



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

**Der Einfluss verschiedener Copingstile und des
Persönlichkeitsmerkmals Flexibilität auf das au-
tobiographische Gedächtnis bei alten traumati-
sierten Menschen.**

Verfasserin

Eva-Maria Füssl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im März 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

"The existence of forgetting has never been proved: We only know that some things don't come to mind when we want them." (Friedrich Nietzsche)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mich während meines Studiums und meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Zu Beginn möchte ich meiner Betreuerin Ass. Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster danken, die mich mit ihrem Fachwissen und ihren Fachkenntnissen unterstützte und sich Zeit für Besprechungen nahm. Ihre Anregungen waren sehr hilfreich und ich konnte dadurch während der Abfassung meiner Arbeit sehr viel lernen.

Auch meinen Eltern, Gabriele und Josef Füssl, möchte ich von ganzem Herzen danken, die mir meine Ausbildung ermöglicht haben und mir immer mit Rat zur Seite gestanden sind. Ich danke ihnen, dass sie geduldig auf das Ende meines Studiums gewartet haben und mich immer wieder ermutigen und motivieren konnten.

Ein besonderer Dank gilt auch meinem Freund Peter Sim, der mich während meiner Studienzeit und der Diplomarbeit begleitet hat. Ich möchte ihm für viele inspirierende Gespräche und für eine aufregende Studentenzeit, auf die ich gerne zurückblicke, danken.

An meine Eltern und meine Großtante Elisabeth Haider möchte ich ein herzliches Dankeschön für die Hilfe bei der Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer(innen) richten. Ohne sie wären die Befragungen nicht so schnell durchführbar gewesen.

Einen großen Dank möchte ich meiner Studienkollegin Magda Starzer, die mit mir zusammen die Diplomarbeitsstudie bewältigt hat, aussprechen. Die Zusammenarbeit mit ihr war sehr bereichernd, machte viel Spaß und sie war mir eine sehr große Unterstützung.

Ich möchte mich bei meiner Schwester Elisabeth Füssl, meiner Mutter und meiner Kollegin Magda Starzer herzlich für das Korrekturlesen meiner Diplomarbeit bedanken.

Zum Schluss danke ich noch allen Menschen für die Zeit und die Mitarbeit, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ich danke für ihre Offenheit über sehr persönliche Erinnerungen aus ihrem Leben zu berichten. Ihr Interesse und ihre Lebenserfahrungen ermutigten mich und trugen wesentlich zur Fertigstellung dieser Arbeit bei.

Anmerkung:

Die folgende empirische Untersuchung wurde im Rahmen zweier Diplomarbeiten bearbeitet. Für beide Diplomarbeiten wurde derselbe Datensatz herangezogen, allerdings wurden unterschiedliche Fragestellungen bearbeitet und untersucht.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	4
1 Einleitung	13
2 Definition Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung	15
2.1 Definition Trauma	15
2.1.1 Von Menschen verursachte Traumen.....	15
2.1.2 Katastrophen und Unfalltraumen	16
2.2 Definition Posttraumatische Belastungsstörung	16
2.3 Wahrscheinlichkeit und Komorbidität der PTSD	18
3 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren	19
3.1 Definition von Resilienz	19
3.2 Pathogenese und Salutogenese	19
3.3 Multifaktorielles Rahmenmodell von Maercker (2003)	20
4 Copingstil	23
4.1 Definition verschiedener Copingstile	23
4.2 Zusammenhang zwischen Copingverhalten, Depression und PTSD	24
4.3 Dyadisches Coping	25
4.4 Copingstrategien und soziale Unterstützung	26
4.5 Einfluss von Optimismus, Persönlichkeit und Copingstil auf die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen	27
4.6 Flexible Zielanpassung und hartnäckige Zielverfolgung als Bewältigungsressourcen	27
4.6.1 Definition	28
4.6.2 Modell - vom assimilativen zum akkommodativen Bewältigungsmodus	29
4.6.3 Beziehung zwischen Zwei-Prozess-Modell und Kontrollüberzeugung	30
4.6.4 Erfassung assimilativer und akkommodativer Mechanismen.....	30
4.7 Coping im Alter	31
5 Adaptive Flexibilität	33
5.1 Die Wichtigkeit des Persönlichkeitsmerkmals Flexibilität	33

