.2.1. *Definition - Kollektive Wirksamkeitserwartung*

Da Menschen nicht in sozialer Isolation leben, können sie nicht alle Aspekte ihres Lebens allein kontrollieren. Um die Herausforderungen des Lebens zu meistern, müssen sie zusammenarbeiten (Bandura, 1997). Besonders deutlich wird diese Notwendigkeit im Rettungsdienst. Der Beruf der Rettungssanitäterin bzw. des Rettungssanitäters kann nicht allein ausgeübt werden, RettungssanitäterInnen müssen im Team in einer koordinierten Art und Weise zusammenarbeiten. Wenn dieses Team mit kritischen Erfahrungen umgehen muss und dabei Erfolg erlebt, entsteht eine Reihe von Annahmen darüber, welche Situationen das Team zu meistern in der Lage ist (Cicognani, Pietrantoni, Palestini & Prati, 2009). Diese Annahmen bilden die kollektiven Wirksamkeitserwartungen ab.

Das Konzept der kollektiven Wirksamkeitserwartung geht auf das der Selbstwirksamkeitserwartung zurück (Bandura, 1997). In seiner sozial-kognitiven Theorie beschreibt Bandura (1997) kollektive Wirksamkeitserwartung folgendermaßen: „Perceived collective efficacy is defined as a group’s shared belief in its conjoint

capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given levels of attainments” (S.477). Er stellt darin auch klar, dass kollektive Wirksamkeitserwartung mehr als die Summe der Selbstwirksamkeitserwartungen der Personen einer Gruppe ist; kollektive Wirksamkeitserwartung ist ein Merkmal der Gruppenebene (Bandura, 1997).

Eine weitere Definition von kollektiver Wirksamkeitserwartung findet man bei Zaccaro, Blair, Peterson und Zazanis (1995; zit. n. Benight, 2004). Sie definieren kollektive Wirksamkeitserwartung als „sense of collective competence, shared among individuals when allocating, coordinating, and integrating their resources in a successful concerted response to specific situational demands“ (S.402). In dieser Definition wird die Bedeutung der ungewissen Faktoren wie die Qualität der Gruppenbeziehungen und der Koordination hervorgehoben, die bei kollektiver Wirksamkeit besonders zum Tragen kommen. Im Gegensatz dazu ist es bei der Selbstwirksamkeitserwartung wahrscheinlicher, dass sich diese durch Erfahrung und Niveau an Fachexpertise erhöht (Cicognani et al., 2009).

5.2.2. Kollektive Wirksamkeitserwartung als Ressource gegen PTBS

Die Forschung bezüglich kollektiver Wirksamkeitserwartung hat sich bisher hauptsächlich anderen Bereichen, wie der klinischen Psychologie, gewidmet. Die meisten Studien, die in der einschlägigen Literatur zu finden sind, sind im business-, im Sport- und im Bildungsbereich anzusiedeln (Prussia & Kinicki, 1996; Greenlees, Graydon & Maynard, 1999; Schwarzer & Schmitz, 1999).

Die wenigen Studien in der klinischen Forschung beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen kollektiver Wirksamkeitserwartung und der beruflichen Lebensqualität. Cicognani und ihre Kollegen (2009) untersuchten Rettungspersonal und stellten dabei fest, dass kollektive Wirksamkeitserwartung negativ mit Burnout korrelierte. Je höher die kollektiven Wirksamkeitserwartungen ausgeprägt waren, desto geringere Ausprägungen von Burnout konnten nachgewiesen werden (Cicognani et al., 2009).

Ähnliche Ergebnisse zeigte die Studie von Pietrantonio und Prati (2008). Diese beschäftigten sich mit Resilienz-Faktoren, die dazu beitragen, die geistige Gesundheit von First Respondern zu erhalten. Auch in dieser Stichprobe konnte ein negativer

Zusammenhang zwischen kollektiver Wirksamkeitserwartung und Burnout festgestellt werden (Pietrantonio & Prati, 2008).

Neben den direkten Effekten von kollektiver Wirksamkeitserwartung auf die psychische Gesundheit konnten auch Mediatoreffekte aufgedeckt werden. Prati, Pietrantonio und Cicognani (2011) haben herausgefunden, dass es einen Mediatoreffekt von kollektiver Wirksamkeitserwartung auf die positive Beziehung zwischen Stressbeurteilung und Burnout gibt. Die Stressbeurteilung verringerte die kollektive Wirksamkeitserwartung, was wiederum zu einem Anstieg bei Burnout führte (Prati et al., 2011).

Dementsprechend stellte Benight (2004) fest, dass kollektive Wirksamkeitserwartung als Puffer fungiert, wenn ein großer Ressourcenverlust nach einer Umweltkatastrophe stattgefunden hat. Unter diesen Umständen berichteten Individuen, die geringe kollektive Wirksamkeit wahrgenommen hatten, höhere Level an psychischem Leid als diejenigen, die an die Wirksamkeit der Gruppe geglaubt hatten (Benight, 2004).

5.3. SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Berücksichtigt man die Interdependenz zwischen einzelnen Mitgliedern einer Gruppe und ihrem Team, so können kollektive Wirksamkeitserwartungen nicht getrennt von den Selbstwirksamkeitserwartungen der einzelnen Personen einer Gruppe gesehen werden (Cicognani et al., 2009).

5.3.1. Definition – Selbstwirksamkeitserwartung

Der Ursprung der Erforschung des Konzeptes der Selbstwirksamkeit geht auf Albert Bandura zurück, der dieses erstmals in den 1960er Jahren in seiner *sozial-kognitiven Theorie* verwendet. Bandura (1997) definiert die wahrgenommenen Selbstwirksamkeitserwartungen als „*beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments*“ (S.3). In seiner Theorie, die der Erklärung und Vorhersage psychischer Veränderungen dient, unterscheidet er die Wirksamkeitserwartung von der Ergebniserwartung. Die *Ergebniserwartung* stellt dabei

die Bewertung einer Person dar, dass ein bestimmtes Verhalten zu einem bestimmten Ergebnis führen wird. Die *Wirksamkeitserwartung* repräsentiert die Überzeugung, dass jemand ein Verhalten erfolgreich ausführen kann, das zur Erreichung eines Ergebnisses notwendig ist (Abbildung 3). Je nach Stärke der Überzeugung in die eigenen Fähigkeiten, wirkt Selbstwirksamkeit motivierend oder abschreckend (Bandura, 1977). Schachinger (2005) betont zudem die Subjektivität der Überzeugungen und beschreibt Selbstwirksamkeitserwartung als die „subjektive Überzeugung, aus eigener Kraft und eigenem Vermögen bestimmte Ergebnisse **bewirken** zu können“ (S.175).

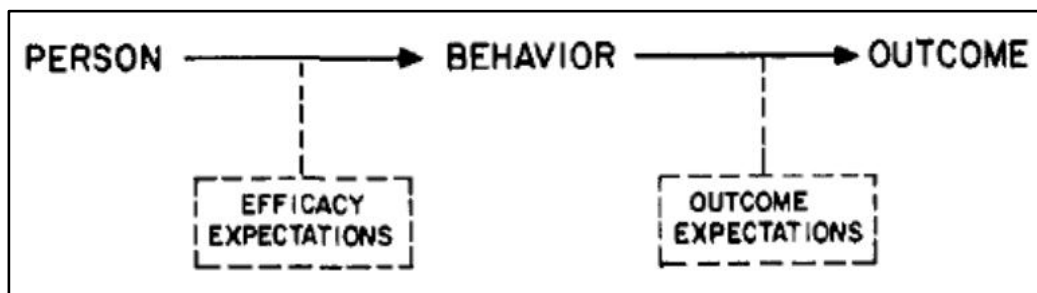


Abbildung 3. Unterschied zw. Wirksamkeits- und Ergebniserwartung

(Bandura, 1977, S.193)

Selbstwirksamkeitserwartungen haben einen starken Einfluss. Sie bestimmen, wie Personen fühlen, denken, sich motivieren und verhalten. Personen mit hohem Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten betrachten schwierige Situationen als Herausforderung und nicht als Bedrohung. Sie setzen sich hohe Ziele und behalten ihr starkes Engagement trotz Schwierigkeiten bei. Rückschlägen werden auf unzureichende Anstrengung, mangelndes Wissen oder Fertigkeiten, die erwerbbar sind, zurückgeführt. Ihre Selbstwirksamkeit wird davon nicht nachhaltig beeinträchtigt, sondern erholt sich rasch. Ein hohes Level an Selbstwirksamkeit fördert die Reduzierung von Stress und verringert das Risiko, an einer Depression zu erkranken (Bandura, 1994).

Im Gegenteil dazu vermeiden Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen schwierige Aufgaben, die sie als persönliche Bedrohung ansehen. Konfrontiert mit Schwierigkeiten, geben sie schnell auf und nach Rückschlägen erholt sich ihre Selbstwirksamkeitserwartung nur sehr langsam. Da der Grund für unzureichende Leistung in einer mangelnden Begabung gesehen wird, können nur wenige Fehler dazu führen, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu verlieren. Dementsprechend sind diese Personen leichter Stress ausgesetzt und auch vulnerabler gegenüber Depressionen (Bandura, 1994).

Bandura (1997) zufolge stellt Selbstwirksamkeit kein zusammenhangsloses, globales, sondern ein multidimensionales Konzept dar. Selbstwirksamkeitserwartungen können je nach Aktivitätsbereich, innerhalb eines Aktivitätsbereichs nach Aufgabenanforderungen und Situation variieren. Dementsprechend stellten Benight und Harper (2002) fest, dass bei der Bewältigung von erlebten Naturkatastrophen das spezifische Gefühl, mit traumabezogenen Ereignissen umgehen zu können, von größerer Bedeutung ist als die allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen. Ebenso geht Schachinger (2005) von einer Verhaltens- und Kontextspezifität der Selbstwirksamkeitserwartungen aus.

5.3.2. Quellen der Selbstwirksamkeit

Bandura (1997) zufolge gibt es vier verschiedene Quellen (*a – d*), die den Glauben einer Person über seine Wirksamkeit beeinflussen können und die sich anhand der Stärke ihres Einflusses in eine Hierarchie einteilen lassen:

- a) *Direkte Erfahrungen (mastery experience)*: Die Erfahrung, schwierige Situationen mit Hilfe der eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können, stellt die einflussreichste Quelle von Selbstwirksamkeit dar. Um dieses Gefühl erhalten zu können und die Motivation zu fördern, erfordert es jedoch keiner einfachen Erfolge, sondern es muss die Erfahrung vermittelt werden, Hindernisse mittels Beharrlichkeit und andauernder Anstrengung überwinden zu können. Erst dann kann sich die Person schnell von Rückschlägen erholen und geht gestärkt aus widrigen Umständen hervor.
- b) *Stellvertretende Erfahrung (vicarious experience)*: Die Beobachtung anderer Personen, die einem ähneln und die erfolgreich handeln, kann dazu führen, Rückschlüsse über die eigene Kompetenz zu ziehen. Man betrachtet sich selbst gleichermaßen fähig, vergleichbare Aktivitäten bzw. Situationen bewältigen zu können. Gleichzeitig können sich jedoch auch beobachtete Fehlschläge trotz großer Anstrengung negativ auf die Wahrnehmung der eigenen Wirksamkeit auswirken und eigene Anstrengungen untergraben. Großen Einfluss hierbei übt die wahrgenommene Ähnlichkeit mit dem Modell aus: Je größer die

angenommene Ähnlichkeit ist, desto stärker überzeugen die Erfolge und Misserfolge des Modells.

- c) *Verbale Überzeugungen (verbal persuasion)*: Personen, die verbal überzeugt werden, dass sie über die notwendigen Fähigkeiten verfügen, bevorstehende Herausforderungen zu meistern, sind gewillter mehr Anstrengung aufzubringen und aufrechtzuerhalten als Personen, die Selbstzweifel hegen und über ihre Unzulänglichkeiten grübeln.
- d) *Physiologische und affektive Zustände (physiological and affective states)*: Stressreaktionen, Spannungen und Schmerzen werden als Zeichen von Verwundbarkeit interpretiert. Entscheidend für die Folgen physiologischer und affektiver Reaktionen auf die Selbstwirksamkeit ist jedoch nicht deren Intensität, sondern wie diese wahrgenommen und interpretiert werden. Personen mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen sehen ihre Zustände von Erregung als energieliefernde Unterstützung, während Personen, die an sich selbst zweifeln, glauben, dass ihre Erregung sie schwächt. Des Weiteren kann sich auch die Stimmung auf die Beurteilung der Selbstwirksamkeit auswirken: Positive Stimmung fördert die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, während Niedergeschlagenheit diese verringert.

Laut Schmitz (2002) entwickeln sich Selbstwirksamkeitserwartungen in allen Bereichen des Lebens auf Grund von Erfahrungen. Häufige Erfolge führen zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeit und zur Auseinandersetzung mit größeren Herausforderungen (Schmitz, 2002).

5.3.3. *Formen der Selbstwirksamkeit*

5.3.3.1. Allgemeine Selbstwirksamkeit

Trotz der Tatsache, dass Bandura (1997) Selbstwirksamkeit als situationsspezifisches Konstrukt, welches sich je nach Definition auf unterschiedliche Situationen bezieht, angesehen hat, kamen verschiedene Autoren durch Aggregation der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen zu der Annahme eines globalen, allgemeinen Konstrukts

(z.B. Judge, Locke & Durham, 1997, zit. n. Judge, Locke, Durham & Kluger, 1998; Schwarzer, 1993). Scholz, Dona, Sud und Schwarzer (2002) konnten anhand von Daten von etwa 20.000 Personen aus 25 Ländern die Eindimensionalität des Konstrukts demonstrieren.

Judge et al. (1998) definierten allgemeine Selbstwirksamkeit folgendermaßen: „one's estimates of one's capabilities to mobilize the motivation, cognitive resources, and courses of action needed to exercise general control over events in one's life" (S.19). Die allgemeine Selbstwirksamkeit stellt demnach ein grundsätzliches Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten dar (Judge et al., 1998). Im Gegensatz zu situationsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen kann die allgemeine Selbstwirksamkeit als stabile Persönlichkeitsdisposition betrachtet werden, ähnlich dem globalen Selbstwert (Jonas & Brömer, 2002).

5.3.3.2. Emotionale Selbstwirksamkeit

Emotionale Selbstwirksamkeit wird von Saarni (2002) als eine von acht Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz betrachtet. Dabei stellt sich emotionale Kompetenz als Selbstwirksamkeit in emotionsauslösenden sozialen Transaktionen dar. Menschen, die ihr eigenes emotionales Erleben akzeptieren, sich also emotional selbstwirksam empfinden, können intensive negative Emotionen wie Verzweiflung und Wut durchstehen und werden von diesen nicht überwältigt. Es besteht ein Gefühl relativer Kontrolle über ihr eigenes emotionales Erleben, bezogen darauf, dass sie ihre Emotionen bewältigen und sich selbst dabei gleichzeitig achten (Saarni, 2002).

Die Notwendigkeit emotionaler Selbstwirksamkeit besteht bei der Umsetzung unseres emotionalen Wissens und unserer emotionalen Fähigkeiten. In allen Situationen, die Emotionen hervorrufen, stellt sie die Basis für kompetente Selbstregulation dar. Neben der Überzeugung, über entsprechende Fähigkeiten zur Zielerreichung zu verfügen (allgemeine Selbstwirksamkeit), erfordern hohe Zielsetzungen beispielsweise die kompetente Regulation von auftauchenden Versagensängsten oder Unsicherheiten, d. h. emotionale Selbstwirksamkeit muss vorhanden sein (Schmitz & von Salisch, 2002).

In der Befragung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, werden aufgrund der Länge des Fragebogens lediglich die allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen erfasst.

5.3.4. *Selbstwirksamkeitserwartung als Ressource gegen PTBS*

Beschäftigt man sich mit der einschlägigen Literatur, so wird schnell klar, dass das Konzept der Selbstwirksamkeit in den vergangenen Jahren ein bedeutendes Element der Ressourcenforschung darstellte (Hobfoll, 2002).

In ihrer Studie mit Feuerwehrleuten stellten Regehr et al. (2003) fest, dass Selbstwirksamkeitserwartungen negativ mit Ausprägungen von PTBS korrelierten. Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen sind somit mit geringeren Levels von posttraumatischem Stress verbunden (Regehr et al., 2003).

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Heinrichs, Wagner, Schoch, Soravia, Hellhammer und Ehler (2005). Sie untersuchten Prädiktoren für PTBS bei Feuerwehrleuten in einer zwei Jahre dauernden Längsschnittstudie. Neben einem hohen Level an Feindseligkeit stellte sich ein geringes Level an Selbstwirksamkeitserwartung als Risikofaktor heraus. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass geringe Levels von Selbstwirksamkeitserwartung signifikant höhere Ausprägungen von PTBS vorhersagten (Heinrichs et al., 2005).

5.3.5. *Abgrenzung: Selbstwirksamkeitserwartung vs. Selbstwert*

Einige Autoren gehen von der Annahme aus, dass die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und der Selbstwert dasselbe Konstrukt darstellen (Stanley & Murphy, 1997) bzw. zumindest, dass die beiden Konzepte auf demselben Faktor höherer Ordnung laden und deshalb als identes Konstrukt betrachtet werden sollten (Judge, Locke & Durham, 1997, zit. n. Chen, Gully & Eden, 2004). Diese Annahme basiert darauf, dass die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und der Selbstwert in engem Zusammenhang zueinander stehen, was sich in hohen Korrelationen ausdrückt ($\rho = .85$, Judge, Erez, Bono & Thoresen, 2002).

Chen et al. (2004) hingegen sind der Ansicht, dass eine hohe Korrelation zwischen allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstwert nicht notwendigerweise auf dasselbe Konstrukt schließen lassen. Sie konnten in ihrer Studie zeigen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung und der Selbstwert unterschiedlich in Beziehung zu motivationalen und affektiven Variablen stehen. Dabei steht die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung stärker mit motivationalen Merkmalen (Pflichtgefühl,

Bedürfnis nach Leistung, Offenheit für Erfahrungen und Lernzielorientierung), Selbstwert jedoch stärker mit emotionalen Eigenschaften (emotionale Stabilität, negative Affektivität) in Zusammenhang (Chen et al., 2004).

Bei der Differenzierung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstwertes beziehen sich auch Lightsey, Burke, Ervin, Henderson und Yee (2006) auf die unterschiedliche Beziehung zu Motivation und Affekt. Zudem gehen sie auch auf die konzeptionelle und empirische Unterscheidung ein: „GSE [general self-efficacy] is a cognitive assessment about one’s ability to persevere in adverse conditions, while self-esteem is an affectively laden assessment of one’s overall self-worth“ (S.73). Obwohl die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung möglicherweise eine Rolle bei der Entwicklung des Selbstwertes spielt, deuten ihre Ergebnisse auf eine Differenzierbarkeit der beiden Konstrukte hin (Lightsey et al., 2006).

Des Weiteren unterscheidet auch schon Bandura (1997) klar zwischen Selbstwirksamkeit und Selbstwert. Er argumentiert, dass Selbstwirksamkeit die Beurteilung eigener Fähigkeiten betrifft, während sich der Selbstwert auf die Überzeugung des eigenen Wertes bezieht.

Auf Grund der oben genannten Erkenntnisse werden die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und der Selbstwert in dieser Studie als konzeptionell unterschiedliche Variablen behandelt.

5.4. SELBSTWERT

5.4.1. *Definition – Selbstwert*

Trotz der intensiven Auseinandersetzung und Erforschung des Selbstwertes in der Fachliteratur, erweist sich seine Definition nach wie vor als schwierig – hauptsächlich aufgrund der zahlreichen verwandten bzw. auch synonym verwendeten Konstrukte. Eine wichtige Unterscheidung wird zwischen Selbstkonzept, der deskriptiven Komponente, und Selbstwert, der evaluativen Komponente des Selbst, getroffen (Schütz, 2003). Während das Selbstkonzept das subjektive Bild der eigenen Person bzw. die subjektive Theorie über die eigene Person darstellt, bezeichnet das Selbstwertgefühl die subjektive Bewertung dieses Bildes (vgl. Wells & Marwell, 1976).

Zur Berechnung des Selbstwertes stellte James (1890) folgende Formel auf: Selbstwert = Erfolg/Präentionen. Demnach stellt Selbstwert also die Relation zwischen Erfolgen und Ansprüchen dar, wodurch gleichzeitig ein negativer Zusammenhang zwischen Höhe von Idealen und dem Selbstwertniveau angenommen wird. Diese Annahme erwies sich als falsch, weswegen neuere Definitionen ausschließlich die Selbstbewertung – unabhängig von Idealen – betrachten. Eine dieser Definitionen lässt sich bei Coopersmith (1967; zit. n. Shavelson, Hubner & Stanton, 1976) finden:

„the evaluation which the individual makes and customarily maintains with regard to himself: it expresses an attitude of approval or disapproval, and indicates the extent to which the individual believes himself to be capable, significant, successful, and worthy. In short, self-esteem is a personal judgement of worthiness that is expressed in the attitudes the individual holds toward himself” (S.424).

Neben dem kognitiven Aspekt der Bewertung der eigenen Person, wird in obiger Definition der Selbstwert auch als affektive Einstellung zu sich selbst beschrieben (Coopersmith, 1967, zit. nach Leary, Tambor, Terdal & Downs, 1999). Ebenso geht Mummendey (2006) davon aus, dass es sich beim Selbstwert entsprechend dem klassischen Dreikomponenten-Modell (kognitive/affektive/konative Komponente) um die affektive/emotionale oder auch evaluative Komponente der Einstellung zur eigenen Person handelt.

In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe „Selbstwert“ und „Selbstwertgefühl“ synonym verwendet und im Sinne einer subjektiven Bewertung der eigenen Person verstanden.

5.4.2. Strukturelle Merkmale des Selbstwertes

Hinsichtlich der Struktur des Selbstwertes kann eine Unterscheidung in verschiedene Merkmale vorgenommen werden, die in der Forschung besondere Beachtung gefunden haben. Schachinger (2005) führt dabei in ihrer Übersicht folgende Merkmale an: stabiler versus variabler Selbstwert, globaler versus spezifischer Selbstwert, individueller versus kollektiver Selbstwert, privater (innerer) versus öffentlicher (äußerer) Selbstwert sowie

impliziter versus expliziter Selbstwert. Auf die Stabilität bzw. die Dimensionalität soll im Folgenden genauer eingegangen werden.

5.4.2.1. Stabilität

Da das Selbstwertgefühl durch viele Ereignisse bzw. Eigenschaften beeinflussbar ist, stellt sich nun die Frage, ob es sich um eine stabile oder um eine variable Größe handelt (vgl. Harter, 1993). Mit dieser Fragestellung beschäftigten sich Trzesniewski, Donnellan und Robins (2003) näher, sie führten dementsprechend zwei Metaanalysen durch. Die Daten erstreckten sich dabei über eine Alterspanne von 6 bis 83 Jahren. Die Ergebnisse beider Studien wiesen auf einen kurvenlinearen Trend hin: Während der frühen Kindheit bestand eine relativ geringe Selbstwertstabilität, die jedoch während der Adoleszenz bis zum jungen Erwachsenenalter einen Anstieg verzeichnete, und dann während dem mittleren und höheren Alter wieder abnahm. Dieser Verlauf zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Trzesniewski und Kollegen (2003) gehen demnach davon aus, dass der Selbstwert am besten durch Kontinuität und durch Veränderung im Laufe der Lebensspanne beschrieben werden kann und dass die Selbstwertstabilität mit jener von Persönlichkeitsmerkmalen verglichen werden kann. Aufgrund des großen Anteils an Stabilität, aber der gleichzeitig vorhandenen Möglichkeit zur Veränderung, vertreten die Autoren die Meinung, den Selbstwert sowohl als „trait“ (stabile Eigenschaft) als auch als „state“ (aktueller Zustand) zu konzeptualisieren.

