



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Auswirkungen von posttraumatischer
Belastungsstörung und Cluster-B-
Persönlichkeitsstörungen auf Emotionsregulation,
Umgang mit Ärger und psychische Flexibilität“

verfasst von / submitted by

Oskar Loschan, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
Abstract	6
1 Einleitung.....	7
2 Theoretischer Hintergrund.....	8
2.1 Geschichte der Erziehungsheime der Stadt Wien.....	8
2.2 Aufarbeitung der Heimvergangenheit	9
2.3 Formen der Gewalt in den Wiener Landesjugendheimen	10
2.4 Psychische Folgen der erlebten Gewalt	11
2.4.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	13
2.4.2 Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen.....	14
2.5 Emotionen und Emotionsregulation bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen.....	15
2.6 Die Emotion Ärger in Zusammenhang mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen.....	17
2.7 Psychische Flexibilität in Verbindung mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen.....	19
2.8 Behandlungsansätze und ihre Wirksamkeit.....	20
2.9 Zielsetzung der Studie	21
3 Methode.....	22
3.1 Untersuchungsdurchführung	22
3.2 Beschreibung der Stichprobe	23
3.2.1 Ausbildungsgrad	23
3.2.2 Belastende Lebensereignisse	24
3.2.3 Psychische Störungen.....	26
3.2.4 Behandlung	26
3.3 Messinstrumente	27
3.3.1 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).....	27
3.3.2 State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI).....	28
3.3.3 Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II).....	28
3.3.4 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID).....	29
3.4 Fragestellungen und Hypothesen	30
3.4.1 Fragestellung 1 (psychische Flexibilität)	30
3.4.2 Fragestellung 2 (Umgang mit negativen Emotionen)	31

3.4.3 Fragestellung 3 (Ärger).....	32
3.5 Statistische Auswertung.....	33
4 Ergebnisse	34
4.1 Fragestellung 1 (psychische Flexibilität)	34
4.2 Fragestellung 2 (Umgang mit negativen Emotionen)	37
4.3 Fragestellung 3 (Umgang mit Ärger).....	41
5 Diskussion.....	48
6 Limitationen und Ausblick.....	55
Literaturverzeichnis.....	56
Anhang	64
1 Abbildungsverzeichnis.....	64
2 Tabellenverzeichnis.....	65
3 Lebenslauf	66

Zusammenfassung

Ziel der Studie war es herauszufinden, ob die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Antisoziale sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung einen Einfluss auf Bereiche der Emotionsregulation, die psychische Flexibilität und die Verarbeitung von Ärger besitzen. Dazu wurde im Rahmen der Wiener Heimstudie eine Stichprobe von 133 ehemaligen Heimkindern untersucht, die sich nach Aufruf durch eine Opferschutzorganisation freiwillig zur Teilnahme gemeldet hatten. Als Untersuchungsinstrumente kamen eine Fragebogenbatterie als Paper-Pencil-Verfahren sowie ein diagnostisches Interview zum Einsatz. Jede/r TeilnehmerIn berichtete von zumindest einem traumatischen Lebensereignis in der Vergangenheit, meist in Form von psychischer, physischer und/oder sexualisierter Gewalt. Die Prävalenz für Störungsdiagnosen nach DSM-IV war auffällig hoch. Auf 16% der TeilnehmerInnen trafen die Kriterien für eine PTBS zu, auf 22.9% die für eine der genannten Persönlichkeitsstörungen und auf 19.1% die für komorbide PTBS und Persönlichkeitsstörung. Die restlichen 42% dienten als Kontrollgruppe und erfüllten teilweise andere Diagnosekriterien. Außerdem wurde verglichen, ob sich Personen, die sich aktuell in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden (n=53), in den Testskalen als positiver beschreiben. Um Gruppenunterschiede festzustellen, wurden Varianzanalysen berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Personen mit komorbider PTBS und Persönlichkeitsstörung meist nicht signifikant von Personen unterscheiden, die ausschließlich mit PTBS diagnostiziert wurden, dass also kein additiver Effekt besteht. Es scheint, dass die PTBS einen größeren Effekt auf die untersuchten psychologischen Konstrukte hat als die diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen. Erklärungsansätze und eine spezifischere Klassifizierung von Störungen, die aus langdauernden psychischen Traumata in Kindheit und Jugend entstehen, werden diskutiert.

Abstract

The aim of the study was to find out whether posttraumatic stress disorder (PTSD), antisocial and borderline personality disorder have an impact on areas of emotion regulation, on psychological flexibility and the ability to process anger. In the context of the Vienna Institutional Abuse Study, a sample of 133 former institutionalized children volunteered to participate, after receiving an invitation from a victim support organisation. The research instruments were a paper-pencil questionnaire battery and a diagnostic interview. Each participant reported at least one past traumatic life event, mostly in the form of psychological, physical and sexual violence. The prevalence for disorder diagnoses according to DSM-IV was remarkably high. The study showed that 16% met the criteria for PTSD, 22.9% met those for the above-named personality disorders and 19.1% those for comorbid PTSD and personality disorders. The remaining 42% served as a control group and complied with diagnostic criteria for other disorders. It was also compared whether those currently in psychological or psychotherapeutic treatment (n=53), described themselves as more positive on the test scales. To determine differences between the groups, analysis of variance were calculated. The results show that individuals with comorbid PTSD and personality disorders usually do not differ significantly from individuals diagnosed exclusively with PTSD, so there is no additive effect. It seems that PTSD has a greater effect on the mentioned psychological constructs than the diagnosed personality disorders. Explanations and a more specific classification of disorders arising from prolonged psychological trauma in childhood and adolescence are discussed.

1 Einleitung

Der Begriff Trauma im psychologischen Sinn wird in den letzten Jahren außerhalb des Fachbereichs zunehmend inflationär verwendet. Und gerade in den Zeiten von Flucht vor Krieg, Folter und anderen Verbrechen gegen die Menschlichkeit ist diese Thematik in der Öffentlichkeit präsenter und aktueller denn je. Oberflächlich betrachtet gelten psychische Traumata als schädlich, aber es wird kaum über die spezifischen Probleme im Alltag der Betroffenen berichtet. In der Bevölkerung herrscht wenig Bewusstsein für die Folgen von traumatischen Erlebnissen. Daher kommt vermutlich auch die häufige Verwendung eines Begriffes, der absolute Ausnahmestände beschreibt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit solchen Ausnahmeständen, die über Jahrzehnte bis in die 1980er Jahre in den Wiener Kinder- und Landesjugendheimen tägliche Realität waren. In schockierenden Berichten von ehemaligen Zöglingen und MitarbeiterInnen wurde dieses traurige Kapitel der österreichischen Nachkriegsgeschichte dokumentiert und erst vor wenigen Jahren ans Tageslicht gebracht (u.a. Weiss, 2012). Darin werden physische, psychische und sexuelle Gewalttaten beschrieben, die die Vorstellungskraft der meisten Menschen übersteigen.

Man kann nun fragen: Warum sollte man sich mit etwas beschäftigen, das so lange zurückliegt, wo die Zeit doch alle Wunden heilt? Wenn man die Berichte liest und sich mit den Betroffenen beschäftigt, erkennt man jedoch schnell, dass Traumata nicht einfach verheilen. Sie hinterlassen Spuren und haben Folgen. Diese Folgen beschränken sich nicht nur auf psychische Probleme und psychiatrische Störungen. Sie können außerdem Probleme im Beziehungs- und Sozialverhalten schaffen und beeinträchtigen in den meisten Fällen auf die eine oder andere Weise das gesamte weitere Leben. Gerade die Betroffenen, die in der Wiener Heimstudie zu Wort kommen, wurden lange ignoriert, und ihrem Aufzeigen der damaligen Zustände wurde keine Plattform geboten.

Diese Arbeit beschäftigt sich auf einer wissenschaftlichen Ebene mit der Posttraumatischen Belastungsstörung, komorbiden Persönlichkeitsstörungen und deren Auswirkungen auf Emotionsregulation, Ärger und psychische Flexibilität. Doch halte ich es für wichtig, zwischen Zahlen und statistischen Verfahren immer die menschliche Ebene mit zu betrachten und den Versuch anzustellen zu verstehen, welche Auswirkungen die damaligen Taten auf das alltägliche Leben der Betroffenen haben. Daher will ich die Arbeit auch mit einer kurzen Einführung in den Bereich der Kinder- und Jugendfürsorge in Wien beginnen, um zumindest ansatzweise die Zustände und Vergehen begreifbar zu machen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Geschichte der Erziehungsheime der Stadt Wien

Die Geschichte der Erziehungsheime der Stadt Wien soll hier nur als kurzer Umriss zusammengefasst werden, um zu verstehen, durch welche Instanzen die Kinder und Jugendlichen gehen mussten. Vorgänger der kommunalen Fürsorge Wiens war die schon bestehende Armenfürsorge. Die christlich-soziale Stadtverwaltung unter Karl Lueger sah Armut als Selbstverschulden und Arbeitsscheu an. Es kam zu einer Reform des öffentlichen Fürsorgewesens, und eine Erziehung zur Arbeit sollte etabliert werden. Die Einführung der Berufsvormundschaft war das Ergebnis. Dies bedeutete, dass alle Kinder, die unehelich geboren wurden oder einen Vater hatten, der nicht ausreichend für sie sorgen konnte, einen Berufsvormund erhielten. Ab 1922 übernahm die Gemeinde Wien die Generalvormundschaft für alle Kinder, für die die Gefahr der „Verwahrlosung“ bestand. Verwahrlosung galt als relative Abweichung vom patriarchal-bürgerlichen Familienmodell (z.B. uneheliches Kind, Arbeitslosigkeit des Vaters etc.). Im Jahr 1925 wurden für alle Haushalte, in denen vor Kurzem ein Kind geboren wurde, Hausbesuche durch Fürsorgerinnen der Stadt Wien eingeführt. Diese Fürsorgerinnen entschieden dann über den Verbleib des Kindes in der Familie oder die Abnahme. Bei einer Abnahme kam es zur Erstellung eines Gutachtens durch die Erziehungsberatung und den psychologischen Dienst (Sieder, Smioski, Eich, & Kirschenhofer, 2012).

Die Kinder kamen währenddessen in die Kinderübernahmestelle (KÜSt) der Stadt Wien, wo sie sich einer dreiwöchigen klinischen Beobachtung (Leibesvisitationen, psychologische Tests) unterziehen mussten. Die Ergebnisse wurden mit Normen zur „normalen Entwicklung“ von Kindern verglichen. Tests und Normen entstanden zu dieser Zeit und wurden über Jahrzehnte beibehalten. Danach wurden die übernommenen Kinder in ein Kinderheim der Stadt, ein privates Kinderheim mit Vertragspartnerschaft mit der Stadt oder zu Pflegeeltern überstellt. Eine Rückstellung an die Eltern oder andere Verwandte war relativ selten. Auch aus der KÜSt gibt es zahlreiche Berichte von Übergriffen und Gewalt gegenüber den dort übernommenen Kindern (Böhler, 2007; Sieder et al., 2012).

Während der NS-Zeit wurden die Strukturen der Jugendfürsorge größtenteils beibehalten, jedoch wurden Eugenik und die sogenannte Rassenhygiene maßgebend für Entscheidungen der Fürsorge (z.B. medizinische Experimente und Ermordung von Kindern am Spiegelgrund; Malina, 2007). Nach Kriegsende wurde ein Großteil des Personals von damals übernommen oder nach

kurzer Zeit wieder in Dienst gestellt. Die 1950er Jahre waren demnach immer noch von der Ideologie und dem Vorgehen der NS-Zeit geprägt. Dies war sicherlich mitverantwortlich für die exzessive Gewalt, die in den 1950er Jahren in den Heimen an der Tagesordnung stand. Weiters gab es viel mehr Kinder, die durch den Krieg keinen Vater hatten und überwiesen wurden (Sieder et al., 2012).

Die Ausbildung der ErzieherInnen war oft nur schlecht oder gar nicht vorhanden. Im Jahr 1973/74 brachte eine Befragung von ErzieherInnen hervor, dass ein Drittel keine Ausbildung im Bereich der Sozial- und Pflegeberufe absolviert hatte. Im selben Forschungsbericht wird auch die mangelnde externe Kontrolle der Heime hervorgehoben, vor allem der privaten (Leirer, Fischer, & Halletz, 1976). Die Einschulung erfolgte durch Dienstältere, die ihre Überzeugungen und oft gewaltvollen Methoden weitergaben. Das soll nicht bedeuten, dass alle ErzieherInnen sich gewaltbereit gegenüber den Kindern verhielten, aber Bestrafung war das zentrale Mittel der Erziehung. Dazu zählten Briefzensur, Kontaktsperre, psychische Gewalt in all ihren Formen (z.B. Erniedrigung, Verängstigung,...), physische Gewalt (Tritte, Schläge mit Gegenständen,...) sowie sexuelle Gewalt. Dies war zu dieser Zeit teilweise auch in den Familien der Fall, jedoch in einem meist geringeren Ausmaß. Außerdem kamen für die Heimkinder noch die extreme Isolierung, die meist fehlenden Bezugspersonen sowie die Gewalt zwischen den Kindern hinzu (Sieder et al., 2012).

Eine erste Reformbewegung setzte erst ab den 1970er Jahren ein. Im Jahr 1971 kam es zur Bildung einer Kommission, die sich mit der Heimerziehung und ihren Methoden beschäftigte. Diese kam zum Schluss, dass Strafe kein brauchbares Mittel zur Erziehung sei, thematisierte die vorhandene Gewalt in den Heimen jedoch keineswegs (Spiel, 1971). So dauerte die Reformierung der Heimstruktur von großen kasernenartigen Heimen zu kleineren betreuten Wohngemeinschaften noch bis Ende der 1990er Jahre. Die in Julius-Tandler-Familienzentrum umbenannte KÜSt wurde erst 1998 im Zuge der „Heim 2000“-Reform geschlossen (MAG Elf, 2004).

2.2 Aufarbeitung der Heimvergangenheit

Jahrzehntelang waren die Vorfälle in den Heimen ein Tabuthema. Betroffene konnten oder wollten nicht über die erlebte Gewalt berichten, aus Angst vor Zurückweisung sowie Ungläubigkeit in der Gesellschaft und der sehr schmerzhaften Auseinandersetzung mit der Vergangenheit. Erst Ende des Jahres 2010 erfolgte der öffentliche Auftrag der Stadt Wien, die Heimunterbringung in den 1950er bis 1980er Jahren aufzuarbeiten. Es sollten die Umstände

der Unterbringung untersucht werden und die Folgen für die Betroffenen beleuchtet werden (Sieder et al., 2012). Weiters wurde dem Weißen Ring, einem Verein für Opferschutz bei Gewalttaten, der Auftrag erteilt, die Opfer zu entschädigen. Das geschah, wenn sich die Betroffenen selbstständig beim Weißen Ring gemeldet hatten und ihr Fall aufgenommen und überprüft worden war. Außerdem wurde 2011 eine Kommission zur Untersuchung des 1977 geschlossenen Heimes am Wilhelminenberg eingesetzt (Helige, John, Schmucker, & Wörgötter, 2013).

Bis zum Jahresende 2013 meldeten sich über 2000 Personen beim Weißen Ring, die einen Entschädigungsanspruch aufgrund am eigenen Leib erlebter Gewalt in den Wiener Landesjugendheimen stellten. Seitdem stieg die Zahl der gemeldeten Fälle noch weiter an. Die angegebenen Vorfälle beschränken sich keineswegs auf einige wenige Heime, sondern aus beinahe allen Institutionen liegen Berichte über direkte Gewalterfahrungen früherer Heimkinder vor (u.a. Weiss, 2012). Die psychischen Folgen sowie Schwierigkeiten der Entwicklung nach der Heimzeit werden in der momentan laufenden Wiener Heimstudie untersucht und in mehreren Arbeiten veröffentlicht. Zuerst werde ich auf die Gewaltformen eingehen, die von ehemaligen Heimkindern berichtet wurden und die zu den psychischen Störungsbildern führen können, die in dieser Studie genauer betrachtet werden.

2.3 Formen der Gewalt in den Wiener Landesjugendheimen

Psychische Gewalt kann sich in Form von Isolation, Beschimpfungen, Drohungen, Nötigungen, Abwertung und Belästigung auf emotionaler Ebene äußern. Diese Gewaltform ist meist auch Teil aller anderen Formen von Gewalt. Psychische Gewalt kann Kindern sowohl bewusst als auch unbewusst zugefügt werden. Außerdem gilt auch das Unterlassen bestimmter Handlungen, wie zum Beispiel Liebesentzug, als psychische Gewalt. Aufgrund fehlender objektiver Anhaltspunkte ist sie besonders schwer zu identifizieren.