5.1.1	Ist es besser Emotionen auszudrücken oder zu verbergen?	34
5.2	Copingflexibilität	35
5.2.1	Individuelle Unterschiede in der Flexibilität der kognitiven Bewertung	35
5.2.2	Individuelle Differenzen in der Copingflexibilität.....	36
5.3	Depressives Coping als Prädiktor für emotionalen Stress	37
6	Attributionsstile	39
6.1	Definition.....	39
6.2	Coping und Attributionsstile	40
7	Schuldzuschreibung.....	41
7.1	Behaviorial Self-blame.....	41
7.2	Characterological Self-blame	41
7.3	Selbtschuldzuschreibung und deren Auswirkung auf die Copingstile .	42
8	Das traumaspezifische Gedächtnis	43
8.1	Verlaufsmodell der Traumatisierung	43
9	Autobiographisches Gedächtnis.....	44
9.1	Theorien der OGM (übergeneralisierte Erinnerungen)	45
9.1.1	Affekt-Regulation Hypothese.....	45
9.1.2	Kognitive Ressourcen Allokation.....	45
9.1.3	Strategische Inhibition	45
9.1.4	Arten von kognitiven Prozessen.....	46
9.2	Übergenerelle Erinnerung und Depression.....	46
9.3	Übergenerelle Erinnerung und Trauma, PTSD.....	47
9.4	Aufrechterhaltung der PTSD und Depression.....	48
9.4.1	Was können die möglichen Mechanismen sein, dass OGM ein Risikofaktor ist nach einem Trauma eine chronische Depression oder PTSD zu entwickeln?	49
9.5	Unterschiedliche Erinnerungsspezifität von positiven und negativen Erlebnisse	50
9.6	Stellt die Beeinträchtigung der autobiographischen spezifischen Erinnerungsleistung vor einem Trauma einen Risikofaktor für eine PTSD da? 52	
9.7	Robustheit der übergenerellen Erinnerungen.....	54

9.8	Mögliche Beziehung zwischen OGM, Symptomen und Kognitionen von PTSD	55
9.9	Spezifität von episodischer und semantischer autobiographischer Gedächtnisleistung	55
9.10	System der Selbstdefinierten Erinnerungen	56
9.10.1	Lifetime periods – Lebensabschnittsperioden	56
9.10.2	General Events – Generelle Ereignisse	57
9.10.3	Event-specific Knowledge (ESK) – Ereignisspezifisches Wissen	57
9.10.4	Der Abruf von Erinnerungen	58
9.11	Kognitive Modelle	60
9.11.1	Horowitz Theorie vs. Foa Theorie	60
9.12	Doppel Repräsentationstheorie	60
10	<i>Zusammenhang zwischen autobiographischer Erinnerungsleistung und den Copingstilen</i>	61
11	<i>Traumatische Erfahrungen bei älteren Menschen</i>	63
11.1	Exposition, Resource, Inoculation, Burden Perspektive	64
11.2	PTSD Arten	65
12	<i>Ziel der Untersuchung</i>	68
12.1	Untersuchungsziel	68
12.2	Hypothesengenerierung	68
12.3	Fragestellungen	69
12.4	Hypothesen und Variablen	72
13	<i>Beschreibung der Stichprobe</i>	79
13.1	Stichprobenumfang	79
13.2	Stichprobenaufteilung	79
13.3	Ein - & Ausschlusskriterien	80
14	<i>Methode</i>	81
14.1	Untersuchungsinstrumente	81
14.1.1	Soziodemographische Daten	81
14.1.2	Minimental State Examination (MMSE)	82
14.1.3	Zehn-Wort-Merkliste (mit Imagination-Einspeicherhilfe)	82

14.1.4	Autobiographischer Gedächtnistest (AMT).....	83
14.1.5	Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ).....	84
14.1.6	PTSD checklist civilian version (PCL-C).....	85
14.1.7	Geriatrische Depressionsskala (GDS).....	86
14.1.8	Test for Behavioral Rigidity (TBR-Fragebogen).....	86
14.1.9	Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).....	87
14.1.10	Fragebogen zur Erfassung von Flexibilität der Zielanpassung und Tenazität der Zielverfolgung (TEN / FLEX).....	88
14.1.11	ASF-E : Attributionsstilfragebogen für Erwachsene.....	88
14.1.12	Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen (PTCI).....	89
14.2	Durchführung der Untersuchung.....	90
14.3	Statistische Verfahren.....	90
14.3.1	Varianzanalyse.....	91
14.3.2	Regressionsanalyse.....	91
15	Ergebnisse.....	93
15.1	Deskriptive Analyse	93
15.1.1	Stichprobenbeschreibung	93
15.1.2	Traumaerlebnisse	95
15.2	Verwendete diagnostische Verfahren.....	98
15.2.1	Zehn-Wort-Merkliste.....	98
15.2.2	Autobiographischer Gedächtnistest (AMT).....	98
15.2.3	PTSD checklist civilian version (PCL-C).....	102
15.2.4	Geriatrische Depressionsskala (GDS).....	105
15.2.5	Test for Behavioral Rigidity (TBR-Fragebogen).....	106
15.2.6	Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).....	107
15.2.7	Fragebogen zur Erfassung von Flexibilität der Zielanpassung und Tenazität der Zielverfolgung (TEN / FLEX)	109
15.2.8	ASF-E : Attributionsstilfragebogen für Erwachsene.....	110
15.2.9	Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen (PTCI).....	111
15.3	Hypothesenprüfung	111
15.3.1	Hypothese 1	111
15.3.2	Hypothese 2	113
15.3.3	Hypothese 3	114
15.3.4	Hypothese 4	115
15.3.5	Hypothese 5	116
15.3.6	Hypothese 6	117
15.3.7	Hypothese 7	118
15.3.8	Hypothese 8	118