Dieselbe Ansicht vertreten Campbell und Lavalley (1993) sowie Schütz (2003). Trotz kurzfristiger Schwankungen des Selbstwertgefühls durch verschiedenste externe, situative Einflüsse, unterstreichen sie die Existenz eines relativ stabilen Selbstwertes.

5.4.2.2. Dimensionalität

Betrachtet man die bisherige Forschung den Selbstwert betreffend, wird ersichtlich, dass sich die meisten Studien mit dem globalen Selbstwert – im Sinne der allgemeinen, individuellen, positiven und negativen Einstellungen zu sich selbst – beschäftigten (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995).

Trotz dieser einseitigen Konzentration der Forscher, kann die Differenzierbarkeit der globalen Einschätzung der eigenen Person nicht vernachlässigt werden (Rosenberg, 1979, zit. n. Harter, 1996). Dementsprechend entwickelten Shavelson et al. (1976) ein Modell, das neben den globalen und bereichsspezifischen Anteilen auch die hierarchische Struktur des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstwertes berücksichtigt (Abbildung 4). Dieses Modell ähnelt dabei früheren Intelligenzmodellen, die einen sogenannten g-Faktor (Generalfaktor) der Intelligenz postulieren. Die Spitze dieser Hierarchie stellt das *General Self-Concept* dar. Eine Ebene tiefer teilt sich dieses in ein akademisches, soziales, emotionales und physisches Selbstkonzept auf, wobei die drei letzten Facetten unter dem nicht-akademischen Selbstkonzept zusammengefasst werden können. Entsprechend dieser Logik, können die einzelnen Facetten immer weiter aufgespalten werden, bis zur Basis der Hierarchie, den individuellen Erfahrungen in spezifischen Situationen. In ihren theoretischen Annahmen verwenden die Autoren die Begriffe „Selbstkonzept“ und „Selbstwert“ synonym und schreiben dem Selbstkonzept einen evaluativen Charakter zu (Shavelson et al., 1976).

Ergebnisse anderer Studien unterstützen die Gültigkeit der Annahme einer hierarchischen und multidimensionalen Struktur des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstwertes (z.B. Fleming & Courtney, 1984).

In der vorliegenden Arbeit wird ausschließlich das globale Selbstwertniveau erfasst.

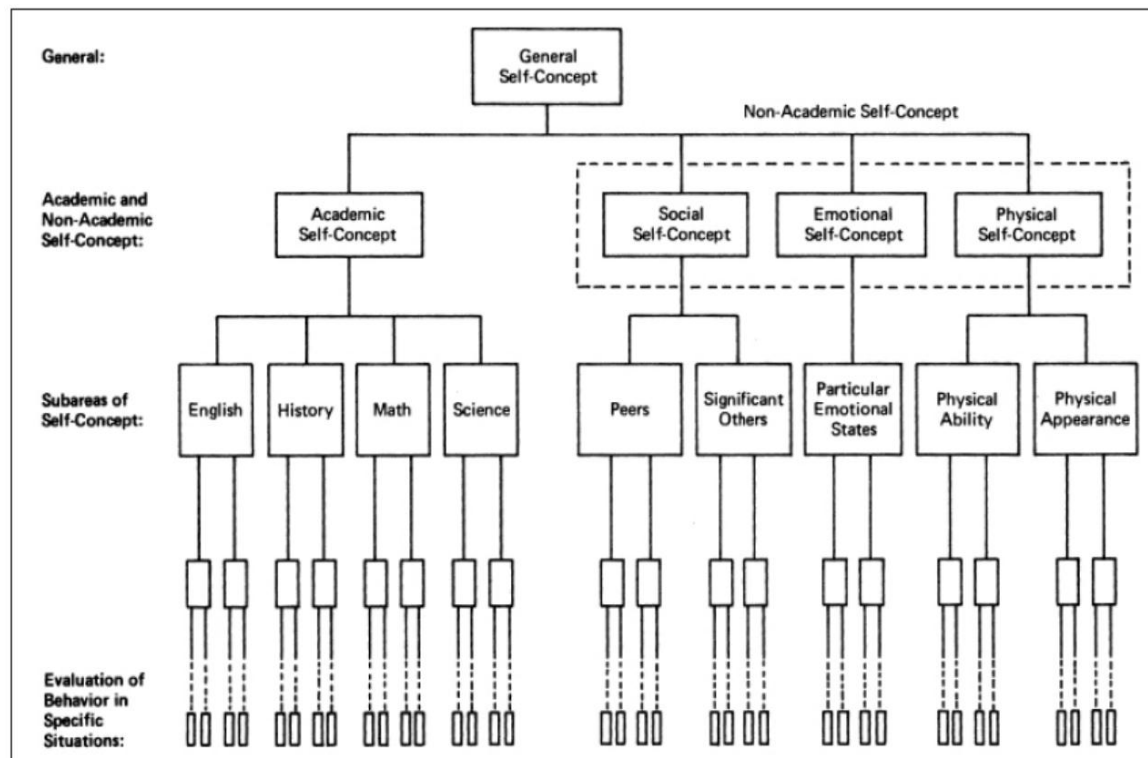


Abbildung 4. Das Shavelson-Modell (Shavelson et al., 1976, S. 413)

5.4.3. Quellen des Selbstwertes

Da das Selbstwertgefühl eines Menschen nicht als gegeben und starr zu verstehen ist, ist eine Betrachtung der Quellen des Selbstwertes notwendig, die dieses verändern. Neben der Förderung des Selbstwertes, können allerdings manche dieser Quellen auch zu einer Bedrohung und Destabilisierung der Wertschätzung der eigenen Person führen (Schütz, 2000).

Auf der Grundlage, dass der Selbstwert auf der Bewertung selbstbezogenen Wissens gründet, kommt Schütz (2000) zu der Schlussfolgerung, dass alle Ursprünge selbstbezogenen Wissens als Quelle des Selbstwertes dienen können. Wie Schwalbe und Staples (1991) konnte auch Schütz (2000) die Selbstwahrnehmung vor sozialer Rückmeldung und vor sozialem Vergleich als wichtigste Quelle der Selbstbewertung identifizieren.

Diesen Ergebnissen ähneln die Einflussgrößen, die Schachinger (2005) als Quellen des Selbstwertes ($a - c$) benennt:

- a) *Kulturelle Faktoren:* Eher unbewussten Einfluss auf das Selbstwertgefühl eines Menschen üben die vorherrschenden Werthaltungen und Normen eines kulturellen Umfeldes aus. Indem der Mensch den allgemein gültigen Ansprüchen und Erwartungen gerecht wird, kann dies zu einer Steigerung seiner Akzeptanz und Anerkennung und zu einer gleichzeitigen Erhöhung seines Selbstwertgefühls führen.
- b) *Soziale Faktoren:* Die Menschen in unserem Umfeld beeinflussen aufgrund häufiger Interaktionen die Entwicklung und Aufrechterhaltung unseres Selbstwertgefühls. Besondere Bedeutung kommt dabei der Familie zu, die die wichtigste Rolle bei der Vermittlung von kulturellen Normen und Werten darstellt. An diesen übermittelten Maßstäben orientiert sich das eigene Selbstwertgefühl. In der Kindheit werden die im familiären Umfeld geltenden Werthaltungen kennen gelernt, das Kind kommt rasch zu der Einsicht, welche Verhaltensweisen zu elterlicher Akzeptanz führen. Für die Entwicklung eines stabilen und hohen Selbstwerts ist dabei besonders die Aufmerksamkeit, Anerkennung, Zuneigung und Liebe der Eltern sowie anderer nahestehender Bezugspersonen von Bedeutung. Mit zunehmendem Alter gewinnen immer mehr Peer-Groups (Gruppen von Gleichaltrigen) und deren Wertvorstellungen an Einfluss. In der Pubertät zum Beispiel wird vor allem das äußere Erscheinungsbild und die Beliebtheit beim anderen Geschlecht als wesentlicher Maßstab zur Beurteilung anderer herangezogen. Im weiteren Verlauf setzen sich individuelle Wertigkeiten aus Eigenschaften wie Leistungsfähigkeit, Kompetenz und Effizienz im beruflichen Umfeld, Macht, Einfluss und Einkommen zusammen. Erwähnenswert sei an dieser Stelle, dass bereits die alleinige Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe positive und negative Auswirkungen auf den Selbstwert der Mitglieder haben kann.
- c) *Individuelle Faktoren:* Soziale Vergleichsprozesse sind jedoch keineswegs allein für den Selbstwert eines Individuums verantwortlich. Das Selbstwertgefühl hängt auch maßgeblich von der Fähigkeit einer Person ab, eigene Standards und Ziele realisieren zu können. Personen, die sich generell sehr hohe Ziele setzen, die schwierig zu verwirklichen sind, sind bei Nichterreicherung dieser mit sich selbst unzufrieden – trotz möglicher Anerkennung durch andere Personen. Der Selbstwert wird dadurch bedroht. Personen mit niedrigen Leistungsstandards hingegen erreichen ihre Ziele leichter, erfahren dadurch schneller Zufriedenheit

und weisen in Relation einen hohen Selbstwert auf. Zusätzlich zu eigennützigen Zielen sind für die Erreichung eines stabilen und positiven Selbstwertes auch übergeordnete, kollektive Werte und Ziele von Bedeutung. Durch die Identifikation mit gemeinschaftlichen Werten und der Übernahme von Verantwortung kann ein intaktes Selbstwertgefühl erreicht werden.

5.4.4. Funktion des Selbstwerts – Terror Management Theorie

Weshalb benötigen wir den Selbstwert? Greenberg und Kollegen (1992) gehen dieser Frage im Rahmen der Terror Management Theorie (TMT) nach. Sie nehmen an, dass Menschen nach einem hohen Selbstwert streben, weil dieser einen Schutz vor Angst bietet.

Die Grundlage der Terror Management Theorie bildet die intellektuellen Fähigkeit des Menschen, sich seiner eigenen Sterblichkeit bewusst zu sein. Dieses Bewusstsein steht in Diskrepanz zu dem instinktiven Bedürfnis, am Leben zu bleiben. In der TMT wird davon ausgegangen, dass dieses Spannungsverhältnis die Gefahr birgt, den Menschen mit einer lähmenden Angst zu erfassen, welche zielgerichtetes Handeln unmöglich macht (Pyszczynski, Greenberg, & Solomon, 1997). Diese paralysierende Angst wird von Pyszczynski et al. (1997) mit dem Begriff *terror* bezeichnet.

Die TMT geht von der Annahme aus, dass dieser *terror* durch einen Angstpuffer, der aus zwei Komponenten besteht, bewältigt werden kann. Eine der zwei Komponenten stellt eine kulturelle Weltsicht (*cultural worldview*) dar, welche Struktur und Wertestandards schafft. Diese kann die Hoffnung auf ein symbolisches Weiterleben vermitteln, da die Kultur, der die Menschen angehören, weiterexistiert. Der *Selbstwert* bildet die zweite Komponente des Angstpuffers, der durch die Ausrichtung des individuellen Verhaltens an den Normen und Werten der kulturellen Weltsicht erreicht wird (Pyszczynski et al., 1997). Dementsprechend beschreiben Greenberg et al. (1992) den Selbstwert im Rahmen der TMT als ein Gefühl, das einem vermittelt, dass man selbst von primärem Wert in einem bedeutungsvollen Universum ist.

In Bezug auf die ontogenetische Entstehung des Selbstwerts gehen Greenberg und Kollegen (1992) von der Annahme aus, dass Individuen bereits in der Kindheit, in der sie auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen sind, lernen, dass sie, nicht zuletzt durch die Einhaltung von elterlichen Regeln, Geborgenheit und Zuneigung erhalten. Dadurch

entsteht eine Assoziation zwischen normgerechtem Verhalten und einem Gefühl von Sicherheit. Mit zunehmendem Alter tritt an die Stelle der elterlichen Reaktionen das eigene Selbstwertgefühl, welches anzeigt, inwieweit der Mensch in der Lage ist, Normen und Werte nicht der Eltern, sondern der persönlichen, kulturellen Weltsicht zu erfüllen. Die Assoziation zwischen Erwartungserfüllung und einem Sicherheitsgefühl bleibt bestehen (Greenberg et al., 1992).

5.4.5. Selbstwert als Ressource gegen PTBS

Eine große Bandbreite an Literatur weist darauf hin, dass ein hohes Selbstwertgefühl oder die Vermeidung eines niedrigen Selbstwertgefühls einen wichtigen Beitrag für psychische Gesundheit und Wohlbefinden darstellt (DuBois & Flay, 2004; Schütz, 2003). Hohes Selbstwertgefühl steht in Zusammenhang mit effektivem Management von Belastungen (Schütz, 2003) und kann teilweise als Puffer gegen Belastungen fungieren (Whisman & Kwon, 1993). Somit kann im Selbstwertgefühl eine weitere zentrale Ressource gegen posttraumatische Belastung gesehen werden.

Schok, Kleber und Lensvelt-Mulders (2010) untersuchten Veteranen, die in verschiedensten Kriegsmmissionen im Einsatz waren. Dabei konnten sie unter anderem feststellen, dass hohes Selbstwertgefühl posttraumatische Symptome wie Intrusionen und Vermeidungsverhalten verringert. Dies lässt vermuten, dass hohes Selbstwertgefühl Stressreaktionen mindern kann.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der Studie von Adams und Boscarino (2006), welche die Einwohner von New York City nach den Anschlägen am 11. September 2001 untersuchten. Zu beiden Untersuchungszeitpunkten (1 Jahr und 2 Jahre danach) war ein geringes Selbstwertgefühl mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, an PTBS zu erkranken.

5.5. OPTIMISMUS

5.5.1. Definition - Optimismus

In der Literatur finden sich verschiedene Definitionen von Optimismus. Eine sehr allgemeine Definition gibt Chang (2001): „Optimism reflects an expectation that good things will happen, whereas pessimism reflects an expectation that bad things will happen” (S.5). Des Weiteren betont der Autor, dass Optimismus von anderen psychologischen Variablen wie interner Kontrolle und Selbstwert unterschieden werden muss, obwohl sie wahrscheinlich in gewisser Weise in Zusammenhang stehen.

Betrachtet man die verschiedenen Definitionen, so lassen sich zwei Hauptrichtungen ausmachen: einerseits der „optimistic explanatory style“ und andererseits der „dispositional optimism“ (Forgeard & Seligman, 2012).

Der Ansatz zum optimistischen Attributionsstil (*optimistic explanatory style*) wurde von Seligman entwickelt und hängt damit zusammen, in welcher Art und Weise Individuen normalerweise Ereignisse in ihrem Leben erklären (Seligman, 1991, zit. n. Gillham, Shatté, Reivich & Seligman, 2001). Demnach interpretieren Optimisten negative Ereignisse als instabil, external und spezifisch, während Pessimisten glauben, dass negative Ereignisse stabil und internal sind und globale Konsequenzen haben (Peterson & Steen, 2009).

In der vorliegenden Diplomarbeit wird das Konzept des dispositionalen Optimismus von Scheier und Carver (1985) herangezogen. Sie definieren dispositionalen Optimismus als allgemeine Erwartung, dass einer Person Gutes im Leben passiert. Optimisten glauben, dass alles gut gehen wird und dass ihnen eher gute als schlechte Dinge passieren. Das Konzept des dispositionalen Optimismus basiert auf der Erwartungswerttheorie der Motivation, die behauptet, dass Individuen jene Ziele verfolgen, die ihnen einerseits am wichtigsten sind und andererseits jene, die sie zu erreichen glauben (Carver & Scheier, 2001). Des Weiteren spielt die Theorie der Selbstregulation des Verhaltens eine wichtige Rolle. Dieser zufolge ist das menschliche Verhalten auf bestimmte Ziele ausgerichtet und es wird durch Feedback-Prozesse reguliert. Laut Scheier und Carver (2003) setzen sich

Menschen in ihrem Leben verschiedenste Ziele und verhalten sich dementsprechend, um diese Ziele zu erreichen. Dabei ist die positive Ergebniserwartung bei der Entscheidung, ob ein Ziel weiter verfolgt wird oder nicht, von Bedeutung. Ist eine Person zuversichtlich, das Ziel erreichen zu können, so wird sie an diesem festhalten (Carver & Scheier, 1998).

Um zu einem besseren Verständnis des Konzepts von Optimismus zu gelangen, muss man dieses vom Pessimismus abgrenzen. Scheier und Carver (1985) beschreiben dispositionalen Optimismus als eindimensionales Konstrukt mit den beiden Polen Optimismus und Pessimismus. Die spätere Forschung auf diesem Gebiet ergab jedoch Zweifel an dieser Theorie. Einige Autoren vermuten, dass es sich bei Optimismus und Pessimismus als zwei voneinander getrennte Faktoren handelt (vgl. Benyamini, 2005; Herzberg, Glaesmer & Hoyer, 2006; Robinson-Whelen, Kim, Mac Callum & Kiecolt-Glaser, 1997). Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass geringer Optimismus nicht automatisch mit hohem Pessimismus assoziiert ist. Die beiden Konstrukte können unabhängig voneinander auftreten (Glaesmer, Hoyer, Klotsche & Herzberg, 2008).

5.5.2. Optimismus als Ressource gegen PTBS

Die Beziehung zwischen Optimismus und Stress wurde bereits in verschiedensten Kontexten untersucht (Andersson, 1996; Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). Ausgangspunkt der Erforschung von Optimismus als Resilienz-Faktor bei PTBS stellt die Annahme dar, dass optimistisch eingestellte Personen Belastungen oder Widrigkeiten mehr positive Seiten abgewinnen können als pessimistisch eingestellte Personen. Sie erleben dementsprechend die Belastung weniger negativ (Jaksic, Brajkovic, Ivezic, Topic & Jakovljevic, 2012).

Thomas, Britt, Odle-Dusseau und Bliese (2011) zum Beispiel untersuchten die Rolle von Optimismus als Puffer gegen die Effekte von Stress in Kriegsgebieten auf die psychische Verfassung bei Soldaten nach einem zwölf Monate langem Einsatz im Irak. Dabei stellte sich heraus, dass Soldaten, die dispositionell optimistischer eingestellt waren, geringere Beziehungen zwischen Kampfgeschehen und Symptomen von PTBS zeigten, als dispositionell weniger optimistisch eingestellte Soldaten. Diese Funktion als Puffer von Optimismus konnte sowohl für schwache als auch für starke Stressoren festgestellt werden.

Neben der Wirkung von einem hohen Selbstwertgefühl, beschäftigten sich Schok und Kollegen (2010) auch noch mit den Effekten von dispositionellem Optimismus. Dabei konnten sie nachweisen, dass ein höheres Level an Optimismus die Wahrnehmung von Angst sowie posttraumatische Stressreaktionen, insbesondere Intrusionen und Vermeidungsverhalten, mindern konnte.

Im Bereich des Rettungswesens konnten die positiven Auswirkungen von Optimismus ebenfalls bereits beobachtet werden. Dougall, Hyman, Hayward, McFeeley und Baum (2001), die Optimismus als eine Art Stress-Puffer betrachten, untersuchten RettungsanitäterInnen, die am Unfallort des US-Fluges 427 im Einsatz waren, 2, 6, 9 und 12 Monate nach dem Unglück. In dieser Langzeitstudie konnten die Autoren unter anderem feststellen, dass eine optimistische Einstellung mit geringerem psychischem Leid verbunden ist.

Segerstrom (2005) zufolge kann Optimismus seine protektive Wirkung allerdings nur dann entfalten, wenn stressreiche Situationen in einem gewissen Ausmaß kontrollierbar sind. Im Rettungsdienst ist dies meist nicht der Fall, doch durch hohe Selbstwirksamkeitserwartungen und hohe kollektive Wirksamkeitserwartungen wird eine Art subjektive Kontrollierbarkeit empfunden. Die RettungsanitäterInnen fühlen sich allen möglichen auftretenden Notfällen gewachsen und können somit nicht so leicht überrascht werden.

Zusätzlich hängt Optimismus mit anderen protektiven Faktoren und Resilienz-Faktoren zusammen, wie zum Beispiel sozialer Unterstützung und Coping.

Srivastava, McGonigal, Richards, Butler und Gross (2006) fanden in engen Beziehungen einen positiven Zusammenhang zwischen Optimismus und sozialer Unterstützung. Dougall et al. (2001) konnten diesen Zusammenhang auch in ihrer Langzeitstudie mit Rettungspersonal finden. Optimistisch eingestellte Personen berichteten dabei von größerer sozialer Unterstützung.

Des Weiteren steht Optimismus in Zusammenhang mit einer flexibleren Anwendung von adaptiven Copingstrategien. Diese Beziehung zwischen Optimismus und Coping wurde von Solberg Nes und Segerstrom (2006) mittels einer Meta-Analyse über 50 Studien untersucht. Dabei korrelierte Optimismus positiv mit annäherungs- und problemorientierten Strategien und negativ mit vermeidungs- und emotionsorientierten Strategien. Unter diesen in der Meta-Analyse verwendeten Studien befand sich auch jene

von Dougall et al. (2001), die sich auf Rettungspersonal konzentriert. Solberg Nes und Segerstrom (2006) beschäftigten sich auch mit den Auswirkungen der Kontrollierbarkeit von Stressoren. Sie kamen zu der Erkenntnis, dass optimistisch eingestellte Personen gleich gut mit kontrollierbaren und unkontrollierbaren Stressoren zurechtkommen. Optimisten passen sich demnach flexibel den Anforderungen an und verwenden nicht nur annäherungs- und problemorientierte Copingstrategien, sondern weichen – falls notwendig – auch auf emotionsorientierte Strategien aus.

5.6. COPING

5.6.1. *Definition – Coping*

Lazarus und Folkman (1984) definieren Coping als „constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“ (S.141). Dieser Definition zufolge ist Coping als aktuelle Zustandsvariable (state) und nicht als Persönlichkeitseigenschaft (trait) zu verstehen. Anhand der Formulierungen „constantly changing“ und „specific demands“ verdeutlichen die Autoren die Prozessorientierung dieses Konzepts, das durch die Annahme von ständig wechselnden kognitiven Bemühungen und Verhaltensadaptationen auf spezifische Anforderungen geprägt ist. Zudem unterscheiden sie Coping von automatisiertem Anpassungsverhalten, indem durch die Strapazierung bzw. Erschöpfung der persönlichen Ressourcen vom Betroffenen Mobilisierung gefordert wird, um aktuelle Aufgaben bewältigen zu können. Gleichzeitig betonen Lazarus und Folkman (1984) mit dem Begriff „manage“, dass Coping nicht zwangsläufig mit effizienten Bewältigungsstrategien gleichzusetzen ist, sondern dass es sich dabei auch um Vermeidung, Toleranz und Akzeptanz handeln kann.