Physische Gewalt beinhaltet alle Arten des Zufügens von körperlichem Schaden. Dazu gehören Schläge, Tritte, das Angreifen mit Gegenständen bis hin zu Mordversuchen oder Mord. Die Unterschiede im Schweregrad und den Folgen sind hierbei massiv. Gerade bei dieser Form von Gewalt muss immer die gesellschaftliche und historische Ebene mitbetrachtet werden. Das bedeutet, dass teilweise leichte Ausprägungen körperlicher Gewalt toleriert, wenn nicht sogar als Erziehungsmethode akzeptiert wurden, während schwere Ausprägungen Sanktionen nach sich zogen oder ziehen hätten sollen.

Sexualisierte Gewalt beschreibt alle sexuellen Handlungen, die einer anderen Person aufgedrängt werden. Diese Form von Gewalt ist ein Missbrauchen von Macht. Sie ist kein Ausleben unkontrollierbarer Triebe und kann von sexueller Belästigung bis hin zu Vergewaltigung reichen (Bundesministerium für Familie und Jugend, 2015).

Eine Spezialform der Gewalt, die für die Situation der ehemaligen Heimkinder von besonderer Bedeutung ist, wird durch die institutionalisierte oder strukturelle Gewalt beschrieben. Diese geht nicht direkt von einem Täter aus, sondern von der Gesellschaft beziehungsweise der gesamten Umwelt, in der eine Person sich befindet. Geprägt wird sie durch die ungleichen Machtverhältnisse zwischen zwei oder mehreren Gruppen (z.B. ErzieherInnen und Zöglinge). Diese ungleichen Verhältnisse erzeugen ungleiche Chancen und verhindern ein Beenden der Gewalt für die schwächere der beiden Gruppen (Galtung, 1969). Die strukturelle Gewalt äußert sich in den verschiedenen weiter oben beschriebenen Formen.

2.4 Psychische Folgen der erlebten Gewalt

Die Forschung der letzten Jahre konnte zeigen, dass traumatische Erlebnisse und das Erleben von Gewalt und Vernachlässigung häufig in der Kindheit und Jugend erfahren werden (Anda et al., 2006; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2009; Iffland, Brähler, Neuner, Häuser, & Glaesmer, 2013). Weiters konnte gezeigt werden, dass die negativen Folgen für die Gesundheit sich auf unterschiedliche Lebensbereiche erstrecken und sowohl biologische als auch psychische sind (Anda et al., 2006; Burke, Hellman, Scott, Weems, & Carrion, 2011; Keyes et al., 2012). In einer Langzeitstudie von Young und Widom (2014) wurde auch eine Auswirkung von Gewalterlebnissen und Vernachlässigung in der Kindheit auf das Erkennen von Emotionen im mittleren Erwachsenenalter gefunden. Je mehr dieser potentiell traumatischen Ereignisse erlebt werden, umso wahrscheinlicher wird eine negativere Entwicklung und auch die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Darves-Bornoz et al., 2008; Wu, Schairer, Dellor, & Grella, 2010). Traumatische Erlebnisse in der Kindheit stellen außerdem einen der wichtigsten Risikofaktoren für das Erkranken an einer PTBS bis ins Erwachsenenalter dar (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer, & Brähler, 2008).

Das Erleben von Traumata geht jedoch nicht nur mit negativen (Langzeit-)Folgen einher, sondern steht auch in Zusammenhang mit zahlreichen psychischen Störungsbildern, die als Komorbiditäten auftreten können. So konnte gezeigt werden, dass kumulative Traumata in Kindheit und Jugend nicht nur mit erhöhten Symptomen einer PTBS, sondern auch mit erhöhter

depressiver Symptomatik einhergingen (Suliman et al., 2009). Zusätzlich gehen Symptome einer PTBS mit Substanzmissbrauch und aggressivem Verhalten einher. Dies ist besonders häufig bei Personen mit ausgeprägtem externalisierendem Verhalten zu erwarten (Campbell, Renshaw, & Richter, 2015). Das wiederholte und langdauernde Erleben von Gewalt, vor allem im Kontext der Heimunterbringung, führt zum Erleben eines *Typ-II-Traumas* (American Psychiatric Association, 1995). In der neueren Forschung wird bei Erlebnissen dieser Art von komplexer Traumatisierung gesprochen (z.B. Lawson & Quinn, 2013). Damit beschrieben wird eine Aussetzung in Kindheit und/oder Jugend gegenüber ernsthaften Stressoren und eben genannten Gewaltformen durch einen verantwortlichen Erwachsenen im Betreuungssystem. Dies führt bei vielen Betroffenen zu Schwierigkeiten in der Selbstregulation, in Beziehungen, zu Aufmerksamkeitsproblemen und einer Hemmung der allgemeinen psychosozialen Entwicklung sowie zum vermehrten Auftreten einer PTBS (Lueger-Schuster et al., 2014b). Oft wird bei Traumatisierungen dieser Art in der Kindheit auch von Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung mit einem speziellen Verlauf und eigenem Symptomkomplex gesprochen, und eine Aufnahme in die Diagnosemanuale wird diskutiert (Cloitre et al., 2009). Diesem vorgeschlagenen Störungsbild wird immer wieder eine sehr starke Ähnlichkeit mit PTBS und komorbider Borderline-Persönlichkeitsstörung nachgesagt (zusammenfassend: Fiedler, 2003). Eine aktuelle Studie zeigt eine Abgrenzung der Störungsbilder voneinander auf und merkt an, dass die Störungen unterschiedliche Behandlungsansätze erfordern (Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014). Doch auch die antisoziale Persönlichkeitsstörung steht in Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit. So werden selbst erlebte Gewalt, fehlende elterliche Modelle und das Erlernen eines grundsätzlichen zwischenmenschlichen Misstrauens als Teile einer Erklärung zur Entwicklung dieser Persönlichkeitsstörung herangezogen (Fiedler, 2007).

In einer groß angelegten Studie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Symptomen einer PTBS und beinahe allen Achse-I-Störungen des *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1995) sowie der Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen. In derselben Studie wurde auch der Zusammenhang zwischen der PTBS und einer niedrigeren psychosozialen Funktionsfähigkeit aufgezeigt (Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2011).

In dieser Arbeit werde ich mich auf die Posttraumatische Belastungsstörung sowie die Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen konzentrieren, um deren Einfluss auf die Emotionen und damit zusammenhängende regulative Fähigkeiten der Menschen zu erfassen. Im folgenden Abschnitt werden die genannten Störungen vorgestellt.

2.4.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die PTBS wird laut DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) in sechs Kriterien von A–F eingeteilt.

- A-Kriterium: Die Person erlebte, war Zeuge von beziehungsweise wurde mit einem Ereignis konfrontiert, das ernsthafte bis tödliche Verletzungen oder eine ernsthafte Bedrohung der Unversehrtheit für einen selbst oder andere zur Folge hatte. Die Person reagierte darauf mit großer Furcht, Entsetzen oder Hilflosigkeit.
- B-Kriterium: Das traumatische Erlebnis wurde auf eine oder mehrere Arten wiedererlebt, zum Beispiel durch Gedanken oder Albträume; außerdem ein Auftreten von Gefühlen und Handlungsabläufen, als ob das Ereignis momentan wiedererlebt werden würde; schließlich auch starken Stress, wenn durch bestimmte Reize an das Ereignis erinnert wird, sowie eine erhöhte physiologische Reaktivität.
- C-Kriterium: Vermeidung von Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern, und ein Abstumpfen der allgemeinen Reaktionsfreudigkeit. Dazu gehört das aktive Vermeiden von Gedanken, Gefühlen und Gesprächen über das Ereignis. Weiters das Vermeiden von Aktivitäten, Orten und Personen, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen. Die Unfähigkeit, wichtige Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern, vermindertes Interesse oder Teilnahme an Aktivitäten. Außerdem ein Gefühl der Distanziertheit anderen Menschen gegenüber, eine eingeschränkte emotionale Reaktionsfähigkeit und eine pessimistische Wahrnehmung der Zukunft.
- D-Kriterium: Eine höhere grundlegende Erregung als vor dem traumatischen Ereignis, wie zum Beispiel Einschlaf- sowie Durchschlafprobleme, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Wachsamkeit und übertriebene Schreckhaftigkeit.
- E-Kriterium: Die Dauer der Symptome (Kriterium B, C, und D) ist länger als ein Monat.
- F-Kriterium: Die Störung verursacht einen klinisch-relevanten Stresslevel oder eine Einschränkung im sozialen, beruflichen oder einem anderen wichtigen Bereich des täglichen Lebens.

Die Diagnosekriterien für Kinder weichen etwas ab, werden jedoch in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da es sich um eine Stichprobe Erwachsener handelt. Im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) werden einige besondere Auswirkungen genannt. Dazu gehören eingeschränkte Emotionsregulation, impulsives und selbstzerstörerisches Verhalten, Gefühle

der Scham, Verzweiflung beziehungsweise Hoffnungslosigkeit und Probleme in sozialen Beziehungen oder Rückzug von diesen. Insgesamt zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz von 7.8%, an einer PTBS zu erkranken (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

2.4.2 Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind laut DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) überdauernde Veränderungen innerer Erfahrungen einer Person sowie des Verhaltens, die stark von den Erwartungen der Kultur des Individuums abweichen. Diese Abweichungen sind unflexibel und in so gut wie allen Situationen des Lebens gegenwärtig. Die Störung beginnt meist in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter und erzeugt Einschränkungen in wichtigen Bereichen des alltäglichen Lebens beziehungsweise starken Stress. Außerdem dürfen sich die oben beschriebenen Kriterien nicht besser durch eine andere Störung erklären lassen oder Effekt einer Substanz beziehungsweise Auswirkung von anderen medizinischen Problemen sein.

Die Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen umfassen:

- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Genauer behandelt werden in Folge die Antisoziale sowie die Borderline-Persönlichkeitsstörung, da diese im vorgegebenen diagnostischen Interview erfragt wurden.

Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung wird durch ein überdauerndes Muster der Missachtung von Regeln und Verletzung der Rechte Anderer charakterisiert. Dazu zählen das Missachten von sozialen Normen und Gesetzen und damit begründete Festnahmen. Betrügen anderer zum eigenen Vorteil sowie Impulsivität und Probleme, Zukunftspläne zu entwerfen. Außerdem hohe Reizbarkeit und Aggressivität beziehungsweise dadurch entstandene Schlägereien oder Angriffe. Weiters Verantwortungslosigkeit hinsichtlich Arbeit oder finanziellen Angelegenheiten sowie fehlende Reue, wenn anderen Menschen Schaden zugefügt wurde. Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung wird nur bei Personen über 18 Jahren diagnostiziert, die schon vor dem 15. Lebensjahr Symptome einer Störung des Sozialverhaltens aufweisen sowie wenn die Symptome nicht aufgrund eines anderen Störungsbildes auftreten. Die Antisoziale

Persönlichkeitsstörung ist vor allem im Bereich der forensischen Psychiatrie und Psychologie von Bedeutung, da sie mit Psychopathie und mit kriminellem Verhalten positiv korreliert (z.B. Riser & Kosson, 2013). Zwar wird in der Literatur öfter davon berichtet, dass kriminelles Verhalten im Alter abnimmt, doch bleiben Einschränkungen im Sozialleben vorhanden. So zeigen sich häufig Probleme in Beziehungen sowie bei der Erziehung der eigenen Kinder (Black, Baumgard, & Bell, 1995).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird durch impulsives Verhalten sowie eine Instabilität der interpersonellen Beziehungen, des Selbstbildes und der Emotionen charakterisiert. Dazu zählen extremer Aufwand, sich gegen reales oder eingebildetes Verlassenwerden zu wehren. Intensive aber instabile interpersonelle Beziehungen sowie ein instabiles Bild über die eigene Person. Impulsives Verhalten in Bereichen, die zu Selbstschädigung führen können (Sexualverhalten, Substanzmissbrauch, Geld ausgeben,...). Wiederkehrende Suizidandrohungen, Suizidversuche oder selbstverletzendes Verhalten. Ein dauerhaftes Gefühl der Leere, unangebrachter und intensiver Ärger oder Probleme, diesen zu kontrollieren, sowie paranoide Gedanken und dissoziative Symptome (American Psychiatric Association, 1995).

Es konnte gezeigt werden, dass Traumata in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter erhöhen. So werden häufigere Diagnosen von narzisstischer, antisozialer und Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet (Grover et al., 2007). Bei einem Vergleich einer Patientengruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Kontrollgruppe zeigte sich, dass 96% aller Personen in der Patientengruppe angaben, in der Kindheit ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben (Bandelow et al., 2005). In der Allgemeinbevölkerung konnte eine Prävalenz von 0.2% bis 3.0% für das Auftreten einer antisozialen Persönlichkeitsstörung gefunden werden (Fiedler, 2007). Bei Personen mit der Diagnose einer PTBS zeigte sich allerdings, dass 10%–54% auch die Mindestkriterien einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erfüllten (Fiedler, 2003).

2.5 Emotionen und Emotionsregulation bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen

Bei Emotionen handelt es sich um ein komplexes Phänomen, das mit einer Veränderung verschiedener Komponenten einhergeht. Emotionen bestehen aus einer physiologischen Komponente (z.B. Anstieg der Herzfrequenz), einer Verhaltenskomponente (z.B. Gestik) und

einer Erlebniskomponente (oft als Gefühl bezeichnet). Die letztgenannte ist nur der erlebenden Person selbst zugänglich und kann daher ausschließlich über einen Selbstbericht erfasst werden (Dorsch & Wirtz, 2014). Die Verbindung zwischen den verschiedenen Komponenten wird durch die Emotionsregulation hergestellt. Emotionsregulation beschreibt den Prozess, der beeinflusst, welche Emotionen Menschen haben und wie sie diese wahrnehmen sowie ausdrücken. Dieser Prozess kann kontrolliert oder unkontrolliert beziehungsweise bewusst oder unbewusst ablaufen (Gross, 1998). Emotionsregulation setzt sich laut dem multidimensionalen Modell der Emotionsregulation von Gratz und Roemer (2004) aus vier Bereichen zusammen:

- Bewusstsein für und Verstehen von Emotionen
- Akzeptanz von Emotionen
- Die Fähigkeit, zielgerichtetes Verhalten zu zeigen und keine impulsiven Handlungen zu setzen, wenn aversive Emotionen erlebt werden
- Zugang zu als effektiv erlebten Strategien der Emotionsregulation, um mit aversiven Emotionen umzugehen

In dieser Arbeit sind vor allem die letzteren beiden Dimensionen relevant. Diese beschäftigen sich mit der Reaktion und Verarbeitung negativer Emotionen. Dies ist im Hinblick auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung der oben genannten Störungsbilder von besonderer Relevanz.

Die Regulation aversiver Emotionen ist bei psychischen Störungen zentral. Eine dysfunktionale Emotionsregulation ist bei mehr als der Hälfte aller Achse-I- und bei allen Achse-II-Störungsbildern impliziert (American Psychiatric Association, 1995). Dazu zählen beispielsweise eingeschränkte Affektivität bei PTBS und Impulsivität bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (In-Albon, 2013). Weiters wurde in einer Stichprobe männlicher Teilnehmer festgestellt, dass Traumata in der Kindheit sowie wiederholte oder langandauernde Traumaerfahrungen zu Veränderungen bei internalisierendem und externalisierendem Verhalten führen. In der Studie wurde im Vergleich mit einer Kontrollgruppe gezeigt, dass beim externalisierenden Verhalten mehr impulsives Verhalten, verbal-aggressives Verhalten und höhere Reizbarkeit gezeigt wurden, während beim internalisierenden Verhalten die Angstsymptomatik, die muskuläre Anspannung sowie Schuldgefühle und Argwohn signifikant erhöht waren (Daud, Klinteberg, & Rydelius, 2008). Dies sind Eigenschaften, die eher mit sozialen Problemen in Verbindung stehen und teilweise auch bei den Diagnosekriterien der Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen gefunden werden können (American Psychiatric Association, 1995).

