



universität
wien

MASTERARBEIT/ MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit /Title of the Master's Thesis

„Schizotypie und parasoziale Interaktion in Bezug auf
Emotionsregulation und frühkindlichem Trauma.“

verfasst von / submitted by

Gabriele Oppenauer BSc

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

Wien, 2016

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

A066 840

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

Masterstudium Psychologie

Betreut von/ Supervisor:

Dr. Dr. Hennig-Fast

„Ich war dauernd die Prinzessin.

Ich war fast sieben Jahre Prinzessin!

Aber dann wollt' ich es halt eines Tages nicht mehr sein.“

Romy Schneider

Danksagung

Mein größter Dank gilt Frau Prof. Dr. Dr. Hennig- Fast, die mir durch ihre Betreuung nicht nur ermöglichte, meinen eigenen Themenvorschlag zu bearbeiten, sondern mir fachlich, wie auch emotional und durch ihr Vertrauen in meine Fähigkeiten, eine große Stütze war.

Mein besonderer Dank gilt Frau Mag. Kocsis-Bogár, die mir mit umsichtigem Weitblick und fachlicher Kompetenz immer eine Hilfe war, und sich Zeit für mich genommen hat.

Ich bedanke mich bei allen TeilnehmerInnen der Testungen, die damit wesentlich zum Inhalt dieser Arbeit beigetragen haben. Ebenso bedanke ich mich bei meinen Kommilitonen Lea, Flora, Stefanie, Bora, Nasja, Simone, Susanne, Leyla, Adam und Matthias für ihre Hilfe bei der Testdurchführung.

Von ganzem Herzen möchte ich meinem Richard danken, der mein Fels in der Brandung, mein Antrieb, meine Liebe ist.

Mein ewiger Dank gilt Mag. Uwe, für die Säulen meines Lebens.

Schließlich gilt mein Dank Frau Mag. Fellner, die mir den Weg zurück ins universitäre Leben, und vor allem zum produktiven Lernen ermöglichte.

Meinem verstorbenen Vater Norbert Oppenauer gewidmet.

Diese Arbeit war sein Traum und mein Versprechen!

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	9
A) Theoretischer Teil	
2. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand- Schizophrenie und Schizotypie	11
2.1. Definition von Schizophrenie	11
2.2. Symptomatik und Verlauf	11
2.3. Ursache	12
2.4. Verhalten und Erleben	12
2.5. Schizophrenie und Schizotypie- eine Differenzierung	13
3. Emotionen und ihre Regulation	15
3.1. Der Begriff Emotion	15
3.2. Emotionsregulation	15
3.3. Emotionsregulation und Schizophrenie bzw. Schizotypie	16
4. Kindheitstrauma	18
4.1. Der Begriff Kindheitstrauma und seine Kategorisierung	18
4.2. Kindheitstrauma und Schizophrenie bzw. Schizotypie	19
4.3. frühkindliches Trauma und Emotionsregulation	20
5. Parasoziale Interaktion	22
5.1. Definition und Entstehung von parasozialer Interaktion	22
5.2. Parasoziale Interaktion und Emotionsregulation	25
5.3. Parasoziale Interaktion und Kindheitstrauma	27
6. Fragestellungen und Hypothesen	29
B) Empirischer Teil	
7. Methodik	30

7.1. Durchführung	30
7.2. Erhebungsinstrumente	31
7.3. Stichprobenbeschreibung	37
7.4. Statistische Auswertungsverfahren	38
8. Ergebnisse	40
8.1. Die Ausprägungen der Emotionsregulation Unterdrückung bei Personen mit und ohne Schizotypie	40
8.2. Die Ausprägungen von körperlichen und emotionalen Missbrauchs, sowie emotionaler Vernachlässigung bei Personen mit und ohne Schizotypie	41
8.3. Der Zusammenhang der Emotionsregulation Unterdrückung mit erlebtem Kindheitstrauma	43
8.4. Die Ausprägung von parasozialer Interaktion bei Personen mit und ohne Schizotypie- ein Gruppenvergleich	43
8.5. Der Zusammenhang zwischen der Emotionsregulation Unterdrückung und parasozialer Interaktion bei Personen mit und ohne Schizotypie	45
8.6. Der Zusammenhang zwischen Aspekten frühkindlichem Trauma und parasoziale Interaktion bei Personen mit und ohne Schizotypie	47
9. Diskussion	50
9.1. Limitationen	54
Zusammenfassung	55
Abstract	56
Literaturverzeichnis	57
Tabellenverzeichnis	67
Abbildungsverzeichnis	67
C) Anhang	68

1. Einleitung

Personen, deren Verhalten exzentrisch ist, die Anomalien im Denken und im Wahrnehmen aufweisen, und veränderte Stimmungslagen zeigen, die zwar *schizophren* wirken, dennoch keine spezifischen Kriterien erfüllen, weisen die Symptome einer *Schizotypie* auf (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2008). Mittels *Emotionsregulation* werden Gefühle entweder *antezedenzfokussiert*, also vor der vollständigen Aktivierung durch veränderte Gedanken, oder *antwortfokussiert*, somit reaktionsverändernd, abgeschwächt (Gross, 2001; Gross & John, 2003). Zwei spezifische Strategien der Emotionsregulation sind Unterdrückung, wobei Gefühle durch Verhaltensregulierungen gemindert werden, und kognitive Neubewertung, eine gedankliche Modifizierung der Bedeutung eines gefühlsauslösenden Reizes (Gross & John, 2003). Personen mit hohen Schizotypiewerten haben Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu zeigen, nicht aber diese mittels Unterdrückung zu regulieren (Henry et al., 2007b).

In der Kindheit erlebte *Traumata*, wie zum Beispiel Missbrauchserlebnisse, können unterschiedliche Formen annehmen und unter anderem sowohl auf emotionaler, wie auch körperlicher Ebene ablaufen (Dilling et al., 2008). Es ist bisher nicht gänzlich geklärt, inwieweit spezifische Bereiche des Missbrauchs eindeutig zu psychischen Störungen zugeordnet werden können. Es ließ sich jedoch ein Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und Dimensionen der Schizotypie nachweisen (Berenbaum & Thompson, 2008).

Horton und Wohl (1956) definierten den Begriff der *parasozialen Interaktion*. Dieser beschreibt die illusionäre face to face Beziehung, welche sich unmittelbar beim Betrachten eines Hauptakteurs im Fernsehen bei dem/der ZuseherIn einstellt. Hierbei spielen Emotionen eine wichtige Rolle, da sie einen Teilprozess dieser Interaktion ausmachen (Hartmann & Schramm, 2008).

Ein Ziel dieser Masterarbeit ist es, zu untersuchen, ob sich Personen, mit und ohne psychometrischer Schizotypie, in ihrer Emotionsregulation und der Häufigkeit von Kindheitstraumata unterscheiden. Ebenso wird der Frage nachgegangen, ob häufig erlebte frühkindliche Traumata mit einer erhöhten Anwendung von Unterdrückung einhergehen. Abschließend wird untersucht, ob Zusammenhänge der beiden psychologischen Konstrukte mit parasozialer Interaktion bei Personen mit schizotypen Persönlichkeitsmerkmalen höher ausfallen.

Die hier vorliegende Arbeit ist in einen theoretischen und einen empirischen Teil gegliedert. In der ersten Hälfte wird zunächst ein Einblick in das Störungsbild der

Schizophrenie und in die Abgrenzung zur Schizotypie gegeben. Hiernach erfolgen die Definitionen von Emotion und deren Regulationsstrategien anhand des Prozessmodells der Emotionsregulation nach Gross (1998b). Das nächste Kapitel widmet sich dem Begriff und der Klassifikation von Kindheitstrauma. Anhand aktueller Forschungsergebnisse werden schließlich Zusammenhänge der beiden psychologischen Konstrukte miteinander und mit dem Störungsbild der Schizophrenie bzw. den Persönlichkeitsdimensionen der Schizotypie dargestellt. Abschließend wird auf den Begriff der parasozialen Interaktion näher eingegangen. Angesichts publizierter Studienergebnisse werden Zusammenhänge dieser speziellen Interaktion mit Emotionsregulation und Kindheitstraumata unter dem Aspekt der Schizotypie beleuchtet.

Die empirische Hälfte dieser Arbeit stellt die Methodik der Datenerhebung, die Erhebungsinstrumente und die Stichprobenbeschreibung dar. Hiernach erfolgt eine Ergebnisdarstellung der aus der Theorie abgeleiteten Fragestellungen. Zuletzt werden diese Ergebnisse in Bezug auf vorliegende Studien diskutiert und Kritik an der Untersuchung gegeben. Eine englische wie auch eine deutschsprachige Zusammenfassung befindet sich im Anhang.

A) Theoretischer Teil

2. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand-Schizophrenie und Schizotypie

2.1. Definition von Schizophrenie

Unter Schizophrenie ist eine Symptomgruppe zu verstehen, welche durch eine veränderte Wahrnehmung, oder Verzerrungen im Denken und Handeln, sowie einer beeinträchtigten Fähigkeit zur Interaktion mit anderen charakterisiert ist. Zentral ist ein signifikanter Realitätsverlust, der als *Psychose* definiert wird (Butcher, Minenka, & Hooley, 2009). Personen mit einer psychotischen Störung erleben ihre veränderte Wahrnehmung in Form von Halluzinationen und ihr verzerrtes Denken in Form von Wahn. Letztere Pathologie wird vom Betroffenen, selbst bei vorgebrachten gegenteiligen Beweisen, nicht als solche gesehen (Wittchen & Hoyer, 2011).

2.2. Symptomatik und Verlauf

Grundsätzlich werden die Symptome der Schizophrenie in zwei Kategorien eingeteilt. Die Gruppe der positiven Symptome bezeichnet die Zunahme von eigentlich üblichen psychischen Funktionen. So stellt die *Halluzination* ein Übermaß der Wahrnehmung dar, und der Wahn ein Zuviel an schlussfolgerndem Denken. Hinzu zählen noch der Zerfall der Assoziationen, die *Denkzerfahrenheit* und bizarres Ausdrucksverhalten (Wittchen & Hoyer, 2011). Weitere positive Symptome sind die Störung des Selbstgefühls, wobei die Person sich nicht einheitlich erlebt und die Grenzen zwischen sich und dem anderen nicht ziehen kann (Müller, 1999), und die Affektstörungen.

Die Gruppe der negativen Symptome stellt die Verminderung psychischer Funktionen dar. Darunter fallen (a) Affekt- und Sprachverarmung, (b) Verlangsamung, (c) Aktivitätsminderung, (d) Kontaktmangel, (e) sozialer Rückzug oder (f) die Unfähigkeit an Initiative (Wittchen & Hoyer, 2011).

Das Ersterkrankungsalter für Schizophrenie liegt bei Männern durchschnittlich bei 25 Jahren, bei Frauen drei bis fünf Jahre später, wobei nach dem vierten Lebensjahrzehnt ein zweiter Erkrankungsgipfel vorliegt (Rössler, 2011). Der Verlauf kann in verschiedenen Phasen unterteilt werden. Die bisher bekannte Einteilung der Prodromalphase, der floriden

Phase und der Residual- oder Remissionsphase (Petermann, Maercker, Lutz, & Stangier, 2011), stellt Häfner in ein neues Licht. Er betont die Bedeutung der Frühverlaufsphase als aktivsten Abschnitt des Störungsverlaufs und unterteilt sie in die Prodromalphase, in die psychotische Vorphase und in die Latenzphase (Häfner, 2000).

Demzufolge kommt es in der *Prodromalphase* zu den ersten negativen Symptomen und dauert durchschnittlich fünf Jahre. Die psychotische Vorphase fängt mit dem ersten positiven Symptom an und dauert durchschnittlich 1,1 Jahre. Sie endet mit dem Höhepunkt der ersten psychotischen Episode. Von da an lebt der Betroffene bis zur klinischen Erstaufnahme in der Latenzphase (Häfner 2000; Wittchen und Hoyer, 2011).

2.3. Ursache

Die Suche nach den Ursachen der Schizophrenie nimmt eine Vielzahl von Forschungszweigen in Anspruch. Unter anderem versucht die psychiatrische Genetik, anhand vererbter Faktoren, der psychischen Störung auf den Grund zu gehen. Häfner (2000) spricht sich dafür aus, dass die negativen Symptome der Schizophrenie scheinbar genetisch von schwerwiegender Bedeutung sind, als Positive. Unumstritten ist inzwischen die Rolle biochemischer Vorgänge, welche die Ausprägungen der Schizophrenie verändern können. Im Zentrum der Betrachtung liegt die Wirkung verschiedener Neurotransmitter wie Dopamin, Noradrenalin, Gamma-Aminobuttersäure (GABA) und Serotonin, um einige Beispiele zu nennen (Wittchen & Hoyer, 2011). Das dopaminerge System scheint eine wichtige Wirkung auf die Symptomatik der Schizophrenie zu haben, da Neuroleptika, also Medikamente, welche die Aktivität des dopaminergen Systems blockiert, einige Symptome der Schizophrenie abschwächen. Darüber hinaus werden auch die Aktivitäten des serotonergen Systems herabgesetzt, das ebenso eine Besserung der Symptomatik mit sich bringt (Pritzel, Brand, & Markowitsch, 2009).

Die Annahmen zur Entstehung von Schizophrenie sind in einer kaum überschaubaren Vielfalt vorhanden, und kein theoretischer Ansatz kann die Ätiologie und Pathogenese, also die Ursache und den Störungsverlauf, ausreichend erklären (Wittchen & Hoyer, 2011).

2.4. Verhalten und Erleben

Durch die Verzerrungen der Wahrnehmung, der Affekte, der Sprache und des Denkens ist das Verhalten und Erleben von PatientInnen mit Schizophrenie sichtbar auffällig. Allem voran sei der Wahn erwähnt, der Menschen Dinge glauben lässt, die für andere Personen nicht nachvollziehbar sind. Die Betroffenen sind rational nicht mehr erreichbar (Butcher, Mineka, & Hooley, 2009).

Halluzinationen sind Wahrnehmungen, die in ohne tatsächlichen Stimulus erfolgen, für den Betroffenen aber die Form und die Wirkung haben, als wären sie real. Sie können in jeder Sinneswahrnehmung auftreten. Die häufigste akustische Halluzination ist das Stimmenhören. (Lincoln, 2014).

Schizophrenie geht typischerweise mit intensiven, stark wechselnden Emotionen einher (Häfner, 2001). Anfängliches Sich-zurück-Ziehen kann in einer häufigen Beschäftigung mit Fantasievorstellungen münden. Die Sprache ist zunehmend schwer verständlich bis hin zu Gemurmel (Butcher, Mineka, & Hooley, 2009). Zusätzlich machen schwere Störungen der Denkprozesse, die Kommunikation mit und für Personen mit Schizophrenie schwierig. Der Sinn der Denkinhalte kann so beeinträchtigt sein, dass er inkohärent, also zusammenhangslos, werden kann (Häfner, 2001).

2.5. Schizophrenie und Schizotypie-eine Differenzierung

Im Klassifikationswerk der Weltgesundheitsorganisation, dem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kurz ICD-10 (Dilling et al., 2008), wird Schizotypie der Gruppe F, Nummer 21.0, zugeordnet, welche als Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen betitelt ist. Hierbei wird die schizotype Störung folgendermaßen definiert:

„Eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind“ (Graubner, 2014, S.183).

Weitere Symptome, die ICD-10 anführt, sind unter anderem: (a) *Anhedonie*, (b) die Tendenz zu sozialem Rückzug, (c) paranoische oder bizarre Ideen, die nicht in Wahnvorstellungen münden, (d) zwanghaftes Grübeln, (e) Denk- und Wahrnehmungsstörungen, (f) quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, (g) akustische oder andere Halluzinationen und (h) wahnähnliche Ideen. *Anhedonie* ist die verminderte Fähigkeit, Freude zu empfinden (Wittchen & Hoyer, 2011). In Anlehnung an die Einteilung der Symptome der Schizophrenie differenzierte man in der Schizotypieforschung eine positive Symptomdimension von einer negativen (Kendler et al., 1991). Neuere Studien orientieren sich nach dem Dreifaktorenmodell chronischer Schizophrenie von Liddle (1987). Hiernach gibt es neben den beiden traditionellen Symptomgruppen eine dritte, die cognitive disorganization genannt wird. Dieser Faktor wurde von der Schizotypieforschung übernommen und beschreibt Formen von Spracharmut, entgleistes Denken oder Ablenkbarkeit sowie Rededrang (Claridge, 1997).

Meehl (1962) geht in seinem *Schizotaxia-Schizotypy-Schizophrenia-Modell* von einem dominanten, vererbten Gen, dem Schizogen, aus, welches zu einem biochemischen Schaden führt, der Schizotaxia. Dies führt zu synaptischer Fehlfunktion, die mithilfe von Umweltfaktoren und sogenannten polygenetischen Faktoren in einer Schizotypie, oder in weiterer Folge in einer Schizophrenie enden kann. Mit den Begriffen cognitive slipping und primary aversive shift bezeichnet Mehl (1962) die Leitsymptome der Schizotypie. Sie stehen für kognitive Entgleisung und primäre aversive Verschiebung. Hinzu kommen anhedonistisches Erleben, interpersonelle Aversion und innere Zerrissenheit.

Das voll-dimensionale Modell nach Claridge (1997) beschreibt psychische Störungen mittels Kontinuum von individuell unterschiedlich ausgeprägten, psychotischen Eigenschaften, die eine Quelle störungsfreier als auch prädisponierender Anteile einer Störung darstellen. Schizotypie stellt somit ein Persönlichkeitskonstrukt dar, das ein Psychoserisiko in sich trägt. Somit lassen sich Verhaltensweisen und Eigenschaften in der Gesamtbevölkerung finden, welche der Schizophrenie ähnlich sind, und anhand hoher Schizotypie-Werte erklärbar. Manche Persönlichkeitsausprägungen, die der positiven Dimension der Schizotypie zugehörig sind, treten in Form von flexibler, kreativer oder unkonventioneller Denkweise zutage, die der Betroffene als vorteilhaft ansieht (Mohr & Claridge, 2015). Die Festlegung bestimmter Grenzwerte zur Diagnose einer Störung lehnt Claridge (1995) ab und empfiehlt Symptomskalen.