5.6.2. Klassifikation von Copingstrategien – die Copingsstile

Den Ausgangspunkt für die Klassifikation von Copingstrategien bildete die Unterscheidung der Funktionen des Copings nach Lazarus und Folkman (1984). Die Autoren unterstreichen die Wichtigkeit, zwischen Coping, das darauf abzielt, das stressverursachende Problem zu verändern und Coping, das die Regulation der emotionalen Antwort auf das Problem zum Ziel hat, zu unterscheiden. Ersteres bezeichnen sie als problemorientiertes, letzteres als emotionsorientiertes Coping.

Emotionsorientierte Copingstrategien treten mit größerer Wahrscheinlichkeit in Situationen auf, in denen stressreiche und belastende äußere Umstände nicht verändert werden können. Demgegenüber sind problemorientierte Copingstrategien in veränderbaren Situationen wahrscheinlicher (Lazarus & Folkman, 1984).

Aufgrund von Faktorenanalysen verwendeten Endler und Parker (1990b) drei Persönlichkeitsstile als Grundlage für die Entwicklung des „Multidimensional Assessment of Coping“:

- a) *Problemorientiertes (task-oriented) Coping*: Diese Strategien beinhalten absichtsvolle, aufgabenorientierte Anstrengungen, die darauf abzielen, das Problem zu lösen bzw. es kognitiv neu zu strukturieren. Versuche, die Situation zu verändern, werden auch zu diesen Strategien gezählt (Endler & Parker, 1990a, zit. n. Endler, 1997).
- b) *Emotionsorientiertes (emotion-oriented) Coping*: Diese Art von Strategien beziehen sich auf selbstorientierte, emotionale Reaktionen. Das Ziel, den Stress zu reduzieren, wird nicht immer erfüllt. Mögliche Antworten beinhalten emotionale Reaktionen, Selbst-Beschäftigungen und Fantasien. Unter Umständen kann dies sogar zu einer Erhöhung des Stresses führen (Endler & Parker, 1990a, zit. n. Endler, 1997).
- c) *Vermeidungsorientiertes (avoidance-oriented) Coping*: Diese Strategien betreffen Aktivitäten und Kognitionen, um stressreiche Situationen zu vermeiden, wie zum Beispiel durch Ablenkung oder soziale Zerstreuung (Endler & Parker, 1990a, zit. n. Endler, 1997).

Durch die Differenzierung dieser Copingstile konnten Endler und Parker (1990b) zeigen, dass es sich beim Coping um ein multidimensionales Konstrukt handelt. Geschlechtsunterschiede konnten lediglich bei den emotionsorientierten und den vermeidungsorientierten Strategien festgestellt werden, wobei Frauen signifikant höhere Werte als Männer aufwiesen. Zudem neigten ängstliche Personen vermehrt zu emotionsorientierten Copingstrategien (Endler & Parker, 1990b).

Die Unterscheidung in diese drei Copingstile konnte auch in anderen Studien gezeigt werden (vgl. Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000; Endler & Parker, 1994).

5.6.3. *(Adäquates) Coping als Ressource gegen PTBS*

Zum Konzept des Coping gibt es viele teilweise kontroverse Ergebnisse, die unter anderem auf die Schwierigkeiten in der Definition und auf die zahlreichen Klassifikationen zurückzuführen sind. Im Folgenden soll aus der Fülle der Ergebnisse eine Auswahl dargestellt werden:

Brown, Mulhern und Joseph (2002) führten eine Studie durch, in der sie die Beziehung zwischen ereignisbezogenen Stressoren, der Kontrollüberzeugung, dem Coping und psychischen Stress bei Feuerwehrleuten aus Nordirland während der Zeit politischer Gewalt untersuchten. Sie konnten dabei feststellen, dass verstärktes problemorientiertes Coping mit weniger psychischen Folgen verbunden war – insbesondere bei einem hohen Level von traumatischem Stress. Vermeidungsorientiertes Coping erklärte am meisten Varianz psychologischen Stresses, es war am stärksten mit psychischem Leid assoziiert (Brown et al., 2002).

Ähnliche Ergebnisse zeigte die Studie von Dirkzwager, Bramsen und van der Pleog (2003). Diese untersuchten die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung, den Copingstrategien, zusätzlichen stressreichen Ereignissen und Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung bei niederländischen Veteranen. Dabei konnten sie die Ergebnisse von Brown et al. (2002) replizieren, nämlich dass problemorientiertes Coping mit geringen PTBS-Symptomen verbunden ist. Zusätzlich stellten sie fest, dass emotionsorientierte Copingstrategien mit stärkeren PTBS-Symptomen assoziiert sind (Dirkzwager et al., 2003).

Auch die Studie von Littleton, Horsley, John und Nelson (2007) beschäftigte sich mit den unterschiedlichen Auswirkungen verschiedener Copingstile. Sie versuchten adaptive und maladaptive Copingstrategien nach traumatischen Ereignissen zu identifizieren und untersuchten deshalb in ihrer Metaanalyse 39 Studien. Sie gingen dabei von der Einteilung in annäherungsorientierte und vermeidungsorientierte Strategien aus. Während sich ein stark positiver Zusammenhang zwischen vermeidungsorientiertem Coping und posttraumatischen Belastungssymptomen zeigte, konnte keine Beziehung zwischen annäherungsorientiertem Coping und PTBS ermittelt werden (Littleton et al., 2007).

II. EMPIRISCHER TEIL

6. ZIEL DER UNTERSUCHUNG

Aufbauend auf den bisherigen Forschungstätigkeiten soll nun im empirischen Teil dieser Arbeit die Situation der Rettungs- und NotfallsanitäterInnen in Österreich analysiert werden. Das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Schutzfaktoren für die belastenden Erfahrungen im Rettungsdienst zu untersuchen. Dabei interessieren nicht nur die protektiven Potentiale verschiedener psychischer Konstrukte, sondern auch das komplexe Zusammenspiel dieser.

In der vorliegenden Arbeit werden nicht alle Faktoren, die das Belastungsempfinden von Rettungs- und NotfallsanitäterInnen beeinflussen, berücksichtigt, da dies über den Rahmen einer Diplomarbeit hinausgehen würde. Stattdessen wird auf subjektiv als wichtig empfundene Schutz- bzw. Risikofaktoren eingegangen.

In weiterer Folge sollen die gewonnen Erkenntnisse dazu dienen, effizientere, praktische Implikationen zu entwickeln und besonders präventiv wirksame Maßnahmen zu implementieren.

7. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

Aus obigen theoretischen Überlegungen und den bisherigen Forschungsergebnissen leiten sich folgende Fragestellungen und Hypothesen ab:

- I. *Wie hoch ist die psychische Belastung (PTBS sowie ihre Abstufungen) bei Einsatzkräften des Roten Kreuzes Niederösterreichs?***
- II. *Welche Rolle spielt sekundär traumatischer Stress? Welcher Zusammenhang besteht zwischen sekundär traumatischem Stress und posttraumatischen Belastungsfolgen?***
 1. *Sekundär traumatischer Stress stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen Trauma-Exposition und PTBS dar.*

III. Welche Faktoren haben einen bedeutenden protektiven Einfluss auf die Entwicklung posttraumatischer Belastung bei Einsatzkräften des Roten Kreuzes Niederösterreichs?

1. Je besser die *soziale Unterstützung* einer Person ist...
2. Je höher die *Selbstwirksamkeitserwartung* einer Person ist...
3. Je höher die *kollektive Wirksamkeitserwartung* einer Person ist...
4. Je höher das *Selbstwertgefühl* einer Person ist...
5. Je *optimistischer* eine Person eingestellt ist...

...desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese posttraumatisch belastet ist.

IV. Welche Copingstrategien erweisen sich bei Einsatzkräften als effektiv im Sinne eines Schutzes gegen die Entwicklung posttraumatischer Belastung?

1. Stärker posttraumatisch belastete Einsatzkräfte wenden andere Copingstrategien an als weniger posttraumatisch belastete Einsatzkräfte.
2. Je mehr eine Person *problemorientiertes Coping* anwendet, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese posttraumatisch belastet ist.
3. Je mehr eine Person *vermeidungsorientiertes Coping* anwendet, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese posttraumatisch belastet ist.

V. Hat Optimismus eine übergeordnete Rolle? Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Optimismus und anderen protektiven bzw. Resilienz-Faktoren?

1. Optimismus stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und PTBS dar.
2. Optimismus stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen problemorientiertem Coping und PTBS dar.
3. Optimismus stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen vermeidungsorientiertem Coping und PTBS dar.
4. Kollektive Wirksamkeitserwartung stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen Optimismus und PTBS dar.

8. METHODE

Im methodischen Teil dieser Arbeit sollen die aus der Zielsetzung abgeleiteten Gedanken zum Forschungsdesign dargestellt werden und der Ablauf der Datenerhebung, die verwendeten Untersuchungsinstrumente sowie das Prozedere der Datenanalyse erläutert werden.

8.1. UNTERSUCHUNGSPLANUNG UND -DURCHFÜHRUNG

Die vorliegende Untersuchung wurde als Querschnittsdesign entworfen. Da die gewünschte Stichprobe eine natürliche Gruppe darstellt, handelt es sich um eine quasiexperimentelle Vorgangsweise. Als Erhebungstechnik wurde die Befragung gewählt, welche mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt wurde.

8.1.1. Datenerhebung

Die Sammlung der Daten erfolgte im Zeitraum von Anfang Juli 2013 bis Ende September 2013. Auf der Homepage www.soscisurvey.de wurde der Online-Fragebogen erstellt, die verwendeten Skalen werden im Folgenden detaillierter beschrieben (Abschnitt 8.1.3.). Vom Landesverband des niederösterreichischen Roten Kreuzes wurde dann ein E-Mail inklusiver einiger Informationen zum Ziel, Inhalt und Dauer der Befragung sowie des Links zum Fragebogen an alle niederösterreichischen Dienststellen des Roten Kreuzes ausgesandt; von diesen wurde das erwähnte E-Mail an alle hauptamtlichen Rettungs- und NotfallsanitäterInnen weitergeleitet. Der Fragebogen konnte von diesen im Internet anonym ausgefüllt werden.

8.1.2. Stichprobe

Um repräsentative Ergebnisse zu erlangen, wurde eine Stichprobengröße von insgesamt 110 Personen angestrebt. Diese Größe wurde unter der Annahme von kleinen bis

mittleren Effekten und unter Berücksichtigung einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ und einer Teststärke von 0.8, mit Hilfe des Programms *G*Power 3.1.3* festgelegt. Die Stichprobe sollte sich aus hauptamtlichen Rettungs- und NotfallsanitäterInnen zusammensetzen. Das einzige Einschlusskriterium betraf das Dienstalder: Die StudienteilnehmerInnen sollten mindestens für sechs Monate ihrem Beruf nachgehen. Die Rekrutierung erfolgte mittels Anfrage per E-Mail.

Insgesamt begannen 318 Personen den Fragebogen auszufüllen, 125 TeilnehmerInnen davon haben ihn abgeschlossen. Unter Berücksichtigung des Einschlusskriteriums resultierte am Ende eine Gesamtstichprobe von $N = 110$.

8.1.3. Untersuchungsinstrumente

Im vorliegenden Abschnitt werden die in der Untersuchung verwendeten Skalen im Detail vorgestellt. Eine schriftliche Abbildung des Fragebogens ist dem Anhang beigelegt.

8.1.3.1. Soziodemographische Daten

Für eine deskriptive Analyse der Stichprobe und um zu potentiellen Schutz- bzw. Risikofaktoren zu gelangen, wurden einige soziodemographische Daten erhoben. Neben dem Geschlecht und dem Alter wurden die höchste abgeschlossene Ausbildung sowie der aktuelle Familienstand erfragt. Zusätzlich wurde das Dienstalder sowie die Funktion (Rettungs- oder NotfallsanitäterIn) beim niederösterreichischen Roten Kreuz erfasst. Auf weitere Fragen wurde zugunsten der Anonymität verzichtet.

8.1.3.2. Traumatische Berufserfahrungen von Rettungssanitätern (TBR)

Der Fragebogen *Traumatische Berufserfahrungen von Rettungssanitätern* wurde im Rahmen des Dissertationsprojektes von Häller (2010) entwickelt. Er modifizierte dafür den Fragebogen zur Erhebung hochbelastender Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr von Teegen, Dominick und Heerdegen aus dem Jahr 1997. Der Fragebogen besteht aus 15 Items, die quantitativ Daten zur Häufigkeit von stark

belastenden Berufserfahrungen erheben. Die Probanden können dabei auf einer vierstufigen Skala die geschätzte Anzahl ihrer Erlebnisse angeben (nie, ≥ 1 , ≥ 10 und ≥ 20).

8.1.3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)

Die *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* wurde von Weathers, Litz, Huska, Herman und Keane (1993) in den USA (National Center of PTSD, Boston) entwickelt und basiert auf den Symptomkriterien des DSM-IV. Die ersten fünf Items erfassen die Symptome „Wiedererleben“, die folgenden sieben Items messen die Symptome „Vermeidung/emotionale Taubheit“ und die letzten fünf Items erfassen „Hyperarousal“ (Smith, Redd, DuHamel & Ricketts, 1999).

Es sind drei marginal unterschiedliche Versionen (PCL-M, PCL-C und PCL-S) vorhanden, die entweder nach einer stressreichen militärischen Erfahrung, nach einer stressreichen Erfahrung in der Vergangenheit oder nach einer spezifischen stressreichen Erfahrung in der Vergangenheit fragen. Jede der drei Versionen besteht aus 17 Items und die Probanden beurteilen auf einer fünfstufigen Likertskala, wie oft sie die beschriebenen Symptome im vergangenen Monat erlebt und als störend empfunden haben (International Society for Traumatic Stress Studies, 2014).

Bezüglich der Auswertung gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten. Einerseits kann durch Addition ein totaler Schweregrad berechnet werden. Dieser kann zwischen einem Minimum von 17 und einem Maximum von 85 liegen. Andererseits können individuelle Items den DSM-IV-Kriterien entsprechend zusammengefasst werden. In der vorliegenden Untersuchung wurden beide Auswertungsmöglichkeiten angewandt, wobei beim totalen Schweregrad ein Cut-off-Wert von 30 verwendet wurde (National Center for PTSD, 2012).

Pöll (2006) hat die PCL-C ins Deutsche übersetzt und die Checkliste neu validiert. Ihre neu berechnete Reliabilität beträgt $\alpha = .87$, ein leicht geringerer Wert der Originalversion von Weathers et al. (1993; $\alpha = .97$). Die inhaltliche Validität, die sich aus den Diagnosekriterien des DSM-IV ergibt, ist ausreichend gegeben (Pöll, 2006).

8.1.3.4. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)

Mit Hilfe der *Allgemeinen Selbstwirksamkeit Kurzskala* können sehr ökonomisch im Rahmen einer Selbstbeurteilung subjektive Kompetenzerwartungen gemessen werden (Beierlein, Kovaleva, Kemper & Rammstedt, 2012). Die Skala wurde von Beierlein und Kollegen (2012) entwickelt und basiert auf Items der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (1999).

Der ASKU besteht aus drei Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala (von (1) „trifft gar nicht zu“ bis (5) „trifft voll und ganz zu“) beantwortet werden können. Zur Auswertung werden die Werte der drei Items addiert (Beierlein et al., 2012).

Die Reliabilität mit einem McDonald ω zwischen .81 und .86 ist ausreichend. Die Analysen zur faktoriellen Validität bestätigen die Annahme einer einfaktoriellen Struktur der Kurzskala (Beierlein et al., 2012).

8.1.3.5. Perceived Collective Efficacy Scale (PCE)

Die *Perceived Collective Efficacy Scale* wurde von Salanova, Llorens, Cifre, Martinez und Schaufeli (2003) entwickelt. Sie verwendeten dafür vier Items der Skala „Generalized Self-Efficacy“ von Schwarzer (1999) und adaptierten diese, um kollektive Wirksamkeitserwartungen anstelle der Selbstwirksamkeitserwartung erheben zu können.

Diese adaptierte Skala erfasst die Erwartungen, inwieweit eine Person glaubt, dass ihre Gemeinde die Anforderungen einer zukünftigen Katastrophe bewältigen kann. Diese Skala besteht aus 12 Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala (von (1) „nie“ bis (5) „meistens“) beantwortet werden können (Benight, 2004).

Da diese Skala auf Deutsch nicht erhältlich ist, wurde der Fragebogen von der Autorin der vorliegenden Diplomarbeit ins Deutsche übersetzt. Die Rückübersetzung ins Englische durch eine bilinguale englische Muttersprachlerin stimmte mit der englischen Originalversion fast völlig überein. Etwaige Unterschiede wurden nochmals abgeklärt.

Die englische Originalversion weist eine gute Reliabilität mit einem Cronbach's $\alpha = .77$ bzw. $\alpha = .88$ auf (Salanova et al., 2003). Eine Reliabilitätsanalyse mit den Daten der vorliegenden Studie ergab eine sogar noch bessere Reliabilität mit einem Cronbach's $\alpha = .90$.

8.1.3.6. Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ)

Der Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen wurde ursprünglich 1995 von Kubany entwickelt (Kubany et al., 2000).

Der *Traumatic Life Event Questionnaire* setzt sich aus 19 Items zusammen, die insgesamt 17 Arten von potentiellen traumatischen Erlebnissen erfragen. Bei dieser Selbstbeurteilung werden sowohl „vom Menschen verursachte“ Traumata (z.B.: Kriegsgeschehen, sexuelle Misshandlungen) als auch „nicht vom Menschen verursachte“ Traumata (z.B.: Naturkatastrophen, Tod nahestehender Menschen) erfragt. Auf einer siebenstufigen Likertskala (von (1) „nie“ bis (7) „mehr als 5 mal“) wird die Häufigkeit der Erlebnisse erfasst. Zusätzlich kann angegeben werden, bei welchen der Erlebnisse Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt wurde bzw. ob man selbst verletzt wurde. Mit der letzten Frage werden das stressreichste Erlebnis und das Alter zu diesem Zeitpunkt erfasst.

Die deutsche Übersetzung dieses Fragebogens stammt von Zimbeck und Teegen aus dem Jahr 1997 (Teegen & Cizmic, 2003).

Aufgrund der Besorgnis seitens des niederösterreichischen Roten Kreuzes, dass manche Items zu intim gestellt seien, mussten in dieser Untersuchung die Fragen zu traumatischen, sexuellen Erfahrungen entfernt werden. Etwaige diesbezügliche Einschränkungen bzw. Kritik an dieser Vorgehensweise werden später (Abschnitt 10.1.) diskutiert.

8.1.3.7. Fragebogen zur sozialen Unterstützung – Kurzform-14 (F-SozU-K-14)

Der F-SozU-K-14 wurde von Fydrich, Sommer, Tydecks und Brähler (2009) entwickelt und stellt ein Verfahren zur Erfassung der eindimensionalen, wahrgenommenen sozialen Unterstützung dar. Diese Kurzform umfasst 14 von ursprünglich 54 Items, die zur Auswertung zu einem einzelnen Gesamtwert zusammengefasst werden. Die Dimensionen der Standardform (S-54) sowie der 22-Item-Kurzform können in der vorliegenden Form aufgrund der geringen Itemanzahl nicht separat erfasst werden. Dennoch werden von der 14-Item-Kurzform die drei zentralen Inhalte sozialer Unterstützung erfasst (emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung, soziale Integration; Fydrich et al., 2009).

Die Items wurden als Aussagen formuliert, zu denen die Probanden auf einer fünfstufigen Likertskala den Grad ihrer Zustimmung angeben können. Der F-SozU-K-14 weist eine interne Konsistenz von $\alpha = .94$ auf und die Retest-Reliabilität liegt bei $r_{tt} = .96$ (Intervall: 1 Woche). Repräsentative Untersuchungen bestätigen eine zufriedenstellende Validität (Fydrich et al., 2009).

8.1.3.8. Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)

Die *Secondary Traumatic Stress Scale* ist dem Fragebogen *Professional Quality of Life* von Stamm (2010) entnommen. Gemeinsam mit der Skala zu Burnout bildet die Secondary Traumatic Stress Scale die Skala „Mitgefühlsmüdigkeit“ (*compassion fatigue*) ab, die den negativen Aspekt der beruflichen Lebensqualität darstellt. Die Skala „Mitgefühlzufriedenheit“ (*compassion satisfaction*) repräsentiert den positiven Aspekt (Stamm, 2010).

Die STSS handelt von arbeitsbezogenem Umgang mit Menschen, die extreme oder traumatische stressreiche Situationen erlebt haben. Die negativen Auswirkungen von sekundärem, traumatischem Stress können sich folgendermaßen manifestieren: Angst, Schlafschwierigkeiten, intrusive Bilder oder die Vermeidung von Dingen/Situationen, die an die traumatischen Erfahrungen dieser Person erinnern könnten (Stamm, 2010).

Die Skala besteht aus 10 Items, der gesamte Fragebogen aus 30 Items. Auf einer fünfstufigen Likertskala (von (1) „nie“ bis (5) „sehr oft“) können die Probanden angeben, wie oft sie die in den Items beschriebenen Situationen in den letzten 30 Tagen erlebt haben.

Die deutsche Version des Fragebogens ist auf der Homepage <http://www.proqol.org> erhältlich.

Da es sich bei der STSS um einen Teil eines Fragebogens handelt, gibt es keine direkten psychometrischen Kennwerte. Die Konstruktvalidität des Professional Quality of Life erweist sich als gut. Genauere Informationen dazu können im online erhältlichen Manual nachgelesen werden (Stamm, 2010).

8.1.3.9. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Der *Coping Inventory for Stressful Situations* wurde von Endler und Parker (1990a) entwickelt und stellt ein theoretisch abgeleitetes Messinstrument zur Erfassung von generellen Copingstrategien dar. Es werden dabei drei verschiedene Copingstile gemessen, problemorientiertes Coping, emotionsorientiertes Coping sowie vermeidungsorientiertes Coping (Endler & Parker, 1990b).

Der Fragebogen wurde von Kälin 1995 ins Deutsche übersetzt und von insgesamt 49 Items auf 24 Items gekürzt. Auf einer fünfstufigen Likertskala (von (1) „trifft nicht zu“ bis (5) „trifft zu“) sollen die ProbandInnen angeben, wie sie auf stressreiche Situationen reagieren. Die Auswertung ergibt sich anhand der Copingstile, pro Stil wird ein Wert berechnet (Endler & Parker, 1990b).

Die psychometrischen Kennwerte erweisen sich als zufriedenstellend. Für den problemorientierten Copingstil ergibt sich ein interner Konsistenzkoeffizient (Cronbach's Alpha) von $\alpha = .75$, für den emotionsorientierten Copingstil von $\alpha = .77$ und für den vermeidungsorientierten Copingstil von $\alpha = .79$ (Krüsmann et al., 2008). Die faktorielle Validität konnte ebenso in verschiedenen Untersuchungen bestätigt werden.