In einer Studie von Aldao und Nolen-Hoeksema (2013) wurde den TeilnehmerInnen ein kurzer Videoclip (Amputationsszene) gezeigt und währenddessen nach angewendeten Emotionsregulationsstrategien gefragt. Dabei gaben 65% der TeilnehmerInnen, die aktiv Regulationsstrategien verwendeten, an, mehr als eine dieser Strategien benutzt zu haben. Die Frage, ob die Verwendung mehrerer Strategien hilfreich ist, konnte nicht geklärt werden. In einer Metaanalyse zeigten sich starke positive Zusammenhänge zwischen maladaptiven Regulationsstrategien (Rumination, Vermeidung, Unterdrückung,...) und psychischen Störungen (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Seligowski, Lee, Bardeen, & Orcutt, 2015). Ein größeres Repertoire an Strategien, die einem selbst effektiv erscheinen und helfen, scheint somit hilfreich, um das Auftreten und den Erhalt psychischer Störungen zu verhindern. Es zeigte sich, dass die Schwere des posttraumatischen Stresses positiv mit Problemen der Emotionsregulation korreliert (Orcutt, Bonanno, Hannan, & Miron, 2014). Noch stärker ist der Zusammenhang, wenn Personen die Diagnosekriterien für eine PTBS erfüllen. Unter anderem zeigt sich dies für die verfügbaren Regulationsstrategien sowie die Fähigkeit, zielgerichtetes Verhalten zu zeigen (Tull, Barrett, McMillan, & Roemer, 2007). Emotionsregulation leistet also einen wichtigen Beitrag, posttraumatischen Stress zu mindern. Gleichzeitig beeinflussen traumatische Ereignisse und die Folgen für die Person diese Fähigkeit auch negativ. Zusätzlich wurde in einem Sample von Gewalt betroffener Frauen festgestellt, dass die Emotionsregulation eine ähnlich starke Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit nach sich zieht wie der posttraumatische Stress (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005). In einer weiteren Studie wurde ein Zusammenhang zwischen Symptomen der PTBS und den zwei genannten Facetten der Emotionsregulation gefunden. Von den ForscherInnen wurde jedoch zur Verbesserung angeregt, die Diagnosestellung beziehungsweise Erhebung der PTBS (-Symptome) mittels eines klinischen Interviews durchzuführen sowie Komorbiditäten zu erheben (Ehring & Quack, 2010).

2.6 Die Emotion Ärger in Zusammenhang mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen

In der vorliegenden Arbeit wird im Speziellen die Emotion Ärger separat erhoben und untersucht. Dabei handelt es sich um eine aversive Emotion. Diese entsteht durch ein unerwünschtes Ereignis, das durch tadelnswertes Tun oder Unterlassen von Handlungen einer anderen Person oder Institution zustande kommt. Die Intensität des Ärgers hängt vom Ausmaß

der Unerwünschtheit des Ereignisses ab sowie vom Ausmaß des Tuns oder Unterlassens des Anderen und dessen Bewertung (Mees & Chassein, 1992).

Die beeinträchtigte Emotionsregulation kann dabei dazu führen, dass Emotionen und vor allem die Verhaltensimpulse, die durch diese ausgelöst werden, nicht so gut kontrolliert werden können. Weiters kann durch die Störungen an sich die Bewertung der Situation verzerrt sein. So ist intensiver unangebrachter Ärger auch in den Diagnosekriterien zur Borderline-Persönlichkeitsstörung enthalten (American Psychiatric Association, 1995).

Im Zuge einer Metaanalyse zu PTBS und Ärger beschreiben Orth und Wieland (2006) einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten. Weitere Erkenntnisse der Studie waren, dass der Zusammenhang stärker wird, je länger das Ereignis in der Vergangenheit liegt, und dass bei Kriegsveteranen größere Effekte beobachtet werden ($r=.56$) als bei Verbrechenopfern ($r=.30$). Verglichen mit Kontrollgruppen zeigten Personen mit einer PTBS-Diagnose signifikant größere Schwierigkeiten mit Ärger als Personen mit einer anderen Angststörung (Olatunji, Ciesielski, & Tolin, 2010). Bei Vietnam-Veteranen mit PTBS wurde im Vergleich mit Veteranen ohne PTBS festgestellt, dass diese in verschiedenen Testverfahren höhere Ärgerwerte aufwiesen. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass Impulsivität und Depression keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen PTBS und Ärger hatten, jedoch wurde nicht auf die Subkomponenten von Ärger eingegangen, die in der vorliegenden Arbeit enthalten sind (Chemtob, Hamada, Roitblat, & Muraoka, 1994). In einer Langzeitstudie mit Verbrechenopfern (physische und sexuelle Gewalt) wurde der Frage nachgegangen, ob Ärger durch die PTBS verstärkt wird und ob umgekehrt auch der Ärger die PTBS-Symptomatik verstärkt. Dabei wurde festgestellt, dass die Symptomatik der PTBS erhöhten Ärger vorhersagte. Es war jedoch nicht der Fall, dass der Ärger eine verstärkte posttraumatische Symptomatik vorhersagte (Orth, Cahill, Foa, & Maercker, 2008). In derselben Studie wurde auch gezeigt, dass Rumination den Effekt medierte, das heißt, dass die Emotionsregulationsstrategie der Rumination nach einem traumatischen Erlebnis den Ärger verstärkte.

Bei Personen mit Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt Ärger ein zentrales Symptom dar. Bei der Borderline-Störung ist dies in den Diagnosekriterien ersichtlich. Dort heißt es, unangebrachte und sehr starke Wut kann auftreten. Zusätzlich dazu bestehen Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren. Bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung zeigt sich der Ärger in der hohen Reizbarkeit und Aggressivitätsbereitschaft (American Psychiatric

Association, 1995). Studien zu diesen Störungsbildern in Verbindung mit PTBS und Ärger liegen kaum vor. Eine Untersuchung von Zlotnick (1999) beschäftigte sich mit einer Stichprobe weiblicher Inhaftierter, die mit PTBS, Borderline- oder Antisozialer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden. Dabei zeigte sich, dass die Regulierung von Ärger ein Problem für die Teilnehmerinnen darstellte, wenn für Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTBS kontrolliert wurde. Frühere Studien zielten jedoch nicht darauf ab, die Unterschiede in den verschiedenen Ärgerdimensionen bei einer der oben genannten vorliegenden Persönlichkeitsstörung und komorbider PTBS zu untersuchen.

2.7 Psychische Flexibilität in Verbindung mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen

Das Konstrukt der psychischen Flexibilität wird als die Fähigkeit definiert, sich mit der momentanen Situation sowie mit den Gedanken und Emotionen auseinanderzusetzen, die mit dieser einhergehen. In weiterer Folge soll das eigene Verhalten beziehungsweise Handeln, das die Situation womöglich erfordert, an die eigenen Ziele und Werte angepasst werden (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Durch die Störungen werden jedoch andere Verhaltensmuster in den Vordergrund gerückt. Bei der PTBS steht ein vermeidendes Verhalten von mit dem Trauma assoziierten Reizen im Vordergrund. Bei der Antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörung steht eher die Impulsivität und Überreaktion im Fokus. Beides steht im Widerspruch zu den Zielen der psychischen Flexibilität. Von Briere, Hodges und Godbout (2010) konnte gezeigt werden, dass interpersonelle Traumata zu Vermeidungsverhalten führen, vor allem dann, wenn sich um unterschiedliche Arten und kumulative Traumata handelt. Dieser Zusammenhang wird jedoch vom erlebten posttraumatischen Stress sowie der Kapazität zur Emotionsregulation mediert. In einer weiteren Studie zeigte sich auch, dass das Vermeidungsverhalten von Personen, die in der Vergangenheit sexuellen Missbrauch erlebt hatten, den momentan erlebten Distress beeinflusste (Marx & Sloan, 2002). Eine verbesserte psychische Flexibilität führt auch in einer Studie mit ausschließlich weiblichen Teilnehmerinnen zu einer Verbesserung der PTBS-Symptome (Dick, Niles, Street, DiMartino, & Mitchell, 2014).

Für die Behandlung von PTBS steht ein spezielles Therapieverfahren zur Verfügung, das sich mit dem Abbau von Vermeidungsverhalten und damit einer Verbesserung der psychischen Flexibilität beschäftigt. Diese Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) ist eine Spezialform der kognitiven Verhaltenstherapie (Eifert, 2011). Es liegt jedoch kaum Forschung zur Auswirkung von PTBS auf das Konstrukt der psychischen Flexibilität vor. Eine Einbindung der

häufig komorbid auftretenden Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen wurde in der bisherigen Forschung noch nicht gefunden.

2.8 Behandlungsansätze und ihre Wirksamkeit

Für die Behandlung psychisch Traumatisierter entstanden in vielen psychotherapeutischen Schulen Behandlungsmethoden, die auch empirisch auf ihre Erfolge überprüft wurden. Eine Übersicht der Ansätze findet sich bei Maercker (2013). Über die letzten Jahrzehnte entwickelten sich immer mehr spezifisch auf Traumata ausgelegte Therapiemethoden: Psychoanalytische Methoden, Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, humanistisch existentielle Therapiemethoden und kombinierte Ansätze. Weiters lassen sich diese in Einzel- und Gruppentherapiemethoden unterteilen.

Zur Wirksamkeit liegen mittlerweile zahlreiche Metaanalysen vor. Beispielsweise beschreibt Sherman (1998) für verschiedene Betroffenengruppen und unterschiedliche psychotherapeutische Schulen einen mittelgroßen Effekt der Behandlung auf die PTBS-Symptomatik, sowohl gleich nach der Behandlung ($d=0.52$) als auch in einer Follow-up-Untersuchung ($d=0.64$). In einer neueren Metaanalyse von Bisson und Kollegen (2007) wurde festgestellt, dass nur traumafokussierte Therapiemethoden klinisch relevante Verbesserungen in der Symptomatik der KlientInnen hervorbrachten. Dazu zählten die Autoren traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro (1989). Es wurde jedoch auch angegeben, dass die Heterogenität der analysierten Studien und der angewendeten Verfahren sehr groß war und die Ergebnisse daher nur eingeschränkt gültig sind. Weiters ergeben sich durch intraindividuelle Unterschiede in der Aufarbeitung von Traumata große Differenzen, was wirksame Therapiemethoden betrifft. Daher müssen auch immer Therapieansätze abseits der traumafokussierten Methoden in Betracht gezogen werden.

Auch für die Persönlichkeitsstörungen liegen spezielle Therapiekonzepte vor. Hierbei ist zu beachten, dass sich die PTBS und die Borderline-Persönlichkeitsstörung in viele Kriterien ähneln. Zu unterscheiden sind sie in der Ausprägung externalisierender (PTBS) und internalisierender Symptome (Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen), wobei dies noch diskutiert wird und weiterer Forschung bedarf (Sosic-Vasic et al., 2015). Daher sind therapeutische Möglichkeiten ähnlich breit gefächert wie für die PTBS. So werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt. Eines der bekanntesten Therapiekonzepte ist die dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan, 1993). Eine weitere Therapiemethode ist die

mentalisierte Therapie. Diese erwies sich sogar in einem Sample mit komorbid auftretender Antisozialer Persönlichkeitsstörung als effektiv und wird daher auch zu deren Therapie eingesetzt (Bateman & Fonagy, 2009). Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung und ihre Behandlung wird meistens im forensischen Kontext diskutiert, da Personen mit dieser Störung häufig in Konflikt mit dem Gesetz geraten und daher in Haftanstalten überrepräsentiert sind (Fazel & Danesh, 2002). Viele Studien beschäftigen sich mit der Vermeidung rezidivierender Straftaten (z.B. Wilson, 2014). Eine Metaanalyse zu psychosozialen Interventionen bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung kommt zu dem Schluss, dass keine wirksamen Interventionsmöglichkeiten für speziell diese Störung existieren (Hatchett, 2015). Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung gilt als schwer behandelbar, und in der Literatur findet sich immer wieder die Meinung, dass vor einer Therapie von Personen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung Abstand genommen wird, auch weil sich die Symptomatik mit dem Alter oft verbessert (Paris, 2003). Es gibt in der neueren Forschung zumindest Ansätze, die auf lange Zeit Wirkung zeigen können. So wird etwa von Krampen (2009) ein integrativer Ansatz empfohlen. Dabei sollte eine hohe Sitzungsfrequenz eingehalten und auf Entspannungstechniken als Ergänzung gesetzt werden. Integrative Psychotherapie und die mentalisierte Therapie scheinen damit momentan die einzigen Ansätze, die speziell bei diesem Störungsbild eine langfristige Wirkung erzielen können.

2.9 Zielsetzung der Studie

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftraten, und Personen ohne diese Diagnosen hinsichtlich Umgang und Erleben von Emotionen beziehungsweise ihrer Emotionsregulation zu vergleichen. Genauer gesagt sollte betrachtet werden, ob diese Personen ein Spektrum an Strategien zur Emotionsregulation erhalten sowie ob sie sich trotz des Erlebens negativer Emotionen weiterhin an ihren verfolgten Handlungszielen orientieren und auf diese hinarbeiten. Auf das Erleben und die Kontrolle von Ärger wurde in dieser Untersuchung genauer eingegangen, da es sich um ein zentrales Problem bei allen genannten Störungsbildern handelt. Außerdem wurde untersucht, ob die psychische Flexibilität durch eine oder mehrere vorliegende Störungen verändert wird. Zusätzlich sollte noch der Einfluss von momentaner psychologischer sowie psychotherapeutischer Behandlung untersucht werden.

3 Methode

3.1 Untersuchungsdurchführung

Diese Arbeit wurde als Teil des Forschungsprojektes Wiener Heimstudie verfasst. Dabei handelt es sich um ein dreijähriges Forschungsprojekt, das am 01.06.2014 begann und durch den Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) finanziert wird. Es sollen mittels wissenschaftlich fundierter Methoden die Erlebnisse jener Personen erfasst werden, die in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt (Kinder- und Jugendheime sowie Pflegefamilien) von emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt betroffen waren. Weiters werden die psychosozialen Folgen dieser Ereignisse untersucht. Ziel ist es, die Folgen für die Betroffenen zu berichten und Strategien für Prävention und Unterstützung zu erarbeiten.

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte in erster Instanz durch die Opferschutzorganisation Weißer Ring. Der Weiße Ring unterstützt Opfer von Gewalttaten in unterschiedlichen Bereichen. Dazu zählen allgemeine Information, kostenlose Rechtsberatung, kostenlose Erstgespräche mit PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen und finanzielle Unterstützung in Notfällen. Betroffene, die sich dort meldeten und Entschädigungszahlungen erhielten, wurden mittels Informationsschreiben auf die Möglichkeit zur Studienteilnahme hingewiesen. Danach konnten die informierten Personen sich freiwillig an das Forschungsteam wenden, um an der Studie teilzunehmen. Die Teilnahme erfolgte anonym und konnte jederzeit zurückgezogen werden.

Ungefähr ein Drittel aller benachrichtigten Personen willigte ein, an der psychologischen Querschnittuntersuchung teilzunehmen. Diese wurde an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt. Es bestanden drei verschiedene Möglichkeiten, an der Studie teilzunehmen:

1. Passive Teilnahme

Mit Einverständnis erhält das Forschungsteam Einsicht in die Dokumentation des Jugendamts sowie in den Clearingbericht des Weißen Rings. Die Analyse der Dokumente erfolgt anonym.

2. Aktive Teilnahme

Hierbei wird eine Befragung mittels Fragebögen sowie eines diagnostischen Interviews durchgeführt. Diese erfassen z.B. den momentanen Gesundheitszustand, körperliche Beschwerden, den Umgang mit Emotionen wie Ärger und Wut sowie

Gewalterfahrungen. Optional kann auch eine Haarprobe abgegeben werden, um das Langzeit-Cortisol zu messen.

3. Tiefeninterviews

Dabei handelt es sich um eine Erweiterung der aktiven Teilnahme. Im Zuge eines Zusatztermins wird ein weiteres Interview durchgeführt, das sich mit Aspekten beschäftigt, die im Fragebogen noch nicht ausreichend erschlossen wurden, wie z.B. persönliche Sichtweise auf die Geschehnisse, Gefühle und Gedanken zu den Erlebnissen, individuelle Folgen und Strategien, mit diesen umzugehen (Lueger-Schuster et al., 2014a).

Zusätzlich zu dieser Gruppe wurde auch eine Kontrollgruppe erfasst, die nicht von Gewalterlebnissen in der Wiener Jugendwohlfahrt betroffen war. Diese erhielt dieselben Fragebögen wie die Betroffenengruppe. Dadurch soll ein Vergleich zwischen den Betroffenen und Personen ohne Gewalterfahrung in Institutionen ermöglicht werden.