15.3.9	Hypothese 9.....	119
15.3.10	Hypothese 10.....	121
15.3.11	Hypothese 11.....	123
15.3.12	Hypothese 12.....	123
15.3.13	Hypothese 13.....	124
15.3.14	Hypothese 14.....	125
15.3.15	Hypothese 15.....	126
15.3.16	Hypothese 16.....	127
15.3.17	Hypothese 17.....	128
15.3.18	Hypothese 18.....	129
15.3.19	Hypothese 19.....	130
15.3.20	Hypothese 20.....	131

16 *Diskussion, Schlussfolgerungen, Ausblick und Zusammenfassung*
133

16.1 *Diskussion und Schlussfolgerungen*..... 134

16.1.1	Soziodemographische Daten	134
16.1.2	Traumaerlebnisse	134
16.1.3	Wortliste – allgemeine Gedächtnisleistung	135
16.1.4	Autobiographische Gedächtnisleistung	136
16.1.5	Trauma und PTSD.....	138
16.1.6	Copingverhalten.....	139
16.1.7	Depression.....	141
16.1.8	Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität	142
16.1.9	Haupthypothese.....	143

16.2 *Kritik, Ausblick* 146

16.3 *Zusammenfassung*..... 133

17 *Literatur* 149

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Korrelationen zwischen AMT – Gesamtwert, Subskalen und dem Alter.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabelle 2 : Mittelwerte vom AMT- Gesamtwert, Subskalen und Bildung</i>	<i>100</i>
<i>Tabelle 3: Mittelwerte vom AMT- Gesamtwert, Subskalen und Familienstand.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 4: Korrelationen zwischen AMT – Gesamtwert, Subskalen und der Lebenssituation.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 5: Korrelationen zwischen AMT – Gesamtwert, Subskalen und der Wortliste.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabelle 6: Mittelwerte der 3 Gruppen und der Copingstile</i>	<i>104</i>
<i>Tabelle 7: Korrelationen zwischen den PCLC-Subskalen und der Copingstile.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabelle 8: Mittelwerte von Frauen und Männer und den Copingstilen</i>	<i>108</i>
<i>Tabelle 9: Mittelwerte von Frauen und Männer und den Copingstilen</i>	<i>110</i>
<i>Tabelle 10: Korrelationen zwischen den Attributionsstilen und der Variable Alter</i>	<i>111</i>
<i>Tabelle 11: Mittelwerte von AMT-Subskalen und den 3 unterschiedlichen Gruppen.....</i>	<i>113</i>
<i>Tabelle 12: Mittelwerte der drei Copingstile und Characterological Self-blame.....</i>	<i>114</i>
<i>Tabelle 13: Mittelwerte von den 2 Copingstilen und Characterological Self-blame</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 14: Mittelwerte der drei Copingstile und Behavioral Self-blame.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabelle 15: Mittelwerte der zwei Copingstile und Behavioral Self-blame.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabelle 16: Mittelwerte von Frauen und Männern im Bezug auf den AMT- Gesamtwert und der Subskalen</i>	<i>121</i>
<i>Tabelle 17: Korrelationen zwischen der Variable Anzahl der Traumata und den 3 AMTSubskalen.....</i>	<i>122</i>
<i>Tabelle 18: Korrelationen zwischen dem akkommodativen Copingstil und den AMT-Subskalen.....</i>	<i>126</i>
<i>Tabelle 19: Korrelationen zwischen dem assimilativen Copingstil und den AMT-Subskalen</i>	<i>127</i>
<i>Tabelle 20: Korrelationen zwischen dem problemorientierten Copingstil und den AMT-Subskalen</i>	<i>128</i>
<i>Tabelle 21: Korrelationen zwischen dem emotionsorientierten Copingstil und den AMTSubskalen.....</i>	<i>129</i>
<i>Tabelle 22: Korrelationen zwischen dem vermeidenden Copingstil und den AMT-Subskalen</i>	<i>130</i>
<i>Tabelle 23: Korrelationen zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität / Rigidität und den AMT-Subskalen</i>	<i>131</i>

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Hierarchische Wissensstrukturen in der autobiographischen Wissensbasis (aus Conway, 1996, S. 68).</i>	59
<i>Abbildung 3: Altersverteilung der Stichprobe</i>	94
<i>Abbildung 4: Verteilung der Anzahl der erlebten Traumata der Stichprobe</i>	95
<i>Abbildung 5: Nicht von Menschen evozierte Traumata (Angaben in Prozent)</i>	96
<i>Abbildung 6: Von Menschen evozierte Traumata (Angaben in Prozent)</i>	97
<i>Abbildung 7: Verteilung spezifische Erinnerung (AMT - Gesamtwert), gesamte Stichprobe</i>	99
<i>Abbildung 8: Mittelwerte der AMT-Subskalen (spezifische Ereignisse)</i>	99
<i>Abbildung 9: Verteilung des PCLC-Gesamtsscores (gesamte Stichprobe)</i>	102
<i>Abbildung 10: Mittelwerte der PCLC-Subskalen</i>	103
<i>Abbildung 11: Verteilung der Störungen PTSD und Depression</i>	106
<i>Abbildung 12: Verteilung des Ausmaßes des Persönlichkeitsmerkmals Rigidität / Flexibilität</i>	107
<i>Abbildung 13: Mittelwerte der 3 unterschiedlichen Copingstile</i>	108
<i>Abbildung 14: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die autobiographischer Erinnerungsspezifität</i>	112
<i>Abbildung 15: Mittelwerte der Frauen und Männer im Bezug auf die spezifische autobiographische Erinnerungsleistung</i>	120
<i>Abbildung 16: Mittelwerte von Frauen und Männern im Bezug auf den AMT- Gesamtwert und der Subskalen</i>	121
<i>Abbildung 17: Mean-Ranks der drei Gruppen im Bezug auf das Ausmaß der Depressionsscores</i>	125