8.1.3.10. Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)

Die *Rosenberg Self Esteem Scale* wurde von Rosenberg (1965) entwickelt und stellt eine der am meisten verwendeten Instrumente zur Erfassung des individuellen, globalen Selbstwertes dar.

Die Skala, der eine einzelne Dimension unterliegt, setzt sich aus 10 Items zusammen, die positive und negative Gefühle über das Selbst erfragen. Die Items können auf einer fünfstufigen Likertskala (von (1) „Ich bin entgegengesetzter Meinung“ bis (5) „Stimme sehr überein“) beantwortet werden (Rosenberg, 1965). Die deutsche Übersetzung stammt von Ferring und Filipp (1996), die von Von Collani und Herzberg (2003) revidiert wurde.

Die Reliabilität der Skala erweist sich im Allgemeinen als hoch mit Retestkorrelationen von $r_{tt} = .82$ bis $.88$ und einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .77$ bis $.88$ (Blascovich & Tomaka, 1991).

8.1.3.11. Life Orientation Test – Revised Version (LOT-R)

Der *Life Orientation Test – Revised Version* wurde von Scheier, Carver und Bridges (1994) entwickelt, um individuelle Differenzen bezüglich Optimismus und Pessimismus zu erheben. Der LOT-R stellt eine neuere Version des *Life Orientation Test* (LOT) dar, letzterer enthält zwei Items mehr, die beim LOT-R aufgrund von Zusammenhängen mit Coping entfernt wurden (Glaesmer et al., 2008).

Der LOT-R umfasst somit 10 Items, wobei vier Items lediglich Füllitems darstellen und nicht ausgewertet werden. Der Summenscore von drei Items (Item 3, 7 und 9) bildet den Pessimismusscore, der Summenscore der anderen drei Items (Item 1, 4 und 10) bildet den Optimismuswert. Die StudienteilnehmerInnen können auf einer fünfstufigen Likertskala (von (1) „trifft ausgesprochen zu“ bis (5) „trifft überhaupt nicht zu“) den Grad ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung der zehn Aussagen angeben (Glaesmer et al., 2008).

Neben der bevorzugt getrennten Berechnung des Optimismus- und des Pessimismuswertes kann der Fragebogen auch derart ausgewertet werden, dass es schlussendlich nur einen Gesamtwert gibt. Diese Möglichkeit der Auswertung entspricht dem Verständnis der Autoren von einem eindimensionalen Messinstrument mit den beiden Polen Optimismus und Pessimismus (Glaesmer et al., 2008).

Der LOT-R wurde von Glaesmer und Kollegen (2008) ins Deutsche übersetzt; die psychometrischen Kennwerte dieser deutschen Version sind zufriedenstellend. Der LOT-R weist eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .69$ für Optimismus und $\alpha = .59$ für Pessimismus. Fast ident mit den Ergebnissen der englischen Originalversion ergeben sich für die deutsche Version des LOT-R folgenden Retestkorrelationen: $r_{tt} = .59$ für Optimismus und $r_{tt} = .65$ (Glaesmer et al., 2008).

8.2. DATENANALYSE

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms *IBM SPSS 21 Statistics* (deutsche Version für Windows). Das Signifikanzniveau für die zum Einsatz kommenden Verfahren wird auf $\alpha = .05$ festgelegt, welches in der wissenschaftlichen Forschung als üblich erachtet wird (Bortz & Döring, 2009).

8.2.1. Statistische Auswertungsverfahren

Die Zuverlässigkeit der Skala zur kollektiven Wirksamkeitserwartung, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ins Deutsche übersetzt wurde, wurde mittels Reliabilitätsanalyse überprüft. Als Reliabilitätskoeffizient fungierte dabei Cronbach's Alpha.

Bezüglich der wissenschaftlichen Überprüfung der postulierten Fragestellungen und Hypothesen kamen folgenden statistische Verfahren zum Einsatz: Korrelation, t-Test, U-Test, einfache und multiple Regressionsanalyse, Mediatoranalyse sowie deskriptive Auswertungen.

Die Mediatoranalysen konnten aufgrund von Verletzung der Voraussetzungen nicht wie üblich anhand von Regressionen vorgenommen werden. Deshalb kam das Makro „Multiple Mediation“ für SPSS von Preacher und Hayes (2008) zum Einsatz. Mit Hilfe dieses Makros können sogenannte robuste Regressionen berechnet werden, die mittels „Bootstrapping“ ermittelt werden. „Bootstrapping“ stellt eine nicht-parametrische Methode des Resamplings dar. Es werden dabei wiederholt Statistiken auf der Grundlage lediglich einer Stichprobe berechnet. Nach häufiger Wiederholung dieses Prozesses kann so eine empirische Annäherung an die wahre Verteilung der Stichprobe erzielt und somit Konfidenzintervalle für den indirekten Effekt der Mediation aufgestellt werden (Preacher & Hayes, 2008).

8.2.2. Datenaufbereitung: Missinganalyse

Mittels des Statistikprogramms *IBM SPSS 21 Statistics* wurde ebenso die Analyse fehlender Werte vorgenommen. Dabei ist das Verfahren der *expectation maximization* (EM) zum Einsatz gekommen (vgl. Schafer & Graham, 2002).

9. ERGEBNISSE

In diesem Kapitel wird zunächst die Stichprobe deskriptiv beschrieben, danach erfolgt eine Überprüfung des selbst übersetzten Fragebogens zu den kollektiven Wirksamkeitserwartungen. Im Anschluss daran wird die Hypothesenprüfung dargestellt und es werden zusätzliche Berechnungen vorgestellt.

9.1. DESKRIPTIVE ANALYSE DER STICHPROBE

9.1.1. *Soziodemographische Stichprobenbeschreibung*

Wie bereits im Abschnitt 8.1.2. beschrieben, besteht die Stichprobe aus 110 hauptamtlichen Rettungs- und NotfallsanitäterInnen des niederösterreichischen Roten Kreuzes. Der Großteil der StudienteilnehmerInnen besteht aus Männern ($N = 87$, 79.1 %), während nur 18 Frauen an der Befragung teilnahmen (16.4 %). Fünf Personen beantworteten die Frage zum Geschlecht nicht (4.5 %). Bezüglich des Alters ergab sich ein Mittelwert von 35.02 Jahren mit einer Standardabweichung (SD) von 12.08. Der jüngste Teilnehmer ist 18 Jahre alt, der älteste 73 Jahre (Abbildung 5).

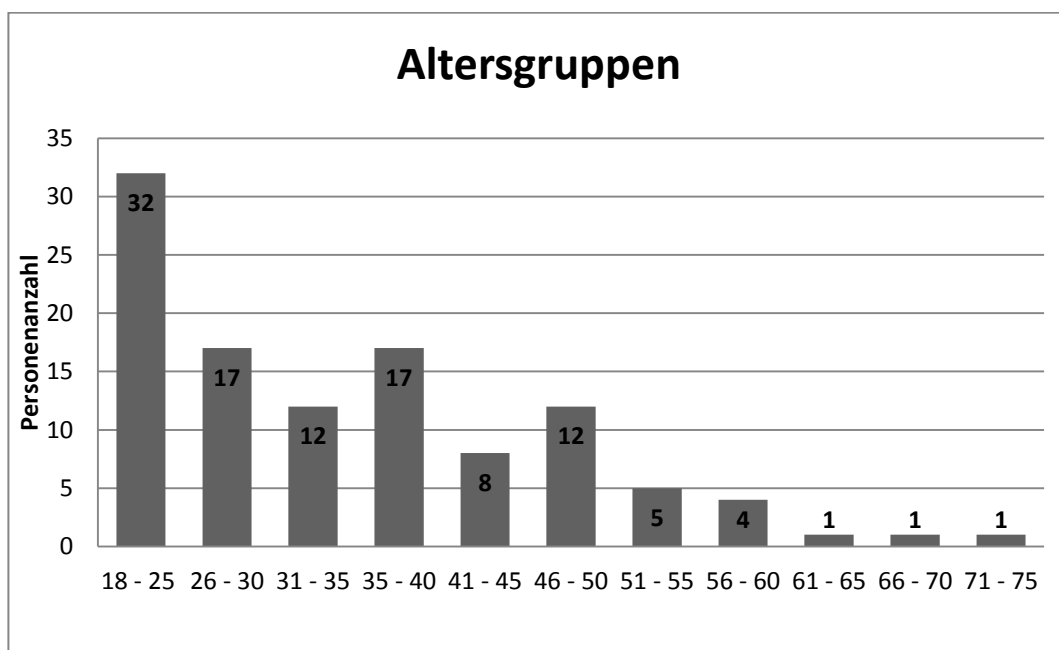


Abbildung 5. Altersverteilung (Jahre) in Gruppen

Bezüglich des Familienstandes (Abbildung 6) bilden die TeilnehmerInnen, die sich in einer festen Beziehung befinden die größte Gruppe ($N = 42$, 38.2 %). Zusätzlich sind 35 SanitäterInnen verheiratet (31.8 %). Fast ein Drittel der befragten Rettungs- und NotfallsanitäterInnen befinden sich nicht in einer festen Beziehung ($N = 33$, 30.0 %).

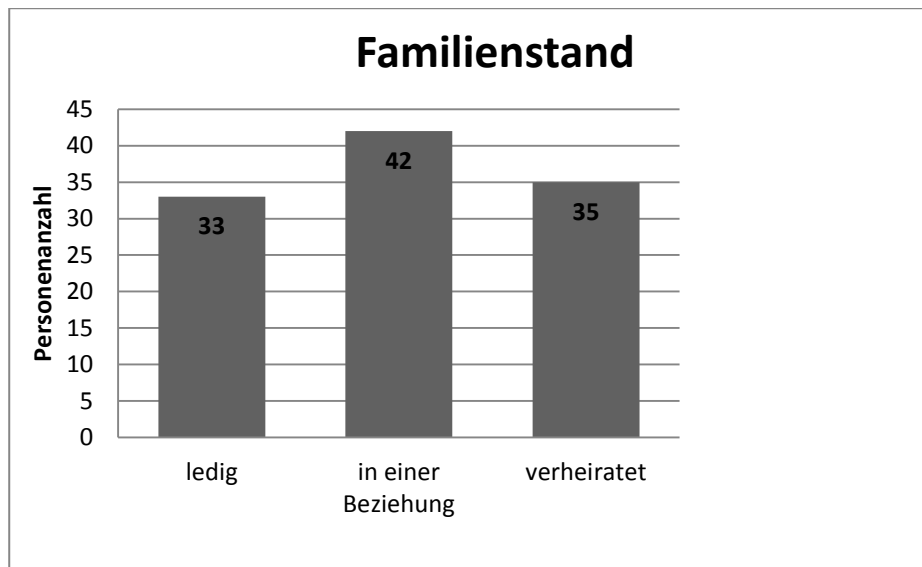


Abbildung 6. Familienstand

In Bezug auf die höchste abgeschlossene Ausbildung besitzt fast die Hälfte der StudienteilnehmerInnen einen Maturaabschluss (45.5 %), 14 TeilnehmerInnen gaben an, eine akademische Ausbildung absolviert zu haben (12.7 %). 45 der befragten SanitäterInnen besitzen einen Lehrabschluss (40.9 %), eine einzelne Person gab einen Hauptschulabschluss an (0.9 %).

Die Verteilung bezüglich der Funktion erwies sich als sehr ausgewogen (57 RettungssanitäterInnen versus 53 NotfallsanitäterInnen). Im Durchschnitt gingen die TeilnehmerInnen bisher 8.95 Jahre ($SD = 8.09$) ihrem Beruf nach, rund ein Drittel der StudienteilnehmerInnen arbeitet länger als 10 Jahre hauptamtlich als Rettungs- oder NotfallsanitäterIn (34.6 %). Die geringste Dienstzeit betrug 9 Monate, die längste 37 Jahre (Abbildung 7).

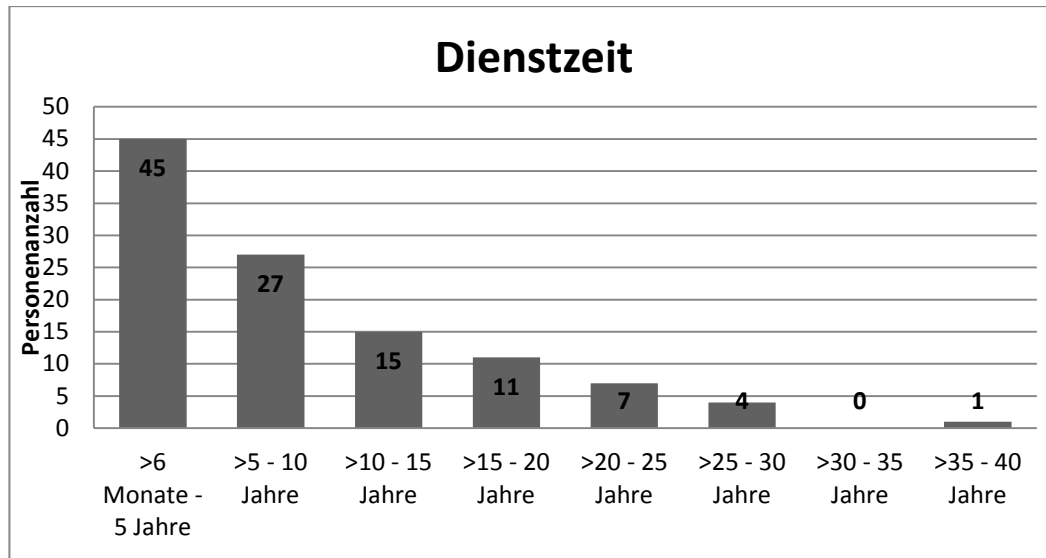


Abbildung 7. Geleistete Dienstzeit in Gruppen

9.1.2. Angaben zu traumatischen Berufserfahrungen

Eine Übersicht über die Angaben zu beruflich erlebten Traumata bietet die Tabelle 2. Daraus geht hervor, dass besonders häufig Reanimationssituationen, Sterben und Tod bei Erwachsenen und die Betreuung schwer verletzter Erwachsener erlebt wurden. Selten hingegen mussten sich die hauptamtlichen Rettungs- und NotfallsanitäterInnen mit dem plötzlichen Kindstod, dem Selbstmord von Berufskollegen oder mit ernsthaften Verletzungen von Kollegen bei Einsätzen auseinandersetzen (Tabelle 2). Zusätzlich ist zu erwähnen, dass zum Zeitpunkt der Erhebung bereits alle StudienteilnehmerInnen potentiell traumatisierende Berufserfahrungen gesammelt hatten.

Tabelle 2

Häufigkeitsangaben (in %) beruflich erlebter Traumata (N = 110)

	nie	≥ 1	> 10	> 20
	%	%	%	%
Reanimationssituationen	4.5	26.4	21.8	47.3
Miterleben von Sterben/Tod bei Erwachsenen	7.3	28.2	30.0	34.5
Betreuung von schwer verletzten Erwachsenen	5.5	23.6	23.6	47.3
Betreuung von Verstümmelten (z.B. Amputation)	25.5	44.5	24.5	5.5
Konfrontation mit bizarren Selbstmordfällen	28.2	41.8	24.5	5.5
große Unglücksfälle mit zahlreichen Verletzten, Sterbenden, Toten	46.4	40.9	10.0	2.7
Einsätze, die das eigene Leben bedrohten	56.4	39.1	3.6	0.9
Einsätze, die zu eigener Verletzung führten	77.3	20.0	1.8	0.9
ernsthafte Verletzungen von Kollegen bei Einsätzen	81.8	15.5	2.7	0
Tod von Kollegen bei Einsätzen	95.5	4.5	0	0
Selbstmord von Berufskollegen	91.8	4.5	0	0
plötzlicher Kindstod (SIDS)	91.8	7.3	0.9	0
Betreuung schwer verletzter Kinder	73.6	20.9	5.5	0
Miterleben von Sterben/Tod bei Kindern	31.8	45.5	20.0	2.7

9.1.3. *Persönlich erlebte Traumata*

Neben den beruflich erlebten Traumata wurden auch traumatische Erfahrungen im privaten Leben erfasst. Die Ergebnisse hierzu sind in Tabelle 3 ersichtlich. Aus der Zeile „Traumata insgesamt“ kann abgelesen werden, dass 82.7 % der StudienteilnehmerInnen mindestens eine potentiell traumatische Erfahrung im Laufe ihres Lebens machten. Am

häufigsten wurde der Tod eines engen Freundes angegeben, gefolgt von Verkehrsunfällen bzw. Unfällen anderer Art. Am wenigsten waren die TeilnehmerInnen von Raubüberfällen betroffen. Wie bereits erwähnt (Abschnitt 8.1.3.6.) sind bei dieser Erhebung die Fragen zu sexuellen Missbrauchssituationen ausgeschlossen worden.

Tabelle 3
Häufigkeitsangaben (in %) nicht-beruflich erlebter Traumata (N = 110)

	≥ 1	
	N	%
Traumata insgesamt	91	82.7
Naturkatastrophe	18	16.4
Verkehrsunfall	34	30.9
Unfall anderer Art	27	24.5
im Kriegsgebiet gelebt/dem Kriegsgeschehen direkt ausgesetzt	6/2	5.5/33.3
Tod eines engen Freundes	72	65.5
Raub	7	6.4
Körperlicher Angriff anderer	18	16.4
Gewalt in der Familie	10	9.1
andere Traumata	13	11.8

9.1.4. PTBS-Symptomatik

Für die gesamte Stichprobe ergibt sich beim PCL-C ein Mittelwert von 22.63 ($SD = 5.01$) mit einem Minimum von 17 und einem Maximalwert von 43. Eine Übersicht über die Verteilung der Stichprobe auf die verschiedenen PTBS-Symptomkriterien, die subsyndromale PTBS, das Vollbild der PTBS sowie der PTBS-Belastung anhand eines totalen Schweregrads findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4
Selbstberichtete PTBS-Symptomatik (N = 110)

	N	%
Kriterium „Wiedererleben“ (B)	12	10.9
Kriterium „Vermeidung“ (C)	3	2.7
Kriterium „Hyperarousal“ (D)	11	10.0
subsyndromale PTBS	2	1.8
Vollbild PTBS	2	1.8
PTBS-Belastung anhand des Schweregrads	10	9.1

Anmerkung. Verwendeter Cut-Off-Wert = 30

9.1.5. Sekundär traumatischer Stress

Die Stichprobe dieser Studie weist keine hohe sekundär traumatische Stress-Belastung auf. Lediglich fünf StudienteilnehmerInnen können als mittel sekundär traumatisch belastet bezeichnet werden, alle anderen werden als niedrig sekundär traumatisch belastet eingestuft (Tabelle 5). Es ergibt sich für die Stichprobe ein Mittelwert von 15.92 ($SD = 3.62$) mit einem minimalen Wert von 10 und einem Maximum von 30.

Tabelle 5
Sekundär traumatische Stress-Belastung (N = 110)

	N	%
niedrige Belastung	105	95.5
mittlere Belastung	5	4.5
hohe Belastung	0	0

9.1.6. *Personale und soziale Ressourcen*

Tabelle 6 zeigt die durchschnittlichen Ausprägungen auf den in dieser Studie erhobenen personalen und sozialen Ressourcen inklusive der Standardabweichungen, sowie minimaler und maximaler Werte.

Im Folgenden soll der Vergleich mit den Normstichproben eine Einordnung der Stichprobe ermöglichen.

Der Mittelwert die soziale Unterstützung betreffend ist vergleichsweise hoch und liegt über der Norm (Fydrich et al., 2009). Auch der Durchschnittswert des Selbstwertes liegt zirka 3 Punkte höher als die Norm für westliche Industrieländer (Setterlund & Niedenthal, 1993, zit n. Pullman & Allik, 2000). Die Ergebnisse die Selbstwirksamkeit betreffend sind ebenso als hoch einzustufen (Beierlein et al., 2012). Aufgrund der Übersetzung der PCE fehlen die entsprechenden Normwerte, der Mittelwert ist aber vergleichbar mit jenen der Studie von Salanova und Kollegen (2003; $M = 4.24$ bzw. $M = 4.30$). In der Normierungstichprobe ergab sich für die Optimismusskala ein Mittelwert von 9.0, dieser ist vergleichbar mit demjenigen der vorliegenden Studie.

Tabelle 6

Überblick über die Ausprägungen verschiedener personaler und sozialer Ressourcen (N = 110)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
soziale Unterstützung	4.52	0.48	3	5
Selbstwert	41.58	3.64	30	52
Selbstwirksamkeit	4.35	0.44	3	5
kollektive Wirksamkeit	4.34	0.67	2	5
Optimismus	9.60	1.96	3	12
problemorientiertes Coping	26.43	5.15	11	35
emotionsorientiertes Coping	12.70	4.20	7	24
vermeidungsorientiertes Coping	19.24	6.97	7	35

In Tabelle 7 können die Interkorrelationen zwischen den personalen und sozialen Ressourcen abgelesen werden.

Tabelle 7
Interkorrelationen zwischen den personalen und sozialen Ressourcen (N = 110)

	2	3	4	5	6	7	8
1. soziale Unterstützung	.40**	.18	.31**	.33**	.18	-.15	.07
2. Selbstwert		.29**	.20*	.47**	.06	-.36**	.12
3. Selbstwirksamkeit			.09	.29**	.06	-.29**	-.12
4. kollektive Wirksamkeit				.13	.07	.01	.08
5. Optimismus					.20*	-.31**	.07
6. problemorientiertes Coping						.30**	.32**
7. emotionorientiertes Coping							.30**
8. vermeidungsorientiertes Coping							

Anmerkung. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

9.2. FRAGEBOGENÜBERPRÜFUNG

9.2.1. Reliabilitätsanalyse: *Perceived Collective Efficacy Scale (PCE)*

Bezüglich der Reliabilität eines Fragebogens (= Messgenauigkeit), die einen maximalen Wert von 1 erreichen kann, verweist Field (2009) auf Kline (2000), der eine interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) von $\alpha = .70$ als Untergrenze für eine Reliabilität in der psychologischen Forschung für akzeptabel hält. Zur Überprüfung dieses Gütekriteriums für die für diese Studie eigens übersetzte Skala „Perceived Collective Efficacy“ wurde im *IBM SPSS 21 Statistics* eine Reliabilitätsanalyse berechnet. Es ergab sich dabei ein Cronbach's Alpha von $\alpha = .90$, welches fast der internen Konsistenz der englischen Version ($\alpha = .96$; Benight, 2004) entspricht und als sehr gut bezeichnet werden kann. Nach den Ergebnissen aus den Item-Skala-Statistiken würde der Ausschluss keines Items zu einer Erhöhung der Reliabilität führen (Tabelle 8).

Tabelle 8

Item-Skala-Statistik der Perceived Collective Efficacy Scale (PCE)

	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's Alpha, wenn Item weggelassen wird
PCE_01	.81	.86
PCE_02	.76	.88
PCE_03	.79	.87
PCE_04	.76	.88

Die *Perceived Collective Efficacy Scale* wurde mit den anderen eingesetzten Ressourcen korreliert. Dabei ergaben sich signifikante, positive Korrelationen mit dem Selbstwert (r_s (110) = .20, $p = .038$) und der sozialen Unterstützung (r_s (110) = .31, $p = .001$), nicht jedoch mit Optimismus (r_s (110) = .13, ns) und den Selbstwirksamkeitserwartungen (r_s (110) = .09, ns).