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe dieser Arbeit setzte sich aus jenen Personen zusammen, die zumindest die aktive Teilnahme an der Studie absolviert hatten. Somit besteht diese ausschließlich aus Personen, die in ihrer Vergangenheit Gewalt in zumindest einem der Kinder- und Jugendheime ausgesetzt waren. Insgesamt beinhaltete der Datensatz 133 Personen. Davon mussten zwei TeilnehmerInnen ausgeschlossen werden, da diese noch nicht die gesamte Testung bzw. das Interview absolviert hatten und damit noch keine Störungsdiagnosen gestellt werden konnten. Dies bedeutet, dass vom Gesamtdatensatz 131 Personen zur Prüfung der Hypothesen dieser Arbeit herangezogen werden konnten.

Bei diesen 131 Personen handelte es sich um 67 Männer (51.1%) und 64 Frauen (48.9%). Das Alter lag zwischen 29 und 87 Jahren. Das mittlere Alter lag bei 58.15 (MW) und die Standardabweichung bei 9.83 (SD).

3.2.1 Ausbildungsgrad

Die meisten TeilnehmerInnen (61 bzw. 46.6%) hatten eine abgeschlossene Lehre. 25 Personen (19.1%) hatten einen Pflichtschulabschluss und 19 TeilnehmerInnen (14.5%) eine berufsbildende mittlere Schule ohne Matura abgeschlossen. Die restlichen Personen hatten

keinen Pflichtschulabschluss (15 bzw. 11.5%), einen Abschluss an einer höheren Schule mit Matura (6 bzw. 4.6%) oder einen Abschluss an einer Hochschule beziehungsweise an einer hochschulverwandten Einrichtung (4 bzw. 3.0%). Eine Person (0.7%) gab eine ungültige Antwort auf diese Frage (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1
Höchste abgeschlossene Ausbildung der TeilnehmerInnen

abgeschlossene Ausbildung	Häufigkeit	Prozent
kein Pflichtschulabschluss	15	11.5%
Pflichtschule (inkl. 9. Schuljahr)	25	19.1%
Lehre	61	46.6%
Berufsbildende mittlere Schule (ohne Matura)	19	14.5%
Höhere Schule (Matura)	6	4.6%
Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt	4	3.0%
ungültig	1	0.7%

3.2.2 Belastende Lebensereignisse

Die TeilnehmerInnen beantworteten außerdem Fragen zum Erleben potentiell traumatischer Lebensereignisse. Dabei gab es 746 Nennungen erlebter potentiell traumatischer Ereignisse. Das entspricht durchschnittlich 5.7 Ereignissen pro Person über die gesamte Lebensspanne (N=131). In der untenstehenden Grafik wird aufgeschlüsselt, wie sich die Arten der Ereignisse dabei aufteilen (siehe Abbildung 1).

Die TeilnehmerInnen gaben weiters an, welches Ereignis für sie als am schlimmsten empfunden wurde (siehe Abbildung 2). Dabei wurde mit großem Abstand von 75 TeilnehmerInnen (57.3%) angegeben, dass die Heimzeit für sie das schlimmste Erlebnis war. In diese Kategorie inkludiert wurden alle Nennungen, die sich allgemein auf die Heimzeit oder auf bestimmte Ereignisse während dieser Zeit bezogen. Die Kategorie, die von den zweitmeisten Personen (15 bzw. 11.5%) als schlimmstes Ereignis eingestuft wurde, war der Tod einer nahestehenden Person. Weitere mehrmals genannte Kategorien waren Gewalt in der Familie (7 bzw. 5.3%), Erleben eines sexuellen Übergriffs ohne Spezifizierung des Kontextes (6 bzw. 4.6%), Gewalt in der Pflegefamilie (5 bzw. 3.8%) und allgemein die Kindheit oder Jugend (3 bzw. 2.3%). Weitere

genannte Ereignisse, die in der Abbildung nicht aufscheinen, sind Mord, Überfall, Unfalltod, Haft und einige andere Einzelnennungen.

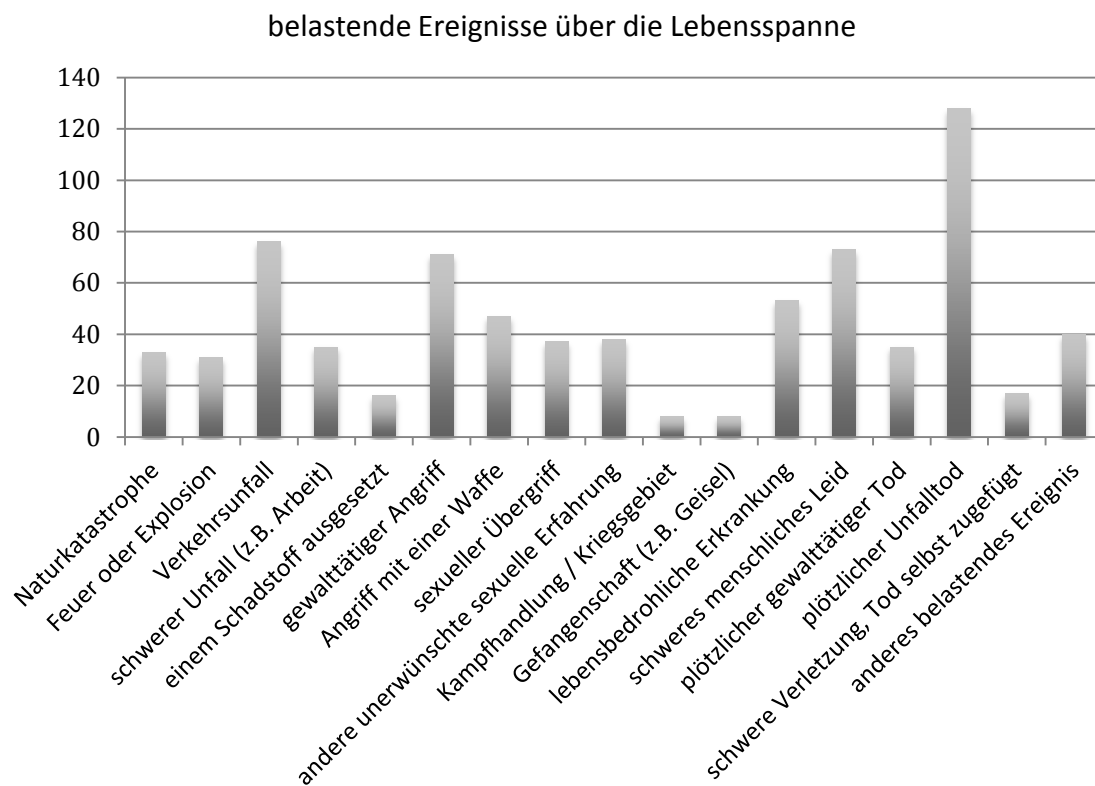


Abbildung 1. Berichtete potentiell traumatische Lebensereignisse in der Stichprobe (N=131).

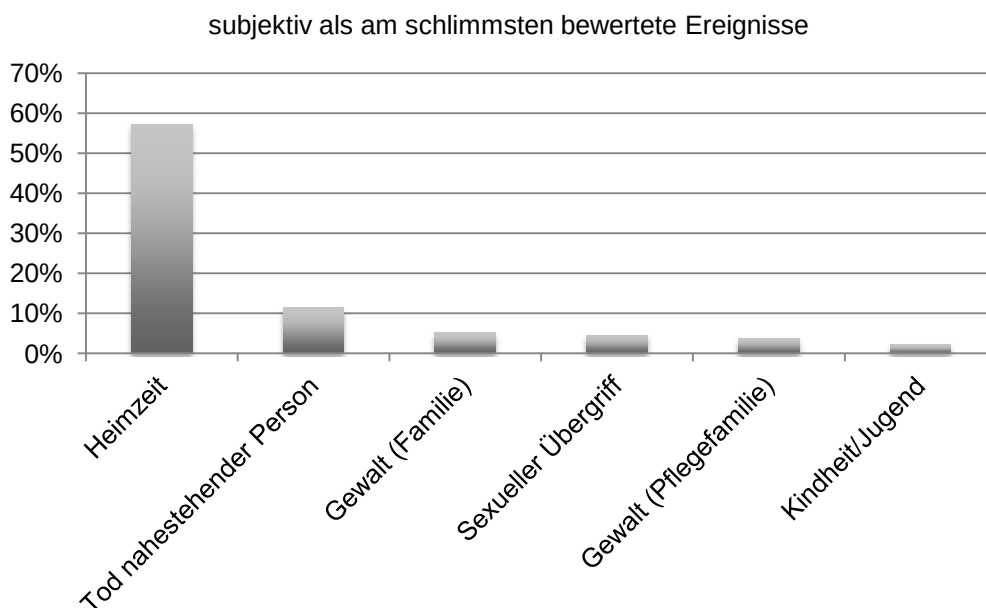


Abbildung 2. Anzahl der Ereignisse, die von den TeilnehmerInnen subjektiv als am schlimmsten bewertet wurden.

3.2.3 Psychische Störungen

Von den 131 TeilnehmerInnen der Studie wurde im Zuge des SKID bei 107 Personen (81.7%) zumindest eine aktuell vorhandene psychische Störung festgestellt. Im Schnitt wies von den 107 Personen jeder oder jede aktuell 3.4 Störungsdiagnosen auf. Sowohl die Häufigkeit für Störungsdiagnosen als auch die Angaben zu komorbiden Störungen waren demnach in der untersuchten Gruppe sehr hoch (siehe Tabelle 2). Die Einteilung in die vier Untersuchungsgruppen erfolgte aufgrund der nach dem klinischen Interview gestellten Diagnosen zu den oben genannten psychischen Störungsbildern. Dabei wiesen 55 TeilnehmerInnen (42.0%) keine der drei Diagnosen auf, jedoch konnten Personen dieser Gruppe beliebige andere Diagnosen psychischer Störungen aufweisen. Die Gruppe, die aktuell mit PTBS diagnostiziert wurde, bestand aus 21 Personen (16.0%) und diejenige mit Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung aus 30 Personen (22.9%), die zusätzlich zur PTBS noch mit Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, bestand aus 25 Personen (19.1%).

Tabelle 2
Häufigkeit der Diagnosen in der Stichprobe

Gruppe	Häufigkeit	Prozent
keine dieser Diagnosen (KG)	55	42.0%
PTBS (VG1)	21	16.0%
Borderline-/Antisoziale Persönlichkeitsstörung (VG2)	30	22.9%
PTBS + Borderline-/Antisoziale Persönlichkeitsstörung (VG3)	25	19.1%

3.2.4 Behandlung

Aktuell in psychologischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung befanden sich 53 Personen (40.0%). Davon 14 Personen in der KG, 14 in der PTBS-Gruppe, 10 in der Gruppe mit Antisozialer bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung und 15 in der Gruppe, in der die Störungsbilder komorbid auftraten (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

Personen in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung

Gruppe	Häufigkeit	Prozent
KG	14	26.4%
VG1	14	26.4%
VG2	10	18.9%
VG3	15	28.3%
Gesamt	53	100.0%

3.3 Messinstrumente

3.3.1 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Zur Erfassung der Emotionsregulation wurde die *Difficulties in Emotion Regulation Scale* in der deutschen Übersetzung eingesetzt (Gratz & Roemer, 2004). Diese erfasst unterschiedliche Faktoren, die für eine Dysregulation der Emotionen verantwortlich sein können. Die enthaltenen Dimensionen sind: Nicht-Akzeptanz emotionaler Reaktionen; Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen; Impulskontrollschwierigkeiten; Verstehen von Emotionen; eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien und das Fehlen emotionaler Klarheit. Der Fragebogen enthält in der vollen Version 36 Items, die jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 (*fast nie*) bis 5 (*fast immer*) zu beantworten sind. Die interne Konsistenz des gesamten Tests gilt als sehr hoch (Cronbach's α : .93), und auch die einzelnen Skalen weisen eine gute interne Konsistenz auf (Cronbach's α : >.80). In der vorliegenden Studie wurden die Skalen eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien (8 Items) und Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen (5 Items), vorgegeben. Ein Beispielitem für die Skala eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien ist „Wenn ich negative Gefühle habe, glaube ich, dass ich nichts tun kann, um mich besser zu fühlen.“ Für die Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen, wäre dies „Wenn ich negative Gefühle habe, habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.“ Hohe Werte in der Skala eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien bedeuten Schwierigkeiten in der Verarbeitung negativer Emotionen und ein Fehlen von Selbstwirksamkeit in Bezug auf negative Emotionen. Hohe Ausprägungen in der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen, bedeuten Schwierigkeiten im Verfolgen von Zielen und Setzen von gezielten darauf ausgerichteten Handlungen, wenn negative Emotionen auftreten (Gratz & Roemer, 2004).

3.3.2 State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)

Zur speziellen Erfassung des Ärgers wurde das *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar* vorgegeben. Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen erfasst die Intensität von Zustandsärger sowie vier dispositionelle Ärgerdimensionen (Eigenschaftsärger, nach innen gerichteter Ärger, nach außen gerichteter Ärger, Ärgerkontrolle). Die Skala Eigenschaftsärger lässt sich weiters in Temperamentsärger und Reaktionsärger aufteilen. In der vorliegenden Studie wurden alle Skalen bis auf Zustandsärger vorgegeben. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen ist befriedigend bis sehr gut (Cronbach's α : .71–.95). Die Testpersonen bewerten jedes Item auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 1 (*fast nie*) bis 4 (*fast immer*). Hohe Skalenwerte in der Dimension des Reaktionsärgers deuten auf eine intensive Erfahrung von Ärgergefühlen als Reaktion auf die Handlung einer anderen Person hin („Es macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde“). Personen mit hohen Ausprägungen in der Skala Temperamentsärger erfahren relativ häufig Ärger („Ich rege mich leicht auf“). Sie fühlen sich leicht durch andere unfair behandelt und sind oft Frustrationen ausgesetzt. Hohe Werte in der Skala nach innen gerichteter Ärger sprechen für ein Unterdrücken oder ein nicht offenes Ausleben der Gefühle („Ich fresse Dinge in mich hinein“). Personen mit hohen Werten in der Skala nach außen gerichteter Ärger äußern ihre Gefühle in aggressiver Weise gegenüber Gegenständen oder Personen beziehungsweise in Drohungen und Beschimpfungen Anderer („Ich verliere die Fassung“). Hohe Werte in der Skala Ärgerkontrolle sprechen für einen hohen Energieaufwand zur Steuerung und Kontrolle von Emotionen in Ärger provozierenden Situationen („Ich versuche tolerant und verständnisvoll zu reagieren“) (Schwenkmezger, Hodapp, & Spielberger, 1992).

3.3.3 Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

Zur Erfassung der psychischen Flexibilität wurde der *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II) in der deutschen Fassung eingesetzt (Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel, & Hoyer, 2011). Der Selbstbeurteilungsfragebogen erfasst das Konstrukt mit sieben Items wie zum Beispiel „Emotionen verursachen Probleme in meinem Leben“ oder „Meine schmerzlichen Erfahrungen und Erinnerungen machen es mir schwer, ein Leben zu leben, das ich wertschätzen würde“. Diese werden auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 (*niemals wahr*) bis 7 (*immer wahr*) eingeschätzt. In einer groß angelegten Validierungsstudie (N=2,816) mit sechs unterschiedlichen Stichproben fanden Gloster und Kollegen (2011) eine mittlere interne Konsistenz von .84. Hohe Werte im AAQ-II weisen auf eine bessere Funktionsfähigkeit durch

Wahrnehmen und Akzeptieren sowie den reflektierten Umgang mit den eigenen Emotionen hin (Hoyer & Gloster, 2013).

3.3.4 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)

Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV* (SKID; Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) besteht aus zwei Teilen (SKID-I und SKID-II), die der Diagnose psychischer Störungsbilder durch genau festgelegte Kriterien dienen. Die Durchführung erfordert eine Schulung, die von allen InterviewerInnen der Studie absolviert wurde. Laut AutorInnen wurden die Testgütekriterien „mit befriedigenden psychometrischen Befunden bezüglich Anwendbarkeit, Reliabilität und Effizienz untersucht“ (Wittchen et al., 1997, S. 16).

Der erste Teil (SKID-I) erfasst die Achse-I-Störungen nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995). Zu diesen zählen klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme, mit Ausnahme von Persönlichkeitsstörungen und geistiger Behinderung. Beispiele für Diagnosen bzw. Störungen auf der Achse I sind Angststörungen, wie zum Beispiel die PTBS, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen sowie Schlafstörungen. Zu Beginn des SKID-I wird ein Screeningfragebogen vorgegeben. Dieser wurde zur Fehlervermeidung und Vereinfachung für die TeilnehmerInnen vorgelesen, und die Antworten wurden durch die InterviewerInnen angekreuzt. Dabei wurden zehn Fragen gestellt, wie zum Beispiel „Haben sie jemals Drogen genommen“. Von den TestleiterInnen wird die Antwort mit 1 („nein“), 2 („unklar“) oder 3 („ja“) vermerkt. Bei klaren Nein-Antworten müssen die zugehörigen Teile nicht mehr durchgeführt werden. Dadurch kann die Testdauer teilweise verkürzt werden. Danach wurden die Sektionen (A, E, F) des SKID-I zu den unterschiedlichen Störungsbildern nach DSM-IV durchgeführt.