Einleitung

Antonovsky (1993) stellt sich die Frage, wie kommt es, dass manche Menschen trotz schlechten Bedingungen und Risikofaktoren nicht erkranken und gesund bleiben, andere jedoch schon? Welche Resilienzfaktoren oder Ressourcen können verhindern zu erkranken oder können die Wahrscheinlichkeit reduzieren zu erkranken?

Viele Studien in der PTSD Forschung zeigen, dass Personen mit einer post-traumatischen Belastungsstörung eine schlechtere spezifische autobiographische Gedächtnisleistung haben als unbelastete Personen. Personen mit PTSD können sich nicht so spezifisch an ihre persönliche Vergangenheit erinnern. Aufbauend auf die Aussage von Antonovsky stellt sich die Frage, welche Faktoren sind nach einem Trauma förderlich um eine gute spezifische autobiographische Gedächtnisleistung aufzuweisen. Welche Ressourcen muss eine Person besitzen um keine Beeinträchtigungen im autobiographischen Gedächtnis zu entwickeln.

Es stellt sich ebenso die Frage, ob Personen im hohen Alter resilienter sind aufgrund ihrer Lebenserfahrungen? Oder sind sie gerade gegenteilig, durch altersbedingte Einschränkungen anfälliger, traumatische Erfahrungen nicht positiv zu verarbeiten. Wie gehen ältere Menschen mit lang zurückliegenden traumatischen Erfahrungen (Krieg) um und bestehen noch immer Folgen?

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Hauptfrage ob Personen, welche eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) entwickelt haben, eine schlechtere spezifische Erinnerungsleistung aufweisen, als Personen, welche ein Trauma erlebt haben, jedoch unter keiner PTSD leiden, oder als unbelastete Menschen.

Zusätzlich wurden aufbauend auf Maerckers Rahmenmodell (2003) mögliche Risiko- & Schutzfaktoren untersucht. Es liegt der Fokus speziell auf dem Zusammenhang von den unterschiedlichen Copingstilen, Attributionsstile, des

Persönlichkeitsmerkmals Flexibilität / Rigidiät und Schuldzuschreibungen mit der autobiographischen Gedächtnisleistung.

Die folgende Arbeit setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen.

Im *theoretischen Teil* werden zunächst die Begriffe Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung definiert. Des Weiteren werden mögliche Risiko- und Schutzfaktoren angeführt und speziell werden Copingstrategien, das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität, Attributionsstile und Schuldzuschreibungen behandelt. Im zweiten Abschnitt des Theorieteils wird auf das autobiographische Gedächtnis in Verbindung mit Trauma und PTSD eingegangen und bisherige Forschungsergebnisse zusammengefasst.

Der *empirische Teil* befasst sich mit der durchgeführten Studie und den Ergebnissen. Es werden Ziele und die Fragestellungen dieser Untersuchung vorgestellt. Darauf folgt der methodische Abschnitt. Dieser beinhaltet die Beschreibung des Untersuchungsdesigns und der Stichprobe, die Beschreibung der Verfahren, die statistische Auswertung wie auch die Ergebnisse. Danach folgt eine genaue Analyse und Interpretation der Ergebnisse. Abschließend wird die Kritik der folgenden Studien behandelt, mögliche neue Forschungsfragen angeführt und eine Zusammenfassung der Arbeit gegeben.

1 Definition Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung

1.1 Definition Trauma

Dilling et al. (1993) definiert Trauma als ein belastendes Ereignis oder als eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jeder Person eine tiefe Verzweiflung hervorruft.

Ein Psychotrauma wird demnach definiert, als ein unerwartetes dramatisches äußeres Ereignis, welches beim Betroffenen eine starke belastende seelische Erschütterung hervorruft, weil die Person für dieses Ereignis unvorbereitet ist und die Adaptionfähigkeit überflutet und ausgeschaltet wird. Das Ereignis wirkt zerstörerisch auf die Stabilität eines Selbst und des Weltbildes. Die Person ist nicht mehr in der Lage positive Vorstellungen von seiner eigenen Zukunft zu haben (Friedmann, 2004).

Es wird unterschieden in von Menschen verursachte Traumen (man-made-disaster) und in Naturkatastrophen und Unfalltraumen (nature-made-disaster) (Friedmann, 2004).

1.1.1 *Von Menschen verursachte Traumen*

Es ist zu beurteilen, welche Beziehung das Opfer zu dem/den Verursachern des Traumas hatte, wie massiv das Trauma war und welche Folgen es mit sich trägt (Friedmann, 2004).