9.3. HYPOTHESENPRÜFUNG

Im Folgenden werden die in Abschnitt 7 dargelegten Fragestellungen und Hypothesen anhand der gesammelten Daten überprüft und die Ergebnisse der statistischen Auswertungen dargelegt.

9.3.1. *Stärke der PTBS-Belastung*

Um festzustellen, wie hoch die posttraumatische Belastung in der Risikogruppe der Rettungs- und NofallsanitäterInnen ist (Fragestellung 1), werden die Daten der PCL-C herangezogen.

Anhand des totalen Schweregrads (Cut-Off-Wert von 30; National Center for PTSD, 2012) berechnet, befinden sich in der Stichprobe 10 belastete SanitäterInnen (9.1 %), vier davon sind NotfallsanitäterInnen (NFS).

Bei einer Orientierung an den DSM-Diagnosekriterien weisen zwei Studienteilnehmer (1.8 %) das Vollbild einer PTBS auf, zusätzlich erfüllen zwei (1.8 %) weitere Rettungssanitäter die Kriterien einer subsyndromalen PTBS. Bei einzelner Betrachtung der Kriterien gaben 10.9 % der TeilnehmerInnen an, unter Intrusionen (= Wiedererleben), 2.7 % unter Vermeidungsverhalten und 10 % unter erhöhtem Arousal (= Erregungsniveau) zu leiden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

Die beiden Studienteilnehmer, die das Vollbild einer PTBS aufweisen, sind männlich, ebenso diejenigen, die die Kriterien einer subsyndromalen PTBS erfüllen. Dabei ist zu bedenken, dass fast 80 % der StudienteilnehmerInnen Männer sind. Bezüglich des Alters, der höchsten abgeschlossenen Ausbildung, der Dienstzeit sowie der Funktion beim niederösterreichischen Roten Kreuzes (RS oder NFS) bilden die Teilnehmer mit dem Vollbild einer PTBS bzw. einer subsyndromalen PTBS eine sehr heterogene Stichprobe.

9.3.2. Rolle des sekundär traumatischen Stress

In der folgenden Fragestellung wird die Meinung, dass Rettungs- und NotfallsanitäterInnen hauptsächlich indirekt von Traumatisierungen betroffen sind, aufgegriffen. Deshalb wurde in der dazugehörigen Hypothese folgendes postuliert:

Hypothese 2.1:

Sekundär traumatischer Stress stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen Trauma-Exposition und PTBS dar.

Um jede Komponente dieses aufgestellten Mediationsmodells zu berechnen, sollten einfache und multiple Regressionsanalysen durchgeführt werden. Da jedoch einige Voraussetzung für dieses Verfahren verletzt waren (Normalverteilung, etc.), musste auf eine Mediatoranalyse mittels Bootstrapping nach Preacher und Hayes (2008) ausgewichen werden (vgl. Abschnitt 8.2.1.).

Bereits bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen Trauma-Exposition und posttraumatischer Belastung, der nicht signifikant war ($B = -.04$, $t(108) = -.68$, $p = .497$), konnte festgestellt werden, dass sekundär traumatischer Stress keinen Mediator zwischen diesen beiden Variablen darstellt. Auch war die Trauma-Exposition nicht signifikant assoziiert mit sekundär traumatischem Stress ($B = .07$, $t(108) = 1.55$, $p = .124$). Die einzige signifikante Beziehung konnte zwischen sekundär traumatischem Stress und posttraumatischer Belastung festgestellt werden ($B = .62$, $t(108) = 5.10$, $p = .000$). Der direkte Effekt von Trauma-Exposition auf die posttraumatische Belastung (ohne den Einfluss des sekundär traumatischen Stress) war wiederum nicht signifikant ($B = -.09$, $t(108) = -1.50$, $p = .137$). In Abbildung 8 sind die Ergebnisse grafisch dargestellt.

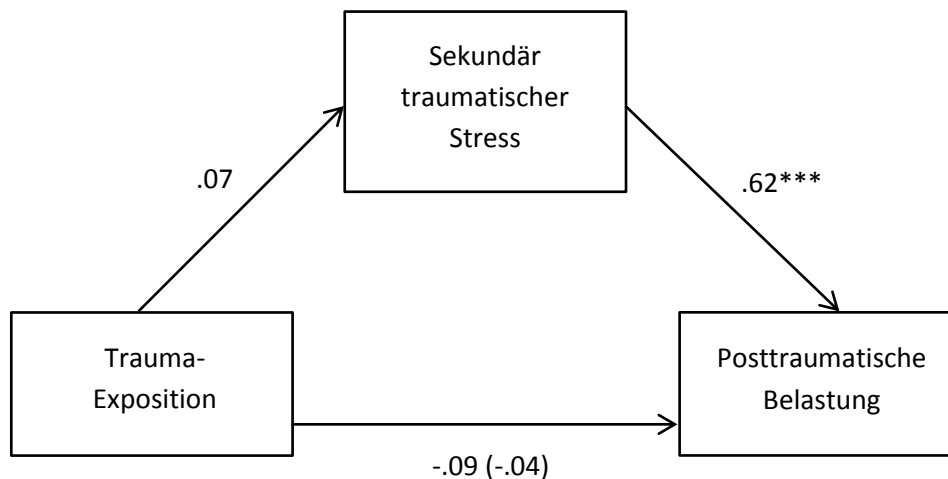


Abbildung 8. Kein indirekter Effekt von Trauma-Exposition auf posttraumatische Belastung über sekundär traumatischen Stress. $R^2 = .18$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

9.3.3. Personale und soziale Ressourcen

Die dritte Fragestellung wurde mit dem Ziel verfasst, wichtige personale und soziale Ressourcen, die die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung verhindern, aufzudecken. Die dazugehörigen Hypothesen lauten:

H 3.1: *Je besser die soziale Unterstützung einer Person ist...*

H 3.2: *Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person ist...*

H 3.3: *Je höher die kollektive Wirksamkeitserwartung einer Person ist...*

H 3.4: *Je höher das Selbstwertgefühl einer Person ist...*

H 3.5: *Je optimistischer eine Person eingestellt ist...*

...desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese posttraumatisch belastet ist.

Zur Beantwortung dieser Fragestellung bzw. Hypothesen wurde eine blockweise, multiple Regressionsanalyse angewandt. Die Multikollinearitätsüberprüfung wurde mit einem

minimalen Toleranzwert von 0.65 und einem maximalen Wert des Variance Inflation Factor (VIF) von 1.54 als unauffällig bewertet. Auch die weiteren Voraussetzungen für dieses Verfahren (Homoskedastizität, keine Autokorrelation, etc.) konnten als gegeben erachtet werden. Da ein Einfluss der unabhängigen Variablen (soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, kollektive Wirksamkeitserwartung, Selbstwertgefühl, Optimismus) aufgrund der einschlägigen Literatur angenommen werden konnte, wurde die Methode „Einschluss“ gewählt. Bei dieser Methode werden alle Variablen für die Vorhersage genutzt. Die posttraumatische Belastung fungierte als abhängige Variable. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in Tabelle 9 abgebildet.

Die unabhängigen Variablen erklärten zusammen 22.4 % (R^2) der Varianz der posttraumatischen Belastung. Dieses korrigierte Bestimmtheitsmaß ($R^2 = .224$) entspricht zugleich einer mittleren Effektstärke. Die F-Statistik ($F(5) = 7.28$) gibt an, dass das Modell signifikant ist. Die Nullhypothese, dass kein systematischer Zusammenhang besteht, kann somit verworfen werden.

Die Ergebnisse zeigten zwei weitere signifikante Effekte. Der standardisierte Regressionskoeffizient des Selbstwertes und der kollektiven Wirksamkeitserwartung ($\beta_{RSES} = -.23$, $\beta_{PCE} = -.25$) zeigen, dass diese beiden Variablen einen negativen Einfluss auf die posttraumatische Belastung haben. Die signifikanten T-Werte bedeuten, dass diese beiden standardisierten Regressionskoeffizienten ungleich null sind. Zusätzlich bestätigen die beiden negativen, nicht standardisierten Koeffizienten ($B_{RSES} = -0.32$, $B_{PCE} = -1.84$) die Hypothesen 3.3 und 3.4, dass höhere Werte auf den Skalen zum Selbstwert und zu den kollektiven Wirksamkeitserwartungen mit niedrigeren Werten auf der PCL-C einhergehen (Tabelle 9).

Tabelle 9

Ergebnisse der blockweisen, multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage der posttraumatischen Belastung auf Basis verschiedener personaler und sozialer Ressourcen

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Konstante	54.23	6.22	
soziale Unterstützung	-0.20	0.07	-.02
Selbstwert	-0.32	0.14	-.23*
Selbstwirksamkeit	-1.41	1.01	-.12
kollektive Wirksamkeit	-1.84	0.66	-.25**
Optimismus	-0.32	0.26	-.12

Anmerkung. $R^2 = .22$, * $p < .05$, ** $p < .01$

9.3.4. Unterschiede bezüglich der Copingstile

Die Thematik, die in Fragestellung 4 formuliert ist, wurde bereits häufig anhand sehr unterschiedlicher Stichproben untersucht, konnte aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse jedoch nie eindeutig beantwortet werden. Gibt es Copingstrategien, die sich als vorteilhafter erweisen, und welche sind dies? Die dazugehörigen Hypothesen lauten:

Hypothese 4.1:

Stärker posttraumatisch belastete Einsatzkräfte wenden andere Copingstrategien an als weniger posttraumatisch belastete Einsatzkräfte.

Hypothese 4.2:

Je mehr eine Person problemorientiertes Coping anwendet, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese posttraumatisch belastet ist.

Hypothese 4.3:

Je mehr eine Person vermeidungsorientiertes Coping anwendet, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese posttraumatisch belastet ist.

Zur Berechnung dieser Hypothesen wurden die Daten zunächst in drei Perzentile eingeteilt, wobei das erste Perzentil die TeilnehmerInnen mit der in dieser Stichprobe geringsten posttraumatischen Belastung beinhaltet und das dritte Perzentil die am stärksten belasteten SanitäterInnen repräsentiert. Die Mittelwerte, die Standardabweichungen sowie Minimum und Maximum können in Tabelle 10 abgelesen werden.

Tabelle 10

Einteilung der PCLC-Daten in geringste und stärkste posttraumatische Belastung mittels Perzentilen

	geringste Belastung (1.Perzentil)	stärkste Belastung (3.Perzentil)
Mittelwert	18.32	28.41
Standardabweichung	1.22	4.83
Minimum	15.30	23.20
Maximum	20.00	43.00

Da die Voraussetzungen für den t-Test (Normalverteilung, Homogenität der Varianzen) verletzt waren, wurde je Copingstil ein U-Test nach Mann-Whitney zur Überprüfung der Hypothese 4.1 berechnet.

Tabelle 11 zeigt, dass sich die beiden Perzentil-Gruppen weder bei problemorientiertem Coping ($U(39,34) = 549.0$, $z = -1.27$, ns) noch bei vermeidungsorientiertem Coping ($U(39,34) = 579.5$, $z = -0.93$, ns) signifikant unterschieden haben. Unterschiede zeigten sich jedoch beim emotionsorientierten Coping; stärker belastete SanitäterInnen (*Mittlerer Rang* = 48.06) wendeten signifikant häufiger emotionsorientierte Strategien an als SanitäterInnen mit sehr geringer posttraumatischer Belastung (*Mittlerer Rang* = 27.36, $U(39,34) = 287.0$, $z = -4.17$, $p < .001$, $r = .49$).

Tabelle 11

Unterschiede in den Copingstrategien zwischen gering und stark posttraumatisch belasteten Rettungs- und NotfallsanitäterInnen

	Perzentile	N	Mittlerer Rang	z	r
problemorientiertes Coping	1	39	34.08	-1.27	
	3	34	40.35		
emotionsorientiertes Coping	1	39	27.36	-4.17***	.49
	3	34	48.06		
vermeidungsorientiertes Coping	1	39	34.86	-0.93	
	3	34	39.46		

Anmerkung. *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Aus diesen Ergebnissen kann bereits geschlossen werden, dass die Hypothesen 4.2 und 4.3 nicht angenommen werden können. Dennoch wurde eine blockweise, multiple Regression berechnet.

Die beiden Copingstrategien, problemorientiertes und vermeidungsorientiertes Coping, stellten die unabhängigen Variablen dar, die posttraumatische Belastung fungierte als abhängige Variable.

Die F-Statistik ($F(2) = 0.41$) gibt an, dass das Modell nicht signifikant ist. Somit konnten die Alternativhypothesen nicht angenommen werden.

Folglich kann festgestellt werden, dass weder häufigeres Anwenden von problemorientierten Copingstrategien vor posttraumatischer Belastung schützt, noch dass vermehrtes Einsetzen von vermeidungsorientierten Copingstrategien das Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, erhöht.

9.3.5. *Optimismus und seine Beziehung zu anderen Ressourcen*

In vielen Studien der einschlägigen Fachliteratur lassen sich diverse Zusammenhänge zwischen Optimismus und den anderen Ressourcen finden (Abschnitt 5.5.2.). Deshalb stellt sich die Frage einer übergeordneten Rolle des Optimismus. Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

Hypothese 5.1:

Optimismus stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und PTBS dar.

Aufgrund der Verletzungen der Voraussetzungen für einfache und multiple Regressionen musste wiederum auf eine Mediatoranalyse mittels Bootstrapping ausgewichen werden (vgl. Abschnitt 8.2.1.).

Zuerst wurde festgestellt, dass soziale Unterstützung signifikant negativ mit posttraumatischer Belastung assoziiert ist (c-Pfad, $B = -.18$, $t(108) = -2.59$, $p = .011$). Zudem wurde ein hoch signifikanter, positiver Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Optimismus ermittelt (a-Pfad, $B = .10$, $t(108) = 3.72$, $p = .000$). Zuletzt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der Mediator Optimismus signifikant negativ mit posttraumatischer Belastung in Beziehung steht (b-Pfad, $B = -.70$, $t(108) = -2.85$, $p = .005$).

Da sowohl der a-Pfad als auch der b-Pfad signifikant waren, wurde die Mediatoranalyse mittels Bootstrapping-Methode mit Bias-korrigierten Konfidenzschätzern durchgeführt. Dabei wurde ein 95% Konfidenzintervall der indirekten Effekte mit 5000 „Bootstrapping Resamples“ berechnet. Die Ergebnisse der Mediatoranalyse bestätigen die Mediator-Rolle von Optimismus auf die Beziehung von sozialer Unterstützung und posttraumatischer Belastung ($B = -.07$, $CI = [-.18, -.02]$). Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass der direkte Effekt von sozialer Unterstützung auf posttraumatische Belastung nicht signifikant wird (c'-Pfad, $B = -.11$, $t(108) = -1.56$, $p = .123$), wenn der Einfluss von Optimismus kontrolliert wird. Dies lässt auf eine totale Mediation schließen. Die Ergebnisse werden in Abbildung 9 dargestellt.

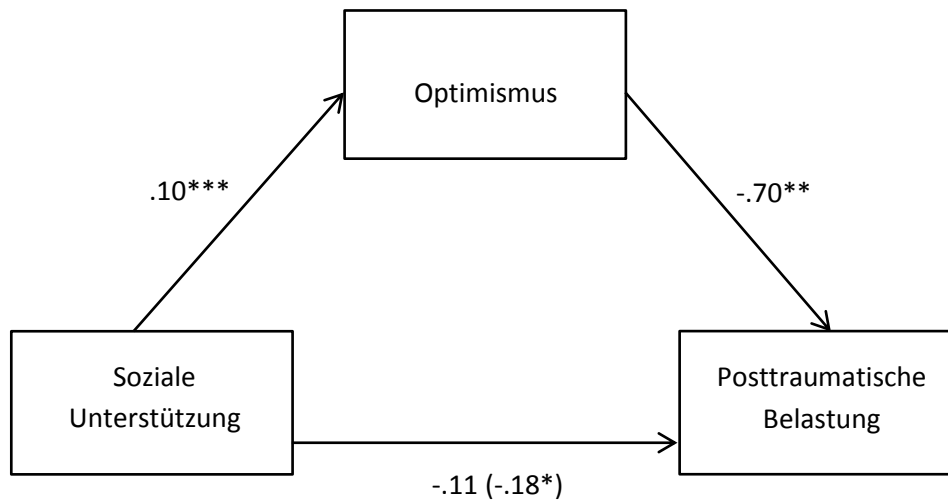


Abbildung 9. Indirekter Effekt von sozialer Unterstützung auf posttraumatische Belastung über Optimismus. $R^2 = .11$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Die nächsten zwei Hypothesen betreffen den potentiellen Einfluss von Optimismus auf den Zusammenhang zwischen problemorientiertem bzw. emotionsorientiertem Coping und posttraumatischer Belastung. Diese lauten folgendermaßen:

Hypothese 5.2:

Optimismus stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen problemorientiertem Coping und PTBS dar.

Hypothese 5.3:

Optimismus stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen vermeidungsorientiertem Coping und PTBS dar.

Zur Überprüfung dieser zwei Hypothesen wurde wiederum jeweils eine Mediatoranalyse mit Hilfe der Bootstrapping-Methode durchgeführt (vgl. Abschnitt 8.2.1.).

Da der Zusammenhang zwischen problemorientiertem Coping und posttraumatischer Belastung nicht signifikant war ($B = .08$, $t(108) = 0.81$, $p = .420$), konnte Optimismus auch keinen Mediator dieser Beziehung darstellen. Während – wie bereits berichtet – Optimismus hoch signifikant, negativ mit posttraumatischer Belastung assoziiert war ($B = .87$, $t(108) = -3.71$, $p = .000$), konnte keine signifikante Beziehung zwischen problemorientiertem Coping und Optimismus festgestellt werden ($B = .05$, $t(108) = 1.31$, $p = .191$). Auch der direkte Effekt von problemorientiertem Coping auf

posttraumatische Belastung (ohne den Einfluss von Optimismus) war nicht signifikant ($B = .12$, $t(108) = 1.32$, $p = .191$), wie in Abbildung 10 ablesbar.

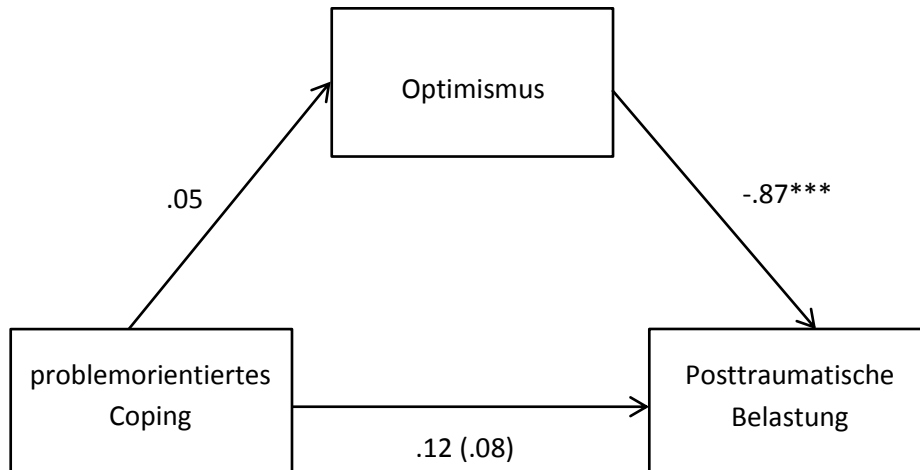


Abbildung 10. Kein indirekter Effekt von problemorientiertem Coping auf posttraumatische Belastung über Optimismus. $R^2 = .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für die Hypothese 5.3. Der Zusammenhang zwischen vermeidungsorientiertem Coping und posttraumatischer Belastung war weder mit dem Einfluss von Optimismus ($B = -.01$, $t(108) = -0.10$, $p = .920$) noch ohne dessen Einfluss ($B = .01$, $t(108) = 0.15$, $p = .878$) signifikant. Optimismus war wiederum hoch signifikant negativ mit posttraumatischer Belastung assoziiert ($B = -.83$, $t(108) = -3.55$, $p = .000$), jedoch nicht signifikant mit vermeidungsorientiertem Coping ($B = .02$, $t(108) = 0.76$, $p = .448$). Abbildung 11 stellt die Ergebnisse graphisch dar.

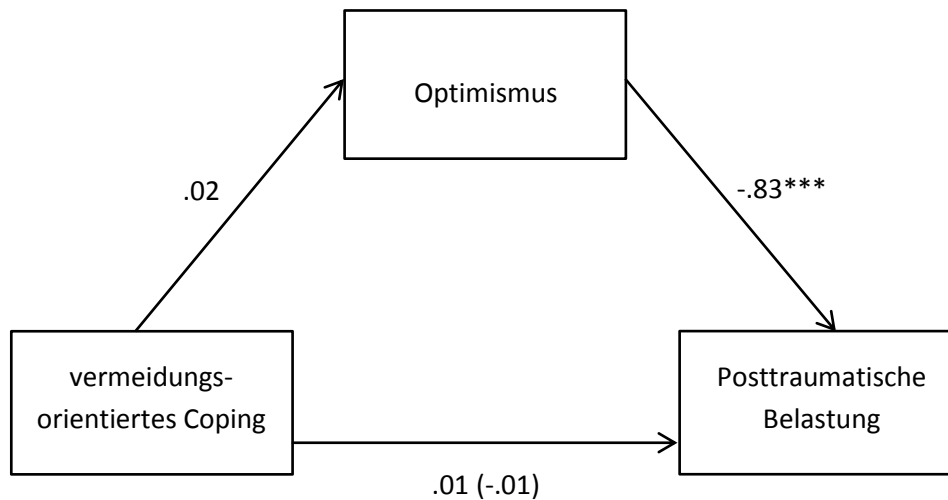


Abbildung 11. Kein indirekter Effekt von vermeidungsorientiertem Coping auf post-traumatische Belastung über Optimismus. $R^2 = .09$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Die letzte Hypothese basiert auf der Meinung von Segerstrom (2005), dass Optimismus seine protektive Wirkung nur dann entfalten kann, wenn stressreiche Situationen in einem gewissen Ausmaß kontrollierbar sind (vgl. Abschnitt 5.5.2.). In dieser Studie soll festgestellt werden, ob diese Kontrollierbarkeit durch kollektive Wirksamkeitserwartungen auf einer subjektiven Ebene erreicht werden kann.

Hypothese 5.4:

Kollektive Wirksamkeitserwartung stellt eine Mediatorvariable des Zusammenhangs zwischen Optimismus und PTBS dar.

Die Mediatoranalyse mittels Bootstrapping ergab folgendes: Wie bereits bei anderen Berechnungen festgestellt wurde, war Optimismus hoch signifikant negativ mit posttraumatischer Belastung assoziiert ($B = -.83$, $t(108) = -3.56$, $p = .000$). Ebenso war der b-Pfad, die Beziehung zwischen kollektiver Wirksamkeit und posttraumatischer Belastung, hoch signifikant negativ ($B = -2.27$, $t(108) = -3.48$, $p = .0007$). Da jedoch der a-Pfad, der den Zusammenhang zwischen Optimismus und kollektiver Wirksamkeit darstellt, nicht signifikant war ($B = .06$, $t(108) = 1.73$, $p = .086$), muss die Frage zum Mediatoreffekt von kollektiver Wirksamkeit verneint werden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 12 graphisch dargestellt.