Eine Frage aus dem SKID-I zur PTBS lautet beispielsweise „Mussten sie immer an (Trauma) denken? Kamen diese Gedanken immer wieder von allein?“. Anhand dieser Fragen kodiert der Interviewer eine 1 für ein „Nein“ (Kriterium nicht erfüllt), 2 für „Kriterium teilweise erfüllt“ und 3 für „Ja“ (Kriterium erfüllt). Zusätzlich gibt es noch die Möglichkeit, ein Fragezeichen zu markieren. Das bedeutet, dass nicht genügend Informationen vorliegen und die Antwort somit unklar ist. Durch Verweise im Interviewheft gelangen die TestleiterInnen je nach Antwort zur nächsten Frage. Die Ja-Antworten werden durch die TestleiterInnen aufsummiert und ergeben bei Überschreiten einer bestimmten Anzahl die Kriterien für psychische Störungsbilder, was wiederum zu einer Diagnose führt.

Das SKID-II erfasst die Achse-II-Störungen. Dazu zählen die Persönlichkeitsstörungen, wie etwa die Antisoziale oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung, und die geistige Behinderung. Der SKID-II wird zuerst in Fragebogenform vorgegeben. Dieser enthält Items wie „Handeln sie oft impulsiv?“ oder „Vor ihrem 15. Lebensjahr, haben Sie Schlägereien angefangen?“. Das Antwortformat ist dichotom, das heißt, die TeilnehmerInnen können nur mit „ja“ oder „nein“ antworten. Wird bei einer der Persönlichkeitsstörungen im Fragebogen der Cut-off-Wert überschritten, so werden die mit „ja“ beantworteten Fragen im Interviewteil des SKID-II wiederholt. Dabei wird dasselbe Antwortformat angewendet wie im SKID-I. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfolgt, wenn die im Testmanual angegebene Anzahl an Ja-Antworten überschritten wird. Zum Stellen der Diagnosen einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie der Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen wurden die entsprechenden Abschnitte des *Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV* (Wittchen et al., 1997) eingesetzt.

3.4 Fragestellungen und Hypothesen

3.4.1 Fragestellung 1 (psychische Flexibilität)

Unterscheiden sich Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen hinsichtlich ihrer psychischen Flexibilität? Zeigt sich ein Einfluss aktueller psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung auf die psychische Flexibilität?

H₀(1.1): Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen unterscheiden sich nicht bezüglich der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II.

H₁(1.1): Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen unterscheiden sich bezüglich der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II.

H₀(1.2): Personen, die sich aktuell in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen in der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II keinen Unterschied gegenüber Personen auf, die sich aktuell nicht in Behandlung befinden.

H₁(1.2): Personen, die sich aktuell in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen in der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II einen Unterschied gegenüber Personen auf, die sich aktuell nicht in Behandlung befinden.

H₀(1.3): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen dem Gruppen- und dem Behandlungseffekt bezüglich der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II.

H₁(1.3): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen dem Gruppen- und dem Behandlungseffekt bezüglich der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II.

3.4.2 Fragestellung 2 (Umgang mit negativen Emotionen)

Unterscheiden sich Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen im Umgang mit negativen Emotionen? Zeigt sich ein Einfluss aktueller psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung auf den Umgang mit negativen Emotionen?

Exemplarisch werden hier lediglich Hypothesen zu einer der Skalen zur Erfassung des Umgangs mit negativen Emotionen angeführt:

H₀(2.1): Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen unterscheiden sich nicht bezüglich der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen des DERS.

H₁(2.1): Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen unterscheiden sich bezüglich der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen des DERS.

Analog zu H₀ beziehungsweise H₁(2.1) ist die Hypothese H₀ beziehungsweise H₁ (2.4) zur Skala eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien des DERS formuliert.

$H_0(2.2)$: Personen, die sich aktuell in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen in der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen des DERS keinen Unterschied gegenüber Personen auf, die sich aktuell nicht in Behandlung befinden.

$H_1(2.2)$: Personen, die sich aktuell in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen in der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen des DERS einen Unterschied gegenüber Personen auf, die sich aktuell nicht in Behandlung befinden.

Analog zu H_0 beziehungsweise $H_1(2.2)$ ist die Hypothese H_0 beziehungsweise H_1 (2.5) zur Skala eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien des DERS formuliert.

$H_0(2.3)$: Es gibt keine Wechselwirkung zwischen dem Gruppen- und dem Behandlungseffekt bezüglich der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen des DERS.

$H_1(2.3)$: Es gibt eine Wechselwirkung zwischen dem Gruppen- und dem Behandlungseffekt bezüglich der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen des DERS.

Analog zu H_0 beziehungsweise $H_1(2.3)$ ist die Hypothese H_0 beziehungsweise H_1 (2.6) zur Skala eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien des DERS formuliert.

3.4.3 Fragestellung 3 (Ärger)

Unterscheiden sich Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen hinsichtlich ihres Empfindens von und ihres Umgangs mit Ärger? Zeigt sich ein Einfluss aktueller psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung auf das Empfinden von und den Umgang mit Ärger?

Exemplarisch werden hier lediglich Hypothesen zu einer der Skalen zur Erfassung des Empfindens und Umgangs mit Ärger dargestellt:

$H_0(3.1)$: Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen unterscheiden sich nicht bezüglich der Skala Reaktionsärger des STAXI.

$H_1(3.1)$: Personen mit PTBS, Antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise Personen, bei denen diese Störungsbilder komorbid auftreten, und Personen ohne diese Diagnosen unterscheiden sich bezüglich der Skala Reaktionsärger des STAXI.

Analog zu H_0 beziehungsweise $H_1(3.1)$ sind die Hypothesen H_0 beziehungsweise H_1 (3.4), (3.7), (3.10) und (3.13) zu den weiteren vier Subskalen des STAXI formuliert.

$H_0(3.2)$: Personen, die sich aktuell in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen in der Skala Reaktionsärger des STAXI keinen Unterschied gegenüber Personen auf, die sich aktuell nicht in Behandlung befinden.

$H_1(3.2)$: Personen, die sich aktuell in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, weisen in der Skala Reaktionsärger des STAXI einen Unterschied gegenüber Personen auf, die sich aktuell nicht in Behandlung befinden.

Analog zu H_0 beziehungsweise $H_1(3.2)$ sind die Hypothesen H_0 beziehungsweise H_1 (3.5), (3.8), (3.11) und (3.14) zu den weiteren vier Subskalen des STAXI formuliert.

$H_0(3.3)$: Es gibt keine Wechselwirkung zwischen dem Gruppen- und dem Behandlungseffekt bezüglich der Subskala Reaktionsärger des STAXI.

$H_1(3.3)$: Es gibt eine Wechselwirkung zwischen dem Gruppen- und dem Behandlungseffekt bezüglich der Subskala Reaktionsärger des STAXI.

Analog zu H_0 beziehungsweise $H_1(3.3)$ sind die Hypothesen H_0 beziehungsweise H_1 (3.6), (3.9), (3.12) und (3.15) zu den weiteren vier Subskalen des STAXI formuliert.

3.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistiksoftwarepakets SPSS 20 für Windows. Als Verfahren zur Hypothesenprüfung wurde die zweifaktorielle Varianzanalyse (zweifaktorielle ANOVA) angewendet. Damit wurden die möglichen Effekte der Diagnosegruppen, der Behandlung und deren Wechselwirkung überprüft. Um die Voraussetzungen der

Normalverteilung zu überprüfen, wurden Kolmogorov-Smirnov-Tests berechnet. Die Varianzhomogenität wurde mit Hilfe von Levene-Tests berechnet. Falls die Voraussetzungen nicht gegeben waren, wurde statt der zweifaktoriellen ANOVA eine einfaktorielle ANOVA berechnet und die Effekte der Behandlung wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Falls auch für die einfaktorielle ANOVA die Voraussetzungen verletzt waren, wurde ein Kruskal-Wallis-Test als nichtparametrisches Verfahren zum Testen von Mittelwertsunterschieden eingesetzt. Als Maß der Effektstärke für den Gesamteffekt der ANOVA wurde Omega-Quadrat (ω^2) verwendet. Als Effektstärkemaß für den Kruskal-Wallis-Test und die signifikanten post-hoc-Verfahren wurde Cohen's d verwendet (siehe Tabelle 4). Für alle Verfahren wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha=.05$ angenommen.

Tabelle 4

<i>Einteilung der Effektgröße von Omega-Quadrat (vgl. Kirk, 1996)</i>		<i>Einteilung der Effektgröße von Cohen's d (vgl. Cohen, 1988)</i>	
Omega-Quadrat (ω^2)		Cohen's d (d)	
klein	.01	klein	.20
mittel	.06	mittel	.50
groß	.14	groß	.80

4 Ergebnisse

4.1 Fragestellung 1 (psychische Flexibilität)

Diese Fragestellung beschäftigte sich damit, ob sich Personen mit PTBS, Antisozialer und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung und Personen, die eine PTBS und Persönlichkeitsstörung aufweisen, voneinander sowie von Personen ohne diese Diagnosen hinsichtlich ihrer psychischen Flexibilität unterscheiden. Außerdem sollte der Effekt einer aktuellen psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung untersucht werden. Dazu sollten die vier Untersuchungsgruppen mit einer zweifaktoriellen ANOVA sowie post-hoc-Tests auf mögliche Unterschiede untersucht werden. Zur Untersuchung konnten 130 TeilnehmerInnen der Gesamtstichprobe (N=131) herangezogen werden. Eine Person aus der PTBS-Gruppe wurde ausgeschlossen, da der Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt war und daher für den AAQ-II keine Werte berechnet werden konnten.

Voraussetzungsprüfungen

Die Normalverteilung war für die KG ($p=.001$) sowie für die VG2 ($p=.01$) nicht gegeben. Aufgrund der Robustheit der Varianzanalyse bei dieser Voraussetzungsverletzung wurde diese durchgeführt (Bortz & Schuster, 2010). Die Varianzhomogenität war laut Levene-Test ($F(7, 122)=1.086, p=.376$) gegeben.

Hypothese 1.1 (psychische Flexibilität – Diagnosegruppen)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II gibt. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt und zusätzlich post-hoc-Tests nach Gabriel durchgeführt, um zu sehen, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden. Die ANOVA zeigte ein signifikantes Ergebnis ($F(3, 122)=21.465, p<.001$). Das Effektstärkemaß lag bei $\omega^2=.06$. Da ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht kann die H_0 verworfen und die H_1 angenommen werden.

Tabelle 5
Ergebnisse Hypothese 1.1

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	16.25	8.19	[14.04, 18.47]
PTBS (VG1)	20	28.55	10.43	[23.67, 33.43]
Cluster-B-PS (VG2)	30	20.60	9.70	[16.98, 24.22]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	34.24	8.16	[30.87, 37.61]

Anhand von Tabelle 5 sowie der post-hoc-Tests kann gezeigt werden, dass sich die Gruppen VG1 ($MW=28.55, SD=10.43$) und VG3 ($MW=34.24, SD=8.16$) signifikant von den anderen beiden Gruppen, nicht jedoch untereinander unterscheiden ($p=.174$). Es bestand auch kein signifikanter Unterschied zwischen der KG ($MW=16.25, SD=8.19$) und der VG2 ($MW=20.60, SD=9.70, p=.158$). Für genaue Ergebnisse der post-hoc-Vergleiche siehe Tabelle 6.

Tabelle 6

Post-hoc-Ergebnisse Hypothese 1.1

Gruppenvergleich	p-Wert	Cohen's d	KI für Cohen's d
KG vs. VG1	<.001	1.39	[0.84, 1.95]
KG vs. VG2	.158	0.50	[0.05, 0.95]
KG vs. VG3	<.001	2.20	[1.62, 2.78]
VG1 vs. VG2	.014	0.80	[0.21, 1.38]
VG1 vs. VG3	.174	0.62	[0.06, 1.22]
VG2 vs. VG3	<.001	1.51	[0.91, 2.11]

Hypothese 1.2 (psychische Flexibilität – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II unterscheiden. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt. Die ANOVA zeigte ein signifikantes Ergebnis für den Behandlungseffekt ($F(1, 122)=4.152$, $p=.044$). Das Effektstärkemaß lag bei $\omega^2=.003$. Da ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, kann die H_0 verworfen und die H_1 angenommen werden (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7

Ergebnisse Hypothese 1.2

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	19.46	11.12	[16.95, 21.97]
Ja	52	27.33	9.89	[24.57, 30.08]

Hypothese 1.3 (psychische Flexibilität – Wechselwirkung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob eine Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung in der Skala psychische Flexibilität des AAQ-II vorliegt. Die zweifaktorielle ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung ($F(3, 122)=1.389$, $p=.249$). Da keine signifikante Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung gezeigt werden konnte, wird die H_0 beibehalten.

4.2 Fragestellung 2 (Umgang mit negativen Emotionen)

Die zweite Fragestellung sollte prüfen, ob sich Personen mit PTBS, Antisozialer und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung und Personen, die eine PTBS und Persönlichkeitsstörung aufweisen, voneinander sowie von Personen ohne diese Diagnosen im Umgang mit negativen Emotionen unterscheiden. Außerdem sollte der Effekt einer aktuellen psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung untersucht werden. Dazu sollten die Gruppen mit einer ANOVA sowie post-hoc-Tests auf mögliche Unterschiede untersucht werden. Zur Untersuchung konnten 130 TeilnehmerInnen der Gesamtstichprobe ($N=131$) herangezogen werden. Eine Person aus der PTBS-Gruppe wurde ausgeschlossen, da der Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt war und daher für den DERS keine Werte berechnet werden konnten.

Voraussetzungsprüfungen

Die Normalverteilung war für alle Teilstichproben bis auf die KG gegeben. Aufgrund der Stichprobengröße der Gruppe ($n=55$) wurde die Normalverteilung jedoch angenommen. Weiters war die Normalverteilungsannahme für die VG3 in der Skala Strategien zur Emotionsregulation verletzt. Die Varianzhomogenität für die zweifaktorielle ANOVA war weder für die Skala der zielrelevanten Handlungen

($F(7, 122)=2.366, p=.027$) noch für die Skala Strategien zur Emotionsregulation gegeben ($F(7, 122)=2.213, p=.038$).

Hypothese 2.1 (zielrelevante Handlungen – Diagnosegruppen)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen des DERS gab. Zur Überprüfung dieser Hypothese konnte eine einfaktorielle ANOVA eingesetzt werden, da für diese die Varianzhomogenität gegeben war ($F(3, 126)=2.034, p=.112$) und das Verfahren als robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung gilt (Bortz & Schuster, 2010). Zusätzlich wurden post-hoc-Tests nach Gabriel durchgeführt, um zu untersuchen, welche Gruppen sich voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse der ANOVA erwiesen sich als signifikant ($F(3, 126)=15.381, p<.001$) mit einer Effektstärke von $\omega^2=.25$. Da ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, kann die H_0 verworfen und die H_1 angenommen werden (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8

Ergebnisse Hypothese 2.1

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	11.89	4.16	[10.77, 13.67]
PTBS (VG1)	20	17.30	5.86	[14.56, 20.04]
Cluster-B-PS (VG2)	30	14.17	5.10	[12.26, 16.07]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	19.08	4.76	[17.16, 21.04]

Die niedrigsten Werte in dieser Skala erreichte die KG ($MW=11.89$, $SD=4.16$). Diese unterschied sich damit signifikant ($p<.001$) von der VG1 ($MW=17.30$, $SD=5.86$), wobei das Maß der Effektstärke bei $d=1.16$ (KI [0.62, 1.71]) lag. Ein weiterer signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen der KG und der VG3 ($MW=19.08$, $SD=4.76$) mit einer Effektstärke von $d=1.65$ (KI [1.11, 2.19]). Der Unterschied zur VG2 ($MW=14.17$, $SD=5.10$) war jedoch nicht signifikant ($p=.196$). Der einzig weitere signifikante Unterschied konnte zwischen der VG2 und der VG3 festgestellt werden ($p=.001$). Dabei lag die Effektstärke bei $d=0.99$ (KI [0.43, 1.55]). Für genaue Ergebnisse siehe Tabelle 9.