Da Studien bezüglich Schizophrenie über jene der Schizotypie in der Forschung dominieren, basiert der theoretische Teil dieser Studie hauptsächlich auf dem Forschungsstand der Schizophrenie. Dies lässt sich aufgrund der ähnlichen Symptomatik vereinbaren, sodass Rückschlüsse auf Persönlichkeitsdimensionen der Schizotypie als sinnvoll erscheinen.

3. Emotionen und ihre Regulation

3.1. Der Begriff Emotion

„In der That giebt [sic] es kaum ein Gebiet psychischer Erscheinungen, welches der Untersuchung größere Schwierigkeiten entgegentürmen würde, als eben die Region der Gefühle“ (Nahlowky, 1862, S.1).

Der Begriff der Emotion ist nicht eindeutig definierbar, da Emotionen aus vielerlei Komponenten bestehen, und es hierzu die unterschiedlichsten theoretischen Erklärungsansätze gibt. Einer der ersten psychologischen Emotionstheorien stammt von James (1884). Ihm zufolge sind Emotionen das Resultat viszeraler Reaktionen, also jene, die durch Eingeweide verursacht worden sind. Er behauptet, dass körperliche Veränderungen den Emotionen vorangehen, sodass diese das Empfinden dieser Veränderung darstellen. Der Sozialpsychologe Schachter (1964) entwickelte die Zweifaktoretheorie der Emotion, welche besagt, dass Gefühle einerseits aus der kognitiven Verarbeitung und der Interpretation externer Reize, und andererseits, als Folge von körperlicher Erregung entstehen. Kleinginna und Kleinginna (1981) fassten, nach einer Analyse von über hundert Emotionsdefinitionen, folgende zehn Kategorien zusammen: die (a) affektive, (b) kognitive, (c) extern stimulierende, (d) physiologische, (e) expressiv-verhaltensbezogene, (f) disruptive, (g) adaptive, (h) multiaspektionale, (i) restriktive, (j) motivationale Definition und (k) skeptische Aussagen.

3.2. Emotionsregulation

Der Begriff der Emotionsregulation beschreibt den Prozess, durch den eine Person, das Erleben und den Ausdruck von aktivierten Emotionen beeinflusst (Gross 1998a; 1998b). Dies inkludiert Bemühungen sowohl negative, als auch positive Emotionen zu verstärken oder abzuschwächen (Gross, 2014). Die Mechanismen der Emotionsregulation können wohl möglich bewusst ausgeführt werden, jedoch wird größtenteils angenommen, dass sie automatisch und ohne Anteilnahme des Bewusstseins ablaufen (Gross, 1998b).

Das Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998b) positioniert die Mechanismen der Regulation an zwei zeitlich bestimmten Abschnitten der Emotionsentstehung:

Die antezedenzfokussierte, also vorausgehende Regulationsstrategie. Diese geschieht, noch bevor Emotionen vollständig aktiviert werden, und verändert Gedanken wie auch Situationen. Zu ihr zählen vier Abschnitte des ablaufenden Emotionsprozesses, der Situationsauswahl, einer Modifikation der Situation, ebenso wie die

Aufmerksamkeitslenkung und die kognitive Veränderung.

Die antwortfokussierte Regulationsstrategie. Sie bezieht sich auf das Verhalten, nach der Aktivierung einer Emotion, und wird als Reaktionsveränderungen verstanden.

Unterdrückung und Neubewertung. Kognitive Neubewertung und expressive Unterdrückung sind zwei spezifische Strategien der Emotionsregulation (Gross, 1998b). Kognitive Neubewertung ist Teil der antezedenzfokussierten Regulation, und eine Form der kognitiven Modifizierung, wobei eine emotionsauslösende Situation in ihrer Bedeutung verändert wird. Da sie früh eingesetzt wird, verändert sie den Verlauf einsetzender Emotionen und dient zur sogenannten Downregulation von negativen Emotionen (ebenda). Expressive Unterdrückung ist eine Form der veränderten Antwort, welche das Unterdrücken von laufenden Emotionen durch Verhaltensregulierung beinhaltet. Da sie relativ spät erfolgt, ist sie eine antwortfokussierte Regulationsstrategie, welche den verhaltensbezogenen Ausdruck von Emotionen unterdrückt (ebenda).

Gross und Muñoz (1995) bezeichnen in ihrem Artikel Emotionsregulation, als grundlegend für die geistig-seelische Gesundheit. Personen, welche gelernt hatten, ihre Emotionen zu steuern, haben eine niedrige Wahrscheinlichkeit depressiv zu werden, so die Autoren (1995). Die unterschiedliche Wirkungsweise von antezedenzfokussierter und antwortfokussierter Regulationsstrategie wurde von Gross (1998a), mithilfe eines ekelerregenden Films nachgewiesen, bei dem Verhalten und körperliche Reaktionen hervorgerufen und gemessen wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass Neubewertung den Ausdruck, und das Erleben von Ekel verringerte, während Unterdrückung die Aktivierung von körperlichen Reaktionen im sympathischen Nervensystem verstärkte, und somit zwar den Ekel weniger ausdrückte, doch ebenso erlebt wurde wie unter der Kontrollbedingung. Gross sieht darin die Verbindung von antwortfokussierten Regulationsmechanismen und physischen Reaktionen im selben, subcortikalen Zentrum verankert (Gross, 1998a).

3.3. Emotionsregulation und Schizophrenie bzw. Schizotypie

Eine umfangreiche Studie anhand einer nationalen Erhebung Großbritanniens in den Jahren 2000 und 2007, an Personen mit Psychose konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Schizophrenie und emotionaler Instabilität nachweisen (Marwaha, Broome, Bebbington, Kuipers, & Freeman, 2014).

Strauss et al. (2013) beschrieben in ihrer Arbeit die unterschiedliche Anwendung der Mechanismen Unterdrückung und Neubewertung bei Personen mit Schizophrenie. Hierbei wurden, als angenehm und unangenehm geltende, Bilder vorgelegt, welche zusätzlich

auditiv beschrieben wurde, zum einen als etwas Negatives, zum anderen als etwas Neutrales. Zwar zeigten sowohl Personen mit als auch ohne Schizophrenie Mechanismen der Emotionsregulation, bei als negativ beschriebenen, unangenehmen Bildern. Jedoch blieben diese Regulationsmechanismen bei Schizophrenie-PatientInnen auch dann erhalten, wenn sie zu unangenehmen Bildern eine neutrale Beschreibung hörten. Die Betroffenen gaben deutlich häufiger an, die Regulationsstrategie Unterdrückung zu verwenden. Ebenso zeigte sich, dass die PatientInnen besondere Schwierigkeiten hatten, ihre Emotionen zu identifizieren, was von den AutorInnen, den Symptomen der Depression zugeschrieben wurde.

Dass PatientInnen mit Schizophrenie Schwierigkeiten haben ihre Gefühle auszudrücken, nicht aber sie mittels Unterdrückung zu regulieren, zeigt sich in der Studie von Henry et al. (2007a). Die AutorInnen nutzen drei amüsante Filme als Stimuli und baten die Testpersonen der einen Gruppe, ihre Gefühle während des Zusehens zu zeigen. Die andere Gruppe sollte ihre Emotionen so unterdrücken, dass sie für andere nicht sichtbar wären. Die Schwierigkeit der PatientInnen ihre eigenen Emotionen auszudrücken, korrelierte mit negativen Symptomen der Schizophrenie, vor allem mit emotionaler Abstumpfung. Im Vergleich zur Kontrollgruppe gaben schizophrene PatientInnen generell und selbst bei dem amüsanten Film an, weniger Freude empfunden zu haben. Bei ihnen ergab sich ein einziger signifikanter Zusammenhang zwischen den Symptomgruppen und Freude. Je mehr Anhedonie bestand, umso weniger Freude war vorhanden.

In einer Folgestudie untersuchten Henry et al. (2007b), ob klinisch gesunde Personen, welche jedoch eine Anfälligkeit für Tendenzen einer Schizophrenie aufzeigten, ähnliche Ergebnisse aufwiesen. Somit wurden Personen mit schizotypen Persönlichkeitsmerkmalen in dieselbe Testsituation eingeführt, sahen dieselben drei Filme und erhielten dieselben Anweisungen wie in der Vorstudie. Die Ergebnisse waren repetitiv, denn es zeigte sich, dass auch Personen mit hohen Schizotypiewerten Schwierigkeiten haben, ihre Emotionen zu zeigen, nicht aber zu unterdrücken. Die mangelnde Fähigkeit, Gefühle zu verstärken, korrelierte auch mit der negativen Dimension von Schizotypie, speziell mit emotionaler Abstumpfung.

Das Bewusstsein und die Regulierung von Emotionen haben bei Schizophrenie-PatientInnen eine bedeutsame Rolle bezüglich sozialer und neurokognitiver Funktionalität (Kimhy et al., 2012). Die Bedeutsamkeit von sozialer Funktionalität zeigte insofern, da gute soziale Fähigkeiten damit einhergingen, die eigenen Emotionen beschreiben und erfassen zu können. Ebenso schlugen sich gute soziale Fähigkeiten in einem besseren

Umgang der Emotionen durch verstärkte Anwendung von Neubewertung und weniger von Unterdrückung nieder. Die Ergebnisse zeigten, dass Schizophrenie-PatientInnen erhebliche Defizite bei dem Erfassen und Beschreiben von Emotionen haben und generell Unterdrückung signifikant öfter anwenden als Neubewertung (ebenda).

4. Kindheitstrauma

4.1. Der Begriff Kindheitstrauma und seine Kategorisierung

Im ICD-10 wird Trauma als ein „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaßes“ (kurz oder langhaltend) definiert, „die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling et al., 2008, S.169).

In der neuesten Version des Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5) sind in der Veränderung, von den posttraumatischen Belastungsstörungen hin zu Trauma und stressbezogenen Störungen, nun zusätzliche, spezielle Kriterien für die Diagnose bei Kindern bis zu sechs Jahren enthalten (APA, 2013).

„Wird einem Kind ein Trauma durch eine nahestehende Bezugsperson zugefügt, ist es ein man made disaster. Dann gibt es im Umfeld des Kindes meist keine stützenden und hilfreichen Beziehungen, auf die es zurückgreifen könnte“ (Streeck-Fischer, 2005, S.3). Der Begriff der Kindesmisshandlung inkludiert die gewaltsame körperliche und bzw. oder die seelische Beeinträchtigung durch Handlungen als auch durch Unterlassungen der Betreuungspersonen (Schneider & Margraf, 2009).

Im ICD-10 lassen sich Misshandlungsphänomene unter dem Schlüssel Z finden, die mit abnormen psychischen Umständen zu assoziieren sind. (Dilling et al., Kapitel XXI, 2008). Petermann (2013) führt folgende Misshandlungsformen im Kindes- und Jugendalter auf: (a) emotionale Misshandlung (EM), (b) häusliche Gewalt (HG), (c) körperliche Misshandlung (KM), (d) sexuelle Misshandlung (SM) und (e) Vernachlässigung (V).

Missbrauch kann Depression, Angst, posttraumatischen Stress und Selbstmordgedanken zur Folge haben, häufiger bei Mädchen als bei Jungen (Bleich et al. 1997).

Frühe Traumata beeinträchtigen bei Kindern die ganze Psyche, zerstört oder schränkt die normale Entwicklung der Fähigkeit zu symbolisieren ein (Streeck-Fischer, 2005). Dies beinhaltet die Fähigkeit, biologische Verhaltens- und Gefühlszustände auf geistige Bilder zu übertragen, wodurch man sie artikulieren kann. Die Symbolbildung ist abhängig von der Unterscheidung zwischen dem Selbst und Objekten. Passieren frühe Traumata, löst sich

die Abgrenzung zwischen dem eigenen Ich und dem anderen auf, und somit kann zwischen Symbol und dem transferiertem Objekt nicht unterschieden werden (ebenda).

4.2. Kindheitstrauma und Schizophrenie bzw. Schizotypie

Der emotionale, körperliche und sexuelle Aspekt von Kindheitsmissbrauch, und deren Zusammenhang mit dem Risiko einer schizophrenen Beeinträchtigung, waren Forschungsgegenstand der Studie von Powers, Ressler, Thomas, & Bradley (2010). Bei 541 PatientInnen wurden Formen von Kindesmissbrauch erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass von den drei genannten Komponenten, nur emotionaler Missbrauch signifikant Schizophrenie voraussagte. Die AutorInnen räumten ebenso ein, dass posttraumatische Belastungsstörungen wohlmöglich eine Verbindung zwischen einer verstörenden Kindheitserfahrung und Symptomen der Schizophrenie im Erwachsenenalter darstellen könnte.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch, oder einer erlebten Ungerechtigkeit und Dimensionen der Schizotypie konnte bei Männern in einem stärkeren Maß erwiesen werden als bei Frauen (Berenbaum & Thompson, 2008). Es zeigte sich, dass Männer mehr von körperlicher Vernachlässigung und Misshandlung berichteten als Frauen, welche wiederum mehr lebensbedrohliche Ereignisse und sexuellen Missbrauch erlebt hatten. Alle Formen von Misshandlungen in der Kindheit erwiesen sich als Prädiktor für schizotype Persönlichkeitszüge (ebenda). Dies ging jedoch bei sexuellem oder körperlichem Missbrauch verloren, sobald eine der anderen Formen von Misshandlung in Betracht gezogen wurde. In einer Folgestudie (Berenbaum & Thompson, 2008) blieb einzig emotionaler Missbrauch als Prädiktor für Schizotypie.

Im Zuge der Darstellung, wieweit emotionaler Missbrauch bei Kindern eine tragende Rolle bei der Entwicklung von Dissoziation hat, wurde von Holowka, King, Saheb, Pukall und Brunet (2003) ein signifikanter Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und Dissoziation erhoben. Die AutorInnen weisen auf bisherige Untersuchungen hin, welche einen Zusammenhang von Kindesmissbrauch und Dissoziationen aufzeigen, und empfehlen diese, auf den Faktor des emotionalen Missbrauchs, neu zu überprüfen. Dissoziation beschreibt die Abspaltung psychischer Funktionen, Gefühle und der selbstbezogenen Wahrnehmung und steht mit der posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung (Wittchen & Hoyer, 2011). Eine lineare Beziehung zwischen kumulativem Kindheitstrauma und der Komplexität von Symptomen zeigte Briere, Kaltman und Green (2008) in ihrer Studie. Sodass mehrere,

frühe Traumata möglicherweise zu mehreren Symptomen führen. Den Ergebnissen zufolge scheinen die Erlebnisse von Vergewaltigung und Misshandlung im Kindesalter, Prädiktoren für komplexe Symptome, wie Depression, Angststörung oder Dissoziation, zu sein.

4.3. frühkindliches Trauma und Emotionsregulation

Personen, die bereits in frühen Jahren Traumatisches erlebten, weisen signifikant mehr Defizite bezüglich eigener und zwischenmenschlicher Funktionalität auf als Personen, die im Erwachsenenalter traumatische Erfahrungen hatten (Cloitre, Scarvalone, & Difede, 1997). Beiden gleich ist eine folgende posttraumatische Störung. Doch Personen mit Kindheitstraumata, vor allem Frauen, erlebten in späteren Jahren gehäuft wiederholte Erlebnisse von sexuellem Missbrauch oder körperlicher Gewalt. Ihr diagnostisches Störungsbild ist, so die AutorInnen, komplexer (Cloitre et al., 1997). Die Betroffenen entwickelten eine *Alexithymie* und Dissoziation, wodurch es ihnen schwerfiel, die emotionalen Zustände anderer in einer für sie verwirrenden Welt, richtig zu interpretieren und in bedrohlichen Situationen adäquat reagieren zu können. Alexithymie ist eine Gefühlsarmut, bei der Betroffene die eigenen Emotionen kaum wahrnehmen bzw. von körperlichen Symptomen kaum differenzieren können. Sie wird als Risikofaktor mit einigen psychischen Störungen, wie auch der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in Verbindung gebracht (Wittchen & Hoyer, 2011).

Missbrauchte Kinder zeigen weniger situativ angepasste emotionale Reaktionen, neigen zu geringer Empathie und weisen eine negative Sichtweise, wie auch eine höhere emotionale Instabilität auf. (Shipman et al., 2007). In einer Studie von Kim und Cicchetti (2010) konnte erwiesen werden, dass Kinder mit Missbrauchserfahrungen kaum Fähigkeiten entwickeln, ihre Emotionen zu steuern. Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und einhergehende Probleme im zwischenmenschlichen Umgang tragen erheblich zu den lang anhaltenden Symptomen von in der Kindheit erlebten Traumata bei (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han, 2005). Burns, Jackson und Harding (2010) vermuten, untermauert durch die Ergebnisse ihrer Studie, dass eine unzulängliche Emotionsregulation, die Beziehung zwischen emotionalem Missbrauch und einer später eintretenden PTBS, teilweise verursachen könnte. Bei einer Verbindung zwischen körperlichem Missbrauch und einer resultierenden PTBS traf dies jedoch nicht zu.

Trat in der Kindheit speziell emotionaler Missbrauch auf, so führte dies später zu einem erhöhten Risiko die eigenen Emotionen nicht regulieren zu können, das sich in

aggressivem Verhalten äußerte und zu sozialer Ausgrenzung geführt haben könnte (Kim & Cicchetti, 2010). Gegenteiliges Verhalten zeigten junge Mädchen, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten, in einer Studie von Shipman, Zeman, Penza und Champion (2000). Zwar zeigten die Betroffenen auch hier signifikant niedrige Fähigkeiten der Emotionsregulation, doch verglichen mit Mädchen ohne Traumata, gaben sie signifikant häufiger an, Empfindungen von Wut zu unterdrücken. Die AutorInnen nehmen an, dass die Betroffenen Bewältigungsstrategien entwickelt haben, die sie unter anderem dazu veranlassen, sich aus Situationen zurückzuziehen, in denen andere Personen negative Emotionen zeigen.