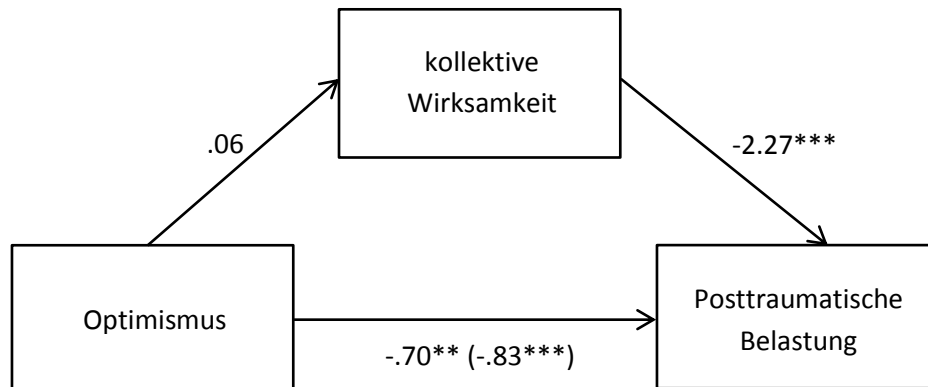


Abbildung 12. Kein indirekter Effekt von Optimismus auf posttraumatische Belastung über kollektive Wirksamkeit. $R^2 = .18$, $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$.

9.4. ZUSÄTZLICHE BERECHNUNGEN

9.4.1. Soziodemographische Daten

In der einschlägigen Fachliteratur wurde bereits nachgewiesen, dass einige soziodemographische Daten wie zum Beispiel niedriges Alter, eine geringe Bildung bzw. Intelligenz, das weibliche Geschlecht, etc. sowie frühere Traumatisierungen Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung darstellen (z.B.: Brewin et al., 2000). Deshalb sollte zur Überprüfung dieser Zusammenhänge eine blockweise, multiple Regressionsanalyse durchgeführt werden. Da jedoch zwischen dem Kriterium posttraumatische Belastung und den oben angeführten Prädiktoren keine erwähnenswerten Korrelationen bestanden ($r_s < 0.1$), erschien es nicht sinnvoll eine multiple Regressionsanalyse durchzuführen. Die Voraussetzung der Linearität war verletzt.

Da NotfallsanitäterInnen häufiger potentiell traumatischen Einsätzen ausgesetzt sind als RettungssanitäterInnen, wurden mögliche Unterschiede in der posttraumatischen Belastung aufgrund der Funktion beim niederösterreichischen Roten Kreuz berechnet. Obwohl der U-Test signifikante Unterschiede bezüglich der beruflich erlebten,

traumatischen Erfahrungen anzeigt ($U(57,53) = 562.5, z = -5.68, p = .000, r = 0.54$), gibt es keine signifikanten Unterschiede in der posttraumatischen Belastung ($U(57,53) = 1482.5, z = -0.17, ns$). NotfallsanitäterInnen (*Mittlerer Rang* = 73.39) erlebten im Einsatz häufiger traumatische Situationen als RettungssanitäterInnen (*Mittlerer Rang* = 38.87).

9.4.2. Fragestellung 4 – emotionsorientiertes Coping

Wie bereits in Abschnitt 9.3.4. berichtet, ergaben sich signifikante Unterschiede bei der Anwendung von emotionsorientierten Copingstrategien. Obwohl gerichtete Unterschiede bei diesem Copingstil nicht in den Hypothesen formuliert waren, werden diese zusätzlich berechnet. Eine einfache, lineare Regression zeigte, dass das vermehrte Anwenden von emotionsorientierten Copingstrategien zu einer stärkeren posttraumatischen Belastung führte ($R^2 = 0.17, \beta = .42, p = .000$). Die Ergebnisse können auch aus Tabelle 12 abgelesen werden.

Tabelle 12
Ergebnisse der einfachen, linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der posttraumatischen Belastung durch die Anwendung von emotionsorientierten Copingstrategien

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Konstante	16.34	1.40	
emotionsorientiertes Coping	0.50	0.10	.42***

Anmerkung. $R^2 = .17, *p < .05, **p < .01, ***p < .001$

Wie unterscheiden sich nun diejenigen StudienteilnehmerInnen, die vermehrt emotionsorientierte Copingstrategien anwenden, von denen, die häufiger die anderen beiden Strategien anwenden?

Rangkorrelationen nach Spearman ergaben, dass die emotionsorientierten Copingstrategien signifikant negativ mit dem Selbstwert, den Selbstwirksamkeitserwartungen und mit Optimismus assoziiert waren ($r_s(39,34) = -.36,$

$r_s(39,34) = -.29$, $r_s(39,34) = -.31$). Diese signifikanten Korrelationen konnten bei den vermeidungsorientierten Copingstrategien nicht festgestellt werden, bei den problemorientierten Copingsstrategien ergab sich lediglich eine signifikant positive Korrelation mit Optimismus ($r_s(39,34) = .20$).

9.4.3. Fragestellung 5 – „Hierarchie“ der Ressourcen

Wie bereits in Abschnitt 9.3.3. beschrieben, besitzt der Selbstwert einen sehr starken protektiven Einfluss. Deshalb wurde nun in Mediatoranalysen nach Preacher und Hayes (2008) festgestellt, ob Teile der Varianz der anderen einbezogenen Ressourcen durch den Selbstwert erklärt werden können.

Wie in Hypothese 5.1 postuliert, stellte Optimismus einen totalen Mediator des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und posttraumatischer Belastung dar. Wurde jedoch der Selbstwert miteinbezogen, war dies nicht mehr der Fall. Die Ergebnisse der Mediatoranalyse zeigten hingegen totale Mediatoreffekte von Selbstwert auf die Beziehung von sozialer Unterstützung und posttraumatischer Belastung ($B = -.10$, $CI = [-.20, -.03]$). Die Ergebnisse sind in Abbildung 13 dargestellt.

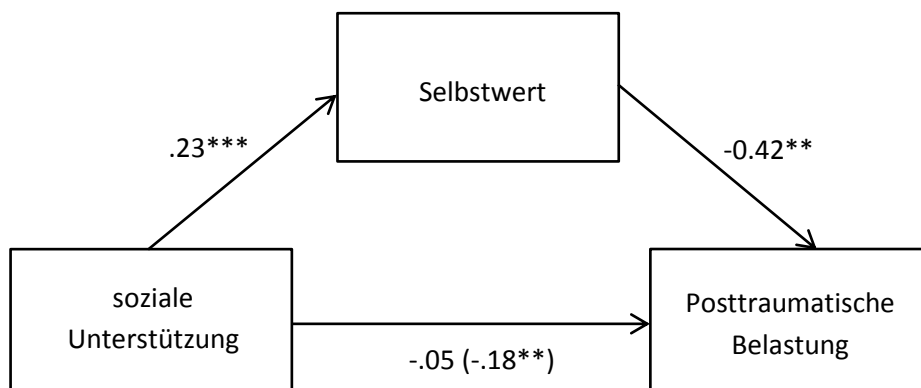


Abbildung 13. Totaler Mediatoreffekt von Selbstwert auf die Beziehung von sozialer Unterstützung und Posttraumatischer Belastung. $R^2 = .17$, $*p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$.

Totale Mediatoreffekte des Selbstwertes konnten auch für die Beziehungen zwischen den Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Optimismus und posttraumatischer Belastung festgestellt werden ($B_{ASKU} = -1.12$, $CI_{ASKU} = [-2.58, -0.36]$ bzw. $B_{LOTR} = -0.41$, $CI_{LOTR} = [-0.77, -0.19]$). Zwischen den kollektiven Wirksamkeitserwartungen und posttraumatischer Belastung konnte nur eine partielle Mediation durch den Selbstwert gezeigt werden ($B_{PCE} = -0.67$, $CI_{PCE} = [-1.47, -.20]$).

10.DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, einerseits die berufliche Belastung von Rettungs- und NotfallsanitäterInnen des niederösterreichischen Roten Kreuzes in einer Fragebogenstudie zu untersuchen und andererseits etwaige personale und soziale Ressourcen, die der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung entgegenwirken können, zu analysieren.

Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass die Rettungs- und NotfallsanitäterInnen nur eine geringe posttraumatische Belastung aufwiesen. 1.8 % der StudienteilnehmerInnen litten unter einer voll ausgeprägten PTBS und 1.8 % unter einer subsyndromalen PTBS.

Da es sich bei der verwendeten *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* um ein Screening-Verfahren für PTBS handelt, ist ein direkter Vergleich mit Prävalenzraten nicht zulässig. Dennoch können diese Fragebogendiagnosen wichtige, epidemiologische Anhaltspunkte zur Verbreitung dieser psychischen Erkrankung liefern.

Trotz dieser methodischen Einschränkung wurden Fragebogenuntersuchungen auch in anderen Studien zur Belastung bei Rettungs- und NotfallsanitäterInnen verwendet. Dabei fielen die Belastungsraten jedoch um einiges höher aus. Am ehesten vergleichbar sind die Ergebnisse der Studie von Häller et al. (2009). Diese untersuchten RettungssanitäterInnen der deutschsprachigen Schweiz sowie des Fürstentums Liechtenstein und stellten dabei bei 4.3 % eine voll ausgeprägte PTBS und bei 9.6 % eine partiell ausgeprägte PTBS fest. Die bereits erwähnten Untersuchungen von schwedischem Rettungspersonal von Jonsson et al. (2003) und von norddeutschen SanitäterInnen von Teegen und Yasui (2000) ergaben weit höhere Belastungsraten (15.2 % bzw. 36 %) als in der vorliegenden Studie.

Eine mögliche Erklärung für die eher geringe posttraumatische Belastung könnte darin liegen, dass die Anzahl der zu versorgenden PatientInnen bzw. die Einsatzhäufigkeit geringer ist, als zum Beispiel in Norddeutschland. Beim Vergleich der prozentuellen, berufsbedingten Trauma-Exposition der Studie von Teegen und Yasui (2000) mit jener der vorliegenden Studie, fallen entsprechende Unterschiede auf. Zudem könnte der Unterschied von 10 Jahren, die zwischen diesen beiden Studien liegen, ausschlaggebend sein. Eine Verbesserung der Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen (SvE), Maßnahmen zur Vorbereitung und Bewältigung auf bzw. von belastenden Einsätzen für

MitarbeiterInnen der Einsatzorganisationen, und eine erhöhte Aufmerksamkeit bezüglich der psychischen Gesundheit könnte zu einer Verringerung von Entwicklungen von PTBS geführt haben.

Bezüglich der Ausprägungen des sekundär traumatischen Stresses wurde festgestellt, dass die Rettungs- und NotfallsanitäterInnen dieser Studie nur gering belastet sind. In der Literatur gibt es allerdings nur wenige Vergleichsstudien bezüglich sekundär traumatischen Stresses bei SanitäterInnen, da dieser meist nicht explizit erhoben wurde, sondern nur im Rahmen der „Mitgefühlsmüdigkeit“ (*compassion fatigue*). In einer systematischen Review konnten jedoch erhöhte Level von sekundär traumatischem Stress bei 25 % bis zu 78 % bei Krankenpflegepersonal festgestellt werden (Beck, 2011).

In Hypothese 2.1 wurde postuliert, dass sekundär traumatischer Stress einen Mediator der Beziehung zwischen Trauma-Exposition und posttraumatischer Belastung darstellt. Dies war jedoch nicht der Fall, da kein Zusammenhang zwischen Trauma-Exposition und PTBS bestand.

Diese nicht vorhandene Beziehung konnten auch Teegen und Yasui (2000) bzw. Reinhard und Maercker (2004) feststellen. Letztere erklärten sich dieses Ergebnis mit einem Immunisierungseffekt. Sie sind der Meinung, dass Einsatzkräfte durch das gehäufte Auftreten von potentiell traumatischen Situationen in Einsätzen eine Art Immunisierung gegenüber solch stark belastenden Ereignissen entwickeln. Die Vulnerabilität, eine posttraumatische Belastungsstörung auszubilden, könnte somit sinken. Diese Annahme wird dadurch unterstützt, dass eher die selten auftretenden Einsätze, wie zum Beispiel Katastropheneinsätze oder Kindernotfälle, als stark belastend beschrieben werden (Teegen & Yasui, 2000). Eine alternative Erklärung besteht darin, dass SanitäterInnen – im Vergleich zu Feuerwehrleuten – eher selten direkter Bedrohung bzw. Lebensgefahr ausgesetzt sind (Reinhard & Maercker, 2004).

Andere Studien wiederum konnten eine Beziehung zwischen der Häufigkeit hochbelastender Erfahrungen und posttraumatischer Belastung finden. In der Untersuchung von Bryant und Harvey (1996) berichteten Feuerwehrleute, die mehr Traumata erlebt haben, von stärkerem posttraumatischem Stress. Die Autoren erklärten sich dies durch eine erhöhte Vulnerabilität auf Grund des akkumulativen Effekts von traumatischen Erfahrungen (Bryant & Harvey, 1996).

Bezug nehmend auf die dritte Fragestellung hatte der Selbstwert den bedeutendsten protektiven Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischer Belastung bei Rettungs- und NotfallsanitäterInnen.

Vergleichsstudien, die sich mit dem Einfluss von hohem bzw. niedrigem Selbstwert bei Rettungspersonal beschäftigen, sind in der aktuellen Literatur nicht vorhanden. Hobfoll (2002) jedoch bezeichnete den Selbstwert als eine Schlüssel-Ressource, die zu besserer Stressresistenz führt. Wie bereits in Abschnitt 5.4.4. beschrieben hat sich der Selbstwert im Zusammenhang mit der Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen als wichtiger protektiver Faktor erwiesen (Adams & Boscarino, 2006; Schok et al., 2010).

Ein Erklärungsansatz für die Bedeutsamkeit eines hohen Selbstwertes basiert auf der Annahme von fünf essentiellen Elementen in der Traumabehandlung von Hobfoll und Kollegen (2007). Eines dieser Elemente stellt dabei die Förderung von einem Gefühl der Sicherheit dar. Einerseits kann dieses Sicherheitsgefühl physiologisches „Arousal“, das mit Furcht und Angst verbunden ist, reduzieren und andererseits dysfunktionale Kognitionen, die die Entwicklung von PTBS begünstigen, verhindern. Crocker (2002) zufolge stellt Selbstwert eine Möglichkeit dar, ein Gefühl der Sicherheit zu erlangen. Er beschreibt, dass ein gutes Selbstwertgefühl zu positivem Affekt und einem Gefühl von Sicherheit und Überlegenheit führt (Crocker, 2002).

Zudem wird in der Terror-Management-Theorie von Greenberg und Kollegen (1992) der Selbstwert als eine Komponente eines „Angstpuffers“ bezeichnet. Greenberg et al. (1992) gehen davon aus, dass Menschen den Selbstwert brauchen, weil dieser einen zentralen, psychologischen Mechanismus für den Schutz vor der Angst ihrer Verletzlichkeit darstellt. Wie in Abschnitt 5.4.4. beschrieben, gibt es eine Assoziation zwischen dem Selbstwertgefühl und einem Gefühl von Sicherheit. Das Selbstwertgefühl bietet Schutz vor Angst, weil es als Bedingung dafür angesehen wird, geliebt und geschützt zu werden (Greenberg et al., 1992). Auf die Arbeit im Rettungsdienst umgelegt, könnte somit ein hoher Selbstwert mit einem Gefühl von Sicherheit im Umgang mit den Anforderungen einhergehen.

Neben dem Selbstwertgefühl haben sich die kollektiven Wirksamkeitserwartungen als wichtige personale Ressource für psychische Gesundheit herausgestellt. Dieses Ergebnis bekräftigt damit die Ansätze von Pietrantonio und Prati (2008), welche unter anderem die kollektiven Wirksamkeitserwartungen als Resilienz-Faktor bei First Respondern betrachten. Zudem erachten auch Hobfoll und Kollegen (2007) die Förderung

von kollektiver Wirksamkeitserwartung als bedeutendes Element in der Traumabehandlung. SanitäterInnen müssen koordiniert im Team zusammenarbeiten, um ihre Aufgaben erfolgreich zu meistern (Cicognani et al., 2009). Die Gewissheit, dass der Teamkollege über die notwendigen Fertigkeiten verfügt, vermittelt zudem auch ein Sicherheitsgefühl und verringert den Stresslevel bei der Anfahrt zum Einsatzort.

Ein überraschendes Ergebnis stellt der nicht signifikante Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung dar, da dieser im Kontrast zur Meinung der facheinschlägigen Literatur steht. Regehr und Kollegen (2003) sowie Heinrichs und Kollegen (2005) konnten in einer Querschnittstudie sowie einer Längsschnittstudie eindeutig zeigen, dass eine negative Beziehung zwischen den Selbstwirksamkeitserwartungen und den Ausprägungen von PTBS besteht.

Ein möglicher Erklärungsansatz besteht in der Erfassung der Selbstwirksamkeit. In der vorliegenden Studie wurde lediglich die allgemeine Selbstwirksamkeit erfasst. Die emotionale Selbstwirksamkeit, die zum Beispiel bei der Regulation von Versagensängsten notwendig ist (Schmitz & von Salisch, 2002), wurde nicht erfragt. Zudem konnten Benight und Harper (2002) feststellen, dass bei der Bewältigung von Naturkatastrophen nicht so sehr die allgemeine Selbstwirksamkeit, sondern das spezifische Gefühl, mit traumabezogenen Ereignissen umgehen zu können, förderlich ist. Die Entwicklung eines Fragebogens, der sich spezifisch auf die Selbstwirksamkeitserwartungen im Umgang mit den Anforderungen im Rettungsdienst befasst, wäre demnach in zukünftigen Studien anzudenken.

Trotz eindrucksvoller Belege der positiven Wirkung sozialer Unterstützung (Brewin et al., 2000) zeigte diese in der vorliegenden Studie keinen protektiven Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischer Belastung. Doch wie bereits in Abschnitt 5.1.5. beschrieben, gibt es auch belastende Aspekte sozialer Unterstützung. Vor allem die mögliche Bedrohung des Selbstwertgefühls könnte in diesem Zusammenhang zu einer Einschränkung der positiven Wirkung führen. Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit erhalten SanitäterInnen meist Unterstützung durch ihre KollegInnen. Diese Unterstützung seitens ähnlicher Personen könnte jedoch als selbstwertbedrohend empfunden werden. Zusätzlich ist die Entscheidungsfreiheit des Rezipienten von Bedeutung. Deelstra et al. (2003) konnten zeigen, dass aufgezwungene instrumentelle Unterstützung im Arbeitskontext negativere Effekte hervorruft, als keine Unterstützung.

Außerdem kann die Rolle als Schutzfaktor der sozialen Unterstützung in Frage gestellt werden, da bestimmte Aspekte der sozialen Unterstützung die Folgen nach traumatischen

Ereignissen nicht klar vorhersagen können (Tran et al., 2013). Zum Beispiel steht Taft et al. (2011) zufolge PTBS mit Beziehungsproblemen in Zusammenhang, die wiederum zu geringer sozialer Unterstützung bei Personen mit PTBS führen könnte. Somit könnte auch die Schlussfolgerung gezogen werden, dass vorhandene soziale Unterstützung eher ein Anzeichen dafür ist, dass keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, als dass sie einen Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer solchen psychischen Störung darstellt (Tran et al., 2013).

In dieser Studie liegt jedoch weder ein positiver noch ein negativer Einfluss von sozialer Unterstützung vor, möglicherweise heben sich die beiden entgegengesetzten Wirkungsweisen von sozialer Unterstützung gegenseitig auf. Da jedoch die möglichen, belastenden Aspekte sozialer Unterstützung nicht erhoben wurden, kann diese Vermutung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht überprüft werden. Es wäre wünschenswert, dass zukünftige Studien auch diese andere Seite der sozialen Unterstützung miteinbeziehen.

Neben den Selbstwirksamkeitserwartungen und der sozialen Unterstützung konnte auch kein protektiver Einfluss von Optimismus festgestellt werden. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zur Meinung in der einschlägigen Literatur, in welcher Optimismus als Puffer fungiert (Dougall et al., 2001; Schok et al., 2010; Thomas et al., 2011).

Einen möglichen Erklärungsansatz bietet die Studie von Caprara, Steca, Alessandri, Abela und McWhinnie (2010), in welcher die Autoren die gemeinsame, latente Dimension „Positive Orientierung“ von Lebenszufriedenheit, Selbstwert und Optimismus feststellten. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der multiplen Regression weist Optimismus in einer einfachen, linearen Regression einen signifikanten, protektiven Einfluss auf posttraumatische Belastung auf. Unter Einbezug des Selbstwerts wird dieser jedoch nicht signifikant. Wie die zusätzlichen Berechnungen zeigen, stellt der Selbstwert einen totalen Mediator der Beziehung zwischen Optimismus und posttraumatischer Belastung dar. Möglicherweise spielt im Beruf des/der Sanitäters/in der Selbstwert eine größere Rolle als die Erwartungen für die Zukunft. Der nicht signifikante Einfluss von Optimismus könnte auch durch die Auffassung von Segerstrom (2005) erklärt werden. Wie bereits in Abschnitt 5.5.2. beschrieben, geht dieser davon aus, dass Optimismus seine protektive Wirkung nur in kontrollierbaren Situationen entfalten kann. Kontrollierbare Situationen stellen allerdings im Rettungsdienst eine Seltenheit dar.

Zusammenfassend können somit die Hypothesen 3.3 (kollektive Wirksamkeitserwartungen) und 3.4 (Selbstwert) angenommen werden, nicht jedoch die

Hypothesen 3.1 (soziale Unterstützung), 3.2 (Selbstwirksamkeitserwartungen) und 3.5 (Optimismus). Obwohl sich lediglich die kollektiven Wirksamkeitserwartungen und der Selbstwert als protektive Faktoren gegen die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung erwiesen haben, zeigten Interkorrelationen zwischen beinahe allen Konstrukten eine signifikant positive, wechselseitige Beeinflussung (Tabelle 7). Vor allem mit dem Selbstwert korrelierten alle anderen Konstrukte signifikant. Hohe soziale Unterstützung könnte zu mehr Optimismus führen, was sich wiederum positiv auf die Selbstwirksamkeitserwartungen, auf die kollektiven Wirksamkeitserwartungen und auf den Selbstwert auswirkt. Doch auch andere Mechanismen erscheinen möglich, zum Beispiel, dass hoher Selbstwert zu stärkeren Selbstwirksamkeitserwartungen führt und dies eine Förderung unterstützender, sozialer Netzwerke bewirkt. Zusätzliche Analysen ergaben, dass der Selbstwert einen totalen Mediator der Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung, Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. Optimismus und posttraumatischer Belastung darstellt. Die Beziehung zwischen kollektiver Wirksamkeitserwartung und posttraumatischer Belastung konnte nur partiell durch den Selbstwert erklärt werden. Eine Aufgabe der zukünftigen Forschung wird sein, festzustellen, inwieweit die Ressourcen sich überschneiden bzw. wie die Konstrukte miteinander agieren.