Tabelle 9

Post-hoc-Ergebnisse Hypothese 2.1

Gruppenvergleich	p-Wert	Cohen's d	KI für Cohen's d
KG vs. VG1	<.001	1.16	[0.62, 1.70]
KG vs. VG2	.196	0.50	[0.05, 0.96]
KG vs. VG3	<.001	1.65	[1.11, 2.19]
VG1 vs. VG2	.136	0.58	[0.00, 1.16]
VG1 vs. VG3	.764	0.34	[-0.26, 0.93]
VG2 vs. VG3	.001	0.99	[0.43, 1.56]

Hypothese 2.2 (zielrelevante Handlungen – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Skala Schwierigkeiten, zielrelevante Handlungen zu setzen unterscheiden. Aufgrund der fehlenden Voraussetzungen für die zweifaktorielle ANOVA wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Gruppe in Behandlung ($MW=16.96$, $SD=4.91$) höhere Werte aufwies als die Gruppe, die sich nicht in Behandlung befand ($MW=13.08$, $SD=5.39$). Das Ergebnis erwies sich als signifikant

($t(128)=-4.167$, $p<.001$). Das Maß für die Effektstärke lag bei $d=0.75$ (KI [0.38, 1.11]). Dies bedeutet, dass die H_1 angenommen und die H_0 verworfen wird (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10
Ergebnisse Hypothese 2.2

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	13.08	5.40	[11.86, 14.29]
Ja	52	16.96	4.91	[15.59, 18.33]

Hypothese 2.3 (zielrelevante Handlungen – Wechselwirkung)

Aufgrund der fehlenden Voraussetzungen zur Berechnung einer zweifaktoriellen ANOVA konnten keine Wechselwirkungseffekte überprüft werden. Daher wird die H_0 beibehalten.

Hypothese 2.4 (Strategien zur Emotionsregulation – Diagnosegruppen)

Da die Varianzhomogenität bei der Skala zum eingeschränkten Zugriff auf Emotionsregulationsstrategien sowie die Normalverteilung der KG und der VG2 nicht gegeben war, wurde zum Testen dieser Hypothese ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Dieser erbrachte ein signifikantes Ergebnis ($H(3)=40.59$, $p<.001$). Das Maß für die Effektstärke ($\eta^2=.31$) weist auf einen großen Effekt hin (Cohen, 1988). Da ein signifikanter Unterschied besteht, wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen.

Tabelle 11
Ergebnisse Hypothese 2.4

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	12.78	4.40	[11.59, 13.97]
PTBS (VG1)	20	20.70	7.03	[17.41, 23.99]
Cluster-B-PS (VG2)	30	14.37	6.03	[12.12, 16.62]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	23.16	7.76	[19.96, 26.36]

Daher wurden zur Auffindung der sich unterscheidenden Gruppen Mann-Whitney-U-Tests berechnet. Um eine Alpha-Fehler-Kumulierung zu vermeiden, wurde die Bonferroni-Korrektur angewendet. Das Signifikanzniveau für die Mann-Whitney-U-Tests lag demnach bei $p=.008$ je Test.

Aufgrund dieser Tests konnten insgesamt vier Zweiervergleiche mit signifikantem Ergebnis gefunden werden (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12
Post-hoc-Ergebnisse Hypothese 2.4

Gruppenvergleich	p-Wert	Cohen's d
KG vs. VG1	<.001	1.24
VG1 vs. VG2	.002	1.00
KG vs. VG3	<.001	1.46
VG2 vs. VG3	<.001	1.25

Hypothese 2.5 (Strategien zur Emotionsregulation – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Skala eingeschränkter Zugang zu Emotionsregulationsstrategien unterscheiden. Dazu wurde ein t-Test berechnet. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Gruppe in Behandlung ($MW=17.98$, $SD=6.73$) höhere Werte aufwies als die Gruppe, die sich nicht in Behandlung befand ($MW=15.28$, $SD=7.47$). Das Ergebnis erwies sich als signifikant ($t(128)=-2.098$, $p<.038$). Das Maß für die Effektstärke lag bei $d=0.38$ (KI [0.02, 0.73]). Dies bedeutet, dass die H_1 angenommen und die H_0 verworfen wird (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13
Ergebnisse Hypothese 2.5

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	15.28	7.47	[13.60, 16.97]
Ja	52	17.98	6.73	[16.11, 19.85]

Hypothese 2.6 (Strategien zur Emotionsregulation – Wechselwirkung)

Aufgrund der fehlenden Voraussetzungen zur Berechnung einer zweifaktoriellen ANOVA konnten keine Wechselwirkungseffekte überprüft werden. Daher wird die H_0 beibehalten.

4.3 Fragestellung 3 (Umgang mit Ärger)

Diese Fragestellung beschäftigte sich damit, ob sich Personen mit PTBS, Antisozialer und/oder Borderline-Persönlichkeitsstörung und Personen, die eine PTBS und Persönlichkeitsstörung aufweisen, voneinander sowie von Personen ohne diese Diagnosen hinsichtlich ihres Empfindens und Umgangs mit Ärger unterscheiden. Außerdem sollte der Effekt einer aktuellen psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung untersucht werden. Dazu sollten die Gruppen mit einer zweifaktoriellen ANOVA sowie post-hoc-Tests auf mögliche Unterschiede untersucht werden. Zur Untersuchung konnten 130 TeilnehmerInnen der Gesamtstichprobe ($N=131$) herangezogen werden. Eine Person aus der PTBS-Gruppe wurde ausgeschlossen, da der Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt war und daher für den STAXI keine Werte berechnet werden konnten.

Voraussetzungsprüfungen

Die Normalverteilung war für die KG, bis auf die Variable nach innen gerichteter Ärger, nicht gegeben. Aufgrund der Stichprobengröße der Gruppe ($n=55$) wurde die Normalverteilung jedoch angenommen. Weiters war die Normalverteilung in der VG3 ($n=25$) der abhängigen Variable Ärgerkontrolle nicht gegeben. Da die Varianzhomogenität für alle Skalen des STAXI gegeben war und die ANOVA als robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme gilt, wurde zur Auswertung die zweifaktorielle ANOVA herangezogen (Bortz & Schuster, 2010).

Hypothese 3.1 (Reaktionsärger – Diagnosegruppen)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in der Subskala Reaktionsärger des STAXI gibt. Aufgrund der erfüllten Voraussetzungen konnte eine zweifaktorielle ANOVA berechnet werden. Die Ergebnisse erwiesen sich jedoch als nicht signifikant ($F(3, 122)=0.993, p=.399$). Da kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht wird die H_0 beibehalten (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14

Ergebnisse Hypothese 3.1

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	10.44	3.73	[9.43, 11.44]
PTBS (VG1)	20	12.00	4.30	[9.99, 14.01]
Cluster-B-PS (VG2)	30	11.63	4.37	[10.00, 13.27]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	12.08	3.87	[10.48, 13.68]

Hypothese 3.2 (Reaktionsärger – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Skala Reaktionsärger des STAXI unterscheiden. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt. Die ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für den Behandlungseffekt ($F(1, 122)=3.854, p=.052$). Da kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht, wird die H_0 beibehalten (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15

Ergebnisse Hypothese 3.2

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	10.51	4.24	[9.56, 11.47]
Ja	52	12.40	3.40	[11.46, 13.35]

Hypothese 3.3 (Reaktionsärger – Wechselwirkung)

Die zweifaktorielle ANOVA für die Wechselwirkung von Diagnosegruppen und Behandlung erbrachte kein signifikantes Ergebnis ($F(3, 122)=1.772, p=.156$). Daher wird die H_0 beibehalten.

Hypothese 3.4 (Temperamentsärger – Diagnosegruppen)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in der Subskala Temperamentsärger des STAXI gibt. Aufgrund der erfüllten Voraussetzungen konnte eine zweifaktorielle ANOVA berechnet werden. Die Ergebnisse erwiesen sich als signifikant ($F(3, 122)=4.834, p=.003$). Die Effektstärke lag bei $\omega^2=.01$. Die genauen Ergebnisse zeigt Tabelle 16. Da ein signifikanter Unterschied besteht, wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen.

Tabelle 16
Ergebnisse Hypothese 3.4

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	8.95	3.22	[8.07, 9.82]
PTBS (VG1)	20	10.10	4.23	[8.12, 12.08]
Cluster-B-PS (VG2)	30	10.50	4.15	[8.95, 12.05]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	12.24	4.47	[10.40, 14.08]

Die post-hoc-Tests nach Gabriel zeigen, dass sich nur die KG ($MW=8.95$, $SD=3.22$) und die VG3 ($MW=12.24$, $SD=4.47$) signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 17). Das Effektstärkemaß lag bei $d=0.90$ (KI [0.41, 1.39]).

Tabelle 17
Post-hoc-Ergebnisse Hypothese 3.4

Gruppenvergleich	p-Wert	Cohen's d	KI für Cohen's d
KG vs. VG1	.795	0.33	[-0.19, 0.84]
KG vs. VG2	.358	0.43	[-0.02, 0.88]
KG vs. VG3	.002	0.90	[0.41, 1.39]
VG1 vs. VG2	.999	0.10	[-0.47, 0.66]
VG1 vs. VG3	.323	0.49	[-0.11, 1.09]
VG2 vs. VG3	.445	0.41	[-0.13, 0.94]

Hypothese 3.5 (Temperamentsärger – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Skala Temperamentsärger des STAXI unterscheiden. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt. Die ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für den Behandlungseffekt ($F(1, 122)=2.071$, $p=.153$). Da kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht, wird die H_0 beibehalten (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18

Ergebnisse Hypothese 3.5

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	10.18	4.22	[9.23, 11.13]
Ja	52	10.02	3.70	[8.99, 11.05]

Hypothese 3.6 (Temperamentsärger – Wechselwirkung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob eine Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung in der Skala Temperamentsärger des STAXI vorliegt. Die zweifaktorielle ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung ($F(3, 122)=1.790$, $p=.153$). Da keine Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung gezeigt werden konnte, wird die H_0 beibehalten.

Hypothese 3.7 (Ärgerkontrolle – Diagnosegruppen)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Subskala Ärgerkontrolle des STAXI unterscheiden. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt. Die Ergebnisse erwiesen sich als signifikant

($F(3, 122)=3.318$, $p=.022$). Die Effektstärke lag bei $\omega^2=.01$. Für genaue Ergebnisse siehe Tabelle 19. Da ein signifikanter Unterschied besteht, wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen.

Tabelle 19

Ergebnisse Hypothese 3.7

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	23.89	5.21	[22.48, 25.30]
PTBS (VG1)	20	24.45	4.96	[22.13, 26.77]
Cluster-B-PS (VG2)	30	21.67	5.86	[19.48, 23.85]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	21.68	5.27	[19.51, 23.85]

Die post-hoc-Vergleiche nach Gabriel konnten allerdings nicht zeigen, zwischen welchen Diagnosegruppen signifikante Unterschiede bestehen (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20
Post-hoc-Ergebnisse Hypothese 3.7

Gruppenvergleich	p-Wert	Cohen's d	KI für Cohen's d
KG vs. VG1	.999	0.11	[-0.40, 0.62]
KG vs. VG2	.321	0.41	[-0.04, 0.86]
KG vs. VG3	.389	0.42	[-0.06, 0.90]
VG1 vs. VG2	.346	0.50	[-0.07, 1.08]
VG1 vs. VG3	.401	0.54	[-0.06, 1.14]
VG2 vs. VG3	>.999	0.00	[-0.53, 0.53]

Hypothese 3.8 (Ärgerkontrolle – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Subskala Ärgerkontrolle des STAXI unterscheiden. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt. Die ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für den Behandlungseffekt ($F(1, 122)=0.778, p=.380$). Da kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht, wird die H_0 beibehalten (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21
Ergebnisse Hypothese 3.8

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	23.31	5.36	[22.10, 24.52]
Ja	52	22.63	5.51	[21.10, 24.17]

Hypothese 3.9 (Ärgerkontrolle – Wechselwirkung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob eine Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung in der Skala Ärgerkontrolle des STAXI vorliegt. Die zweifaktorielle ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung ($F(3, 122)=2.039, p=.112$). Da keine Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung gezeigt werden konnte, wird die H_0 beibehalten.

Hypothese 3.10 (nach innen gerichteter Ärger – Diagnosegruppen)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in der Subskala nach innen gerichteter Ärger des STAXI gibt. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt. Die Ergebnisse erwiesen sich als sehr signifikant ($F(3, 122)=6.619, p<.001$). Das Effektstärkemaß für die ANOVA lag hier bei $\omega^2=.02$. Daher wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen (siehe Tabelle 22). Um die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen zu untersuchen, wurden post-hoc-Tests nach Gabriel durchgeführt.

Tabelle 22
Ergebnisse Hypothese 3.10

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	17.24	4.88	[15.92, 18.56]
PTBS (VG1)	20	22.35	4.83	[20.09, 24.61]
Cluster-B-PS (VG2)	30	17.60	4.73	[15.83, 19.37]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	21.40	5.36	[19.19, 23.61]

Anhand der post-hoc-Tests kann gezeigt werden, dass sich die Gruppen VG1 ($MW=22.35, SD=4.83$) und VG3 ($MW=21.40, SD=5.36$) signifikant von den anderen beiden Gruppen, nicht jedoch untereinander unterscheiden ($p=.988$). Für die genauen Ergebnisse siehe Tabelle 23.

Tabelle 23
Post-hoc-Ergebnisse Hypothese 3.10

Gruppenvergleich	p-Wert	Cohen's d	KI für Cohen's d
KG vs. VG1	.001	1.05	[0.51, 1.59]
KG vs. VG2	>.999	0.08	[-0.37, 0.52]
KG vs. VG3	.004	0.83	[0.34, 1.32]
VG1 vs. VG2	.008	1.00	[0.40, 1.59]
VG1 vs. VG3	.988	0.19	[-0.40, 0.77]
VG2 vs. VG3	.035	0.76	[0.21, 1.31]

Hypothese 3.11 (nach innen gerichteter Ärger – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden, in der Subskala nach innen gerichteter Ärger des STAXI unterscheiden. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA

eingesetzt. Die ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für den Behandlungseffekt ($F(1, 122)=0.023, p=.879$). Da kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht wird die H_0 beibehalten (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24
Ergebnisse Hypothese 3.11

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	18.24	5.48	[17.01, 19.48]
Ja	52	19.90	4.99	[18.52, 21.29]

Hypothese 3.12 (nach innen gerichteter Ärger – Wechselwirkung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob eine Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung in der Skala nach innen gerichteter Ärger des STAXI vorliegt. Die zweifaktorielle ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung ($F(3, 122)=0.067, p=.977$). Da keine signifikante Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung gezeigt werden konnte, wird die H_0 beibehalten.

Hypothese 3.13 (nach außen gerichteter Ärger – Diagnosegruppen)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in der Subskala nach außen gerichteter Ärger des STAXI gibt. Aufgrund der erfüllten Voraussetzungen konnte eine zweifaktorielle ANOVA berechnet werden. Die Ergebnisse erwiesen sich jedoch als nicht signifikant ($F(3, 122)=1.472, p=.225$). Da kein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen gezeigt werden konnte, wird die H_0 beibehalten (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25
Ergebnisse Hypothese 3.13

Gruppe	n	MW	SD	95%-KI
keine Diagnose (KG)	55	13.53	4.63	[12.27, 14.78]
PTBS (VG1)	20	14.70	5.22	[12.26, 17.14]
Cluster-B-PS (VG2)	30	15.90	6.33	[13.54, 18.26]
PTBS+Cluster-B-PS (VG3)	25	15.52	6.01	[13.04, 17.99]

Hypothese 3.14 (nach außen gerichteter Ärger – Behandlung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob sich Personen in Behandlung von Personen, die sich nicht in Behandlung befinden in der Subskala nach außen gerichteter Ärger des STAXI unterscheiden. Aufgrund der gegebenen Voraussetzungen wurde eine zweifaktorielle ANOVA eingesetzt. Die ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für den Behandlungseffekt ($F(1, 122)=0.077, p=.781$). Da kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht wird die H_0 beibehalten (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26

Ergebnisse Hypothese 3.14

Behandlung	n	MW	SD	95%-KI
Nein	78	14.38	5.62	[13.12, 15.65]
Ja	52	15.02	5.24	[13.56, 16.48]

Hypothese 3.15 (nach außen gerichteter Ärger – Wechselwirkung)

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob eine Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung in der Skala nach außen gerichteter Ärger des STAXI vorliegt. Die zweifaktorielle ANOVA zeigte kein signifikantes Ergebnis für die Wechselwirkung ($F(3, 122)=1.008, p=.392$). Da keine signifikante Wechselwirkung zwischen Diagnosegruppe und Behandlung gezeigt werden konnte, wird die H_0 beibehalten.