Carvalho- Fernando et al. (2014) erhoben in ihrer Studie einen bisher nicht berücksichtigten Zusammenhang zwischen den einzelnen Formen von Kindheitstraumata und dem Gebrauch der Emotionsregulationen Neubewertung und Unterdrückung. Die Ergebnisse zeigten, dass erlebter emotionaler Missbrauch, wie auch psychischer Missbrauch oder verbaler Angriff, häufiger mit erhöhtem Gebrauch von Unterdrückung korreliert. Emotionale Vernachlässigung stand in Zusammenhang mit einer gewissen Unfähigkeit, Strategien zur Emotionsregulation entwickeln zu können.

Burns et al. (2010) zeigten nicht nur, dass Frauen, die sexuellen, körperlichen oder emotionalen Missbrauch erlitten hatten, größere Schwierigkeiten bei Emotionsregulation haben. Sondern auch, dass früh erlebter emotionaler Missbrauch, in dieser Studie, der stärkste Prädiktor für diese Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen ist, und das noch mehr als körperlicher oder sexueller Missbrauch. Diese Dysregulation erklärt, so die AutorInnen, teilweise den Zusammenhang zwischen physischen bzw. emotionalen Missbrauch und Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung. Deswegen empfehlen sie, die Strategien der Emotionsregulation bei der Behandlung von PTBS, bei Frauen mit erlittener Kindesmisshandlung, einzusetzen (ebenda). Aufgrund der hier angeführten Verbindung zwischen Schwierigkeiten der Emotionsregulation und Kindheitstraumata, sowie der tendenziellen Bevorzugung von Unterdrückung, wird in der hier vorliegenden Studie ein hoher Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von erlebtem Kindheitstrauma und der Emotionsregulation Unterdrückung erwartet.

In den oben angeführten Studien hatte sowohl emotionaler wie körperlicher Missbrauch bei der Entstehung von schizophrenen Symptomen eine tragende Rolle. Ebenso scheinen Traumata, die vor allem auf emotionaler Ebene stattfinden, wie emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch bei Schwierigkeiten der Emotionsregulation eine besondere Bedeutung zu haben. Deswegen liegt der Schwerpunkt dieser Masterarbeit,

sowohl bei der Datenerhebung als auch bei der Interpretation, auf den Kindheitstraumata des körperlichen und emotionalen Missbrauchs, wie auch auf jener, der emotionalen Vernachlässigung.

5. Parasoziale Interaktion

5.1. Definition und Entstehung von parasozialer Interaktion

Die amerikanischen Sozialwissenschaftler Horton und Wohl (1956) stellten eine These vor, die sich auf die Interaktion zwischen Showmaster bzw. ModeratorIn und dem/der ZuseherIn aufbaut. Sie nahmen an, dass ein initiiertes Verhalten der handelnden Figur im Fernsehen (der *Persona*) auf Interaktionen und Beziehung mit dem/der RezipientIn abziele, und nennen diese Interaktion parasozial.

Je stärker das Verhalten der Figur im Fernsehen, umso intensiver die Reaktion des Publikums. Wichtigstes Element in dieser These ist die Erzeugung der Illusion einer Face to Face Beziehung, die bewusst von dem/der ZuseherIn, als auch von der Persona eingegangen und aufrechterhalten wird.

Hartmann, Schramm und Klimmt unterscheiden in dem Zwei-Ebenen-Modell parasozialer Interaktionen zwischen einer oberflächlich-schwachen (Low-Level-psI) und einer intensiv-starken (High-Level-psI) Auseinandersetzung der Zuseher mit der Medienperson (Hartmann, Schramm, & Klimmt, 2004). Es wird angenommen, dass parasoziale Prozesse stetig ablaufen, sodass mit der präsenten Persona niemals keine psI stattfinden kann, selbst wenn diese nur nebenbei wahrgenommen wird. Hinzu kommt eine Unterteilung in perzeptiv-kognitive, affektive und konative psI-Teilprozesse, die während des Betrachtens ablaufen können, aber nicht zwangsläufig müssen. Der perzeptiv-kognitive Teilprozess beinhaltet Elemente der Wahrnehmung, des Denkens und Bewertens sowie der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen bezüglich der Persona (ebenda). Hierbei spielen sowohl gerichtete Aufmerksamkeit als auch die Involvierung eigener Erfahrungen eine große Rolle, die je nach Ausprägung, entweder mittels gezielter und intensiver Auseinandersetzung mit der Persona zu einer High-Level-psI, oder durch oberflächlicher bzw. geringer Kenntnisnahme zu einer Low-Level-psI führen kann. Keppler (1996) unterscheidet zwischen Personen, welche als Individuen an einer realen sozialen und vor allem beidseitigen Interaktion teilnehmen, und simulierten Figuren, welche diese Art von Kontakt nicht eingehen. Um eine Fernsehfigur als Person wahrzunehmen, braucht es Vorstellungen darüber, wie es ist, diese Persönlichkeit zu sein, indem sie verstanden und ihr Handeln sowie ihr Empfinden nachvollzogen werden kann. Ein Teil der perzeptiv-

kognitiven psI ist die antizipierende Beobachtung, während dieser selbst gebildete Theorie darüber ablaufen, wie sich Situationen oder Handlungen in naher Zukunft verändern werden (Hartmann et al., 2004). In einer High-Level-psI führt diese Art von Beobachtung zu einer so sicheren Annahme kommender Ereignisse, dass der Zuseher dazu geneigt ist, die Persona vor drohendem Unheil warnen zu wollen (ebenda).

Affektive Teilprozesse bestehen aus den gefühlsbezogenen Ebenen der Rezeption, welche sowohl aktiv auf die Persona gerichtet sind, als auch die passiv von der Persona verursachten Emotionen einschließt (Hartmann et al., 2004). Der *Affektiven-Dispositions-Theorie* nach Zillmann (1996) zufolge fällt der/die RezipientIn beim Betrachten ein moralisches Urteil über das Verhalten der Persona. Bei einer positiven Bewertung entsteht Empathie. Somit wünscht sich der/die ZuseherIn in konfliktreichen Momenten mit ungewissem Ausgang, dass der Persona schließlich Gutes widerfährt. Bei negativer Beurteilung entsteht die sogenannte *counterempathy*, wobei der/die ZuseherIn positive Emotionen zeigt, wenn der Persona Schlechtes erdulden muss. Ein zeitliches Hinausschieben des erhofften Ausgangs ergibt eine emotionale Spannung (Zillmann, 1996). Eine präzise Abgrenzung von Bedingungen, welche zu High- bzw. Low-Level-psI führen können, ist schwer möglich und resultiert in einer Grundsatzannahme, dass die Intensität der empathischen Anteilnahme eine Unterscheidung in die zwei Verarbeitungsebenen ermöglicht (Hartmann et al., 2004).

Schließlich stellt der konative Prozess jenen Teil der psI dar, der durch von außen sichtbares Verhalten charakterisiert ist, durch Gestik, Mimik oder sprachlichen Ausdruck. Dieses offensichtliche Miterleben kann sowohl auf die Persona, wie auch auf sich selbst, als Bewältigung emotionaler Anspannung, gerichtet sein (ebenda). Bei einer Low-Level-psI gibt es keine solchen sichtbaren Verhaltensäußerungen, während ein High-Level-psI im konativen Bereich durch intensives Ausdrucksverhalten erkennbar ist. Hartmann et al. (2004) zufolge ist das Bewusstsein um der Medialität des Stimulus ein nicht zu unterschätzender Faktor: je stärker dieses Bewusstsein vorhanden ist, umso eher könnte der/die ZuseherIn die von außen sichtbaren Reaktionen kontrollieren, da sie als unangemessen eingestuft werden. Umgekehrt scheinen starke Verhaltensäußerungen dann möglich, wenn das Wissen um den künstlich geschaffenen Stimulus ausgeblendet ist.

Zusammenfassend muss angemerkt werden, dass eine High-Level-psI durch intensive Beschäftigung mit der Persona in bereits einem Teilprozess zustande kommen kann. Während jedoch bei einer Low-Level-psI alle drei Teilprozesse aktiviert sein müssen und zu einer geringen Auseinandersetzung mit der Persona führen. Die Grenzen hierbei sind als

fließend zu betrachten (Hartmann et al., 2004). Diese unterschiedliche Intensität wird durch die Auffälligkeit und Dauer der Präsenz einer Persona, der Adressierung an den/die RezipientIn und dessen Motiviertheit einer intensiven Auseinandersetzung mit der Fernsehfigur mitbestimmt (ebenda). Die Form der psI, welche aus den drei Teilprozessen besteht, kann sowohl durch das mediale Angebot wie auch durch Faktoren seitens des/der ZuseherIn und situativen Gegebenheiten stark verändert werden. Hartman et al. (2004) gehen von einer sehr verflochtenen Wechselwirkung dieser drei Faktoren aus. Hiernach kann perzeptiv-kognitive psI auch ohne affektiver und konativer psI auftreten, während jedoch die beiden zuletzt genannten nur entstehen, wenn ihnen ein kognitiver Teilprozess vorausgeht. Somit müssen nicht alle drei Teilprozesse gleichzeitig aktiviert werden, damit von psI gesprochen werden kann. Anhand ihrer Studienergebnisse räumen Hartmann und Klimmt (2005) ein, dass vor allem affektive Teilprozesse dann verstärkt werden, wenn der/die Zuseher das Gefühl hatte, das Verhalten der Persona sei auf sie gerichtet gewesen. Ebenso zeigte sich, dass Reaktionen im konativen Bereich gering ausfielen, wenn die Persona als sehr attraktiv eingestuft wurde. Hierzu merken die Autoren an, dass die konative psI möglicherweise mehr Voraussetzungen bedarf und einer komplexeren Durchführung unterliegt, als die nach innen ausgerichteten kognitiven und affektiven Teilprozesse. Es zeigte sich, dass Sendungen, die negativ beurteilt wurden, mit einer erhöhten konativen psI und geringer kognitiven, wie auch affektiven psI einhergehen. Hartmann und Klimmt (ebenda) nehmen an, dass Verhaltensäußerungen hauptsächlich bei Ablehnung, in Form von abwertenden Gesten oder Worten, aufkommen.

Schramm weist darauf hin, dass „erhobene Werte im konativen Bereich stärker einzuschätzen sind, als in den beiden anderen, da die meist kognitiven und affektiven psI-Facetten mit höherer Wahrscheinlichkeit bei der Fernsehrezeption eintreten als Facetten der konativen PSI“. (email Korrespondenz mit Schramm, 2015). Aus diesem Grund liegt der Schwerpunkt der hier vorliegenden Masterarbeit, sowohl bezüglich der Datenauswertung als auch bezüglich der Interpretation ausschließlich auf dem konativen Teilprozess der parasozialen Interaktion.

Der Forschungsbereich der psI umfasst bisher einen überschaubaren Umfang. Vor allem ein Vergleich von Personen mit und ohne psychische Beeinträchtigung betreffend, liegen hierzu kaum Studien vor. Die hier vorliegende Arbeit kann somit als Novum in der parasozialen Forschung angesehen werden.

5.2. Parasoziale Interaktion und Emotionsregulation

Studien legen den Schluss nahe, dass Emotionen und Empathie im Besonderen, eine tragende Rolle bei der pSI haben. Bereits Horton und Wohl (1956) wiesen in ihrem Artikel darauf hin, dass der/die ZuseherIn in einer passiven Rolle, durch Empathie mit der Persona immer tiefer in das Geschehen involviert wird. Diese starke Anteilnahme kann schließlich zu einer „Identifikation mit der Persona“ führen (Horton & Wohl, 1956, S. 218).

Der Intensität emotionaler Anteilnahme im Rahmen parasozialer Beziehungen widmeten sich Eyal und Cohen (2011) in ihrer Erhebung über *distress*, also negativer Stress oder auch empfundenes Leid, über das Serienende der amerikanischen Fernsehserie Friends. Mittels Fragebogenerhebung zeigten die Autoren, dass der *distress*, am größten war, je stärker die Zuseher eine parasoziale Beziehung aufgebaut hatten.

Dieses Phänomen zeigte sich ebenfalls in der Studie von Lather und Moyer-Guse (2011). Der Anlass dieser Fragebogenerhebung war der Streik der DrehbuchautorInnen Hollywoods in den Jahren 2007 bis 2008. Bei einer Reihe von populären Fernsehserien folgten keine weiteren neuen Folgen. Die Ergebnisse zeigen, dass der *distress* von den Zuschauern als größer angegeben wurde, je emotionaler sie sich mit der Serie verbunden fühlten. Die Anteilnahme an dem Werdegang der Persona einer Fernsehsendung hat somit Einfluss auf das Wohlbefinden des Zuschauers nach der Sendung. Während des Zuschauens wird der/die RezipientIn durch seine Empathie in das Geschehen involviert und durch Identifikation mit der handelnden Person entstehen Emotionen während der Sendung (Horton & Wohl, 1956). Bei Personen mit Schizophrenie kann diese Anteilnahme an Serien oder Filmen eine besondere Form annehmen. Dies lässt sich anhand eines Artikels einer amerikanischen Fachzeitschrift nachvollziehen, die eine Serie von Artikeln publizierte, die von jenen Personen geschrieben wurden, die selbst von einer psychischen Störung betroffen waren, um ihre Sichtweise darzustellen. In ihrem Artikel beschreibt Susan Weiner (2003) den für Schizophrenie typischen *Beziehungswahn*. Insofern war Frau Weiner davon überzeugt, dass in Texten oder in sprachlichen Äußerungen, welche sie zum Beispiel über das Fernsehen oder in Zeitungen sah, Botschaften eingebaut waren, die sich direkt auf ihre Person bezogen. Frau Weiner fühlte sich von einem Filmplakat besonders angesprochen, weil sie davon überzeugt war, von der weiblichen Hauptakteurin gezielt dargestellt zu werden. Schließlich glaubte sie, auch Botschaften in diesem Film gefunden zu haben. Danach ging sie häufiger ins Kino, um auf diese Weise Geschehnisse angeblich besser verstehen zu können und orientierte ihr Leben danach aus.

Um Rückschlüsse über den Grad an emotionaler Anteilnahme zu bekommen, besteht die

Möglichkeit der Erfassung von Regungen in der Mimik des/der ZuseherIn vor dem Bildschirm. Blanchard, Kring und Neale (1994) verglichen diese, auf das Gesichtsfeld bezogenen, Reaktionen von Personen mit Schizophrenie und von Menschen ohne psychische Symptome mithilfe von Videoaufzeichnungen. PatientInnen mit Schizophrenie zeigten signifikant stärkere Affektverflachung und ausschließlich minimale Gesichtsregungen während des Betrachtens von Filmsequenzen. Ein möglicher Einfluss dominierender Gedächtnishälften wurde diskutiert, aber nicht erwiesen. Die Studie von Earnst et al. (1996) erfasste die subkortikalen muskulären Bewegungen der minimalen mimischen Reaktion bei schizophrenen PatientInnen während des Betrachtens von Filmsequenzen. Aufgrund der Ergebnisse ließ sich zeigen, dass bestimmte Muskeln des Gesichts unterschiedlich stark bewegt werden, abhängig davon, ob die Person einen als positiv oder als negativ bewerteten Film ansieht.

Studien, wie jene von Henry et al. (2007a), stellen die Emotionsregulation in den Mittelpunkt der Betrachtung mit dem Fokus auf Personen mit Schizophrenie. Es zeigte sich, dass diese weniger Schwierigkeiten in der Anwendung von Unterdrückung hatten. Die von Henry et al. (2007a) angeführten Einschränkungen geben einen Hinweis auf die Rolle der parasozialen Interaktion. So wurden jene Personen aus der Studie genommen, die angaben, dass die drei gezeigten Kurzfilme für wenig amüsant empfunden wurden. Eine Limitation, welche die AutorInnen deswegen bedauerten, da es jene Testpersonen betraf, die potenziell große Schwierigkeiten mit Emotionsregulation aufwiesen. Shiota und Levenson (2009) untersuchten den Effekt des Alters auf die Ausübung von Unterdrückung. Die Ergebnisse zeigten keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der ProbandenInnen im Alter von 20- 29, 40- 49 und 60- 69. Doch räumten die AutorInnen ein, dass die Auswahl des gezeigten Filmausschnitts, in seiner Funktion als Stimuli, eine wesentliche Rolle spielen kann. Die Ergebnisse zeigten, dass Personen durch die Anwendung von Unterdrückung einen gezeigten Filmausschnitt als weniger ekelhaft empfanden als TeilnehmerInnen, die denselben Film ohne gezielte Ausübung einer Emotionsregulation ansahen. Die AutorInnen achteten darauf, dass die Wirkung der gezeigten Stimuli für alle Personen der drei Altersgruppen in ähnlichem Ausmaß war. Sie wiesen darauf hin, dass in vorangehenden Studien, Szenen eines chirurgischen Eingriffs bei älteren Personen weniger Wirkung zeigten als bei Jüngeren. Die angeführten Studien lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Ausübung von Unterdrückung im Zusammenhang damit steht, wie sehr sich der Zuseher mit der Handlung emotional verbunden fühlt. In der vorliegenden Masterarbeit wird diese Einschränkung nicht nur berücksichtigt, sondern als

Variable definiert, um einen möglichen Zusammenhang von Unterdrückung und parasozialer Interaktion aufzuzeigen. Da Personen mit Schizophrenie die Strategie der Unterdrückung eher anwenden als die der Neubewertung (van der Meer, van't Wout & Aleman, 2009) und aufgrund der starken Identifikation mit Filmfiguren, welche Personen mit Schizophrenie, wie Susan Weiner, erleben, wird ein hoher Zusammenhang zwischen parasozialer Identifikation und Unterdrückung erwartet.