- Körperliche und sexuelle Misshandlungen von Kindern
- Innerfamiliäre und kriminelle Gewalt
- Vergewaltigung
- Zivile oder terroristische Gewalt oder Geiselnahme
- Kriegerische Gewalt oder Bürgerkriegssituationen
- Verlust jeglicher Rechtssicherheit, Folter
- Massenvernichtung (KZ, „ethnische Säuberung“)

1.1.2 Katastrophen und Unfalltraumen

Das Ausmaß und die Unerwartbarkeit der Katastrophe spielen eine große Rolle (Friedmann, 2004).

- Naturkatastrophen (Vulkanausbrüche, Erdbeben, Großbrände, Sturmfluten,...)
- Technische Katastrophen (Giftgasalarm, Dammbbruch,...)
- Berufsbedingte Konfrontation (Militär, Polizei, Feuerwehr, Rettung,...)
- Arbeitsunfälle (z.B.: Grubenunglück)
- Verkehrsunfälle (Massenkarambolagen, Flugzeugabstürze,...)

1.2 Definition Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist sowohl im ICD als auch im DSM klassifiziert und den Angststörungen zugewiesen.

DSM-IV: (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003)

- A. Ereigniskriterium: Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren.
1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlich oder drohenden Tod oder ernsthaft Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Symptomgruppe: Symptome des Wiedererlebens
- Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

1. wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können,
2. wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis,
3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten),
4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt der traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern,
5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Symptomgruppe: Vermeidung und emotionale Taubheit:

Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten Orten oder Menschen , die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Symptomgruppe: Übererregung:

Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
3. Konzentrationsschwierigkeiten,
4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
5. übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als ein Monat

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch relevanter Weise Leiden, Belastungen und Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

1.3 Wahrscheinlichkeit und Komorbidität der PTSD

Nach einem Trauma eine PTSD zu entwickeln liegt die Wahrscheinlichkeit bei 9,2%. Jedoch ist dies von auch von der Art des Traumas abhängig. Die Wahrscheinlichkeit nach einem man-made Traumata eine PTSD zu entwickeln ist höher als nach einem nature-made Traumata (Friedmann, 2004).

Die PTSD hat eine hohe Komorbidität mit Depression, Angststörungen, Suizidalität, Somatisierungsstörungen und Substanzmissbrauch und Sucht (Friedmann, 2004).

2 Protektive (Resilienz) Faktoren und Risikofaktoren

2.1 Definition von Resilienz

Bonanno (2004) definiert Resilienz als „a stable trajectory of healthy functioning across time, as well as the capacity for generative experiences and positive emotions“. Hagen und Röper (2007) sehen Resilienz als eine relative Widerstandsfähigkeit gegenüber pathogenen Umständen und Ereignissen, die über die Zeit und über Situation variieren kann.

Nach Bender und Lösel (1998) ist Resilienz eine flexible, je nach Situation angemessene Widerstandsfähigkeit.

2.2 Pathogenese und Salutogenese

In den Gesundheitswissenschaften gibt es zwei unterschiedliche Forschungsrichtungen. Die klassische pathogenetische und die neuere salutogenetische Richtung. Antonovsky (1979, 1987, 1993) stellt ein „salutogenetisches Paradigma“ auf, welches durch die Untersuchung von (Dennoch)-Gesunden und die Suche nach Gesundheitsressourcen gekennzeichnet ist. Es hebt sich von dem pathogenen Standpunkt ab, in dessen Mittelpunkt (spezifische) Krankheiten und die Suche nach gesundheitlichen Risikofaktoren stehen (Becker, Bös, Opper, Woll & Wustmans, 1996).

Charakteristisch für die pathogenetische Forschung ist die Suche nach Risikofaktoren. Risikofaktoren definieren die meisten Autoren, dass eine Bedingung vorliegt, welche das Risiko einer künftigen spezifischen Erkrankung oder das generelle Erkrankungsrisiko erhöht (Hellmeier, Brand & Laaser, 1993).

Die salutogenetische Forschung nach Antonovsky richtet sich nach folgenden zwei Fragen:

- 1) Wie kommt es, dass Menschen trotz vorhandener Risikofaktoren nicht erkranken, sondern gesund bleiben? Welche Schutzfaktoren oder Ressourcen verhindern eine Erkrankung oder verringern das Risiko einer Erkrankung?

- 2) Aus welchen Gründen befinden sich bestimmte Menschen am positiven Ende des Gesundheits- Krankheits- Kontinuums, oder warum bewegen sie sich zu diesem Pol hin?

Um eine Antwort auf diese Frage zu finden sucht man zunächst Gesundheitsprädiktoren.

Es werden Personen, die Belastungen oder Risikofaktoren ausgesetzt sind oder waren, untersucht, ob sie gesund blieben oder erkrankt sind. Bei Merkmalen, bei denen sich Gesundgebliebene von Krankgewordenen unterscheiden, spricht man von Gesundheitsprädiktoren. Die Prädiktoren werden in experimentellen Studien überprüft, ob sie krankheitsverhindernd oder verzögernd wirken und über welche Mechanismen sie wirken (Becker et al., 1996).