Die Ergebnisse der vierten Fragestellung ergaben, dass sich SanitäterInnen, die gering posttraumatisch belastet waren, von SanitäterInnen, die in dieser Stichprobe als stark posttraumatisch belastet eingestuft wurden, ausschließlich bei den emotionsorientierten Copingstrategien signifikant unterschieden. Keine Unterschiede zwischen diesen zwei Gruppen zeigten sich bei den problemorientierten und bei den vermeidungsorientierten Copingstrategien. Somit konnte zwar Hypothese 4.1 angenommen werden, nicht jedoch Hypothese 4.2 und 4.3, in denen eine negative Beziehung zwischen problemorientiertem Coping und posttraumatischer Belastung bzw. ein positiver Zusammenhang zwischen vermeidungsorientiertem Coping und posttraumatischer Belastung postuliert wurde. Eine zusätzliche Analyse ergab, dass je häufiger emotionsorientiertes Coping angewendet wurde, die Wahrscheinlichkeit, an einer PTBS zu erkranken, umso größer war.

Dieses Ergebnis reiht sich in eine Bandbreite anderer unterschiedlicher, teil gegensätzlicher Ergebnisse ein (Brown et al., 2002; Dirkzwager et al., 2003; Littelton et al., 2007). Ein Grund für die nicht signifikanten Beziehungen zwischen problemorientiertem bzw. vermeidungsorientiertem Coping und posttraumatischer

Belastung könnte auch durch den geringen Belastungsunterschied zwischen den Perzentilen begründet werden (Tabelle 10).

Spezielles Interesse gilt zusätzlich den Unterschieden bezüglich der personalen und sozialen Ressourcen: Wie unterscheiden sich SanitäterInnen, die vermehrt emotionsorientierte Strategien anwenden, von SanitäterInnen, die vermehrt andere Strategien anwenden?

Beim emotionsorientiertem Copingstil zeigten sich signifikant negative Korrelationen mit den Selbstwirksamkeitserwartungen, dem Optimismus und dem Selbstwert. Die Vermutung, dass SanitäterInnen, die vermehrt emotionsorientierte Copingstrategien anwenden, über weniger protektive Ressourcen verfügen, liegt nahe. Erklärungen für die Beziehung zu geringem Selbstwert sind in verschiedene entgegengesetzte Richtungen möglich. Personen mit niedrigem Selbstwert fühlen sich vielleicht nicht in der Lage, die belastenden und stressreichen äußeren Umstände zu verändern wie es beim problemorientierten Coping der Fall ist. Deshalb konzentrieren sie sich eher auf ihr eigenes Gefühlsleben, was den emotionsorientierten Copingstrategien entspricht. Eine andere Erklärung lautet, dass emotionsorientierte Strategien vielleicht in diesem Umfeld weniger angebracht sind, und es deshalb zu keiner erfolgreichen Bewältigung kommt, was sich negativ auf den Selbstwert auswirkt. Somit wäre ein geringer Selbstwert eher als Begleiterscheinung einer PTBS und nicht als Schutz- bzw. Risikofaktor anzusehen.

In der fünften Fragestellung wurde untersucht, ob Optimismus eine übergeordnete Rolle bei den personalen Ressourcen einnimmt. Wie bei Dougall et al. (2001) erwies sich Optimismus als totaler Mediator der Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und posttraumatischer Belastung. Hypothese 5.1 konnte somit angenommen werden. Optimistischere Personen berichteten von größerer sozialer Unterstützung. Dieses Ergebnis erscheint durchaus plausibel, da Norris und Kaniasty (1996) zufolge die wahrgenommene soziale Unterstützung im Gegensatz zur tatsächlich erhaltenen Unterstützung im Rahmen traumatischer Erfahrungen ausschlaggebend ist. Bezieht man allerdings in der vorliegenden Studie den Selbstwert in die Mediation mit ein, so war dieser Effekt nicht mehr signifikant; der Selbstwert stellte nun einen totalen Mediator dar.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Solberg Nes und Segerstrom (2006), konnte in der vorliegenden Studie kein Mediatoreffekt von Optimismus auf die Beziehung zwischen problemorientiertem bzw. vermeidungsorientiertem Coping und

posttraumatischer Beziehung festgestellt werden. Den Grund dafür stellten die nicht vorhandenen Zusammenhänge zwischen den beiden Copingstilen und posttraumatischer Belastung dar, die sich vermutlich aufgrund der geringen Belastungsunterschiede in der Stichprobe ergaben. Die Hypothesen 5.2 und 5.3 konnten somit nicht angenommen werden.

Wie bereits beschrieben (vgl. Abschnitt 5.5.2.) wirkt sich Optimismus laut Segerstrom (2005) nur in kontrollierbaren Situationen positiv aus. Die Hypothese 5.4, wonach die kollektiven Wirksamkeitserwartungen einen Mediator der Beziehung zwischen Optimismus und posttraumatischer Belastung darstellen, konnte jedoch nicht angenommen werden. Die Annahme der Autorin, dass aufgrund hoher kollektiver Wirksamkeitserwartungen auch eine subjektive Kontrollierbarkeit empfunden wird, erwies sich als falsch. Diese beiden Konstrukte können nicht gleichgesetzt werden.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kann somit nicht von einer überordneten Rolle von Optimismus ausgegangen werden. Die Daten deuten eher auf eine besondere Bedeutung des Selbstwertes hin. Es stellt sich zudem die Frage, ob es überhaupt eine Art Hierarchie von personalen und sozialen Ressourcen gibt. Aufgrund individueller Unterschiede unter anderem im Belastungserleben wäre diese Frage eher zu verneinen.

10.1. KRITIK UND EINSCHRÄNKUNGEN DER STUDIE

Im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse muss auch auf einige Einschränkungen der Studie hingewiesen werden.

Den größten Kritikpunkt stellt der Ausschluss der Items zu sexuellen, traumatischen Erlebnissen des *Traumatic Life Event Questionnaire* dar. Dieser Ausschluss wurde auf Grund von Bedenken bezüglich der Verletzung der Intimsphäre der Befragten seitens des niederösterreichischen Roten Kreuzes durchgeführt. Diese Bedenken waren nach Meinung der Autorin unbegründet, da ein/eine StudienteilnehmerIn ein derartiges traumatisches Ereignis in der Kategorie „Andere Traumata“ angegeben hatte. Durch das Ausschließen dieser Items konnte jedoch keine vollständige Erfassung der traumatischen Ereignisse in der Lebensgeschichte der StudienteilnehmerInnen erfolgen. Somit konnte der Einfluss persönlich erlebter Traumata auf die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht eindeutig abgeklärt werden.

Wie aus den Beschreibungen in Abschnitt 3 ersichtlich, gestalten sich die Belastungen im Rettungsdienst vielfältig und komplex. Die nur mittlere Varianzerklärung durch die in die multiple Regression einbezogenen Prädiktoren, lässt vermuten, dass noch viele weitere Faktoren eine Rolle für die Entwicklung einer PTBS spielen.

Als weitere Schwäche können die fehlenden Informationen über die Non-Responder (Personen, die den Fragebogen nicht ausgefüllt haben) betrachtet werden. Es erscheint durchaus möglich, dass gerade die SanitäterInnen, die höhere PTBS-Symptome aufweisen, aus Vermeidungsgründen nicht an der Befragung teilgenommen haben.

Das Alter bzw. auch das Dienstalder in der Stichprobe ist mit einem Durchschnitt von 35 bzw. neun Jahren eher niedrig. In Bezug auf das Alter konnte Maercker (1999) feststellen, dass eine U-förmige Beziehung zwischen Traumatisierungsalter und PTBS-Risiko besteht, wonach junge sowie mittelalte Erwachsene das geringste Risiko aufweisen. Auch das eher geringe Dienstalder und somit vergleichsweise geringerer beruflicher Erfahrung könnte ein Grund für die eher geringe posttraumatische Belastung sein.

Mögliche, sozial erwünschte Antworten stellen eine weitere Einschränkung dar. Im Rettungsdienst herrscht verstärkt eine Mentalität vor, eigene Schwächen, wie sie etwa auch eine posttraumatische Belastung darstellt, nicht zugeben zu wollen. Stärken hingegen werden in den Vordergrund gestellt.

In Bezug auf die Datenerhebung muss angemerkt werden, dass die Kontaktierung der potentiellen StudienteilnehmerInnen mit Problemen verbunden war. Es ist zweifelhaft, ob der Fragebogen an alle hauptamtlichen MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes des niederösterreichischen Roten Kreuzes verschickt wurde. Es kann somit nicht von einer idealen Repräsentativität für Niederösterreich ausgegangen werden.

Auch eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf SanitäterInnen in anderen Teilen Österreichs erscheint nicht zulässig, da sich die Einsatzgebiete und somit die Einsatzhäufigkeit bzw. Einsatzarten stark unterscheiden.

10.2. IMPLIKATIONEN FÜR ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG UND FÜR INTERVENTIONEN

Auf Basis der Ergebnisse und der Einschränkungen der vorliegenden Studie ergeben sich neue Untersuchungsanstöße für zukünftige Studien sowie Ansätze für Interventionen in der Praxis.

In der vorliegenden Studie erwies sich der Selbstwert als besonders bedeutend im Hinblick auf die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Es wurde jedoch lediglich der globale Selbstwert erhoben. Für weitere Studien wäre daher die Erhebung und Interpretation des Einflusses der verschiedenen Facetten des Selbstwerts (akademischer, sozialer, emotionaler und physischer Selbstwert) interessant. Für die Prävention wäre es wichtig zu wissen, aus welchen Quellen Rettungs- und NotfallsanitäterInnen ihren Selbstwert gewinnen.

Auf Grund des überraschenden nicht signifikanten Einflusses von sozialer Unterstützung wäre es in zukünftigen Studien wünschenswert, neben der Quantität an wahrgenommener sozialer Unterstützung auch eventuelle belastende Aspekte von sozialer Unterstützung zu erfassen.

Einen weiteren wichtigen Punkt in Bezug auf das methodische Vorgehen stellt die Validierung der im Rahmen dieser Studie ins Deutsche übersetzten *Perceived Collective Efficacy Scale* dar. Es gilt auch den in dieser Studie fehlenden Zusammenhang zu den Selbstwirksamkeitserwartungen abzuklären. Unterschiede in den Instruktionen könnten dazu geführt haben, dass die Skala zu den kollektiven Wirksamkeitserwartungen auf das Arbeitsteam bezogen wurde, die Skala zu den Selbstwirksamkeitserwartungen jedoch eher allgemein aufgefasst und beantwortet wurde. Wie bereits in der Diskussion erwähnt, wäre die Konstruktion einer Skala überlegenswert, die sich speziell auf die Selbstwirksamkeitserwartungen im Umgang mit den Anforderungen im Rettungsdienst konzentriert.

Bei Betrachtung der personalen und sozialen Ressourcen stellt auch die Untersuchung deren Interaktionen eine weitere wichtige Aufgabe für die zukünftige Forschung dar.

Aufgrund der uneinheitlichen Ergebnisse zu den Copingstrategien sind weitere Untersuchungen (mit einer möglicherweise anderen Einteilung der Strategien) notwendig, um unter anderem abklären zu können, ob der emotionsorientierte Copingstil im Rettungsdienst tatsächlich als maladaptiv betrachtet werden kann.

In Bezug auf Implikationen für die Praxis scheinen vor allem der Einfluss des Selbstwerts und der kollektiven Wirksamkeitserwartungen von Relevanz. Einerseits könnte bei psychologischer Testung von Bewerbern diesen beiden Konstrukten (stärkere) Bedeutung zugemessen werden. Andererseits wäre es wünschenswert, im Rahmen von Fortbildungen den Selbstwert bzw. die kollektiven Wirksamkeitserwartungen zu fördern. Eventuell könnten beispielsweise Teambuilding-Seminare für hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter des Rettungsdienstes gemeinsam zu einer Verbesserung der kollektiven Wirksamkeitserwartungen führen. Prinzipiell ist zu sagen, dass ein verstärktes Angebot von Fortbildungen zur Psychohygiene, welches aktuell knapp ist, wünschenswert wäre.

11. LITERATURVERZEICHNIS

- Adams, R. E. & Boscarino, J. A. (2006). Predictors of PTSD and Delayed PTSD After Disaster: The Impact of Exposure and Psychosocial Resources. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 485-493.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Auflage). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Author.
- Andersson, G. (1996). The Benefits of Optimism: a Meta-Analytic Review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21, 719-725.
- APA Publications and Communications Board Working Group on Journal Article Reporting Standards. (2008). Reporting Standards for Research in Psychology. Why Do We Need Them? What Might They Be? *American Psychological Association*, 63, 839-851.
- Aymanns, P. (1992). *Krebserkrankung und Familie. Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung*. Bern: Huber.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior* (S. 71-81). New York: Academic Press. Zugriff am 21.11.2013. Verfügbar unter <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 1-10.
- Beehr, T. A. (1994). *Psychological stress in the workplace*. London: Routledge.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)*. Köln: GESIS – Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften.

- Bengel, J. & Heinrichs, M. (2004). Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 25-43). Berlin: Springer.
- Benight, C. C. (2004). Collective efficacy following a series of natural disasters. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 17, 401-420.
- Benight, C. C. & Harper, M. L. (2002). Coping Self-Efficacy Perceptions as a Mediator Between Acute Stress Response and Long-Term Distress Following Natural Disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 177-186.
- Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. *Personality and Individual Differences*, 38, 1463-1473.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Buckley, T. C., Taylor, A. E., Vollmer, A. & Loos, W. R. (1996). Psychophysiology of Posttraumatic Stress Disorder Related to Motor Vehicle Accidents: Replication and Extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 742-751.
- Blascovich, J., & Tomaka J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson & P. R. Shaver (Hrsg.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (S. 115–160). San Diego, CA: Academic Press.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychological Association*, 59, 20-28.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Other Psychiatric Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brown, J., Mulhern, G. & Joseph, S. (2002). Inciden-Related Stressors, Locus of Control, Coping, and Psychological Distress Among Firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 161-168.
- Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1996). Posttraumatic Stress Reactions in Volunteer Firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 51-62.

- Campbell, J. D. & Lavalley, L. F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (S. 3–20). New York: Plenum Press.
- Caprara, G. V., Steca, P. Alessandri, G., Abela, J. R. & McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 63-71.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E.C. Chang (Hrsg.), *Optimism & Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice* (S. 31-51). Washington: American Psychological Association.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Chang, E. C. (2001). *Optimism & Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice*. Washington: American Psychological Association.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2004). General self-efficacy and self-esteem: toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 375-395.
- Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L., & Prati, G. (2009). Emergency Workers' Quality of Life: The Protective Role of Sense of Community, Efficacy Beliefs and Coping Strategies. *Social Indicators Research*, 94, 449-463.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. In S. Cohen & S. L. Syme (Hrsg.). *Social Support and Health* (S. 3-22). San Francisco: Academic Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J. & Deary, I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial Structure and Associations With Personality Traits and Psychological Health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, 121-143.

- Crocker, J. (2002). The Costs of Seeking Self-Esteem. *Journal of Social Issues*, 58, 597-615.
- Deelstra, J. T., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B., Stroebe, W., Zijlstra, F. R. H. & van Doornen, L. P. (2003). Receiving instrumental support at work: when help is not welcome. *Journal of Applied Psychology*, 88, 324-331.
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559.
- Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., McFeeley, S., & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress: The importance of social support and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 223-245.
- DuBois, D. L., & Flay, B. R. (2004). The healthy pursuit of self-esteem: Comment on and alternative to the Crocker and Park (2004) formulation. *Psychological Bulletin*, 130, 415-420.
- Endler, N. S. (1997). Stress, Anxiety and Coping: The Multidimensional Interaction Model. *Canadian Psychology*, 38, 136-153.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990a). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990b). The multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284-292.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.
- Fisher, J. D., Nadler, A. & Whitcher-Alagna, S. (1982). Recipient Reactions to Aid. *Psychological Bulletin*, 91, 27-54.
- Fleming, J. S. & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Forgeard, M.J.C. & Seligman, M.E.P. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques*, 18, 107-120.

- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 43-48.
- Gabauer, A. (2003). Kritische Anforderungsbedingungen für Rettungsdienstmitarbeiter im Notfalleinsatz. In M. Zielke (Hrsg.), *Das Ende der Geborgenheit? : Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen*. Lengerich: Pabst.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J. & Herzberg, P.Y. (2008). Die deutsche Version des Life-Orientations-Tests (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 26-31.
- Gillham, J.E., Shatté, A.J., Reivich, K.J. & Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, Pessimism, and Explanatory Style. In E.C. Chang (Hrsg.), *Optimism & Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice* (S.53-75). Washington: American Psychological Association.
- Gottlieb, B. H. & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 511-520.
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., ... Pinel, E. (1992). Why Do People Need Self-Esteem? Converging Evidence That Self-Esteem Serves an Anxiety-Buffering Function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 913-922.
- Greenlees, I.A., Graydon, J.K. & Maynard, I.W. (1999). The impact of collective efficacy beliefs on effort and persistence in a group task. *Journal of Sports Sciences*, 17, 151-157.
- Häller, P. (2010). *Posttraumatische Belastungsstörung bei Rettungssanitätern*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität des Saarlandes, Saarbrücken, Deutschland.
- Häller, P., Michael, T. & Koechlin, K.B. (2009). PTBS und komorbide Beschwerden bei Rettungssanitätern. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 30 (4), 403-417.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U., & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder - The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.

- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *Self-esteem. The puzzle of low self-regard* (S. 87-116). New York: Plenum Press.
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. In B. A. Bracken (Hrsg.), *Handbook of self-concept: Developmental, social, and clinical considerations* (S. 1–37). New York: Wiley.
- Heaney, C.A., & Israel, B.A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath. (Hrsg.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (S. 189-210). San Francisco: Jossey-Bass.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H. & Ehler, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2276-2286.
- Hering, T., Schulze, D., Sonnenberg, D. & Beerlage, I. (2005). Was belastet in der Feuerwehr? Primärprävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen aus einer arbeitsorganisatorischen Perspektive. *Notfall + Rettungsmedizin*, 8 (6), 412-421.
- Hermanutz, M., Ludwig, C. & Schmalzl, H. P. (2001). *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Boorberg.
- Herzberg, P.Y., Glaesmer, H. & Hoyer, J. (2006). Separating Optimism and Pessimism: A Robust Psychometric Analysis of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psychological Assessment*, 18, 433-438.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307-324.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70 (4), 283-315.
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2014). *Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)*. Verfügbar unter: <http://www.istss.org/PosttraumaticStressDisorderChecklist.htm> [02.01.2014]
- Jaksic, N., Brajkovic, L., Ivezic, E., Topic, R., & Jakovljevic, M. (2012). The Role of Personality Traits In Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24, 256-266.
- James, W. (1890). *The principles of psychology* (1. Auflage). New York: Henry Holt.

- Jonas, K. & Brömer, P. (2002). Die sozial-kognitive Theorie von Bandura. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., Bd. 2, S. 277–299). Bern: Huber.
- Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, 79-84.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 693-710.
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C. & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 17–34.
- Jungbauer-Gans, M. (2002). *Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit*. Wiesbaden: Westdeutscher.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2. Auflage). London: Routledge.
- Krüsmann, M., Karl, R., Butollo, W., Müller-Cyran, A., Schmelzer, M., Hagl, M., ... Seifert, L. (2008). Sekundäre Prävention im Einsatzwesen. In W. Butollo & M. Krüsmann (Hrsg.), *Prävention im Einsatzwesen: Abschlussbericht für das Forschungsprojekt* (S. 56-77). München: Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B. et al. (2000). Development and Preliminary Validation of a Brief Broad-Spectrum Measure of Trauma Exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.
- Laireiter, A. (1993). Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungsforschung. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung* (S. 15-45). Bern: Huber.
- Laireiter, A. & Lettner, K. (1993). Belastende Aspekte sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung: ein Überblick über den Phänomenbereich und die Methodik. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung* (S. 101-115). Bern: Huber.

- Lasogga, F. & Karutz, H. (2011). Belastungen, Moderatorvariablen und Folgen. In F. Lasogga & Gasch B. (Hrsg.), *Notfallpsychologie* (S. 129-161). Heidelberg: Springer Medizin.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K. & Downs, D. L. (1999). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. In R. F. Baumeister (Hrsg.), *The self in social psychology* (S. 87–104). New York: Taylor & Francis Group.
- Lightsey, O. R., Burke, M., Ervin, A., Henderson, D. & Yee, C. (2006). Generalized self-efficacy, self-esteem, and negative affect. *Canadian Journal of Behavioural Science-Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 38, 72-80.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S. & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 977-988.
- Maercker, A. (1999). Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: Symptoms and psychosocial impairments. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Hrsg.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (S.7-42). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Maercker, A. (2009). Psychologische Modelle. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 33-49). Heidelberg: Springer Medizin.
- Maercker, A., Beauducel, A. & Schützwohl, M. (2000). Trauma Severity and Initial Reactions as Precipitating Factors for Posttraumatic Stress Symptoms and Chronic Dissociation in Former Political Prisoners. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 651-660.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586.
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J., ... Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. In R. Yehuda (Hrsg.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder: A Decade of Progress* (S. 1-18). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des „Selbst“. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.

- National Center for PTSD. (2012). *PTSD Checklist (PCL)*. Verfügbar unter: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> [02.01.2014]
- Norris, F. H. & Kaniasty, K. (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- OWL Purdue Online Writing Lab. (2013). *APA Formatting and Style Guide*. Verfügbar unter: <https://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/01/> [21.02.2014].
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Peterson, C. & Steen, T. (2009). Optimistic explanatory style. In C. Snyder & S. Lopez (Hrsg.), *Oxford handbook of positive psychology* (S. 313-321). New York: Oxford University.
- Pfaff, H. (1989). *Streßbewältigung und soziale Unterstützung: zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens*. Weinheim: Dt.-Studien.
- Pyszczynski T., Greenberg J. & Solomon S. (1997). Why do we need what we need? A terror management perspective on the roots of human social motivation. *Psychological Inquiry*, 8, 1-20.
- Pietrantonì, L., & Prati, G. (2008). Resilience among first responders. *African Health Sciences*, 8, 14-20.
- Pöll, N.M. (2006). *Psychometrische Eigenschaften und Normen einer deutschsprachigen Version der Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)*, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien, Österreich.
- Prati, G., Pietrantonì, L., & Cicognani, E. (2011). Coping Strategies and Collective Efficacy as Mediators Between Stress Appraisal and Quality of Life Among Rescue Workers. *International Journal of Stress Management*, 18, 181-195.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Prussia, G. E., & Kinicki, A. J. (1996). A motivational investigation of group effectiveness using social-cognitive theory. *Journal of Applied Psychology*, 81, 187-198.