5.3. Parasoziale Interaktion und Kindheitstrauma

Die parasoziale Interaktion entsteht, nach Horton und Wohl (1956) vor allem durch eine vom Programm vermittelte parasoziale Rolle, die der/die RezipientIn einnimmt. Hierbei passiert eine Anpassung zwischen dem Selbst, das der/die ZuseherIn tatsächlich besitzt und jenem, das von den Medienmachern für die jeweilige Sendung postuliert wird. Je ähnlicher die beiden Selbst sind, umso wahrscheinlicher nimmt der/die ZuseherIn die Rolle, das gestaltete Selbst, an. Früh erlebte Traumata beeinflussen bei Kindern die Fähigkeit, zwischen dem eigenen Selbst und Objekten unterscheiden zu können (Streeck-Fischer, 2005). Insofern kann die Wahrnehmung beim Fernsehen davon beeinträchtigt sein, ob eine Person in früheren Jahren Traumatisches erlebt hat. Liegen Beeinträchtigungen im emotionalen Bereich vor, neigen Kinder dazu die konstruierte Welt, welche das Fernsehen vermittelt, als gültige Realität anzusehen (Sprafkin, Gadow & Dussault, 1986). Kinder mit signifikant hohen Traumawerten weisen einen erhöhten Fernsehkonsum von über sechs Stunden pro Tag auf (Singer, Slovak, Frierson, & York, 1998). Dieser Zusammenhang von erhöhten Traumawerten und mehreren Stunden des Fernsehens wurde ebenso im Erwachsenenalter nachgewiesen (Singer, Flannery, Guo, Miller, & Leibbrandt, 2004). Die Anzahl an Stunden, die mit Fernsehen verbracht wird, geht ebenso mit erhöhter parasozialer Interaktion einher (Greenwood, 2008). Dies scheint auf der Hand zu liegen, wenn man bedenkt, dass der/die ZuseherIn die Persona mit zunehmender Dauer besser kennenlernt (Horton & Wohl, 1956). Es spielt jedoch auch eine große Rolle, wie intensiv der Fernsehkonsum vollzogen wird. Greenwood (2008) stellt die Möglichkeit in Diskussion, dass durch Vorgang des Fernsehens und durch die damit verbundene Identifikation mit der handelnden Person, der/die ZuseherIn negative Emotionen absorbieren kann und eine externe Bedeutung des eigenen emotionalen Innenlebens erhält.

Wenn der/die RezipientIn dazu geneigt ist, die Persona aufmerksam zu betrachten, wird deren Handlung auch interpretiert und verarbeitet (Hartmann et al., 2004). Eine

Identifikation mit der Person im Fernsehen kann dazu führen, dass die so gebildete Leitfigur großteils an der Verarbeitung traumatischer Lebensereignisse beiträgt. Geraghty (2006) berichtete von Fanbriefen an ein britisches Star-Trek Fanmagazin, in denen beschrieben wird, dass das Trauma des Vietnamkrieges mithilfe der Star-Trek-Geschichten ertragbar wurde, und die Soldaten durchhalten ließ. Aufgrund der hier angeführten erhöhten Neigung zu vermehrtem Fernsehkonsum bei Personen mit früh erlebtem Trauma und einer damit einhergehenden tendenziell hohen Identifikationsbereitschaft wird ein hoher Zusammenhang zwischen erlebtem Kindheitstrauma und parasozialer Identifikation erwartet.

6. Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellung 1:

Unterscheiden sich Personen mit erhöhter Schizotypie in den Ausprägungen Emotionsregulation und erlebtem Kindheitstrauma von Personen mit niedriger Schizotypie?

H_{1.1}: Die Emotionsregulation Unterdrückung wird häufiger von Personen mit als von jenen ohne Schizotypie angewendet.

H_{1.2}: Personen mit schizotypen Persönlichkeitsmerkmalen weisen gegenüber der Kontrollgruppe höhere Werte in den Subskalen körperlicher und emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung auf.

Fragestellung 2:

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl frühkindlicher Traumata und der Emotionsregulation Unterdrückung?

H₂: Personen mit Schizotypie, deren Werte in den Subskalen körperlicher und emotionaler Missbrauch sowie emotionale Vernachlässigung hoch sind, weisen einen vermehrten Gebrauch der Emotionsregulation Unterdrückung auf.

Fragestellung 3:

Besteht ein Zusammenhang zwischen Emotionsregulation oder erlebtem frühkindlichen Trauma und parasozialer Interaktion bei Personen mit und ohne schizotyper Persönlichkeitsausprägung? Lassen sich Gruppenunterschiede feststellen?

H_{3.1}: Personen mit schizotypen Persönlichkeitsmerkmalen unterscheiden sich von jenen der Kontrollgruppe in ihrer Ausprägung der parasozialen Interaktion.

H_{3.2}: Der Zusammenhang zwischen der Emotionsregulation Unterdrückung und parasozialer Interaktion fällt bei schizotypen Persönlichkeiten höher aus als bei Personen ohne Schizotypie.

H_{3.3}: Personen mit schizotypen Persönlichkeitsmerkmalen weisen gegenüber der Kontrollgruppe einen stärker ausgeprägten Zusammenhang zwischen frühkindlichem Trauma und parasozialer Interaktion auf.

B) Empirischer Teil

7. Methodik

7.1. Durchführung

Bei dieser Studie handelt es sich um ein quasi-experimentelles, kontrolliertes Design ohne Pretest. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer größer angelegten Untersuchungsreihe zu psychologischen Fragestellungen. Unter der Mitarbeit von Lea Bürger, Flora Geisler, Stefanie Hofer, Bora Kim, Nasja Lindner, Simone Kotulla, Susanne Maier, Gabriele Oppenauer, Leyla Orhan, Adam Posch und Matthias Tendl entstanden insgesamt elf Diplom- bzw. Masterarbeiten aus derselben Stichprobe. Alle Verfasser behandeln in ihren Arbeiten eigene Schwerpunkte, wobei die erhobenen Primärdaten ident mit dieser Studie sind. In der Literatur kann es zu Überschneidungen kommen, vor allem in den Arbeiten von Frau Bürger, Frau Geisler, Frau Kim, Frau Maier und Frau Kotulla, weil auch hier die parasoziale Interaktion den Forschungsmittelpunkt darstellt. Die Arbeiten wurden jedoch komplett unabhängig voneinander erstellt.

Die Daten der vorliegenden Studie wurden sowohl mittels Papier-Bleistift-Fragebogen als auch mithilfe des Internetportals SoSci oFb-der online Fragebogen (www.soscisurvey.de) erhoben. Alle Fragebögen wurden originalgetreu im Sosci Survey eingetragen und nachgestellt.

Insgesamt erfolgten drei Erhebungszyklen. Der Erste erhob vor allem die demografischen Daten und beinhaltete bestimmte Fragebögen zum Zweck einer Vorselektion möglicher Probanden. Der Link zur ersten Datenerhebung wurde in diversen sozialen Netzwerken, Foren und in Aus- und Weiterbildungsstätten sowie in Therapiepraxen veröffentlicht, und Anfang April 2015 online gestellt. Personen, die den Auswahlkriterien entsprachen, welche später in dieser Masterarbeit, näher erläutert werden, erhielten via E-Mail eine Einladung zur Testung, und gleichzeitig den Link zum zweiten Teil der Erhebung. In diesem wurden weitere, für Forschungsfragen relevante Daten mittels Fragebögen erhoben. Wurden die beiden ersten Teile vollständig ausgefüllt, wurde der/die ProbandIn ins Psychologicum in der Liebiggasse 5 eingeladen, wo in den Räumen des Instituts der klinischen Psychologie weitergetestet wurde. Dies fand zum ersten Mal am 6. Mai 2015 statt, die letzte Testung am 21. Juli 2015. Die Dauer der beiden ersten Erhebungen betrug durchschnittlich 25 und 34 Minuten. Für die letzte Testung vor Ort wurde ein Zeitrahmen

von drei Stunden einberechnet, der zum Großteil auch gänzlich in Anspruch genommen wurde.

Während dieser Zeit wurde dem/der ProbandIn die Einwilligungserklärung vorgelegt, und nach dessen Signierung, erfolgte die Testung, bei der zügig ein Test nach dem anderen zuerst erläutert und dann durchgeführt wurde. Pausen waren sowohl eingeplant, als auch nach Bedarf eingelegt. Die für diese Studie relevanten Verfahren wurden zu diesem Erhebungszeitraum einerseits mittels Papier-Bleistift-Test und andererseits mithilfe dreier Kurzfilme, auf die ein Online-Fragebogen erfolgte, durchgeführt. Während der computerunterstützten Tests saß die Testperson in einem Abstand von ungefähr einem Meter von einem Laptop entfernt und konnte die Filme und Fragebögen selbst starten. Es gab keinerlei Ablenkung während der Vorführung, da sich der Versuchsleiter ruhig in der einen Ecke des Raumes beschäftigte, während die Testperson sich in der anderen Ecke den Filmen und Fragebögen widmen konnte.

7.2. Erhebungsinstrumente

Das Erhebungsinstrument setzt sich, neben der Einleitung, aus dem Screeningverfahren, den demografischen Daten und vier Fragebögen zusammen, auf die nun genauer eingegangen wird. Das systematische Testverfahren (Screening) dient der Selektion aller Angaben zum Herausfiltern jener Personen, die aufgrund ihrer Ergebnisse, in bestimmten Tests, für die gestellte Forschungsfrage am besten zur weiteren Testung geeignet waren. In dieser Studie sind die Ergebnisse zweier Fragebögen und eines Tests ausschlaggebend, welche nun im Detail beschrieben werden.

Einleitung. Bereits in der Verbreitung des Internetlinks dieser Testung in sozialen Netzwerken und Ähnlichem wurde darauf hingewiesen, dass es sich um eine Studie der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien handelt, und der Emotionsforschung dient. Ebenso wurde der folgende dreiteilige Ablauf angesprochen und eine monetäre Honorierung der Zeit in Aussicht gestellt. In der Einleitung jeder Onlinetestung wurde auf die anonyme und vertrauliche Handhabung der Daten hingewiesen und das weitere Vorgehen erläutert. Im Institut selbst wurde die Einwilligungserklärung ausgehändigt und allenfalls erklärt.

Demografische Daten. Neben dem Alter, Geschlecht, Studienrichtung, Muttersprache, fremdsprachlichen Kenntnissen, der Schulbildung, dem Familienstand und der Wohnsituation, wurde die berufliche Situation, die Beschäftigungsdauer der letzten Arbeitstätigkeit, etwaige finanzielle Unterstützung oder vorliegende Arbeitsunfähigkeit

erfragt. Zusätzlich wurden frühere und gegenwärtige psychiatrische Störungen und Behandlungen erhoben. Schließlich wurden nach bereits erlebte Beeinträchtigungen des Bewusstseins, eventuelles Gehirntrauma, Epilepsie oder Suizidpläne bzw. Gedanken an solche erkundigt.

Screeningfragebogen 1: Schizotpal Personality Questionnaire (SPQ). Der Schizotpal Personality Questionnaire (SPQ) von Raine et al. (1994) dient der Erhebung schizotypischer Persönlichkeitsstörung, und orientiert sich am Schizotypiekonzept des DSM-III-R (APA, 1987). In dieser Studie kommt die deutschsprachige Replikation von Klein, Andresen und Jahn (1997) zur Anwendung. Mit einer Retest-Reliabilität von .88 für den Gesamtwert und einer interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .88$ für den Gesamtscore ist sie mit der Originalversion als „hinreichend vergleichbar“ anzusehen (Klein et al., 1997, S. 363). Der Fragebogen besteht aus 74 Items, welche den neun schizotypen Eigenschaftsmerkmalen des DSM-III-R zuordenbar sind (in Klammern stehen die jeweiligen Abkürzungen der SPQ-Skalen). Diese Merkmale sind (a) Referenzideen (RI), (b) (Exzessive) soziale Angst (SA), (c) ungewöhnliche Glaubensinhalte/magisches Denken (MD), (d) ungewöhnliche Wahrnehmungen (UW), (e) ungewöhnliches oder exzentrisches Verhalten (EV), (f) keine engen Freunde (KEF), (g) ungewöhnliche Sprache (US), (h) eingeschränkter Affekt (EA), (i) Argwohn/wahnähnliche Vorstellungen (AW).

Die 74 Fragen bzw. Aussagen können mit Ja oder Nein beantwortet werden, wodurch sich eine Gesamtsumme aller Zustimmungen ergibt. Der SPQ gilt in dieser Studie als primäres Screeningverfahren. Personen, deren SPQ-Gesamtwert kleiner gleich 5, und größer gleich 35 war, wurden zur weiteren Testung eingeladen. Die Orientierungshilfe zur Wertebestimmung der schizotypen Personengruppe (SPQ-Werte ≥ 35) war en die Ergebnisse einer Studie von Raine (1991), wonach jene Personen mit sehr hohen SPQ-Werten, die oberen 10 Prozent, die Diagnose Schizotypie erhielten.

Screening-Fragebogen 2: Symptom Checkliste-90-R (SCL-90-R). Ein weiteres Verfahren, das angewandt wurde, um geeignete Probanden auszuwählen, war die Symptom Checkliste (SCL-90-R). Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen wurde zur Erfassung von subjektiv empfundenen psychischen und körperlichen Symptombelastungen innerhalb der letzten sieben Tage, von Derogatis (1977) entwickelt, und in dieser Studie in seiner deutschsprachigen Version, von Franke (1995), verwendet. Der Fragebogen besteht aus 90 Items, welche in neun Skalen und in drei globale Kennwerte eingeteilt sind. Die Skalen sind (a) Somatisierung, (b) Zwanghaftigkeit, (c) Unsicherheit, (d) Depressivität, (e) Ängstlichkeit, (f) Aggressivität, (g) phobische Angst, (h) paranoides Denken und (i)

Psychotizismus. Die Bezeichnungen der drei globalen Kennwerte lauten: (a) GSI (global severity index), eine grundsätzliche psychische Belastung, (b) PSDI (positive symptom distress index), die Intensität der Antworten und (c) PSI (positive symptom total), die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Es liegt eine gute Reliabilität der Skalen, bei Werten von, Cronbachs α , $r = .70$ und $r = .90$ vor, laut Testmanual. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen liegt zwischen $r = .79$ und $r = .89$, der globalen Kennwerte (GSI) auf $r = .97$.

Anhand vorgegebener körperlicher und psychischer Symptome wurde die Intensität des subjektiven Leidens erfragt. Mittels fünfstufiger Likert-Skala konnte in den Ausprägungen von 1 (überhaupt nicht) bis zu 5 (sehr stark) zum Vorliegen der Symptome geantwortet werden.

Ebenso wie der SPQ, diente der SCL-90-R zur Selektion. Personen, die weniger als 19 oder mehr als 55 Punkte im GSI erreichten, wurden für weitere Tests als passend eingestuft.

Screeningtest: Wortschatztest (WST). Der Wortschatztest (WST) von Schmidt und Metzler (1992) ermöglicht das verbale Intelligenzniveau des Probanden zu schätzen, und sein Sprachverständnis zu beurteilen. Ebenso dient er der Schätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus bei einer vorliegenden leichten bis mittelschweren, hirnorganisch bedingten, Beeinträchtigung. Die Aufgabe der Testperson bestand darin, aus den sechs vorgegebenen Worten jenes zu finden, welches real und keines der fünf Fantasiebegriffe ist. Eine Zeitbeschränkung war nicht vorgesehen. Insgesamt gibt es 42 Items, wobei die Anzahl der richtig erkannten Worte, den Gesamtscore ausmacht. Die angegebene Split-Half- Reliabilität beträgt $r = .95$, die innere Konsistenz, Cronbachs α , ist $r = .94$. Dieses Verfahren wurde eingesetzt, um bei allen Testpersonen ein gleiches Intelligenzniveau voraussetzen zu können.

Jene TeilnehmerInnen, welche mehr als 21 Punkte erreicht hatten, wurden ausgewählt, da dieser Wert, laut Testmanual, einem Intelligenzquotienten von 85 entspricht.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). Der Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) von Gross und John (2003), ist ein Fragebogen, der die gewohnheitsmäßige Bevorzugung zweier postulierten Strategien zur Emotionsregulation erfasst, der Unterdrückung oder der Neubewertung. In dieser Studie wird die deutschsprachige Version von Abler und Kessler (2009) angewandt. Die innere Konsistenz liegt für die Skala Neubewertung bei Cronbachs $\alpha = .74$ und für die Skala Unterdrückung bei $\alpha = .76$.

Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen besteht aus zehn Aussagen, wobei vier davon der Unterdrückung und sechs der Neubewertung zugeordnet sind. Diese werden mithilfe einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis zu 7 (stimmt vollkommen) bewertet.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) von Bernstein und Fink (1998) ist ein retrospektiv ausgerichteter Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in der Kindheit. Seit 1998 wurden verschiedene Versionen des Tests veröffentlicht. Die Autoren berichten von einer guten internen Konsistenz der Subskalen, Cronbachs α , von .66 bis .90.

In dieser Studie wird die deutsche Version von Driessen, Gast, Hill, Wulff (2000) angewandt. Sie besteht aus 34 Items, welche in die Subskalen (a) emotionaler Missbrauch (EM), (b) körperlicher Missbrauch (KM), (c) sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch (SG/SM), (d) emotionale Vernachlässigung (EV), (e) körperliche Vernachlässigung (KV), (f) Bagatellisierung/Verleugnung (B/V) und (g) Inkonsistenzerfahrung (IE) eingeteilt sind.

Die im Verfahren beschriebenen traumatischen Szenarien werden mittels fünfstufige Likert-Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr häufig) bewertet.

PSI-Prozess-Skala. Die PSI-Prozess-Skala ist ein Messinstrument, entwickelt von Schramm und Hartmann (2008) auf Basis des Zwei-Ebenen-Modells parasozialer Interaktionen. Es ermöglicht, unmittelbar nach Betrachtung eines Films, die „Valenz, Intensität und Binnenstruktur der psI-Teilprozesse“ abzubilden (Schramm & Hartmann, 2008, S.4). Das Verfahren besteht aus einer einleitenden Frage zur Valenz der psI, und 112 Items, von denen jeweils acht einer von insgesamt 14 Subdimensionen zugehörig ist. Diese sind wiederum drei psI-Teilprozessdimensionen (konativ, affektiv und perzeptiv-kognitiv) zugeordnet. Tabelle 1 veranschaulicht die inhaltliche Struktur der Skala.