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Unterschieden in der Emotionsregulation, im Umgang mit Ärger und psychischer Flexibilität bei Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. Außerdem wurde ein Fokus auf die Auswirkungen von komorbidem Auftreten der Störungen gelegt. Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen, ob sich Personen in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung von Personen ohne momentaner Behandlung in den vorher genannten psychologischen Konstrukten unterscheiden.

Zum Thema Psychotraumatologie existieren zahlreiche Forschungsarbeiten zu verschiedenen Altersgruppen, Risikofaktoren und Folgen. Im Fokus der Aufmerksamkeit lag dabei lange die

PTBS als primäre Folge und Ausgangspunkt für Prävalenzstudien oder Arbeiten zu Risikofaktoren und Resilienz (Anda et al., 2006; Brewin et al., 2000; Iffland et al., 2013). Erst in der jüngeren Vergangenheit erhielten auch andere Störungsbilder, wie die Borderline- oder Antisoziale Persönlichkeitsstörung, als Folge von frühen Gewalterfahrungen Beachtung (Moran et al., 2011; Raposo, Mackenzie, Henriksen, & Afifi, 2014). Dies kann unter anderem als Folge der vielen Initiativen zum Aufdecken der Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Institutionen auf der ganzen Welt gesehen werden so dass die weite Verbreitung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen sowie die Folgen für die Entwicklung ins Bewusstsein gerückt ist.

Insgesamt existiert damit ein breites Feld an wissenschaftlicher Forschung und Literatur. Durch die Subjektivität von traumatischen Erlebnissen ist es jedoch immer schwierig, Folgen einfach und generalisierbar zu fassen. Daher wurde in dieser Studie auf eine Gruppe mit sehr ähnlicher Vergangenheit und Gewalterfahrungen in Kindheit und/oder Jugend Bezug genommen. Es wurde also eine Gruppe, die vollständig aus – zumindest potentiell – traumatisierten Personen bestand, befragt. Dieser Ansatz wurde in der bisherigen Forschung kaum verfolgt. Diese bezog sich meist auf ein Versuchs- und Kontrollgruppendesign. Die Kontrollgruppe bestand meist aus Personen, die möglichst kein traumatisches Ereignis in der Vergangenheit erlebt hatten. Daher hat die vorliegende Arbeit einen explorativen Forschungsanspruch. Aus diesem Grund wurden die Hypothesen nur ungerichtet formuliert, und weitere Forschung wird notwendig sein, um die Ergebnisse zu replizieren und zu spezifizieren.

Eine der großen Stärken der Wiener Heimstudie, in deren Zuge auch diese Arbeit entstand, ist die Stichprobe. Diese setzte sich ausschließlich aus Personen zusammen, die sich bei einem Opferschutzverband gemeldet hatten und danach freiwillig zustimmten, einen Fragebogen auszufüllen und an einem Interview teilzunehmen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Exposition gegenüber traumatischen Lebensereignissen in der Stichprobe bei 100% lag. Außerdem lag der Zeitpunkt des ersten Erlebnisses in der Kindheit oder Jugend und war immer eine Form von erlebter Gewalt. Aufgrund des damaligen Alters der TeilnehmerInnen, der Schwere der Erlebnisse und der Schwierigkeiten, die solche frühen Gewalterfahrungen für die Entwicklung mit sich ziehen, liegt eine vergleichsweise hohe Störungsprävalenz von durchschnittlich 3.4 aktuell diagnostizierten Störungen pro Person vor. Vor allem betrifft dies die untersuchten Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen und die PTBS. Zwar wurden die Ereignisse während der Heimunterbringung von einem großen Teil als am schwerwiegendsten bewertet, doch waren

die meisten Personen auch im weiteren Leben noch anderen potentiell traumatischen Ereignissen ausgesetzt. Zu bedenken ist jedenfalls auch, dass es sich um eine ältere Stichprobe handelt. Aufgrund der vorhin genannten hohen Störungsprävalenz spricht dies jedoch umso mehr für die starken Auswirkungen früher traumatischer Ereignisse auf die Entwicklung über die Lebensspanne (Grover et al., 2007; Moran et al., 2011), sowohl als direkter Auslöser als auch indirekt durch Veränderungen in der Biographie, die durch die Ereignisse erzeugt wurden (Browne & Finkelhor, 1986; Burke et al., 2011; Raposo et al., 2014).

So zeigten sich signifikante und große Effekte auf die psychische Flexibilität, wenn bei den TeilnehmerInnen eine PTBS oder eine PTBS und komorbid eine Cluster-B-Persönlichkeitsstörung auftrat. Zu beachten ist jedoch, dass sich die reine PTBS-Gruppe und die Gruppe mit komorbiden Störungsbildern nicht signifikant voneinander unterschieden. Der Einfluss auf die psychische Flexibilität scheint demnach größtenteils durch die PTBS-Symptomatik und weniger von der Cluster-B-Persönlichkeitsstörung herzurühren. Aufgrund des frühen Beginns von Persönlichkeitsstörungen und ihren weitreichenden Auswirkungen auf das gesamte Leben ist es interessant, dass kein additiver Effekt der zwei Störungsbilder zu beobachten ist. Es könnte jedoch sein, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung über die Jahre lernten, besser mit ihr umzugehen, und die Auswirkungen nicht so stark wahrnehmen wie die des posttraumatischen Stresses. Es könnte jedoch auch sein, dass Personen mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen die Symptomatik als wenig problematisch sehen, da durch die frühen Gewalt- und Misstrauenserfahrungen keine anderen Interaktionsformen erlernt wurden. So könnte für Personen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung das Nötigen und Manipulieren und für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Unsicherheit und Zerbrechlichkeit von Beziehungen als normal, aber sicherlich nicht weniger schmerzhaft eingestuft werden. Dies würde bedeuten, die Sorge über die eigenen Emotionen und die Auswirkungen dieser auf das Leben werden als weniger schwer wahrgenommen.

Hohe psychische Flexibilität steht eher konträr zu den Diagnosekriterien der PTBS. Durch die ständige Erinnerung an Ereignisse (Intrusionen, Alpträume, Flashbacks) werden die Emotionen wieder getriggert und somit aufrecht erhalten. Dies rückt die Problematik und Sorge vor den eigenen Gefühlen in den Mittelpunkt und führt unter anderem zu dem – für die PTBS – charakteristischen Vermeidungsverhalten (Briere et al., 2010). In einer Studie von Dick und Kollegen (2014) wurde festgestellt, dass posttraumatischer Stress und psychische Flexibilität negativ korreliert waren. In allen bisherigen Studien bleibt dabei die Frage nach Kausalität

unbeantwortet. Doch geht aus der vorliegenden Arbeit sowie aus der vorhin genannten hervor, dass psychische Flexibilität sowohl präventiv gegen die PTBS wirken kann als auch das Potential besitzt, die Symptomatik zu reduzieren. Es existieren in diesem Bereich zahlreiche Achtsamkeitsübungen, die vor allem bei Personen mit posttraumatischen Stress eingesetzt werden und die akute Symptomatik lindern, sprich die psychische Flexibilität verbessern können. Weiters gibt es auch eine Spezialform der kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) zielt auf die Verbesserung der psychischen Flexibilität ab (Eifert, 2011).

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für die zwei Skalen zur Emotionsregulation, die mit dem DERS erfasst wurden. Dabei ist zu beachten, dass das Testverfahren die gewünschten Skalen unter der Voraussetzung gerade erlebter negativer Emotionen abfragt. Dies ist besonders für die Persönlichkeitsstörungen relevant, da diese eine dysphorische Grundstimmung als Merkmal aufweisen (American Psychiatric Association, 1995). Trotzdem zeigt sich wie vorher erwähnt ein ähnliches Resultat wie für die psychische Flexibilität. Die Fähigkeit zum zielrelevanten Handeln unter negativen Emotionen war am stärksten bei Personen der KG und am schwächsten bei Personen der Gruppe mit komorbiden Störungen ausgeprägt. In der Mitte lagen aufsteigend die Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen und die PTBS-Gruppe. Es zeigte sich also auch hier eine Tendenz, wenngleich nicht signifikant, dass PTBS eine stärkere Auswirkung auf die Fähigkeit zum zielrelevanten Handeln hatte. Dies kam doch etwas unerwartet, da die Impulsivität der Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehungsweise die Schwierigkeit, Pläne zu machen, bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung eher auf Schwierigkeiten in diesem Bereich hingewiesen hätte als die Symptome einer PTBS. Ein Erklärungsansatz für größere Schwierigkeiten auf dieser Skala in der PTBS-Gruppe kann die Hilflosigkeit sein, die durch die traumatischen Erlebnisse erlernt wurde. Gerade jene frühen menschlich verursachten Traumata können zur Verinnerlichung der Hilflosigkeit bei aversiven Ereignissen und verbundenen Emotionen führen (Peterson, Maier, & Seligman, 1993). Somit fehlt womöglich in vielen Situationen das Vertrauen in die eigenen Handlungen beziehungsweise die Erwartung, dass Handeln zu Erfolg und zu einer Veränderung führen kann.

Der Ergebnisse zum eingeschränkten Zugriff auf Strategien zur Emotionsregulation zeigte Ähnlichkeiten zur vorhergehenden Hypothese. Die Ergebnisse erwiesen sich als signifikant und wiesen auch ansprechend hohe Effektstärken auf ($d=1.00-1.46$). Der Unterschied bestand

zwischen der KG sowie der Cluster-B-PS-Gruppe und der PTBS-Gruppe sowie der Gruppe mit komorbid auftretenden Störungsbildern. Es kristallisierten sich damit zwei homogene Untergruppen heraus. Wiederum war die PTBS-Diagnose mit größeren Schwierigkeiten in diesem Bereich verbunden. Wie oben erwähnt, spielen vermutlich auch hier die erlernte Hilflosigkeit und die allgemein niedrigere Selbstwirksamkeit bei PTBS-Patienten eine Rolle (Browne & Finkelhor, 1986). Über diese Hilflosigkeit und das fehlende Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist eine niedrigere Selbsteinschätzung der Fähigkeiten zum Umgang mit negativen Emotionen verständlich. Im Gegensatz dazu weisen Personen mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen einen höheren und teilweise auch übersteigerten Selbstwert auf (American Psychiatric Association, 1995). Auch dies könnte zu den Unterschieden in der Selbsteinschätzung geführt haben. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte auch in Betracht gezogen werden, dass viele Personen weniger Einsicht für Probleme mit der eigenen Selbstwirksamkeit besitzen und diese womöglich eher den Personen in ihrem Umfeld zuschreiben. Personen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung hingegen verarbeiten Emotionen eher external und zeigen wenig Mitgefühl. Es könnte also der Fall sein, dass diese Personen eine für sich befriedigende Art und Weise gefunden haben, mit ihren (negativen) Emotionen umzugehen, und nicht den Bedarf an Strategien zur Emotionsregulation sehen.

Alles in allem zeigt die vorliegende Arbeit ähnliche Ergebnisse wie die Studie von Ehring und Quack (2010). Die Störungen gehen mit schlechter ausgeprägten Fähigkeiten der Emotionsregulation ein. Auf diese sollte im Sinne einer Symptomreduktion sowie einer Prävention erneuter Störungen in der Behandlung großer Wert gelegt werden, insbesondere auch da die verschlechterte Emotionsregulation zu starken Funktionsbeeinträchtigungen im täglichen Leben führt (Cloitre et al., 2005).

Im Umgang mit Ärger sind die Unterschiede weniger stark ausgeprägt als bei den bisherigen Konstrukten. Beispielsweise unterschieden sich die Gruppen nicht im Reaktionsärger und dem nach außen gerichteten Ärger. Bei letzterem lässt sich jedoch anhand der Mittelwerte erkennen, dass die Gruppen mit einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung tendenziell höher liegen. Dies geht konform mit den Kriterien für die Störungen. Dazu gehören Wutausbrüche, Selbstverletzung und allgemein stark ausgeprägtes externalisierendes Verhalten, vor allem bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (American Psychiatric Association, 1995). Ein naheliegender Gedanke wäre, die Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen auch eher mit Problemen in der Ärgerkontrolle in Zusammenhang zu bringen. Auf dies wies auch die signifikante ANOVA

hin, doch konnten durch die post-hoc-Vergleiche keine signifikanten Gruppenunterschiede aufgezeigt werden. Es scheint so, dass bei der Ärgerkontrolle Traumata prinzipiell, aber keine Störung einen spezifischen Einfluss haben. Es handelt sich dabei um jene Skalen, die mit der Kontrolle und des Auslebens des Ärgers gegenüber anderen Personen in Verbindung stehen. Dass die Testpersonen in diesen Skalen allgemein eher höher liegen, kann dadurch erklärt werden, dass diese Verhaltensweisen in gewisser Weise das Überleben bei Bedrohung sichern können. Dies macht bei der erlebten Gewalt als erlerntes Verhalten Sinn, um sich selbst in Zukunft vor ähnlichen Situationen zu schützen.

Anders sieht das Ergebnis für den Temperamentsärger aus. Ob sich jemand prinzipiell als hitzköpfig beschreibt, ist am höchsten bei den Personen der VG3 ausgeprägt. Der einzig signifikante Unterschied lag zwischen ebenjener und der KG. Es scheint hier einen additiven Effekt der Störungsbilder zu geben. Dieser Effekt könnte einerseits durch das Hyperarousal bei einer PTBS beziehungsweise nach Traumata und die Kombination mehrerer Symptome der Persönlichkeitsstörungen bedingt sein. Dazu gehören bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung die Instabilität in Selbstbild und Beziehungen und in weiterer Folge die daraus entstehende Frustration sowie die Impulsivität und die expliziten Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren. Bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung sprechen die Diagnosekriterien von einer allgemein hohen Reizbarkeit und Aggressivität, die sich auf dieser Skala niederschlägt (American Psychiatric Association, 1995). Diese Neigung zu Instabilität in ärgerauslösenden Situationen sollte bei Personen in der Behandlung thematisiert werden, da so weitere negative Erlebnisse verhindert und diese vor weiterer Frustration geschützt werden können.

Die letzte Skala des STAXI, die signifikante Effekte aufweist, ist der nach innen gerichtete Ärger. Bei dieser zeigt sich das schon von der psychischen Flexibilität und Emotionsregulation bekannte Schema, dass die beiden Gruppen mit einer PTBS-Diagnose signifikant höher liegen als die anderen beiden Gruppen. Diese bilden wieder homogene Untergruppen, ohne signifikante Unterschiede innerhalb. Es kann argumentiert werden, dass auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstzerstörerischem und selbstverletzendem Verhalten einhergeht, also in gewisser Weise eine Art von Ärger, der gegen die eigene Person gerichtet ist. Doch zeigte sich vermutlich eher ein Effekt, der durch die PTBS und damit verbundene Schuldgefühle sowie Selbstzweifel verbunden ist. Besonders Kindern und Jugendlichen, die von zwischenmenschlicher Gewalt betroffen sind, wird eingeredet, dass der oder die TäterIn im

Recht ist und Stillschweigen darüber bewahrt werden muss, da sonst weitere gewaltvolle Konsequenzen angedroht werden. Im Kontext institutioneller Gewalt gibt es viele Vorwände, wie den der Strafe, um diese auszuüben und zu rechtfertigen. Dies fördert die Entstehung von Schuldgefühlen und des Ärgers gegen sich selbst, dass nichts dagegen getan oder etwas anders gemacht wurde, obwohl die Opfer ihren Tätern hilflos ausgeliefert waren. Dies kann zu nach innen gerichtetem oder auch aufgestautem Ärger führen, der mit dieser Subskala des STAXI erhoben wird (Ellenbogen, Trocmé, Wekerle, & McLeod, 2015).

Die letzte bearbeitete Fragestellung drehte sich um die Unterschiede in den Gruppen psychologisch oder psychotherapeutisch Behandelte und Nicht-Behandelte. Dabei musste festgestellt werden, dass der Umgang mit Ärger, wie im STAXI erhoben, keine signifikanten Unterschiede in den zwei Gruppen aufwies. Es könnte also möglich sein, dass sich diese dispositionellen Ärgerdimensionen auch durch psychische Störungen nicht veränderten. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit wäre allerdings auch, dass sich diese auch ohne Behandlung, zum Beispiel durch die Sozialisation veränderten beziehungsweise angleichen. Um dies zu prüfen, müsste eine Kontrollgruppe ohne vorhergehende Traumata diesen Alters verglichen werden, um zu sehen, ob deren Werte in einem ähnlichen Bereich liegen.