- Pullmann, H. & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.
- Pyszczyński T., Greenberg J. & Solomon S. (1997). Why do we need what we need? A terror management perspective on the roots of human social motivation. *Psychological Inquiry*, 8, 1-20.
- Regehr, C., Hill, J., Knott, T., & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19, 189-193.
- Reinhard, F. & Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 29-36.
- Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R.C. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1997). Distinguishing Optimism from Pessimism in Older Adults: Is It More Important to Be Optimistic or Not to Be Pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1345-1353.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141–156.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. In B. M. Lester, A. S. Masten & B. McEwen (Hrsg.), *Resilience in Children*, 1094 (S. 1-12). Oxford: Blackwell Publishing.
- Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In M. von Salisch (Hrsg.), *Emotionale Kompetenz entwickeln* (S. 3-30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martinez, I. M. & Schaufeli, W. B. (2003). Perceived Collective Efficacy, Subjective Well-Being And Task Performance Among Electronic Work Groups: An Experimental Study. *Small Group Research*, 34, 43-73.
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal Victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167-174.

- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Schachinger, H. E. (2005). *Das Selbst, die Selbsterkenntnis und das Gefühl für den eigenen Wert. Einführung und Überblick* (2. überarbeitete und ergänzte Aufl.). Bern: Huber.
- Schafer, J. L. & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147–177.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. In L.D. Cameron & H. Leventhal (Hrsg.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (S. 17-41). New York: Routledge.
- Schmitz, G.S. (2002). Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für emotional kompetentes Verhalten. In M. von Salisch (Hrsg.), *Emotionale Kompetenz entwickeln* (S. 207-225). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmitz, G.S. & von Salisch, M. (2002). *Emotionale Selbstwirksamkeit*. Verfügbar unter: http://web.fuberlin.de/gesund/skalen/Emotionale_Selbstwirksamkeit/emotionale_selbstwirksamkeit.htm [22.11.2013]
- Schok, M. L., Kleber, R. J., & Lensvelt-Mulders, G. (2010). A model of resilience and meaning after military deployment: Personal resources in making sense of war and peacekeeping experiences. *Aging & Mental Health*, 14, 328-338.
- Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251.
- Schütz, A. (2000). Das Selbstwertgefühl als soziales Konstrukt: Befunde und Wege der Erfassung. In W. Greve (Hrsg.), *Psychologie des Selbst* (S. 189-207). Weinheim: Beltz.

- Schütz, A. (2003). *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz* (2., aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwalbe, M. L. & Staples, C. L. (1991). Gender differences in sources of self-esteem. *Social Psychology Quarterly*, 54, 158–168.
- Schwarzer, R. (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1999). General perceived self-efficacy in 14 cultures. *Self-Efficacy assessment*. Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm> [21.02.2014].
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1988). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. S. (1999). Collective efficacy of teachers: A longitudinal study in ten German states. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 30, 262-274.
- Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects?. *Brain, Behavior and Immunity*, 19, 195-200.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407–441.
- Solberg Nes, L. & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235-251.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Srivastava, S., McGonigal, K. M., Richards, J. M., Butler, E. A. & Gross, J. J. (2006). Optimism in Close Relationships: How Seeing Things in a Positive Light Makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 143-153.
- Stadler, P. & Schärtel, B. (2007). *Psychische Fehlbelastungen von Rettungsdienstmitarbeitern und Optimierungsmöglichkeiten*. Unveröffentlichte Projektarbeit, Bayerische Gewerbeaufsicht, Mittelfranken, Deutschland.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello: ProQOL.org.

- Stanley, K. D., & Murphy, M. R. (1997). A comparison of general self-efficacy with self-esteem. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 123, 79-99.
- Smith, M. Redd, W., DuHamel, K. & Ricketts, P. (1999). Validation of the PTSD Checklist Civilian Version in Survivors of Bone Marrow Transplantation. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 485-499.
- Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 22-33.
- Teegen, F. & Cizmic, L. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 16 (2), 77-91.
- Teegen, F., Domnick, A., & Heerdegen, M. (1997). Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr – Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 4, 583-599.
- Teegen, F. & Yasui, Y. (2000). Traumaexposition und Posttraumatische Belastungsstörungen bei dem Personal von Rettungsdiensten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21 (1), 65-83.
- Thomas, J. L., Britt, T. W., Odle-Dusseau, H. & Bliese, P. D. (2011). Dispositional Optimism Buffers Combat Veterans from the Negative Effects of Warzone Stress on Mental Health Symptoms and Work Impairment. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 866-880.
- Tran, U.S., Glück, T.M., & Lueger-Schuster, B. (2013). Influence of personal and environmental factors on mental health in a sample of Austrian survivors of World War II with regard to PTSD: is it resilience?. *BMC Psychiatry*, 13, 1-10.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B. & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205–220.
- Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In O. F. Veiel (Hrsg.), *The meaning and measurement of social support* (S. 193-214). New York: Hemisphere Publ. Corp.
- Von Collani, G. & Herzberg, P. Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24, 3-7.

- Wagner, D., Heinrichs, M., Kerber, U., Wingenfeld, K., Hellhammer, D. H. & Ehler, U. (2001). Wirkfaktoren der Prävention sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Hochrisikopopulationen. In A. Maercker & U. Ehler (Hrsg.), *Psychotraumatologie* (S. 201-225). Göttingen: Hogrefe.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Wells, L. E. & Marwell, G. (1976). *Self-esteem. Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Whisman, M. A. & Kwon, P. (1993). Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1054–1060.

12. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1.</i> Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen.....	17
<i>Abbildung 2.</i> Mögliche Belastungen und Folgen eines Notfalls für Helfer.....	18
<i>Abbildung 3.</i> Unterschied zw. Wirksamkeits- und Ergebniserwartung	37
<i>Abbildung 4.</i> Das Shavelson-Modell.....	46
<i>Abbildung 5.</i> Altersverteilung (Jahre) in Gruppen.....	68
<i>Abbildung 6.</i> Familienstand	69
<i>Abbildung 7.</i> Geleistete Dienstzeit in Gruppen.....	70
<i>Abbildung 8.</i> Kein indirekter Effekt von Trauma-Exposition auf posttraumatische Belastung über sekundär traumatischen Stress	80
<i>Abbildung 9.</i> Indirekter Effekt von sozialer Unterstützung auf posttraumatische Belastung über Optimismus	86
<i>Abbildung 10.</i> Kein indirekter Effekt von problemorientiertem Coping auf posttraumatische Belastung über Optimismus	87
<i>Abbildung 11.</i> Kein indirekter Effekt von vermeidungsorientiertem Coping auf posttraumatische Belastung über Optimismus	88
<i>Abbildung 12.</i> Kein indirekter Effekt von Optimismus auf posttraumatische Belastung über kollektive Wirksamkeit	89
<i>Abbildung 13.</i> Totaler Mediatoreffekt von Selbstwert auf die Beziehung von sozialer Unterstützung und posttraumatischer Belastung.....	91

13. TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1</i> Einteilung von Belastungen in emotionale, kognitive und situative Aspekte	22
<i>Tabelle 2</i> Häufigkeitsangaben (in %) beruflich erlebter Traumata	71
<i>Tabelle 3</i> Häufigkeitsangaben (in %) nicht-beruflich erlebter Traumata	72
<i>Tabelle 4</i> Selbstberichtete PTBS-Symptomatik	73
<i>Tabelle 5</i> Sekundär traumatische Stress-Belastung	73
<i>Tabelle 6</i> Überblick über die Ausprägungen verschiedener personaler und sozialer Ressourcen	75
<i>Tabelle 7</i> Interkorrelationen zwischen den personalen und sozialen Ressourcen	76
<i>Tabelle 8</i> Item-Skala-Statistik der <i>Perceived Collective Efficacy Scale</i>	77
<i>Tabelle 9</i> Ergebnisse der blockweisen, multiplen Regressionsanalyse zur Vorhersage der posttraumatischen Belastung auf Basis verschiedener personaler und sozialer Ressourcen	82
<i>Tabelle 10</i> Einteilung der PCLC-Daten in geringste und stärkste posttraumatische Belastung mittels Perzentilen	83
<i>Tabelle 11</i> Unterschiede in den Copingstrategien zwischen gering und stark posttraumatisch belasteten Rettungs- und NotfallsanitäterInnen	84
<i>Tabelle 12</i> Ergebnisse der einfachen, linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der posttraumatischen Belastung durch die Anwendung von emotionsorientierten Copingstrategien	90

14. ANHANG

14.1. FRAGEBOGENBATTERIE



Liebe Kollegin/ Lieber Kollege!

Vielen Dank für die Bereitschaft, an meiner Diplomarbeitsstudie teilzunehmen!

Die Studie wird im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt und beschäftigt sich mit der Frage nach den Belastungen im Rettungsdienst und deren Auswirkungen.

Die Teilnahme erfolgt anonym. Sämtliche Daten werden streng vertraulich behandelt.

Andrea Döllinger
(a0607057@unet.univie.ac.at)

Andrea Döllinger, Fakultät für Psychologie, Universität Wien - 2013

1. Allgemeine Fragen zur Person

	männlich	weiblich		
1. Geschlecht:	☐	☐		
2. Alter: Jahre				
	ledig	in einer Beziehung	verheiratet	verwitwet
3. Familienstand:	☐	☐	☐	☐
	Hauptschule	Lehre	Matura/weiter- führende Schule	akadem. Ausbildung
4. Höchste abgeschlossene Schulbildung:	☐	☐	☐	☐
5. Wie lange arbeiten Sie schon hauptamtlich beim RK NÖ? Monate	Jahre			
		RS	NFS	
6. Welche Funktion haben Sie beim RK NÖ?	☐	☐		

2. Traumatische Berufserfahrung von Rettungssanitätern

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, wie häufig Sie bestimmte traumatische Erfahrungen in Ihrem beruflichen Alltag erlebt haben. Kreuzen Sie bitte die Häufigkeit an.

	nie	≥1	≥10	≥20
1.Reanimationssituationen				
2.Miterleben von Sterben/Tod bei Erwachsenen				
3.Betreuung von schwer verletzten Erwachsenen				
4.Betreuung von Verstümmelten (z.B. Amputation)				
5.Konfrontation mit bizarren Selbstmordfällen				
6.große Unglücksfälle mit zahlreichen Verletzten, Sterbenden, Toten				
7.Einsätze, die das eigene Leben bedrohten				
8.Einsätze, die zu eigener Verletzung führten				
9.ernsthafte Verletzungen von Kollegen bei Einsätzen				
10.Tod von Kollegen bei Einsätzen				
11.Selbstmord von Berufskollegen				
12.plötzlicher Kindstod (SIDS = Sudden Infant Death Syndrom)				
13.Betreuung schwer verletzter Kinder				
14.Miterleben von Sterben/Tod bei Kindern				

3. Secondary Traumatic Stress Scale

Wenn Sie Menschen helfen, treten Sie in direkten Kontakt mit deren Leben. Wie Sie möglicherweise festgestellt haben, kann Ihr Mitgefühl, das Sie jenen Menschen gegenüber aufbringen, Sie selbst in positiver und negativer Weise beeinflussen. Es folgen nun einige Fragen über ihre Erfahrungen als Helfer. Betrachten Sie jede der folgenden Fragen bezogen auf Sie selbst und ihre aktuelle Arbeitssituation. Wählen Sie diejenige Antwort, die ehrlich angibt, wie oft Sie diese Dinge in den letzten 30 Tagen erlebt haben.

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
1. Ich muss mich um mehrere Patienten kümmern.	1	2	3	4	5
2. Ich springe oder erschrecke durch unerwartete Geräusche.	1	2	3	4	5
3. Ich finde es schwierig, mein persönliches Leben und mein Leben als Sanitäter zu trennen.	1	2	3	4	5
4. Ich denke, dass ich vom traumatischen Stress meiner Patienten betroffen sein könnte.	1	2	3	4	5
5. Aufgrund meiner Tätigkeit als Sanitäter, fühlte ich mich wegen verschiedener Dinge gereizt.	1	2	3	4	5
6. Ich fühle mich aufgrund der traumatischen Erfahrungen von Patienten deprimiert.	1	2	3	4	5
7. Ich fühle mich als ob ich das Trauma eines Patienten wiedererlebe.	1	2	3	4	5
8. Ich vermeide bestimmte Tätigkeiten oder Situationen weil sie mich an die beängstigenden Erfahrungen von Patienten erinnern.	1	2	3	4	5
9. Als Folge meines Berufes, habe ich aufdringliche, beängstigende Gedanken.	1	2	3	4	5
10. Ich kann mich an wichtige Teile meiner Arbeit mit Trauma-Opfern nicht erinnern.	1	2	3	4	5

4. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilan Version

Nachstehend finden Sie eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebenserfahrungen aufweisen.

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem **im vergangenen Monat** als störend empfunden haben.

	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
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 aufgebraucht fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5
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
10. Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen?	1	2	3	4	5
11. 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

5. *Traumatic Life Event Questionnaire*

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.

1) Haben Sie eine Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe oder Erdbeben) miterlebt, wobei

a) eine Ihnen nahe stehende Person schwer verletzt oder getötet wurde,

b) Sie selbst gefährlich verletzt wurden, oder

c) Sie damit gerechnet haben, schwer verletzt oder getötet zu werden?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

2) Waren Sie jemals in einen Verkehrsunfall verwickelt, woraufhin Sie medizinischen Behandlung brauchten oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

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?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

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?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

5) Haben Sie jemals den unerwarteten, plötzlichen Tod eines engen Freundes bzw. Freundin oder einer geliebten Person miterlebt?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

6) Sind Sie jemals ausgeraubt worden oder haben Sie einen Raub miterlebt, bei dem der/ die Täter eine Waffe benutzten?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

7) Sind Sie jemals von einem Bekannten oder Fremden körperlich angegriffen worden?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

8) Haben Sie miterlebt, wie jemand von einem Fremden oder Bekannten körperlich angegriffen wurde, wobei das Opfer schwer verletzt oder getötet wurde?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

9) Wurde Ihnen jemals von einer Person angedroht, dass sie Sie töten oder körperlich schwer verletzen würde?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

Handelte es sich um eine/ einen...

Fremde/n Ja ☐ / Nein ☐

Freund/in oder Bekannte/n Ja ☐ / Nein ☐

Verwandte/en Ja ☐ / Nein ☐

Partner/in Ja ☐ / Nein ☐

10) Wurden Sie als Kind oder Jugendliche/r in einer Weise körperlich gestraft, dass Sie blaue Flecken, Verbrennungen, Schnittwunden oder Knochenbrüche davontrugen?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

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 Ihm/Ihr blaue Flecken, Verbrennungen oder Schnittwunden beibrachte)?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

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?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

13) Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der mindestens 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen / ihren Körper sexuell zu berühren?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

14) Vor Ihrem 13.Geburtstag: Hat jemand, der weniger als 5 Jahre älter war als Sie, gegen Ihren Willen oder ohne Ihr Einverständnis Ihren Körper in sexueller Weise berührt oder Sie dazu aufgefordert, seinen / ihren Körper sexuell zu berühren?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

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?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

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?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

Handelte es sich um eine/ einen..

Fremde/n Ja ☐ / Nein ☐

Freund/in Ja ☐ / Nein ☐

Bekannte/n Ja ☐ / Nein ☐

Verwandte/en Ja ☐ / Nein ☐

Partner/in Ja ☐ / Nein ☐

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)?

Nie ☐ 1-mal ☐ 2-mal ☐ 3-mal ☐ 4-mal ☐ 5-mal ☐ mehr als 5-mal ☐

Bitte beschreiben Sie diese Erfahrung:

18) Wenn Sie persönlich irgendeines der oben aufgelisteten Ereignisse miterlebt haben,

a) haben Sie während des Ereignisses intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt?

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen.

Frage/n Nummer : _____

b) sind Sie bei einem/ mehreren dieser Ereignisse schwer verletzt worden?

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen.

Frage/n Nummer: _____

c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:

in den letzten 2 Monaten passiert? Ja ☐ / Nein ☐

in den letzten 12 Monaten Passiert? Ja ☐ / Nein ☐

19) Welches (nur eines) der Ereignisse (die Ihnen selbst passiert sind) war für Sie am schlimmsten/ hat Sie am stärksten belastet?

Bitte geben Sie an, auf welche Frage Sie sich beziehen.

Frage Nummer: _____

Wie alt waren Sie, als dies das erste Mal passierte?

Alter: _____

(Keines der Ereignisse war belastend. ☐)

6. Fragebogen zur sozialen Unterstützung

In den folgenden Fragen geht es um die Beziehung zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienangehörigen, zu Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Bitte kreuzen Sie den zutreffenden Wert an.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	1	2	3	4	5
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	1	2	3	4	5
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	1	2	3	4	5
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	1	2	3	4	5
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	1	2	3	4	5
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	1	2	3	4	5
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	1	2	3	4	5
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	1	2	3	4	5
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	1	2	3	4	5
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	1	2	3	4	5
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	1	2	3	4	5
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	1	2	3	4	5
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkungen wohl fühle.	1	2	3	4	5
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	1	2	3	4	5

7. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala

Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.

	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft voll und ganz zu
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	1	2	3	4	5
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	1	2	3	4	5
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	1	2	3	4	5

8. Perceived Collective Efficacy Scale

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie und Ihr Arbeitsteam zutreffen.

	nie	selten	manchmal	oft	meistens
Ich bin von den Fähigkeiten meiner Gruppe, die Aufgaben sehr gut zu erledigen, überzeugt.	1	2	3	4	5
Meine Gruppe ist in der Lage schwierige Aufgaben zu lösen, wenn wir die notwendigen Anstrengungen aufbringen.	1	2	3	4	5
Ich bin sicher, dass meine Gruppe mit unvorhergesehenen Schwierigkeiten effektiv umgehen wird.	1	2	3	4	5
Meine Gruppe ist auf jeden Fall kompetent genug, um die Aufgabe zu lösen.	1	2	3	4	5

9. Rosenberg Self-esteem Scale

Es gibt keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten. Zutreffendes bitte ankreuzen!

	Ich bin entgegengesetzter Meinung	Stimme nicht überein	weder noch	Stimme überein	Stimme sehr überein
1. Im Großen und Ganzen bin ich zufrieden mit mir selbst	1	2	3	4	5
2. Manchmal denke ich, dass ich für überhaupt nichts gut bin. (U)	1	2	3	4	5
3. Ich glaube, ich habe eine Menge guter Eigenschaften.	1	2	3	4	5
4. Ich kann Dinge genau so gut machen, wie die meisten anderen Leute auch.	1	2	3	4	5
5. Ich glaube, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann (U)	1	2	3	4	5
6. Sicherlich fühle ich mich auch manchmal nutzlos.	1	2	3	4	5
7. Ich glaube, dass ich eine geschätzte Person bin, mindestens auf dem selben Niveau wie die anderen.	1	2	3	4	5
8. Ich wünschte, ich hätte mehr Achtung vor mir selbst. (U)	1	2	3	4	5
9. Alles in allem neige ich zu dem Gefühl, dass ich ein Versager bin. (U)	1	2	3	4	5
10. Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst.	1	2	3	4	5

10. Life Orientation Test – Revised Version

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	trifft ausge- sprochen zu	trifft etwas zu	teils/teils	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
1. Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	1	2	3	4	5
2. Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.	1	2	3	4	5
3. Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	1	2	3	4	5
4. Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	1	2	3	4	5
5. In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	1	2	3	4	5
6. Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	1	2	3	4	5
7. Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen	1	2	3	4	5
8. Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	1	2	3	4	5
9. Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	1	2	3	4	5
10. Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	1	2	3	4	5

11. Coping Inventory for Stressful Situations

Anbei befinden sich einige Aussagen, die die Art und Weise beschreiben, wie Sie mit Schwierigkeiten zurechtgekommen sind. Wir wollen sowohl herausfinden wie Sie sich verhalten und gefühlt haben, als auch was Sie unternommen haben oder immer noch tun um die Situation zu erleichtern.

Geben Sie bitte für jede der angeführten Verhaltensweisen an, inwieweit diese auf Sie zutreffen und kreuzen Sie die dazugehörige Nummer an.

	trifft nicht zu	trifft weniger zu	trifft durch- schnittlich zu	trifft teilweise zu	trifft zu
Ich bin darum bemüht mir Zeit zu nehmen und die Situation zu meiden.	0	1	2	3	4
Ich bin auf das Problem fokussiert und habe über eine mögliche Lösung nachgedacht.	0	1	2	3	4
Ich mache mir Vorwürfe und gebe mir die Schuld an meiner Lage.	0	1	2	3	4
Ich gönne mir mein Lieblingsessen.	0	1	2	3	4
Ich habe Angst, dass es keine Möglichkeit gibt, sich der Situation zu stellen.	0	1	2	3	4
Ich denke darüber nach wie ich in ähnlichen Situationen zu einer Lösung kam.	0	1	2	3	4
Ich besuche einen Freund/ eine Freundin.	0	1	2	3	4
Ich bestimme die Richtung meines Vorgehens und befolge sie.	0	1	2	3	4
Ich mach einen Einkaufsbummel und kaufe mir etwas.	0	1	2	3	4
Ich mache mir Vorwürfe weil ich in der Situation zu emotional reagiert habe.	0	1	2	3	4
Ich war bemüht mehr über die Situation zu erfahren.	0	1	2	3	4
Ich reagiere auf die Situation mit Trauer	0	1	2	3	4
Ich ergreife unmittelbar Maßnahmen, um die Situation zu verbessern.	0	1	2	3	4
Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß, wie ich mit der Situation umgehen soll.	0	1	2	3	4
Ich verbringe viel Zeit mit einer mir nahestehenden Person.	0	1	2	3	4
Ich denke über das Erlebte nach und lerne aus meinen Fehlern.	0	1	2	3	4

Ich wünsche mir in der Lage zu sein, dass, was passiert ist und wie ich mich dabei gefühlt habe, zu ändern.	0	1	2	3	4
Ich gehe zum Essen aus.	0	1	2	3	4
Ich analysiere das Problem bevor ich etwas unternehme.	0	1	2	3	4
Ich fokussiere mich auf meine allgemeinen Makel und Schwächen.	0	1	2	3	4
Ich telefoniere mit Freunden.	0	1	2	3	4

14.2. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

Wien, am _____

14.3. CURRICULUM VITAE

PERSÖNLICHE DATEN

Name:	Andrea Döllinger
Staatsangehörigkeit:	Österreich
E-Mail Adresse	andrea.doellinger@hotmail.com

STUDIUM UND AUSBILDUNG

10/2007 – Dato	Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien
10/2007 – 06/2008	Bachelorstudium Bildungswissenschaften an der Universität Wien
10/2006 – 06/2007	Diplomstudium Pharmazie an der Universität Wien
09/1998 – 06/2006	Konrad-Lorenz-Gymnasium, Gänserndorf, Matura mit gutem Erfolg

BERUFSERFAHRUNG

07/2013 – 09/2013	Praktikum Autistenzentrum Arche Noah
02/2012 – 10/2012	wissenschaftlicher Mitarbeiter, Rehabzentrum Liesing, Physikalisches Institut GmbH (Studie des Karl Landsteiner Instituts für ambulante Reha-Forschung)
06/2011 – 08/2011	Praktikum Lehr- und Forschungspraxis der Universität Wien, Institut für Klinische und Gesundheitspsychologie
07/2010	Praktikum Therapieinstitut Keil, Therapie und Pädagogik für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung
09/2006 – Dato	Rettungssanitäter (ehrenamtlich), Rotes Kreuz Niederösterreich, Bezirksstelle Gänserndorf

SPRACHKENNTNISSE

Deutsch	Muttersprache
Englisch	Fortgeschritten
Französisch	Fortgeschritten