Tabelle 1

PSI-Prozess-Skala struktureller Aufbau (Schramm & Hartmann, 2008, S. 3f)

PSI-Teilprozess	Subdimensionen
Konativ	Nonverbale Verhaltensweisen
	(Para-)verbale Verhaltensweisen
Affektiv	Verhaltensabsicht
	Sympathie
	Antipathie
	Empathie
	Counterempathie
Perzeptiv-kognitiv	Emotionsauslösung
	Persona-bezogene Informationsaufnahme
	Verstehen der Situation und Handlungen der Persona
	Verknüpfung von Aussagen/Handlungen der Persona mit eigenen Gedächtnisinhalten
	Bewertung der Persona und ihrer Handlungen
	Überlegungen zur nächsten Zukunft der Persona
	Herstellung eines Bezugs zwischen Persona und Selbst

Hierzu nun ein Beispielitem der Skala (para-) verbale Verhaltensweisen (konativ), der Skala Emotionsauslösung (affektiv) und der Skala Bewertung der Persona und ihrer Handlungen (perzeptiv-kognitiv):

In bestimmten Momenten habe ich spontan etwas zur Persona gesagt. (konativ)

Ich lies mich mitunter von Personas Gefühlen anstecken. (affektiv)

Ich musste immer wieder daran denken, was von der Persona zu halten ist. (perzeptiv-kognitiv)

Die 112 Aussagen werden mittels fünfstufige Likert-Skala, von 1 (stimme völlig zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu) bewertet. Wie bereits im theoretischen Teil ausführlich begründet, wurden für die Datenauswertung und die Interpretation einzig die Werte des konativen psI-Teilprozesses herangezogen. Das originale, sechsstufige, Antwortformat (von sehr sympathisch bis sehr unsympathisch) der anfänglichen Frage zur Valenz (Bitte geben Sie an, wie sympathisch oder unsympathisch Sie die Hauptperson [*genaue*

Beschreibung] während der Sendung fanden.) wurde auf ein siebenstufiges Format verändert. Da in dieser Studie auch ein neutraler Film gezeigt wurde, musste es folgerichtig auch eine neutrale, mittige Antwortmöglichkeit zu dieser Einstiegsfrage geben. Die Autoren geben Cronbachs α Werte der Skalen von $\alpha \geq .70$ an.

Filmmaterial. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden drei unterschiedliche Filmausschnitte vorgeführt, um bei Probanden eine jeweils andere Stimmung zu induzieren. Die Erwartung lag darin, dass verschiedene Stimuli zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Positive Stimmung: Harry und Sally. Als Material zur Induktion positiver bzw. amüsanter Stimmung diente eine Szene aus dem Film *Harry und Sally* (Reiner, Scheinman, Stolt, Nicolaidis, 1989). Der Filmausschnitt, mit einer Dauer von 2:36 Minuten, wurde von Rottenberg, Ray und Gross (2007) zur Induktion von Amüsement, basierend auf beobachtete, physiologische Veränderung des Aktivierungsniveaus beim Betrachten, empfohlen. Die hier vorliegende Studie orientierte sich genauestens an die Vorgaben der Autoren Rottenberg et al. (2007) bezüglich des Schneidens dieser Filmszene.

Die Sequenz zeigte die beiden Hauptdarsteller Harry und Sally in einem Restaurant sitzend, und über die sexuellen Erfahrungen des Mannes sprechend. Harry, der davon überzeugt ist, zu erkennen, wenn eine Frau ihren Orgasmus vortäuscht, wird plötzlich mit der lautstarken Darstellung eines solchen von Sally konfrontiert. Diese bekommt dadurch die Aufmerksamkeit sämtlicher Anwesenden, bis sie ihre Vorführung lautstark beendet und unbeeindruckt weiter isst. Eine Frau am Nebentisch bestellt daraufhin sofort dasselbe Menü beim Kellner, in der Hoffnung ebenfalls eine solche Wirkung zu erleben.

Neutrale Stimmung: Tatis herrliche Zeiten. Der Film *Tatis herrliche Zeiten* von Maurice und dem bekannten französischen Komödianten Tati (1967), war durch die Büroszene als neutraler Film von besonderem Interesse. Da es hierzu keine Vorstudien gab, wurde die Szene herausgeschnitten und wegen ihrer geringen Dauer dupliziert, sodass eine Länge von 1:56 Minuten entstand. Um zu testen, ob diese Sequenz als neutral bestehen kann, wurde sie online gestellt und mit verschiedenen sozialen Netzwerken verlinkt. Mithilfe des beigelegten Self- Assessment Manikin (SAM, Morris, 1995), ein nonverbales Verfahren zur Ermittlung von Freude, Erregung oder Dominanz, wurde die Stimmung der Zuseher vor und nach dem Filmausschnitt erhoben. Da die Emotion Dominanz für diese Studie nicht bedeutsam war, wurde diese nicht erhoben. Das besondere Antwortformat des SAMs liegt in seiner bildhaften Form, bei der durch fünf Strichmännchen, fünf emotionale Abstufungen von Erregung und Freude dargestellt

werden. Passend zur momentanen Gefühlslage wurde eines ausgewählt. Von den 31 Testpersonen hatten 11 nach wie vor der Filmsequenz dieselben Strichmännchen von Erregung bzw. Freude ausgewählt. Bei einer akzeptierten Abweichung von einer Abstufung waren es insgesamt 21 Personen, deren Gemütslage sich durch den Film kaum veränderte. Dies wurde als ausreichend angesehen, um den Film als neutral zu bewerten.

Die Filmsequenz zeigt ein Großraumbüro, das in quadratische Boxen eingeteilt ist, aus einer spitzwinkeligen Vogelperspektive. Die handelnden Personen in den Boxen bewegen sich so gering, dass sie scheinbar still sitzen, während sie ihrer Arbeit nachkommen. Nur ein Mann telefoniert mit einem anderen, der wiederum, nach dem Telefonat, aus seiner Box herauskommt, zu einem Schrank geht, einen Ordner holt und wieder zum Telefon zurückkehrt. Der erste Mann sagt einen Satz und beide legen auf. Diese Sequenz wiederholte sich, da die doppelte Spiellänge benötigt wurde.

Traurige Stimmung: Der Champ. Der 1979 gedrehte Film *Der Champ* (Lovell & Zeffirelli, 1979) wurde bereits öfters für Emotionsstudien verwendet (Ellard, Farchione, & Barlow, 2012). Auch hierzu findet sich in dem Artikel von Rottenberg et al. (2007) eine genaue Anleitung des Filmschnitts, die in dieser Studie eingehalten wurde. Die Sequenz, welche eine Länge von 2:40 Minuten hatte, zeigte einen kleinen Jungen und dessen Vater, ein ehemaliger Boxer, nach seinem letzten Kampf, in der Umkleidekabine. Umgeben von engsten Freunden und dem Manager, muss der Sohn die letzten Minuten des Vaters miterleben, der den schweren Verletzungen dieses Kampfes erliegt. Nicht wahrhaben wollend, dass der geliebte Vater, der den Sohn alleine groß zog, und eine innige Beziehung zu ihm hat, tot ist, versucht der kleine Junge tränenreich zu leugnen, was niemand ändern kann.

7.3. Stichprobenbeschreibung

Es nahmen insgesamt 95 Personen, davon 28 männliche und 67 weibliche, freiwillig an dieser Studie teil. Bei einer Altersspanne von 18 bis 35 Jahren beträgt das Durchschnittsalter 23.45 Jahre. Davon sind 5 (5%) Personen arbeitslos, 10 (10%) angestellt bzw. selbstständig, 6 (6%) in Ausbildung, 2 (2%) in Ausbildung und berufstätig, 47 (49%) studierend, 24 (25%) studierend und berufstätig und eine Person (1%) in Karenz. Von den 24 Studenten sind 14 (14%) Psychologiestudenten. Personen mit einem Alter zwischen 18 und 59 Jahren, einem SPQ-Wert von kleiner gleich 5 oder größer gleich 35, einem SCL-90-R T-Wert von kleiner 19 oder größer 55 in GSI und einem WST-Wert von größer 21

wurden zur Testung eingeladen. Von der Studie ausgeschlossen wurden Personen, die derzeit eine psychiatrische, neurologische oder psychologische Störung erlitten, einen andauernden Konsum von Halluzinogenen oder Heroin aufwiesen, länger als 2 Wochen vor der Testung Cannabis konsumierten und alkoholabhängig waren bzw. in den letzten drei Jahren einen Alkoholmissbrauch aufwiesen.

7.4. Statistische Auswertungsverfahren

Die im Folgenden angeführten Daten wurden mittels SPSS 22 für Windows ausgewertet. Da das Signifikanzniveau auf $\alpha = .05$ festgelegt wurde, bedeutet dies, dass bei Ergebnissen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 0.05$ von einem signifikanten Ergebnis ausgegangen wurde. Bei Zusammenhangstests wurde p einseitig berechnet, weil eine gerichtete Korrelation angenommen wurde.

Tabelle 2 zeigt die drei, für die statistische Auswertung zugrunde liegenden, Signifikanzstufen (Zöfel, 2003, S. 92):

Tabelle 2

Signifikanzstufen nach Zöfel

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung
$p \leq .05$	signifikant
$p \leq .01$	sehr signifikant
$p \leq .001$	höchst signifikant

Da alle TeilnehmerInnen nur einmal getestet wurden, handelte es sich um unabhängige Stichproben. Um Mittelwertunterschiede zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe zu berechnen, kam entweder der t-Test für unabhängige Stichproben oder der Welch-Test zur Anwendung. Die Auswahl des Verfahrens richtete sich nach der Erfüllbarkeit der jeweiligen Voraussetzungen. Die Voraussetzungen zur Berechnung eines t-Tests sind die Normalverteilung der Daten in jeder Gruppe, Intervallskalierung der unabhängigen Variablen und Varianzhomogenität (Field, 2009). Der Welch-Test kam dann zur Anwendung, wenn die Homogenität der Varianzen (Homoskedastizität) nicht gegeben war. Bei diesem Test muss mindestens Ordinalskalenniveau vorliegen und kann bei unabhängigen Stichproben, sowie bei nicht normal verteilten Daten bzw. bei fehlender

Varianzhomogenität verwendet werden. Zur Prüfung der Normalverteilung innerhalb der Gruppen wurde neben dem Kolmogorow-Smirnow-Test auch der Shapiro-Wilk-Test durchgeführt, da die Gruppen jeweils aus weniger als 50 Personen bestanden. Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Test nachgewiesen. Abschließend wurde die Effektstärke d , für unabhängige Stichproben mittels G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007), Version 3.1.9.2, berechnet. Sie ist ein Maß für die Stärke des zu erhobenen Phänomens. Nach Cohen (1988) bedeuten Werte von $d = .20$ kleine, von $d = .50$ mittlere, und $d = .80$ große Effektstärke.

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit wurden Zusammenhänge zwischen Variablen getestet. Die Auswahl der statistischen Verfahren wurde wieder bezüglich erfüllter Voraussetzungen des jeweiligen Tests getroffen. Ein Großteil der im Folgenden beschriebenen Zusammenhänge ist nicht linear, weshalb die Rangkorrelation nach Spearman zur Anwendung kam. Bei linearem Zusammenhang wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (einseitig) berechnet. Nach Cohen (1988) ist ein Zusammenhang mit einem Wert von $r = .10$ als unbedeutend, ab $r = .30$ als mittel und ab $r = .50$ als groß anzusehen. Positive Werte stehen für einen Zusammenhang, bei dem der Wert einer Variablen ansteigt, je höher der Wert der anderen ist. Eine negative Korrelation entsteht, wenn hohe Werte der einen Variablen mit geringen Werten der anderen einhergehen (Field, 2009). Bei dem CTQ-Fragebogen hatten drei TeilnehmerInnen diesen nicht vollständig ausgefüllt, wodurch sogenannte fehlende Werte vorlagen. Diese wurden auf ihre Zufälligkeit getestet, und anschließend mittels *Expectation-Maximization*-Verfahren ergänzt. Dieses Verfahren berechnet mithilfe einer schrittweisen Vorgehensweise Werte, welche aufgrund vorhandener Daten geschätzt werden, um schließlich angenäherte Werte zu erhalten, welche man für fehlende einsetzen kann. Ausgeführt wurde dies mithilfe von SPSS 22. Danach wurde ausschließlich mit diesen, sogenannten imputierten Werten gerechnet.

Ergebnisse

In den nachfolgenden Kapiteln erfolgt die analytische Darstellung aller Ergebnisse, die zur Beantwortung der Forschungsfragen eins bis drei berechnet wurden. Zur vereinfachten Darstellung werden in allen folgenden Tabellen die SPQ-Werte ≥ 35 , stellvertretend für Personen mit schizotypen Persönlichkeitszügen und die SPQ-Werte ≤ 5 , stellvertretend für Personen mit geringer Schizotypie angeführt. Alle Ergebnisse der Testwerte werden auf zwei Dezimalstellen gerundet.

8.1. Die Ausprägungen der Emotionsregulation Unterdrückung bei Personen mit und ohne Schizotypie

Zu Beginn wurde die Hypothese, $H_{1.1}$, überprüft, ob Personen mit schizotypen Persönlichkeitszügen ihre Emotionen häufiger mittels Unterdrückung anwenden als Personen der Vergleichsgruppe. Da sowohl der Test auf Normalverteilung, wie auch jener zur Prüfung der Homogenität der Varianzen nicht signifikant ausfiel, konnte beides angenommen werden. Die detaillierten Ergebnistabellen der beiden Tests befinden sich in Anhang A. Aufgrund der additiven Erstellung der Skala Unterdrückung laut Manual des Emotion Regulation Questionnaire, wurde Intervallskalierung angenommen und der t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Wie in Tabelle 3 ersichtlich, liegt ein signifikanter Unterschied, $t(93) = -4.63$, $p < .01$, in der Anwendung der Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung vor. Dies zeigt sich auch in den unterschiedlich hohen Mittelwerten (SPQ-Werte ≤ 5 : $M = 11.80$, $SD = 4.16$; SPQ-Werte ≥ 35 : $M = 16.35$, $SD = 5.37$). Die Berechnung der Effektstärke ergab einen Wert von $d = .99$.

Tabelle 3

t-Test für unabhängige Stichproben und Mittelwert von Unterdrückung (SPQ ≤ 5 und ≥ 35)

	<i>Mittelwert</i>	<i>Standardabweichung</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
SPQ-Wert ≤ 5	11.80	4.16				49
SPQ-Wert ≥ 35	16.35	5.37	-4.64	93	.00	46

Es zeigte sich ein höchst signifikanter Unterschied, $p < .00$, zwischen Personen mit und ohne Schizotypie hinsichtlich ihrer Anwendung der Emotionsregulation Unterdrückung. Die $H_{1.1}$ konnte somit angenommen werden. Personen mit schizotyper Persönlichkeit gaben öfters an, die Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung zu verwenden.

8.2. Die Ausprägungen von körperlichen und emotionalen Missbrauchs, sowie emotionaler Vernachlässigung bei Personen mit und ohne Schizotypie

In diesem zweiten Kapitel der ersten Fragestellung wurde die Annahme $H_{1.2}$ geprüft, ob Personen mit schizotypen Persönlichkeitsausprägungen häufiger die Kindheitstraumata körperlicher (KM), wie auch emotionaler Missbrauch (EM), und emotionale Vernachlässigung (EV) angeben, als die andere Personengruppe.

Da die Testautoren des CTQs die Subskalen additiv erstellen, wurde Intervallskalenniveau angenommen. Dies ermöglichte die Bezugnahme der Mittelwerte, um Gruppenunterschiede deutlich zu machen.

Die Prüfung der Normalverteilung ergab dieses Mal sowohl bei dem Kolmogorow-Smirnow-Test als auch bei dem Shapiro-Wilk-Test ein signifikantes Ergebnis, bei allen drei Traumata. Die Normalverteilung der Daten konnte somit nicht angenommen werden. Die Homogenität der Varianzen war, durch die signifikanten Werte des Levene-Tests, ebenfalls nicht gegeben. Die detaillierten Ergebnistabellen zur Normalverteilung und zur Homogenitätsprüfung finden sich in Anhang B.

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde der Welch-Test durchgeführt. Zunächst lässt sich bereits durch ungleiche Mittelwerte, siehe Tabelle 4, auf unterschiedliche Häufigkeit von Traumata zwischen der schizotypen Personengruppe (Gruppe 1) und der Vergleichsgruppe (Gruppe 2) hinweisen. Diese sind sich im Bereich KM (Gruppe1: $M = 5.20$, $SD = .93$; Gruppe2: $M = 6.37$, $SD = 2.57$), EM (Gruppe1: $M = 6.94$, $SD = 2.85$; Gruppe2: $M = 11.15$, $SD = 4.47$) und EV (Gruppe1: $M = 7.12$, $SD = 2.48$; Gruppe2: $M = 11.43$, $SD = 4.33$) erkennbar.

Die signifikanten Ergebnissen der Welch-Test-Werte, ebenso in Tabelle 4, $Welch-t(1, 56.08) = 8.43$, $p = .005$, und $Welch-t(1, 75.50) = 29.59$, $p < .01$, und $Welch-t(1, 70.71) = 34.89$, $p < .01$) untermauern die Annahme $H_{1.2}$. Die Bedeutsamkeit der gezeigten Unterschiede wird auch durch die hohen Effektstärken ($d = 0.92$, $d = 1.00$, $d = 0.99$) getragen.

Tabelle 4

Welch-Test und Mittelwerte (KM,EM,EV) (SPQ ≤ 5 und ≥ 35)

	Mittelwert	Standard- abweichung	Welch- Test	df1	df2	Sig.	n
Körperlicher Missbrauch:							
SPQ-Wert ≤ 5	5.20	.93					49
SPQ-Wert ≥ 35	6.37	2.57	8.43	1	56.08	.005	46
Emotionaler Missbrauch:							
SPQ-Wert ≤ 5	6.94	2.85					49
SPQ-Wert ≥ 35	11.15	4.47	29.59	1	75.50	.00	46
Emotionale Vernachlässigung:							
SPQ-Wert ≤ 5	7.12	2.48					49
SPQ-Wert ≥ 35	11.43	4.33	34.89	1	70.71	.00	46

Die Hypothese H_{1.2} konnte in allen drei Bereichen von erlebtem Kindheitstrauma angenommen werden. Im Bereich KM fiel der Mittelwertunterschied der beiden Gruppen gering aus.

8.3. Der Zusammenhang der Emotionsregulation Unterdrückung mit erlebtem Kindheitstrauma

In diesem Kapitel wurde die theoriegeleitete Annahme, H_2 , geprüft, ob Personen mit Schizotypie, deren Traumawerte erhöht sind, eine vermehrte Anwendung der Regulationsstrategie Unterdrückung aufweisen.