Resilienz – und Risikofaktoren werden durch die Vorzeichenrichtung in Beziehung zu Zielvariablen voneinander unterschieden. Beide Begriffe werden nur durch verschiedene Ausprägungen von ein und derselben Dimension bestimmt. Dieses Problem ist lösbar, wenn angenommen wird, dass Resilienz-und Risikofaktoren unabhängig voneinander sind. Im Allgemeinen wird angenommen, dass der pathogenetische und salutogenetische Prozess voneinander unabhängig sind (Maercker, 1998).

2.3 Multifaktorielles Rahmenmodell von Maercker (2003)

2003 formuliert Maercker ein multifaktorielles Rahmenmodell welche Resilienz- und Risikofaktoren beinhalten.

Dieses Modell beschäftigt sich damit, warum nicht alle Personen, die ein Trauma erlebt haben, psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Das Modell zeigt, welche Faktoren eine Rolle spielen, warum traumatisierte Personen psychische Beeinträchtigungen entwickeln oder nicht.

Das Modell enthält Risiko- und Schutzfaktoren, Ereignisfaktoren, Aufrechterhaltungsfaktoren, gesundheitsfördernde Faktoren und posttraumatische Prozesse.

Risiko- und Schutzfaktoren:

- Vorherige Traumatisierung in der Kindheit
- Niedrige Intelligenz und Bildung
- Weibliches Geschlecht
- Jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung
- Persönlichkeitsfaktoren

Ereignisfaktoren:

- Traumaschwere (Traumadauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad, Anzahl der Toten)
- Initiale Reaktion (die Fähigkeit sich während des Traumas nicht aufzugeben und das Gefühl der Autonomie sind wichtig um keine PTSD zu entwickeln)

Aufrechterhaltungsfaktoren:

- Vermeidender Bewältigungsstil (Erinnerungen an das Trauma vermeiden und verdrängen, Gedanken zu unterdrücken, Gefühle zu vermeiden und nicht-darüber-reden-Wollen)
- Kognitive Veränderungen (negative Gedanken über seine Person, negative Gedanken über die Welt, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe)

Gesundheitsfördernde Faktoren:

- Kohärenzsinn: Ist die Fähigkeit das Geschehene geistig einzuordnen, zu verstehen und dem Erlebnis einen Sinn zu geben (Antonovsky, 1987; nach Maercker, 2003).
- Disclosure: hat einen gesundheitsförderlichen Einfluss, es ist ein Bewältigungsstil, der mit persönlicher Offenheit und Offenlegung der traumatischen Erinnerung einhergeht.
- Soziale Anerkennung als Opfer: kann sich positiv auf die psychische Befindlichkeit nach dem Trauma auswirken.

Posttraumatische Prozesse und Resultate:

- Störungsbilder: PTSD, Angststörungen, depressive Störungen und dissoziative Störungen
- Psychosoziale Konsequenzen: Karrierebrüche, häufige Trennungen, Erziehungsprobleme,...
- Posttraumatische Reifung
(Maercker, 2003)

Aufbauend auf dieses Modell leitet sich die Fragestellung ab, ob es in den angeführten Faktoren Unterschiede gibt bei Personen mit PTSD und Personen ohne PTSD. Weiter wäre es interessant zu untersuchen in wie weit sich die Faktoren auf das autobiographische Gedächtnis auswirken. Führen sie zu einer Beeinträchtigung der autobiographischen Erinnerungsfähigkeit? Gibt es einen Zusammenhang zwischen oben angeführten Faktoren und dem Abruf spezifischer Erinnerungsfähigkeit? Diese Diplomarbeit konzentriert sich speziell auf das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und die aufrechterhaltende Variable Copingstile. Aufbauend auf Maerckers Modell wird untersucht inwieweit Copingstile und das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität als Schutz- oder Risikofaktoren nach einem erlebten Trauma wirken und inwiefern sie mit dem autobiographischen Gedächtnis zusammenhängen.

3 Copingstil

3.1 Definition verschiedener Copingstile

Coping kann als eine Antwort auf ein stressvolles Ereignis gesehen werden. Coping ist oft ein transaktionaler Prozess zwischen Individuum und Umwelt und eine Abschätzung ob eine Situation bedrohlich ist oder nicht. Wenn dies der Fall ist, folgt eine Abschätzung was dagegen getan werden kann (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping-Mechanismen sind Versuche von Individuen, Bedingungen, welche die adaptiven Ressourcen übersteigern oder belasten, zu bewältigen (Monat & Lazarus, 1977). Diese Versuche können mehr oder weniger erfolgreich sein. Individuen verwenden eine Variation an Coping-Mechanismen um stressvolle Situationen zu bewältigen. Nach einiger Zeit entwickeln Individuen einen bevorzugten Copingstil, welchen sie meistens in stressvollen Situationen verwenden (Lazarus, 1999).