Einen signifikanten Effekt zeigte die Behandlung demnach auf die psychische Flexibilität und auf die zwei Dimensionen der Emotionsregulation. Die Gruppe der aktuell in Behandlung befindlichen Personen weist durchwegs höhere Werte als die der Unbehandelten auf. Höhere Werte deuten auf größere Schwierigkeiten in diesem Bereich hin. Dies war überraschend, da Behandlungsmethoden auf diesen Gebieten sich als gut erprobt und schnell wirksam erwiesen. Die höheren Werte in der Behandlungsgruppe sollten jedoch auf keinen Fall von vornherein als negativ, sondern als individueller Unterschied wahrgenommen werden, solange daraus kein Leidensdruck entsteht. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Personen mit stärkerem Leidensdruck und größerer Symptomlast sich eher in Behandlung begeben. Weiters kann bei eben jenen Personen schon vor der Behandlung ein stärkeres Defizit in gewissen Bereichen vorliegen, das überhaupt erst dazu führt, Störungen zu entwickeln. Somit wird durch die Behandlung ein ähnlich hohes Funktionsniveau wie vor den Ereignissen erreicht, aber nicht zwingend eines, das an resiliente Personen heranreicht.

6 Limitationen und Ausblick

Diese Masterarbeit entstammt den ersten Arbeiten, die im Laufe der Wiener Heimstudie entstehen werden. Daher wird es weitere Studien geben, die auf eine noch größere Stichprobe und Datengrundlage zurückgreifen können. Diese kann genutzt werden, um Ergebnisse zu replizieren, aber auch um neue Forschungsfragen zu erarbeiten und die explorativen Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit zu verfeinern.

Hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse muss einschränkend gesagt werden, dass es sich hierbei um Personen handelt, die großteils in den 1960er und 1970er Jahren des 20. Jahrhunderts Opfer von institutioneller Gewalt wurden. Die Biographien sind dabei immer beeinflusst vom zeitgeschichtlichen und gesellschaftlichen Hintergrund. Gezeigt werden konnte jedoch, dass Traumata und deren Folgestörungen mit Langzeitfolgen für psychische Flexibilität und Emotionsregulation in Verbindung stehen. Es wäre sicherlich interessant, bezüglich der Emotionsregulation alle Skalen des DERS vorzugeben, anstatt nur die zwei in dieser Studie verwendeten. In Zukunft sollte auch in Betracht gezogen werden, weitere Störungsbilder und Komorbiditäten einzubeziehen, um ein besseres Verständnis für die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Störungen und Regulationsfähigkeiten zu bekommen. Interessant wäre auch eine Überprüfung neuer Konzepte von Traumafolgestörungen bei Gewalterlebnissen in der Kindheit. So könnten die schon erwähnte komplexe PTBS (Hecker & Maercker, 2015) oder die Entwicklungstraumastörung (van der Kolk, 2009) helfen, spezifischere Symptome festzulegen und bessere Behandlungskonzepte zu entwickeln, da sie die hier als komorbid angenommenen Persönlichkeitsstörungen als Folge des Traumas mit einbeziehen (Cloitre et al., 2014). Dies sollte helfen, die Intensität von Traumata in der Kindes- und Jugendzeit noch besser zu verstehen und gerade für diese oft unentdeckt bleibende Gruppe ideale Therapieangebote bieten zu können.

Literaturverzeichnis

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). One versus many: Capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cognition & Emotion*, 27(4), 753–760. <http://doi.org/10.1080/02699931.2012.739998>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <http://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134(2), 169–179. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97–104. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Black, D. W., Baumgard, C. H., & Bell, S. E. (1995). A 16- to 45-year follow-up of 71 men with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 130–140. [http://doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90108-6](http://doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90108-6)
- Böhler, R. (2007). Die Entwicklung der Kinderübernahmestelle in Wien zwischen 1910 und 1938. In E. Berger & E. Rieger (Hrsg.), *Verfolgte Kindheit: Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung* (S. 193–234). Wien: Böhlau.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767–774. <http://doi.org/10.1002/jts.20578>
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>
- Bundesministerium für Familie und Jugend (n.d.). *Formen von Gewalt*. Zugriff am 11.12.2015 unter <http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen/gewaltbegriff.php>
- Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect*, 35(6), 408–413. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.006>
- Campbell, S. B., Renshaw, K. D., & Richter, J. B. (2015). The role of personality traits and profiles in posttrauma comorbidity. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(2), 197–210. <http://doi.org/10.1080/15299732.2014.985864>
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Roitblat, H. L., & Muraoka, M. Y. (1994). Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 827–832. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.62.4.827>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5: 25097. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119–124. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80060-7](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7)
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <http://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Ausg.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R. de, Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V., ... Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the

- Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455–462.
<http://doi.org/10.1002/jts.20357>
- Daud, A., Klinteberg, B., & Rydelius, P.-A. (2008). Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatization and personality impairments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 331–340. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00532.x>
- Dick, A. M., Niles, B. L., Street, A. E., DiMartino, D. M., & Mitchell, K. S. (2014). Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: The influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 70(12), 1170–1182. <http://doi.org/10.1002/jclp.22104>
- Dorsch, F., & Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2014). *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (17., vollst. überarb. Aufl). Bern: Huber.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598.
<http://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Eifert, G. H. (2011). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ellenbogen, S., Trocmé, N., Wekerle, C., & McLeod, K. (2015). An exploratory study of physical abuse–related shame, guilt, and blame in a sample of youth receiving child protective services: Links to maltreatment, anger, and aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(5), 532–551. <http://doi.org/10.1080/10926771.2015.1029183>
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545–550. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Fiedler, P. (2003). Komplexe Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen. In G. Seidler, P. Laszig, R. Micka, B. Nolting (Hrsg.), *Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie* (S. 55–78). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6., vollst. überarb. Aufl). Weinheim: Beltz-PVU-Verl.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). The developmental epidemiology of childhood victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(5), 711–731.
<http://doi.org/10.1177/0886260508317185>
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191.
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs? *Psychological Assessment*, 23(4), 970–982. <http://doi.org/10.1037/a0024135>

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
<http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <http://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., & Tyrka, A. R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 442–447. <http://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.442>
- Hatchett, G. (2015). Treatment guidelines for clients with antisocial personality disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 37(1), 15–27.
<http://doi.org/10.17744/mehc.37.1.52g325w385556315>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hecker, T., & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11: Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 60(6), 547–562. <http://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z>
- Helige, B., John, M., Schmucker, H., & Wörgötter, G. (2013). *Endbericht der Kommission Wilhelminenberg*. Wien: Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie.
- Hoyer, J., & Gloster, A. T. (2013). Psychologische Flexibilität messen: Der Fragebogen zu Akzeptanz und Handeln II. *Verhaltenstherapie*, 23(1), 42–44. <http://doi.org/10.1159/000347040>
- Iffland, B., Brähler, E., Neuner, F., Häuser, W., & Glaesmer, H. (2013). Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health*, 13:980. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-980>
- In-Albon, T. (2013). *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.

- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 200(2), 107–115. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>
- Kirk, R. E. (1996). Practical significance: A concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56(5), 746–759. <http://doi.org/10.1177/0013164496056005002>
- Krampen, G. (2009). Psychotherapeutic processes and outcomes in outpatient treatment of antisocial behavior: An integrative psychotherapy approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(3), 213–230. <http://doi.org/10.1037/a0017069>
- Lawson, D. M., & Quinn, J. (2013). Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 497–509. <http://doi.org/10.1002/jclp.21990>
- Leirer, I., Fischer, R., & Halletz, C. (1976). *Verwaltete Kinder: Eine soziologische Analyse von Kinder- und Jugendlichenheimen im Bereich der Stadt Wien*. Wien: Institut für Stadtforschung.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lueger-Schuster, B., Jagsch, R., Gössling-Steirer, C., Glück, T., Kantor, V., Knefel, M., & Weindl, D. (2014a). Wiener Heimstudie: Studienteilnahme. Abgerufen am 21.03.2016 unter <http://heimstudie.univie.ac.at/studienteilnahme>
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Moy, Y., Butollo, A., ... Glück, T. (2014b). Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 52–64. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.013>
- Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79(5), 577–586. <http://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- MAG Elf – Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien. (2004). *Reform Heim 2000: Abschlussbericht 1995–2003*. Wien: Magistrat der Stadt Wien.
- Malina, P. (2007). Zur Geschichte des Spiegelgrunds. In E. Berger & E. Rieger (Hrsg.), *Verfolgte Kindheit: Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung* (S. 159–192). Wien: Böhlau.

- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy, 33*(4), 563–577.
[http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80017-X](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80017-X)
- Mees, U., & Chassein, J. (Hrsg.). (1992). *Psychologie des Ärgers*. Göttingen: Hogrefe.
- Moran, P., Coffey, C., Chanen, A., Mann, A., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2011). Childhood sexual abuse and abnormal personality: A population-based study. *Psychological Medicine, 41*(06), 1311–1318. <http://doi.org/10.1017/S0033291710001789>
- Olatunji, B. O., Ciesielski, B. G., & Tolin, D. F. (2010). Fear and loathing: A meta-analytic review of the specificity of anger in PTSD. *Behavior Therapy, 41*(1), 93–105.
<http://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.004>
- Orcutt, H. K., Bonanno, G. A., Hannan, S. M., & Miron, L. R. (2014). Prospective trajectories of posttraumatic stress in college women following a campus mass shooting. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 249–256. <http://doi.org/10.1002/jts.21914>
- Orth, U., Cahill, S. P., Foa, E. B., & Maercker, A. (2008). Anger and posttraumatic stress disorder symptoms in crime victims: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 208–218. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.208>
- Orth, U., & Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 698–706.
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.698>
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders, 17*(6), 479–488.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(3), 456–465. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Raposo, S. M., Mackenzie, C. S., Henriksen, C. A., & Afifi, T. O. (2014). Time does not heal all wounds: Older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(11), 1241–1250.
<http://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.04.009>

- Riser, R. E., & Kosson, D. S. (2013). Criminal behavior and cognitive processing in male offenders with antisocial personality disorder with and without comorbid psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 332–340. <http://doi.org/10.1037/a0033303>
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar: STAXI*. Bern: Huber.
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87–102. <http://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199–223. <http://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 413–435.
- Sieder, R., Smioski, A., Eich, H., & Kirschenhofer, S. (2012). *Der Kindheit beraubt: Gewalt in den Erziehungsheimen der Stadt Wien (1950er bis 1980er Jahre)*. Innsbruck: StudienVerlag.
- Sosic-Vasic, Z., Connemann, B. J., Tumani, V., Otte, S., Streb, J., Dudeck, M., & Vasic, N. (2015). Anhaltender sexueller Missbrauch in der Kindheit und Langzeitfolgen für die Entwicklung: Diagnostische und therapeutische Herausforderungen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 60(6), 527–535. <http://doi.org/10.1007/s00278-015-0056-1>
- Spiel, W. (1971). *Aktuelle Probleme der Heimerziehung: Mit Ergebnissen der Wiener Heimkommission*. Wien: Institut für Stadtforschung.
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 121–127. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.06.006>
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303–313. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001>
- van der Kolk, B. A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(8), 572–586. <http://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.8.572>
- Weiss, H. (2012). *Tatort Kinderheim: Ein Untersuchungsbericht*. Wien: Deuticke.

- Wilson, H. A. (2014). Can antisocial personality disorder be treated? A meta-analysis examining the effectiveness of treatment in reducing recidivism for individuals diagnosed with ASPD. *International Journal of Forensic Mental Health, 13*(1), 36–46.
<http://doi.org/10.1080/14999013.2014.890682>
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: SKID*. Göttingen: Hogrefe.
- Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E., & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors, 35*(1), 68–71. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.003>
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect, 38*(8), 1369–1381.
<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.008>
- Zlotnick, C. (1999). Antisocial personality disorder, affect dysregulation and childhood abuse among incarcerated women. *Journal of Personality Disorders, 13*(1), 90–95.
<http://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.1.90>

Anhang

1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	25
Abbildung 2	25

2 Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle 1</u>	<u>24</u>
<u>Tabelle 2</u>	<u>26</u>
<u>Tabelle 3</u>	<u>27</u>
<u>Tabelle 4</u>	<u>34</u>
<u>Tabelle 5</u>	<u>35</u>
<u>Tabelle 6</u>	<u>36</u>
<u>Tabelle 7</u>	<u>36</u>
<u>Tabelle 8</u>	<u>38</u>
<u>Tabelle 9</u>	<u>38</u>
<u>Tabelle 10</u>	<u>39</u>
<u>Tabelle 11</u>	<u>39</u>
<u>Tabelle 12</u>	<u>40</u>
<u>Tabelle 13</u>	<u>40</u>
<u>Tabelle 14</u>	<u>42</u>
<u>Tabelle 15</u>	<u>42</u>
<u>Tabelle 16</u>	<u>43</u>
<u>Tabelle 17</u>	<u>43</u>
<u>Tabelle 18</u>	<u>44</u>
<u>Tabelle 19</u>	<u>44</u>
<u>Tabelle 20</u>	<u>45</u>
<u>Tabelle 21</u>	<u>45</u>
<u>Tabelle 22</u>	<u>46</u>
<u>Tabelle 23</u>	<u>46</u>
<u>Tabelle 24</u>	<u>47</u>
<u>Tabelle 25</u>	<u>47</u>
<u>Tabelle 26</u>	<u>48</u>

3 Lebenslauf

Oskar Loschan

Telefon (mobil): +43 699 15007602
email: oskarloschan@gmail.com

Geburtsdatum: 26.11.1990
Geburtsort: Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung

Seit Oktober 2013	Masterstudium Psychologie Universität Wien, Wien, Österreich
Februar 2013 – Juni 2013	Auslandsaufenthalt (Erasmus) Universität Luxemburg, Luxemburg
Oktober 2010 – August 2013	Bachelorstudium Psychologie Universität Wien, Wien, Österreich (Abschluss mit akadem. Grad B. Sc. 18.08.2013)
September 2001 – Juni 2009	Sekundarschule AHS Wenzgasse (Gymnasium), Wien, Österreich

Berufserfahrung (Bereich Psychologie)

Seit Mai 2015	Journaldienst Verein Dialog - Integrative Suchtberatung Gudrunstraße, Wien, Österreich Administrative Tätigkeit im laufenden Betrieb einer Suchtberatungsstelle mit Fokus auf Opioidabhängigkeit. Empfang und Zuteilung der KlientInnen zu ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen. Arbeit im Ambulanz- und Terminsetting sowie Telefondienst.
---------------	--

Juli 2014 – Oktober 2014

Praktikant

Traumacclinic, Kapstadt, Südafrika

Arbeit als Praktikant unter Supervision von ausgebildeten Psychologen. Durchführen von Gruppen- und Einzelberatungsgesprächen mit Jugendlichen. Sowie Workshops und Arbeit mit Gruppen in Schulen zum Thema psychische Traumatisierung, Drogenmissbrauch und Safer Sex.

November 2012 – Februar 2013

Praktikant

Hemayat – Betreuungszentrum für Folter und Kriegsüberlebende, Wien, Österreich

Arbeit als Praktikant in einem psychologischen Betreuungszentrum für Überlebende von Folter und Krieg. Persönlich verantwortlich für das Projekt der Einrichtung eines Kinder- und eines Kunsttherapieraumes sowie administrative Tätigkeiten.

Oktober 2012 – Januar 2013

Tutor

Universität Wien, Wien, Österreich

Unterstützung von Studierenden der Psychologie im ersten Semester. Hilfe bei Fragen zu fachlichen, studienbezogenen und organisatorischen Fragen.

September 2009 – Mai 2010

Zivildienst als Rettungssanitäter

Johanniter-Unfall-Hilfe, Wien, Österreich

Abschluss der Ausbildung zum Rettungssanitäter und anschließende Arbeit im Wiener Krankentransport- und Rettungssystem.

Ehrenamtliche Tätigkeit

Juni 2010 – November 2013

Ehrenamtlicher Rettungssanitäter

Johanniter-Unfall-Hilfe, Wien, Österreich

Regelmäßige Dienste als Rettungssanitäter in Wien. Außerdem ständige Fortbildungen auf dem Gebiet der Notfall- und Rettungsmedizin.