Wie bereits im Theorieteil angeführt, liegt der Schwerpunkt der hier vorliegenden Studie auf den Traumata des körperlichen und emotionalen Missbrauchs sowie der emotionalen Vernachlässigung, weshalb die Zusammenhänge dieser drei Subskalen mit Unterdrückung jeweils separat berechnet und im Einzelnen angeführt werden.

Keiner der Zusammenhänge zwischen der Emotionsregulation Unterdrückung und den einzelnen Traumawerten war linear, weshalb die Rangkorrelation nach Spearman zur Anwendung kam.

Den Ergebnissen zufolge korreliert weder KM $r_s(46) = -.15$, $p = .15$, noch EM, $r_s(46) = .12$, $p = .21$, oder EV, $r_s(46) = .06$, $p = .34$, signifikant mit der Emotionsregulation Unterdrückung. Die H_2 wurde somit verworfen.

8.4. Die Ausprägung von parasozialer Interaktion bei Personen mit und ohne Schizotypie- ein Gruppenvergleich

Bevor mögliche Zusammenhänge zwischen psI und erlebtem Kindheitstrauma bzw. der Emotionsregulation Unterdrückung geprüft wurden, schien es sinnvoll, und einem besseren Überblick dienlich, zu erheben, in welcher Stärke psI bei den Probanden vorhanden ist. Im Besonderen war es von Interesse, ob sich Personen mit schizotypen Persönlichkeitszügen in ihrer psI von der Vergleichsgruppe, Personen ohne psychometrische Schizotypie, unterscheiden ($H_{3.1}$).

Die folgenden Ergebnisse wurden für jeden Film separat berechnet und im Weiteren angeführt. Bei Film 1 lag sowohl eine Normalverteilung der Daten als auch Homoskedastizität vor, weshalb der t- Test angewendet wurde. Die detaillierten Ergebnisse zur Prüfung der Voraussetzungen aller in diesem Kapitel angewandten Tests befinden sich in Anhang C. Bei Film 1 liegen signifikante Mittelwertunterschiede der psI (kon.), bei $t(93) = -3.67$, $p < .00$ vor. Die berechnete Effektstärke liegt bei $d = .99$. Die in Abbildung 1 sichtbar höheren Mittelwerte der Gruppe mit SPQ-Werten ≥ 35 ($M = 84.09$, $SD = 20.12$) bestätigen die Annahme, dass Personen mit erhöhter Schizotypie eine stärkere psI aufweisen.

Bei dem neutralen Film 2, wie auch bei dem traurigen Film 3, lag weder eine Normalverteilung der Daten, noch die Homogenität der Varianzen vor, weshalb beide Male der Welch-Test zur Anwendung kam. Die Gruppe der schizotypen Persönlichkeiten unterscheidet sich signifikant von der Vergleichsgruppe, bei einem $Welch-t(1, 82.70) = 8.16$, $p < .00$ und einer Effektstärke von $d = .91$. Die in Abbildung 1 erkennbaren ungleichen Mittelwerte, ($M = 51.22$, $SD = 17.54$), untermauern, auch bei Film 2, die Annahme, dass schizotype Personen eine höhere psl aufweisen.

Bei dem letzten Film 3 ergab sich ein signifikantes $Welch-t(1, 89.84) = 5.53$, $p = .02$. Die Effektstärke beträgt $d = .76$. Auch hier sind deutlich höhere Mittelwerte in der Gruppe mit SPQ-Werten ≥ 35 ($M = 76.63$, $SD = 22.37$) vorhanden.

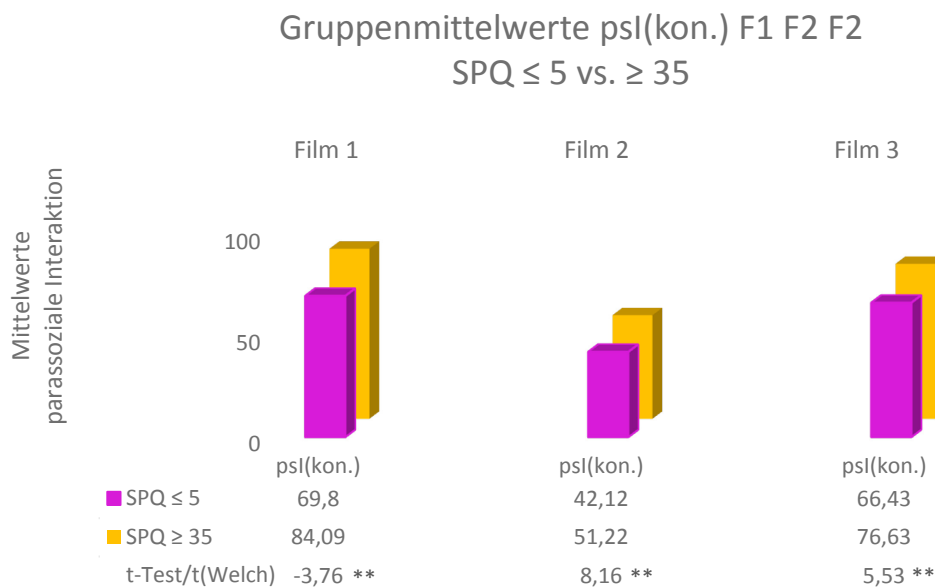


Abbildung 1: Gruppenmittelwerte parasozialer Interaktion im Vergleich $SPQ \leq 5$ vs. ≥ 35 , Film 1,2,3. Anmerkung: ** hoch signifikantes Ergebnis bei $p < .01$.

8.5. Der Zusammenhang zwischen der Emotionsregulation Unterdrückung und parasozialer Interaktion bei Personen mit und ohne Schizotypie

In der letzten Fragestellung wurde untersucht, ob psI mit der Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung in Zusammenhang steht, und ob dieser bei Personen mit erhöhter Schizotypie anders ausfällt als bei der bereits angeführten Vergleichsgruppe mit geringen SPQ-Werten ≤ 5 .

Den Autoren der PSI-Prozess-Skala zufolge manifestiert sich psI in konativen (kon.), affektiven (aff.) und perzeptiv-kognitiven (perz.-kog) psychologischen Teilprozessen und Erlebensweisen (Schramm und Hartmann, 2008). Wie bereits angeführt, gewichtet der konative Teilprozess im Sinne einer parasozialen Interaktion mehr als die beiden anderen Teile (Hartmann, 2015). Deswegen werden die folgenden Ergebnisse auf diesen konativen Bereich der psI fokussierend dargestellt.

Da es von Interesse war, ob sich differenzielle Ergebnisse durch unterschiedliche Filmgenres ergeben würden, wurden die Zusammenhangswerte separat für Film 1 (amüsant), Film 2 (neutral) und Film 3 (traurig) separat berechnet und werden nun angeführt.

Ein Großteil der im Folgenden beschriebenen Zusammenhänge ist nicht linear, weshalb die Rangkorrelation nach Spearman zur Anwendung kam. Bei linearem Zusammenhang wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (einseitig) berechnet.

In diesem Kapitel galt es die $H_{3.2}$ zu prüfen, ob der Zusammenhang zwischen Unterdrückung und psI (kon.) bei Personen mit SPQ-Werten ≥ 35 höher ausfällt als in der Vergleichsgruppe mit SPQ-Werte ≤ 5 . Hiernach galt es Gruppenunterschiede festzustellen, sofern sich in beiden Gruppen signifikante Zusammenhänge finden lassen.

In einem ersten Schritt wurde der Zusammenhang zwischen Unterdrückung und psI bei jenen Personen erhoben, deren SPQ-Werte ≤ 5 waren.

Wie in Tabelle 5 sichtbar, sind die Korrelationen zwischen Unterdrückung und der konativen psI bei keinem der Filme signifikant $p < .05$.

Tabelle 5

Spearman Rangkorrelation Unterdrückung und psI (kon.) F1,F2,F3 (SPQ ≤ 5)

		<i>Unterdrückung- psI (kon.)</i>	<i>p (1-seitig)</i>
<i>SPQ ≤ 5 n = 49</i>			
<i>Film 1</i>	<i>rs</i>	<i>0.02</i>	<i>0.45</i>
<i>Film 2</i>	<i>rs</i>	<i>0.08</i>	<i>0.30</i>
<i>Film 3</i>	<i>rs</i>	<i>0.12</i>	<i>0.21</i>

Um die Hypothese zu prüfen, wurde in einem zweiten Schritt berechnet, ob bei jenen Personen mit höheren SPQ-Werten ≥ 35 , der Zusammenhang zwischen Unterdrückung und psI signifikant ausfällt und numerisch stärker ist als bei der Vergleichsgruppe.

Tabelle 6 zeigt, dass die vorliegenden Zusammenhänge in der Gruppe der SPQ- Werte ≥ 35 tendenziell höher als in der Vergleichsgruppe sind. Ein signifikantes Ergebnis mit einer negativen Korrelation, $r_s(46) = -.28$, $p = .03$, liegt jedoch nur bei Film 1 vor. Die $H_{3,2}$ wurde somit bei Film 2 und 3 verworfen, bei dem amüsanten Film 1 jedoch beibehalten. Die Erhebung von Gruppenunterschieden ist aufgrund fehlender, signifikanter Zusammenhänge in der Gruppe mit SPQ-Werten ≤ 5 nicht möglich.

Tabelle 6

Spearman Rangkorrelation Unterdrückung und psI (kon.) F1,F2,F3 (SPQ ≥ 35)

		<i>Unterdrückung- psI (kon.)</i>	<i>p (1-seitig)</i>
<i>SPQ ≥ 35 n = 46</i>			
<i>Film 1</i>	<i>rs</i>	<i>-0.28*</i>	<i>0.03</i>
<i>Film 2</i>	<i>rs</i>	<i>0.02</i>	<i>0.46</i>
<i>Film 3</i>	<i>rs</i>	<i>-0.15</i>	<i>0.16</i>

Anmerkung. * signifikantes Ergebnis bei $p < .05$

8.6. Der Zusammenhang zwischen Aspekten frühkindlichem Trauma und parasoziale Interaktion bei Personen mit und ohne Schizotypie

Abschließend wurde die Hypothese, $H_{3.3}$, geprüft, ob ein Zusammenhang von frühkindlichen Traumawerten mit psI-Werten bei schizotypen Personen höher ausfällt, als bei Personen ohne Schizotypie. Hierfür wurde zunächst ein Kindheitstrauma-Gesamtwert (KHTg) verwendet. Den Angaben des Testmanuals des CTQs folgend, wurde über alle, fünf Subskalen: emotionaler Missbrauch (EM), körperlicher Missbrauch (KM), sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch (SG/SM), emotionale Vernachlässigung (EV) und körperliche Vernachlässigung (KV) der KHTg additiv errechnet.

Zunächst wurde ein möglicher Zusammenhang in der Gruppe der Personen mit SPQ-Werten ≤ 5 geprüft. Wie in Tabelle 7 ersichtlich, sind keine signifikanten Korrelationen zwischen psI (kon.) und dem KHTg vorhanden.

Tabelle 7

Spearman Rangkorrelation Kindheitstrauma-Gesamtskala und psI (kon.) F1,F2,F3 (SPQ $\leq$ 5)

		<i>KHTg- psI (kon.)</i>	<i>p (1-seitig)</i>
<i>SPQ $\leq$ 5 n= 49</i>			
<i>Film 1</i>	<i>rs</i>	<i>-0.02</i>	<i>0.44</i>
<i>Film 2</i>	<i>rs</i>	<i>0.16</i>	<i>0.14</i>
<i>Film 3</i>	<i>rs</i>	<i>0.14</i>	<i>0.17</i>

Hiernach wurde in der Gruppe der Personen mit schizotyper Persönlichkeit auf signifikante Korrelationen geprüft. Wie in Tabelle 8 ersichtlich resultieren in der Gruppe der SPQ $\geq$ 35 zwei signifikante Ergebnisse. Bei dem neutralen Film 2, $r_s(46) = .31$, $p = .02$, liegt eine positive, beim traurigen Film 3 eine negative Korrelation, $r_s(46) = -.45$, $p < .00$ vor. Die $H_{3.3}$ konnte somit bei Film 2 und 3 angenommen und bei Film 1 verworfen werden. Da jedoch in der Gruppe der Personen mit SPQ-Werten ≤ 5 keine signifikanten Zusammenhänge vorliegen, ist auch hier das Berechnen eines Gruppenunterschieds nicht möglich.

Tabelle 8

Spearman Rangkorrelation KHTg und psI (kon.) F1,F2,F3 (SPQ $\geq$ 35)

		<i>KHTg-psI (kon.)</i>	<i>p</i> <i>(1-seitig)</i>
<i>SPQ $\geq$ 35 n = 46</i>			
<i>Film 1</i>	<i>rs</i>	<i>-0.13</i>	<i>0.20</i>
<i>Film 2</i>	<i>rs</i>	<i>0.31*</i>	<i>0.02</i>
<i>Film 3</i>	<i>rs</i>	<i>-0.45*</i>	<i>0.00</i>

Anmerkung. * signifikantes Ergebnis bei $p < .05$

Abseits der Hypothesenprüfung wurde der Frage nachgegangen, wie sehr die einzelnen Subkategorien, KM, EM und EV, an den signifikanten Zusammenhängen (Tabelle 8) von KHTg mit psI (kon.) beteiligt sind. Zunächst wurde mittels Spearman Rangkorrelation berechnet, wie hoch die Zusammenhänge jener drei Subkategorien mit psI (kon.) ausfallen, welche einen Teil der signifikanten Korrelation bei dem neutralen Film 2, $r_s(46) = .31$, $p = .02$, ausmachen. Es zeigt sich eine mittlere, hochsignifikante Korrelation, $r_s(46) = .38$, $p < .01$, mit KM. Ein signifikant mittlerer Zusammenhang besteht bei EM, $r_s(46) = .27$, $p = .03$. In der Kategorie EV gibt es keinen signifikanten Zusammenhang $r_s(46) = .21$, $p = .08$, (detaillierte Ergebnistabelle siehe Anhang C).

In einem zweiten Schritt wurden die Zusammenhänge von psI (kon.) und den drei Traumaarten, die an der negativen Korrelation bei Film 3, $r_s(46) = -.45$, $p < .00$ beteiligt sind, separat berechnet. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen psI (kon.) und KM, $r_s(46) = -.18$, $p = .12$, jedoch bei EM, $r_s(46) = -.37$, $p = .006$, und ebenso hoch signifikant bei EV, $r_s(46) = -.40$, $p = .003$, (detaillierte Ergebnistabelle siehe Anhang D).

Um darzustellen wie unterschiedlich stark der Zusammenhang dieselbe Traumaart mit psI (kon.) einerseits bei dem neutralen Film 2 und andererseits bei dem traurigen Film 3 ausfällt, werden in Abbildung 2 die oben angeführten Ergebnisse einander gegenübergestellt. Die Größe der jeweiligen Korrelation wird durch die Breite des

Abstandes zum Nullpunkt verdeutlicht und wird für Film 2 in Grün, für Film 3 in Blau dargestellt.

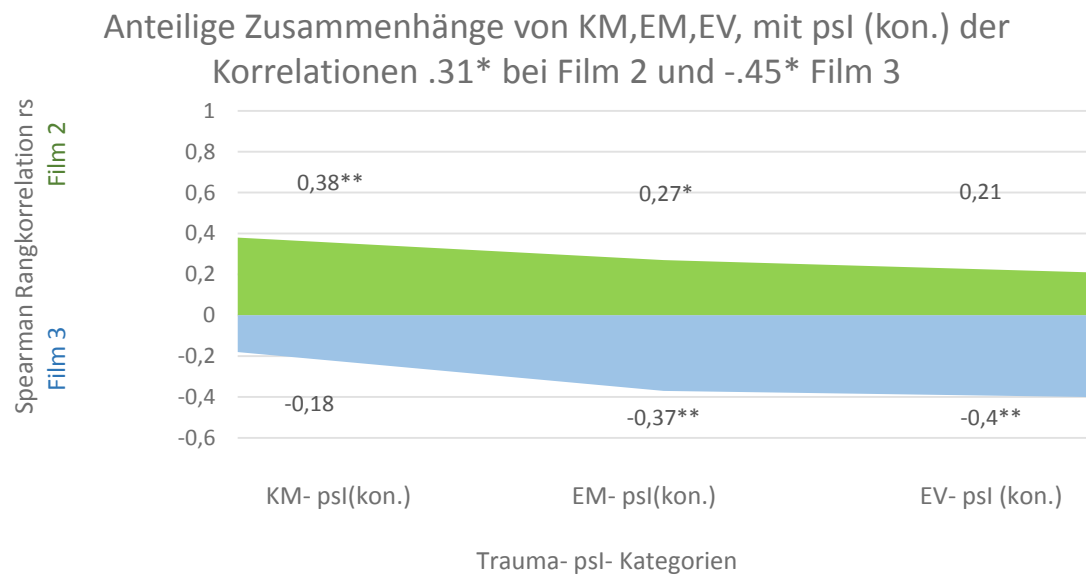


Abbildung 2: Anteilige Zusammenhänge von KM, EM, EV mit psl (kon.) der Korrelationen .31 bei Film 2 und -.45 bei Film 3.

Anmerkung: * signifikantes Ergebnis bei $p < .05$, ** hoch signifikantes Ergebnis bei $p < .01$.

9. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, ob sich Personen in ihrer Anwendung von Emotionsregulationen und der Häufigkeit früh erlebter Traumata unterscheiden, abhängig davon, ob schizotype Persönlichkeitszüge vorhanden sind und ob der Zusammenhang jeweils einer dieser beiden psychologischen Konstrukte mit parasozialer Interaktion bei Personen mit Schizotypie höher ausfällt. Ebenso wurde der Frage nachgegangen, ob die Erfahrung von frühkindlichem Trauma mit erhöhter emotionaler Unterdrückung einhergeht. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit diskutiert und anhand des aktuellen Forschungsstands interpretiert.