Coping wird aus Kognitionen und Verhalten gebildet, um Stress zu reduzieren und begleitende Anspannungen zu moderieren (Billings, Cronkite & Moos, 1983). Lazarus und Folkman (1984) sind der Meinung, dass es zuerst zu einer kognitiven Bewertung einer Situation kommt. Die Personen bewertet eine Situation als stressvoll oder als positiv. Emotionen sind das Produkt wie Personen ein Ereignis oder ihre Umgebung bewerten.

Lazarus und Lounier (1987) unterscheiden in zwei Arten von Coping:

- Problemorientiertes Coping: Ressourcen nützen um das stressauslösende Problem zu klären. Versuchen etwas gegen den Stress zu tun und das Problem zu ändern.
- Emotionsorientierte Coping: Abschwächen des Drucks durch intrapsychische Aktivitäten, wie zum Beispiel die Einstellung ändern über die bedrohende Lage (Lazarus & Lounier, 1978; Solomon et. al., 1988).

Es gibt viele Wege Copingstile zu beschreiben. Latack (1986) unterscheidet in *control* und *escape* Coping. *Control Coping* kann so definiert werden, dass

Stress durch problemorientiertes Coping reduziert. *Escape Coping* wird definiert, dass Stress durch emotionsorientiertes Coping reduziert wird. Individuen können einen oder beide Stile nutzen um stressvolle Situationen zu bewältigen. Jedoch *control und escape Coping* sind unabhängig voneinander. Das *control Coping* steht in Verbindung mit einem niedrigen Stresslevel und *escape Coping* mit einem erhöhten Stresslevel.

Untersuchungen haben gezeigt, dass Personen diese zwei Copingstile kombinieren, je nach Kontext und je nach Problem mit dem sie fertig werden müssen (Folkman & Lazarus, 1985).

3.2 Zusammenhang zwischen Copingverhalten, Depression und PTSD

Nützen Personen nicht den problemorientierten Copingstil, haben sie sehr starke negative psychologische Folgen. Depressive Personen tendieren eher dazu den emotionsorientierten Copingstil anzuwenden, während dessen relativ gesunde Personen den problemorientierten Copingstil meist vermehrt anwenden (Solomon, Mikulincer & Avitzur 1988).

Daraus schließt Solomon et. al. (1988), dass ein problemorientierter Copingstil weniger mit PTSD einhergeht, währenddessen ein emotionsorientierter Copingstil eher mit PTSD einhergeht.

Aufbauend auf diese abgeleitete Theorie wurde in der Diplomarbeit unter anderem der Zusammenhang von PTSD und dem problemorientierten Copingstil untersucht.

Caroll, Rueger, Foy & Donahoe, (1985) untersuchten Vietnam Veteranen mit einer diagnostizierten PTSD (N=21), Vietnam Veteranen ohne PTSD (N=18) und Vietnam Veteranen mit wenig Kriegserlebnissen (N=21) und Hinweisen einer guten Anpassung an die Umwelt nach ihrer Rückkehr und solche die eine Ehe führten. Anhand von Erzählungen von Verwandten wurde die Anpassung vor der Militärszeit der Veteranen bemessen und validiert. Die Gruppe der Veteranen mit PTSD zeigte signifikant größere Probleme bei der Anpassung an ihre Umwelt. Es zeigte sich ebenfalls, dass die Copingstrategien bei Vietnam Vete-

ranen mit PTSD schlechter sind im Vergleich zu Vietnam Veteranen ohne PTSD. Die PTSD Gruppe unterschied sich jedoch nicht von den anderen Gruppen in den Punkten Intimität und liebevolle Beziehungen.

Nezu und Carneval (1987) untersuchten die Beziehung zwischen PTSD, Problemlösefähigkeit und Coping. 43 Veteranen wurden unterteilt in folgende 4 Gruppen: Veteranen mit PTSD; Veteranen mit Anpassungsproblemen jedoch ohne PTSD; Veteranen ohne gesundheitlichen Problemen; Veteranen mit wenig Kriegserlebnissen. Es wurde eine multivariate Varianzanalyse gerechnet. Die Ergebnisse der Studie lauteten, dass die Gruppe der Veteranen mit PTSD und die Gruppe der Veteranen mit Anpassungsproblemen weniger effektives Coping aufwiesen und eine niedrigere Problemlösefähigkeit als die anderen zwei Gruppen hatten. Die Gruppe der Veteranen mit PTSD schilderte ebenfalls eine niedrigere Problemlösefähigkeit und weniger problemorientiertes Coping als die Gruppe der Veteranen mit Anpassungsproblemen.

3.3 Dyadisches Coping

Eine Studie von Kramer, Ceschi, Linden und Bodenmann (2005) soll die individuellen und dyadischen Copingstrategien nach einem traumatischen Ereignis untersuchen. Untersucht wurden 18 Personen die einen physischen Angriff oder einen Verkehrsunfall erlebt haben, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die kein Trauma erlitten. Jeder Teilnehmer mit seinem Partner beantwortete Fragebögen zu individuellen und dyadischen Copingstrategien, zum Stresslevel und der PTSD-Symptomatik. Die Ergebnisse zeigen, dass Personen mit Trauma ein generelles Fehlen von dyadischen Coping bei daily hassles vorhanden ist und ein Abfall der individuellen Copingstrategie.