Die erste Hypothese widmete sich der Frage, ob Personen mit Schizotypie die Emotionsregulation Unterdrückung häufiger anwenden. Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit zeigen einen hoch signifikanten Unterschied in der Anwendung dieser Emotionsregulationsstrategie in die erwartete Richtung. Personen mit schizotyper Persönlichkeit gaben öfters an, Unterdrückung zu verwenden. Dies bestätigt die Studie von Henry et al. (2007b), in der gezeigt wurde, dass erhöhte Schizotypiewerte mit einer erhöhten Leichtigkeit, Unterdrückung anzuwenden, einhergehen. Da PatientInnen mit Schizophrenie durch verzerrte Wahrnehmung Filme personenbezogen umdeuten und somit eine emotionale Anteilnahme stattfindet, welche grundlegend für parasoziale Interaktion ist, wurde diese in Zusammenhang mit der erwiesenen Präferenz für Unterdrückung gestellt (Weiner, 2003). Somit wurde einer weiteren Hypothese nachgegangen, ob ein solcher Zusammenhang stärker bei Personen mit, als bei jenen, ohne Schizotypie vorhanden ist. Die Werte der Kontrollgruppe zeigten bei keinem der drei Filmsequenzen eine signifikante Korrelation. Den Ergebnissen der Gruppe von Personen mit psychometrischer Schizotypie zufolge ließen sich die erwarteten Zusammenhänge weder bei Film 2 noch bei Film 3 nachweisen. Einzig bei der ersten Filmsequenz ergab sich überraschenderweise eine negative Korrelation zwischen Unterdrückung und psI. Dies zeigt, dass jene, die ihre Emotionen eher mittels Unterdrückung regulieren bei dem amüsanten Film weniger psI zeigen. Möglicherweise führt zum einen die Art der Filmsequenz, die gezeigt wurde, zu unterschiedlicher Reaktion, wie in der Studie von Earnst (1996) erwiesen wurde. Film 1 zeichnet sich nicht nur durch seine amüsanten Eigenschaften aus, sondern ebenso durch seinen sexuellen Inhalt. Es ist durchaus möglich, dass sich die Testpersonen durch diese sexuellen Anspielungen der Medialität der Szene stärker bewusst sind (Hartmann et al., 2004), und somit Verhaltensäußerungen für unpassend halten. Insofern spiegelt sich die grundlegende Präferenz zur

Emotionsregulation Unterdrückung, welche Personen mit schizotyper Persönlichkeit haben und, die als deplatziert eingestuft und somit absichtlich unterdrückten Verhaltensäußerungen, in einer negativen Korrelation wider. Zum anderen bildet die häufige Verwendung von Unterdrückung vielleicht eine konstante Ausübung, die unabhängig von äußeren Stimuli bestehen bleibt, wie Straus et al. (2013) zeigten. Die Präferenz von Unterdrückung, gepaart mit einer einhergehenden Affektverflachung, welche von Blanchard, Kring und Neale (1994) bei Personen mit Schizophrenie gezeigt wurde, könnte ebenso ein Grund für die negative Richtung der Korrelation sein. Wie Hartmann und Klimmt (2005) angeführt haben, scheint der konative Teilprozess nicht leicht ausführbar zu sein und bedarf einiges, damit Verhalten nach außen hin geäußert wird. Insofern könnte die Affektverflachung ein Hindernis darstellen und sich in geringer konativer pSI äußern. Der in dieser Studie liegende Erkenntnisgewinn zeigt die Notwendigkeit weiterer Studien im Bereich der Emotionsregulation bei Personen mit Schizotypie bzw. Schizophrenie. Es wäre von Interesse zu erforschen, ob sich die hier vorliegenden Ergebnisse bei realer zwischenmenschlicher Interaktion bestätigen lassen.

Die zweite Hypothese ging der Frage nach, ob Personen mit schizotyper Persönlichkeit höhere Werte im Bereich des körperlichen und emotionalen Missbrauchs, sowie der emotionalen Vernachlässigung aufweisen. In dieser Arbeit wurde der Schwerpunkt auf diese drei Traumaarten gelegt, da sich eher emotionaler als sexueller Missbrauch als stetiger Prädiktor für Schizotypie erwies (Berenbaum & Thompson, 2008) und körperlicher, wie emotionaler Missbrauch mit Dissoziation in Zusammenhang steht (Holowka, 2003). Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit zeigen einen signifikanten Unterschied, sodass sich sagen lässt, dass Personen mit schizotyper Persönlichkeit häufiger von frühkindlichem Trauma berichten. Es könnte davon ausgegangen werden, dass früh erlebte Traumata ein möglicher Risikofaktor für Schizotypie bzw. zu Schizophrenie sein kann, wie Studien zeigen (Powers et al., 2010). Doch es gilt zu bedenken, dass die Komplexität vor allem bei gleichzeitig ablaufenden Traumataarten zu unterschiedlichen Störungen führen kann (Briere, 2008). Ebenso ist nicht geklärt, ob die posttraumatische Belastungsstörung als Brücke zur Schizophrenie fungiert (Powers et al., 2010). Die für PTBS charakteristischen, sich aufdrängenden Erinnerungen führen möglicherweise zu dem, in der Schizotypie vorkommenden, zwanghaften Grübeln und die Konzentrationsschwierigkeiten der PTBS zur verzerrten Denkweise der Schizophrenie. Im Bereich des körperlichen Missbrauchs unterscheiden sich beide Gruppen signifikant

voneinander, weisen jedoch in den Mittelwerten einen geringen Abstand zueinander auf. Dies könnte an der hier vorliegenden Stichprobe mit durchwegs jüngerem Alter liegen, deren Verständnis von körperlichem Missbrauch, aufgrund sich im Laufe der Jahre gewandelter sozialer Normen, (Berenbaum & Thompson, 2008) ein anderer ist als noch vor zwanzig Jahren. Nachfolgende Studien sollten die Variable Alter mitberücksichtigen.

In einer weiteren Hypothese wurde angenommen, dass ein Zusammenhang zwischen frühkindlichem Trauma und parasozialer Interaktion bei Personen mit Schizotypie stärker vorhanden ist. Sowohl bei Kindern (Singer et al., 1998) als auch bei Erwachsenen (Singer et al., 2004) mit traumatischen Erlebnissen zeigte sich ein erhöhter Fernsehkonsum, der wiederum mit erhöhter konativer parasozialer Interaktion einhergeht (Greenwood, 2008). In der hier vorliegenden Arbeit ergab sich eine Bestätigung dieser Studien bei dem neutralen Film durch einen positiven signifikanten Zusammenhang, der zeigt, dass erhöhte Traumawerte mit starker psI einhergehen. Überraschenderweise fiel die zweite vorhandene signifikante Korrelation, und zwar bei dem traurigen Film in entgegengesetzter Richtung aus. Hier gehen hohe Traumawerte mit niedriger konativer psI einher. Diese Ergebnisse wiesen einzig Personen mit Schizotypie auf. Die Vergleichsgruppe hatte keinerlei signifikante Werte. Wohlmöglich ist wiederum die Art des Filmes dafür relevant, wie eine Person reagiert (Earnst, 1996) und ob parasoziale Interaktion vorhanden bzw. zugelassen wird und eine High-Level-psI entstehen kann (Hartmann et al., 2004). Vielleicht ist Personen mit schizotyper Persönlichkeit eine intensiv-starke Auseinandersetzung mit einer neutralen Handlung eines Films eher möglich, als bei einer traurigen. Denn bei Letzterem zeigte sich ein negativer Zusammenhang, also eine geringere konative psI bei hohen Traumawerten. Möglicherweise tragen zum einen Regulationsmechanismen, zum anderen eine geringe Empathie, welche mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung gebracht wird (Shipman, 2007), zur eingeschränkten psI bei.

Um zu klären, ob die Art des Kindheitstraumas eine Rolle bei den unterschiedlich ausgerichteten Korrelationen spielt, wird nun auf die detaillierten Ergebnisse der Trauma-Subkategorien Bezug genommen. Schizotype Persönlichkeiten, die erhöhte Werte bei Misshandlungen und Vernachlässigungen im emotionalen Bereich aufwiesen, zeigten eine geringere konative psI bei dem traurigen Film 3. Wohlmöglich steht einer Identifikation mit der Persona ein Abwehrmechanismus entgegen. Carvalho-Fernando et al. (2014) konnte zeigen, dass bei emotionalen Missbrauchserlebnissen die Regulationsstrategie Unterdrückung häufiger verwendet wird. Wie bereits erwähnt, zeigen Personen mit

Schizotypie eine Präferenz für Unterdrückung. Die Konfrontation eines Films, der emotionalen Abschiedsschmerz zeigt, könnte für schizotype Persönlichkeiten mit emotionalen Missbrauchserlebnissen zu einer Unterdrückung von parasozialer Interaktion führen. Schizotype Persönlichkeiten, die erhöhte Werte bei körperlichem Missbrauch aufweisen, zeigten eine erhöhte konative psI bei dem neutralen Film 2. Dies scheint insofern schlüssig zu sein, als dass es bei dem neutralen Film keinerlei Grund für eine Regulation wie Unterdrückung geben könnte. Bemerkenswert ist jedoch, dass es trotz geringem Stimuli zu einer psI kam, womit die Argumentation bestätigt wurde, dass es scheinbar nicht möglich ist, in keine parasoziale Interaktion zu treten (Hartmann et al., 2004). Diesbezüglich lässt sich aber ebenso eine neutrale Wirkung des hier gezeigten Films anzweifeln.

Es ist an dieser Stelle wichtig anzumerken, dass es sich hierbei um komplexe, psychologische Konstrukte handelt, deren Verbindung zur schizotypen Störung weitere differenzierte Forschungen benötigt. Die Erkenntnisse dieser Studie betonen die Relevanz der Erforschung der Emotionsregulierung bei Personen mit Schizotypie bzw. Schizophrenie, um eine Steigerung der Lebensqualität hinsichtlich zwischenmenschlicher Interaktion, sowie einer verbesserten Emotionsverarbeitung, zu ermöglichen.

Abschließend wurde der Frage nachgegangen, ob Personen mit schizotyper Persönlichkeit, die ein frühkindliches Trauma erlitten hatten, einen höheren Gebrauch von Unterdrückung aufweisen. Zum einen kann erlebter emotionaler Missbrauch zu aggressivem Verhalten führen (Cloitre et al, 2005), zum anderen steht er in Zusammenhang mit der Unterdrückung von Emotionen (Jackson & Harding, 2010), eine Korrelation, die auch bei körperlichem Missbrauch erwiesen werden konnte (Carvalho-Fernando et al., 2014). Emotionale Vernachlässigung steht in Verbindung, mit einer Unzulänglichkeit Emotionsregulationsstrategien erstellen zu können (Carvalho-Fernando et al., 2014). Die in dieser Arbeit dargebrachten Ergebnisse konnten diese Studien nicht bekräftigen. Keine der hier angeführten frühkindlichen Traumata stand in signifikantem Zusammenhang mit der Emotionsregulation Unterdrückung. Diese Diskrepanz kann möglicherweise auf die Stichprobenauswahl zurückzuführen sein, welche nach dem Kriterium vorgegebener Schizotypiewerte getroffen wurde und nicht nach Traumawerten. Einzig bei emotionalem Missbrauch lässt sich ein Trend einer positiven Korrelation mit Unterdrückung erkennen. Insofern sind weitere Studien notwendig, in welchen explizit Traumawerte als Einschlusskriterium definiert werden. Die Ergebnisse dieser Studie sind insofern von relevanter Bedeutung, als dass sie die Relevanz des emotionalen Bereiches von

Kindheitstraumata ins Licht stellen, um in Therapieprogrammen auf dieser Ebene verbesserte Regulationsstrategien erarbeiten zu können. Hierzu sind weitere Forschungen notwendig, um differenzierte Auswirkungen emotionaler Unterstützung bei Kindheitstraumata nachweisen zu können.

9.1. Limitationen

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sollten Einschränkungen der hier dargestellten Studie berücksichtigt werden. Ein erster Kritikpunkt betrifft die Versuchsdurchführung, die im dritten Teil, bei einer Dauer von drei Stunden, eindeutig zu lang angesetzt wurde. Trotz der Möglichkeit, Pausen einzulegen, auf die stetig hingewiesen wurde, ist die Belastung auf die Konzentration doch hoch. Hinzu kommt ein Versuchsleitereffekt, der bei einem Face to Face Kontakt in dieser Zeit nicht auszuschließen war.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft auch die PSI-Prozess-Skala. Mit ihren 112 Items scheint sie zu lang, um eine sorgfältige Beantwortung garantieren zu können. Eine Kurzversion dieses Tests wird von Hartmann, Schramm und Klimmt bereits entworfen. Hierbei ist eine Limitation durch fehlende Werte anzumerken. So kam es durch fehlerhafte Eingabe dazu, dass bei allen Personen nur 111 Items pro Film abgefragt wurden.

Da die Stichprobe hauptsächlich aus Studenten besteht, und relativ klein ist, gelten die Ergebnisse als nicht repräsentativ für eine Gesamtpopulation.

Trotz der Limitierungen ist diese Studie, durch die Bezugnahme auf psychische Störungen, als Novum in der noch neuen, parasozialen Interaktionsforschung zu betrachten. Die Ergebnisse weisen auf Wirkweisen psychischer Funktionen hin, die vor allem in der Erforschung schizophrener oder schizotyper Störungen, von relevanter Bedeutung sind. Diese Arbeit wird in der Hoffnung abgeschlossen, anregende Ansätze für zukünftige Studien zu liefern.

Zusammenfassung

In der hier vorliegenden Masterarbeit wurden Unterschiede in Strategien der Emotionsregulationsstrategie Unterdrückung und in Ausprägungen von erlebtem Kindheitstrauma bei Personen mit und ohne Schizotypie untersucht. Gleichsam wurde ein Zusammenhang dieser beiden psychologischen Konstrukte erforscht und jeweils in Verbindung mit parasozialer Interaktion (psI) gesetzt. Es nahmen 95 Personen an dieser Studie teil, wovon 49 als TeilnehmerInnen mit geringer und 46 mit erhöhter Schizotypie mittels Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) eingestuft wurden. Anhand der Ergebnisse des Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) konnte eine signifikant erhöhte Anwendung von Unterdrückung bei Personen mit Schizotypie erwiesen werden. Die parasoziale Interaktion (psI), eine illusionäre Face to Face Beziehung mit einer medialen Person, wurde durch drei unterschiedliche Filmsequenzen (amüsant (F1), neutral (F2) und traurig (F3)) hervorgerufen und mittels PSI-Prozess-Skala erhoben. Die Ergebnisse zeigten eine erhöhte psI bei Personen mit Schizotypie. Diese Personengruppe zeigte eine unerwartet negative Korrelation zwischen psI und Unterdrückung bei F1. In der Kontrollgruppe ergaben sich bei keinem Film derlei signifikante Zusammenhänge. Mittels Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) wurden körperlicher und emotionaler Missbrauch sowie emotionale Vernachlässigung erhoben. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe ließen sich einzig bei schizotypen Personen erhöhte Traumawerte in allen drei Bereichen, sowie zwei signifikante Zusammenhänge mit psI feststellen. Wobei eine positive Korrelation zwischen psI und Traumata bei F2 großteils von körperlichem Missbrauch, und ein negativer Zusammenhang bei F3 vom emotionalen Bereich der Traumata getragen wurde. Zwischen frühkindlichem Trauma und der Emotionsregulation Unterdrückung wurden keine Korrelationen festgestellt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei vorliegender Schizotypie, erlebtes Kindheitstrauma sowie die Anwendung von Unterdrückung reizabhängig unterschiedlichste psI hervorbringen.

Abstract

The following master thesis presents results about schizotypal individuals, and their differences in regulation of emotions and their forms of experienced childhood trauma compared with others. Additionally a correlation of these two psychological constructs in between and each with parasocial interaction (psI) was proofed. 95 persons participated, of which 49 were classified as low and 46 as highly schizotypal by the Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ). The results of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) showed a significant higher degree of suppression in individuals with schizotypy. The parasocial interaction (psI), an illusionary face to face interaction with a media person, was caused by three different films (amusing (F1), neutral (F2) and sad (F3)) and carried out by the PSI-process-scale. The results showed an increased psI in persons with schizotypy. This group revealed an unexpected negative correlation between psI and suppression in F1. Whereas in the control group no such results were shown at any film. Physical and emotional abuse and emotional neglect were carried out by the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Increased scores in these areas and two significant correlations with psI could only be identified with schizotypal individuals. A positive correlation between psI and trauma in F2 was largely supported physical abuse, and a negative correlation with F3 with a prior impact of the emotional context. No correlations were found between childhood trauma and suppression. In summary it can be said that at present schizotypy, the experience of childhood trauma and the use of suppression can cause different psI depending on external stimuli.

Literaturverzeichnis

- Abler, B., & Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55(3), 144-152.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd.ed.rev.), DSM-III-R. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Berenbaum, H., Thompson, R.J., Milanak, M. E., Boden Tyler, M., & Bredemeier, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 502-519.
- Bernstein, D., Fink, L. (1998) Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report Questionnaire and Manual. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Blanchard, J. J., Kring, A.M., & Neale, J. M. (1994). Flat affect in schizophrenia: A test of neuropsychological models. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 311-326.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Posttraumatic stress disorder and depression: an analysis of comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 170, 479-482.
- Bourne, L.E., & Ekstrand, B. R. (2005). *Einführung in die Psychologie*. Eschborn: Klotz-Verlag.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223–226.

- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 801–819.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie (13. aktualisierte Aufl.)*. München: Pearson Studium.
- Carvalho-Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Lowe, B., (...) & Wingenfeld, K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 384-401. doi:10.1080/15299732.2013.863262
- Claridge, G., & Beech, T. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. In A. Raine, T. Lencz, & S.A., Mednick (Eds.), *Schizotypal personality* (192-216). Cambridge University Press.
- Claridge, G. (Hrsg.). (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. New York: Oxford UP.
- Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 437-452.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K.C., & 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.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. John Hopkins University, School of Medicine, Baltimore/MD.

- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. (6.vollständig überarbeitete Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Driessen, M., Gast, U., Hill, A., & Wulff, H. (2000). *Deutsche Version des Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ). Unveröffentlichter Fragebogen*.
- Earnst, K.S., Kring, A.M., Kadar, M.A., Salem J. E., Shepard, D.A., & Loosen P.T. (1996). Facial expression in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 40, 556-558.
- Ellard, K.K., Farchione, T.J., Barlow, D.H. (2012). Relative effectiveness of emotion induction procedures and the role of personal relevance in a clinical sample: A comparison of film, images, and music. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 232-243.
- Eyal, K., & Cohen, J. (2006): When good friends say goodbye: A parasocial breakup study. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 50(3), 502–523.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. London: SAGE Publications
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version-Manual*. Göttingen: Beltz.
- Geraghty, L. (2006). A network of support: Coping with trauma through Star Trek fan letters. *Journal of Popular Culture*, 29.6., 1002-1024.

- Graubner, B., (2014). *ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Greenwood, D.N. (2008). Television as escape from self: Psychological predictors of media involvement. *Personality and Individual Differences*, 44, 414-424.
- Gross, J.J., & Muñoz, R.F. (1995): Emotion and regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (2), 151-164.
- Gross, J.J. (1998a). Antecedent and response focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Gross, J.J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J.J. (Ed.). (2014): *Handbook of emotional regulation*. New York: Guilford.
- Häfner, H. (2000). *Das Rätsel der Schizophrenie: eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Beck.
- Hartmann, T., Schramm, H., & Klimmt, C. (2004). Personenorientierte Medienrezeption: Ein Zwei-Ebenen-Modell parasozialer Interaktionen. [Person-oriented media reception: A Two-Level-Model of parasocial interactions.]. *Publizistik*, 49, 25-47.

- Hartmann, T., & Klimmt, C. (2005). Ursachen und Effekte parasozialer Interaktion im Rezeptionsprozess. Eine Fragebogenstudie auf der Basis des PSI-Zwei-Ebenen-Modells. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 17, 88-98.
- Hartmann, T. (Hrsg.). (2010). *Parasoziale Interaktion und Beziehungen*. München: Nomos.
- Henry, J.D., Green, M.J., de Lucia, A., Restuccia, C., McDonald, S., & O'Donnell, M. (2007a). Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophrenia Research*, 95, 197– 204.
- Henry, J.D., Green, M.J., Restuccia, C., de Lucia, A., Rendell P.G., McDonald, S., & Grisham, J.R. (2007b). Emotion dysregulation and schizotypy. *Psychiatry Research*, 166, 116-124.
- Holowka, D. W., King, S., Saheb, D., Pukall, M., & Brunet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 87-90.
- Horton, D., & Wohl, R. R. (1956). Mass communication and para-social interaction: Observation on intimacy at a distance. *Psychiatry*, 19, 185-206.
- Houwer, R. (Produzent), & Syberberg, H.-J. (Regie). (1966) [TV Reportage] *Romy-Portrait eines Gesichts*. Deutschland: Bayrischer Rundfunk.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9 (34), 188-205.

- Kendler, K.S., Ochs, A.L., Gorman, A.M., Hewitt, J.K., Ross, D.E., & Mirsky, A.F. (1991). The structure of schizotypy: A pilot multitrait twin study. *Psychiatry Research*, 36, 19-36.
- Keppler, A. (1996). Interaktion ohne reales Gegenüber. Zur Wahrnehmung medialer Akteure in Fernsehen. In Vorderer, P. (Hrsg), *Fernsehen als Beziehungskiste. Parasoziale Beziehungen und Interaktionen mit TV-Personen* (S. 11-24). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kim, J., Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relation, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J.J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, 30, 200(2-3), 193-201.
- Klein, C., Andresen, B., & Jahn, T. (1997). Erfassung der schizotypen Persönlichkeit nach DSM-III-R: Psychometrische Eigenschaften einer autorisierten deutschsprachigen Übersetzung des „Schizotypal Personality Questionnaire“ (SPQ) von Raine. *Diagnostica*, 43 (4), 347-369.
- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5, 345-379.
- Lather, J., & Moyer-Guse, E. (2011): How do we react when our favorite characters are taken away? An examination of a temporary parasocial breakup. *Mass Communication and Society*, (14), 196–215.
- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: A reexamination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 211-234.

- Lincoln, T. (Hrsg.). (2011). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie Ein individuenzentrierter Ansatz*. Göttingen/Wien: Hogrefe.
- Lovell, D. (Producer), & Zeffirelli, F. (Director). (1979). *The champ* [Motion picture]. United States: MGM/Pathe Home Video.
- Marwaha, S., Broome, M. R., Bebbington P., Kuipers L., & Freeman D. (2014). Mood instability and psychosis: Analyses of british national survey data. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (2), 269-277.
- Maurice, B. (Producer), & Tati, J. (Director). (1967). *Playtime* [Motion picture]. France: Jolly Film/ Specta Films.
- Meehl, P.E. (1992). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Mohr, C., & Claridge G. (2015). Schizotypy- Do not worry, it is not all worrisome. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 436-443.
- Morris, J.D. (1995). Observations: SAM: The self-assessment manikin - An efficient cross- 82 - cultural measurement of emotional response. *Journal of Advertising Research*, 35(6), 63-68.
- Müller, P. (1999). Therapie der Schizophrenie. Integrative Behandlung in Klinik, Praxis und Rehabilitation. Stuttgart: Thieme.
- Nahlowky, J. W. (1862). *Das Gefühlsleben*, Leipzig: Louis Pernitzsch.
- Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W., & Stangier, U. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie- Grundlagen*. Göttingen/Wien: Hogrefe.
- Petermann, F. (Hrsg.). (2013). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*, 7. Auflage, Göttingen/Wien: Hogrefe.

- Powers, A.D., Ressler, Thomas, K.M., & Bradley B. (2011). The differential effects of child abuse and posttraumatic stress disorder on schizotypal personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (4), 438-45.
- Pritzel, M., Brand, M., & Markowitsch, H.J. (2009). *Gehirn und Verhalten: Ein Grundkurs der physiologischen Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17 (4), 555-554.
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., & Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin*, 20 (1), 191-201.
- Reiner, R. (Producer/Director), Scheinman, A., Stolt, J., & Nicolaides, S. (Producers). (1989). *When Harry met Sally* [Motion picture]. United States: New Line Home Video.
- Rössler, W. (2011). Epidemiologie der Schizophrenie. *Schweizerisches Medizin- Forum*, 11 (48), 885-888. DOI: 10.5167./uzh-58497
- Rottenberg, J., Ray, R.R., & Gross, J.J. (2007). Emotion elicitation using films. In J.A. Coan, & J.J.B Allen (Eds.), *The handbook of emotion elicitation and assessment* (S. 9-28). New York: Oxford University Press.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol 1, S. 49-80). New York: Academic Press.

- Schmidt, K.H., & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest (WST)*. Weinheim: Beltz.
- Schneider, S., & Margraf, J. (Hrsg.). (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen des Kindes- und Jugendalters*. Heidelberg: Springer.
- Schramm, H., & Hartmann, T. (2008). Die Messung von parasozialen Interaktionen als mehrdimensionales Konstrukt. Entwicklung und Validierung von PSI-Prozess-Skalen auf Basis des Zwei-Ebenen-Modells parasozialer Interaktionen. In J. Matthes, W. Wirth, A. Fahr, & G. Daschmann (Hrsg.), *Die Brücke zwischen Theorie und Empirie Operationalisierung, Messung und Validierung in der Kommunikationswissenschaft* (S. 48-69). Köln: Halem.
- Schramm, H. (holger.schramm@uni-wuerzburg.de). (26. Juni 2015). „AW:PSI-Skalen“. E-Mail an Gabriele Oppenauer (a9600713@unet.univie.ac.at).
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Shiota, M.N., & Levenson, R.W. (2009). Effects of aging on experimentally instructed detached reappraisal, positive reappraisal, and emotional behavior suppression. *Psychology and Aging*, 24(4), 890-900.
- Shipman, K.L., Schneider, R., Fitzgerald, M.M., Sims C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 268-285.
- Singer, I.M., Slovak, K., Frierson, T., & York, P. (1998). Viewing preferences, symptoms of psychological trauma, and violent behaviors among children who watch

television. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (09), 1041-1048.

Singer, I.M., Flannery, D.J., Guo, S., Miller, D., & Leibbrandt, S. (2004). Exposure to violence, parental monitoring, and television viewing as contributors to children's psychological trauma. *Journal of Community Psychology*, 32 (5), 489-504.

Strauss, G. P., Kappenman, E., Culbreth, A. J., Catalano, L. T., Lee, B. G., & Gold, J. M. (2013). Emotion regulation abnormalities in schizophrenia: cognitive change strategies fail to decrease the neural response to unpleasant stimuli. *Schizophrenia Bulletin*, 39 (4), 872–883.

Streeck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung. Adoleszenz – frühe Traumatisierungen und ihre Folgen*, Stuttgart: Schattauer.

Sprafkin, J., Gadow, K.D., & Dussault, M. (1986). Reality perceptions of television: a preliminary comparison of emotionally disturbed and nonhandicapped children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 147-152.

van der Meer, L., van't Wout, M., & Aleman, A. (2009). Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 170, 108-113.

Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Zillman, D. (1996). The psychology of suspense in dramatic exposition. In Vorderer, P., Wulff H. J., & Friedrichsen, M. (Eds.), *Suspense: Conceptualizations, theoretical analyses, and empirical explorations*. (S. 199-231). Mahwah

Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen. Im Klartext*. München: Pearson Studium.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	<i>PSI-Prozess-Skala struktureller Aufbau (Schramm & Hartmann, 2008, S. 3f)</i>	31
Tabelle 2.	<i>Signifikanzstufen nach Zöfel</i>	34
Tabelle 3.	<i>t-Test für unabhängige Stichproben und Mittelwert von Unterdrückung</i> <i>(SPQ ≤ 5 und ≥ 35)</i>	36
Tabelle 4.	<i>Welch-Test und Mittelwerte (KM,EM,EV) (SPQ ≤ 5 und ≥ 35)</i>	38
Tabelle 5.	<i>Spearman Rangkorrelation Unterdrückung und psI (kon.) F1,F2,F3</i> <i>(SPQ ≤ 5)</i>	41
Tabelle 6.	<i>Spearman Rangkorrelation Unterdrückung und psI (kon.) F1,F2,F3</i> <i>(SPQ ≥ 35)</i>	42
Tabelle 7.	<i>Spearman Rangkorrelation Kindheitstrauma-Gesamtskala und psI (kon.)</i> <i>F1,F2,F3 (SPQ ≤ 5)</i>	42
Tabelle 8.	<i>Spearman Rangkorrelation KHTg und psI (kon.) F1,F2,F3 (SPQ ≥ 35)</i>	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Gruppenmittelwerte parasozialer Interaktion im Vergleich SPQ ≤ 5 vs. ≥ 35, Film 1,2,3	15
Abbildung 2	Anteilige Zusammenhänge von KM, EM, EV mit psI(kon.) der Korrelationen .31 bei Film 2 und -.45 bei Film 3	49

C) Anhang

Anhang A:

Komogorow- Smirnow und Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung-Unterdrückung (SPQ ≤ 5 und ≥ 35) $H_{1,1}$

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
SPQ-Wert ≤ 5	.09	49	.20	.96	49	.39
SPQ-Wert ≥ 35	.09	46	.20	.96	46	.07

Anmerkung. A. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Levene's Varianzhomogenitätstest-Unterdrückung $H_{1,1}$

	F	df1	df2	Sig.
Unterdrückung	1,98	1	93	.16

Anhang B:

Komogorow- Smirnow und Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung (KM, EM, EV) $H_{1,2}$

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
Körperlicher Missbrauch:						
SPQ-Wert ≤ 5	.53	49	.00	.23	49	.00
SPQ-Wert ≥ 35	.33	46	.00	.61	46	.00
Emotionaler Missbrauch:						
SPQ-Wert ≤ 5	.25	49	.00	.66	49	.00
SPQ-Wert ≥ 35	.15	46	.02	.91	46	.00

Emotionale Vernachlässigung:						
SPQ-Wert ≤ 5	.21	49	.00	.81	49	.00
SPQ-Wert ≥ 35	.14	46	.02	.93	46	.00

Anmerkung. a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Levene's Varianzhomogenitätstest (KM, EM, EV) $H_{1,2}$

	F	df1	df2	Sig.
KM:	25.63	1	93	.00
EM:	17.96	1	93	.00
EV:	8.58	1	93	.00

Anhang C:

Kolmogorow-Smirnow und Shapiro- Wilk Test auf Normalverteilung- psI (kon.), (SPQ ≤ 5 und ≥ 35), Film 1

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
SPQ-Wert ≤ 5						
psI kon. F1	.11	49	.19	.96	49	.13
SPQ-Wert ≥ 35						
psI kon. F1	.13	46	.07	.94	46	.03

Anmerkung. A. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Levene's Varianzhomogenitätstest psI (kon.), (SPQ ≤ 5 und ≥ 35), Film 1

	F	df1	df2	Sig.
psI kon. F1	2.35	1	93	.13

Kolmogorow-Smirnow und Shapiro- Wilk Test auf Normalverteilung- Gruppenvergleich
psI (kon.), (SPQ ≤ 5 und ≥ 35), Film 2

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
<i>SPQ-Wert ≤ 5</i>						
<i>psI kon. F2</i>	.20	49	.00	.77	49	.00
<i>SPQ-Wert ≥ 35</i>						
<i>psI kon. F2</i>	.13	46	.04	.91	46	.00

Anmerkung. A. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Levene's Varianzhomogenitätstest psI (kon.,aff.,perz.-kog.), SPQ ≤ 5 und ≥ 35 Film 2

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>Sig.</i>
<i>psI kon. F2</i>	5.80	1	93	.02

Kolmogorow-Smirnow und Shapiro- Wilk Test auf Normalverteilung-*psI (kon.), (SPQ ≤ 5 und ≥ 35), Film 3*

	Kolmogorow-Smirnow ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
<i>SPQ-Wert ≤ 5</i>						
<i>psI kon. F3</i>	.08	49	.20	.98	49	.44
<i>SPQ-Wert ≥ 35</i>						
<i>psI kon. F3</i>	.16	46	.01	.95	46	.05

Anmerkung. A. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Levene's Varianzhomogenitätstest psI (kon.), (SPQ ≤ 5 und ≥ 35), Film 3

	<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>Sig.</i>
<i>psI kon. F3</i>	1.73	1	93	.19

Anhang D:

Spearman Rangkorrelation KM, EM, EV und psI (kon.) F2, (SPQ $\geq$ 35)

	KM- psI (kon.)	p (1-seitig)	EM- psI (kon.)	p (1-seitig)	EV- psI (kon.)	p (1-seitig)
<i>SPQ $\geq$ 35 N = 46</i>						
Film 2						
rs	0,38**	0,01	0,27*	0,03	0,21	0,08

Anmerkung: * signifikantes Ergebnis bei $p < .05$, ** hoch signifikantes Ergebnis bei $p < .01$.

Anhang E:

Spearman Rangkorrelation KM, EM, EV und psI (kon.) F3, (SPQ $\geq$ 35)

	KM- psI (kon.)	p (1-seitig)	EM- psI (kon.)	p (1-seitig)	EV- psI (kon.)	p (1-seitig)
Film 2						
rs	-0,18	0,12	-0,37**	0,01	-0,40**	0,003

Anmerkung: * signifikantes Ergebnis bei $p < .05$, ** hoch signifikantes Ergebnis bei $p < .01$.



Für die Studie:

Emotionen und Persönlichkeit - Unterscheiden wir uns im Regulieren und Erfassen von Empfindungen?

Die Fakultät für Psychologie der Universität Wien sucht derzeit TeilnehmerInnen für eine Studie. Erforscht wird, wie unterschiedliche Personen ihre Emotionen bzw. ihren Ärger regulieren, und welches Bild sie über die seelischen Zustände anderer Personen haben.

Die Teilnahme besteht aus 3 Teilen:

1. Teil: circa 45 Minuten (Online-Fragebögen: Persönlichkeitseigenschaften)
2. Teil: circa 1 Std. (Online-Fragebögen: Einstellungsfragebögen)
3. Teil: circa 2 Std. (an der Universität Wien: Präsentation dreier Filmausschnitte, PC animiertes Spiel, Fragebögen)

Alle Personen, die den **1. Teil** vollendet haben, haben die Möglichkeit, an einer **Verlosung von 3 x je 100 Euro** teilzunehmen. Nach dem ersten Teil werden Teilnehmer für die Studienteile 2-3 von der Studienleitung ausgewählt. Die Absolvierung **aller drei Teile** wird mit **30 Euro** honoriert. Zudem leisten Sie durch Ihre Teilnahme einen wichtigen Beitrag zur Erforschung von Emotionsregulation und Mentalisierung!

Voraussetzungen für die Teilnahme:

- ☒ Alter: 18 – 59 Jahre
- ☒ Keine psychiatrischen / psychologischen Erkrankungen
- ☒ Keine neurologischen Erkrankungen (Hirntrauma, Verlust von Bewusstsein, Epilepsie etc.)
- ☒ Kein andauernder Konsum von Halluzinogenen oder Heroin
- ☒ Kein Cannabiskonsum mind. 2 Wochen jeweils vor einer Testung
- ☒ Keine Alkoholabhängigkeit
(im Falle einer Alkoholabhängigkeit kein Alkoholmissbrauch in den letzten 3 Jahren)

Für weitere Informationen schreiben Sie bitte eine Mail an:
psychologie.univie@gmail.com
Kontakt: Kristina Kocsis-Bogar, MSc.



Lebenslauf

Name: Gabriele Oppenauer BSc

Geburtsdatum: 13. November 1977

Staatsbürgerschaft: Österreich

Schul- und Berufsausbildung:

Masterstudium der Universität Wien: WS 2015/16 - SS 2016

Abschluss Bachelor of Science (BSc): SS 2015

Umstieg auf das Bachelorstudium Psychologie der Universität Wien: SS 2015

Diplomstudium Psychologie der Universität Wien: WS 1996 – SS 2015

AHS Matura am Amerlinggymnasium, Wien: 1996

Studienrelevante Berufserfahrung:

Gruppenleiterstellvertreter, Coach, Kommunikationstrainer bei BAWAG P.S.K Bank:

Jänner 2004- Juli 2014