Im Bezug auf eine Ehe wird dyadisches Coping definiert als eine gegenseitige Unterstützung im Verhalten und in der Einstellung in Stresssituationen (Bodenmann, 1995).

Kramer unterscheidet positives dyadisches Coping und negatives dyadisches Coping. Positives dyadisches Coping inkludiert eine gegenseitige Hilfe und Unterstützung der Partner und kann problemorientiert oder emotionsorientiert sein.

Negatives Coping beschreibt Kramer als feindlich, ambivalent oder oberflächlich.

Die Studie zeigt, dass Personen die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, im alltäglichen Leben weniger oft positives dyadisches Coping verwendet haben und häufiger negatives dyadisches Coping. Personen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben berichten generell über mehr alltäglichen Stress. Personen mit Trauma haben einen Mangel an spezifischen individuellen Copingstrategien. Diese Personen tendieren zu Drogenkonsum und Alkoholkonsum. Diesen Personen sind ihre dysfunktionalen Copingstrategien bewusst und berichten über eine Unzufriedenheit bezüglich ihrem Stressmanagement.

In dieser Studie zeigten die traumatisierten Personen kein Vermeidungsverhalten, welches eine typische Eigenschaft für PTSD ist (Kramer et al., 2005).

Die Ursache könnte die kleine Stichprobe sein oder die Tatsache, dass die Personen in stabilen Beziehungen waren.

3.4 Copingstrategien und soziale Unterstützung

Lazarus meint, dass die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung den Prozess der primären und sekundären kognitiven Bewertung bezüglich der Person-Umwelt-Wirkung beeinflusst. Zum Beispiel die Evaluation einer Situation und die persönliche Copingfähigkeit (Lazarus & Folkman, 1984).

Entsprechend dem Transaktionalen Stressmodell von Lazarus beeinflusst soziale Unterstützung das Copingverhalten und das Copingverhalten ist determiniert von kognitiver Bewertung (Schützwohl, Maercker & Manz; 1999).

Eine Studie von Holahan und Moos (1987) zeigt, dass das Ausmaß an familiärer Unterstützung größtenteils das Ausmaß welche Copingstrategie „aktives Coping“ oder „vermeidendes Coping“, nach einer stressvollen Situation von einer Person angewendet wird, determiniert.

Folkman und Lazarus (1980) meinen, dass Personen mit weniger sozialer Unterstützung eher „vermeidendes Coping“ anwenden.

3.5 Einfluss von Optimismus, Persönlichkeit und Copingstil auf die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen

Riulli, Savicki und Cepani (2002) untersuchten den Einfluss der Variablen Optimismus, Persönlichkeit und Copingstile bei der Verarbeitung eines Traumas oder stressreichen Ereignisses. Die Stichprobe setzte sich zusammen aus Kosovoflüchtlings, Albaner die Flüchtlingen in Albanien halfen und aus albanischen Immigranten welche in den USA lebten. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Gruppe der Kosovoflüchtlinge sich signifikant von den anderen zwei Gruppen unterschieden. Die Gruppe der Kosovoflüchtlinge hatte signifikant höhere Stresswerte und größere Anpassungsprobleme. Verminderter Optimismus und ein vermindertes kontrolliertes (problemorientiertes) Coping zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit einem hohen Level an Anpassungsproblemen. Pessimismus und vermeidendes Coping wiesen keine Beziehung zu psychologischer Anpassung auf. Resilienz stand in Verbindung mit einer Kombination von hohem Optimismus, Extraversion, Offenheit für Erlebnisse, Pflichtbewusstsein, kontrolliertes (problemorientiertes) Coping zusammen mit wenig Neurotizismus.

3.6 Flexible Zielanpassung und hartnäckige Zielverfolgung als Bewältigungsressourcen

Rothermund, Dillmann und Brandtstädter (1994) meinen, dass wahrgenommene Verluste Bewältigungsprozesse aktivieren, welche auf die Vermeidung des Verlustes oder auf eine Optimierung des subjektiven Entwicklungszustandes gerichtet sind.

Bewältigungsprozesse können einerseits darauf abzielen die aktuelle Situation in Richtung auf eigene Ziele zu ändern (assimilativer Prozess), andererseits können Ziele auf die situativen Gegebenheiten angepasst werden (akkommodativer Prozess).

3.6.1 Definition

Es werden 2 Typen solcher Prozesse unterschieden. Bei beiden Prozessen geht es um eine Beseitigung einer Ist-Soll-Diskrepanz (Bak & Brandstädter, 1998).

Assimilativer Copingstil: Es findet eine Beseitigung der Ist-Soll-Diskrepanzen statt durch eine Veränderung der Ist-Komponente. Eine direkte Veränderung der Lebens- und Entwicklungsumstände wird versucht und an den ursprünglich gesetzten Zielorientierungen und Ambitionen wird festgehalten (Bak & Brandstädter, 1998). Brandstädter (2001) unterscheidet vier verschiedene Typen von Aktivitäten. (1) *Selektion und Konstruktion von Entwicklungsumwelten*: Die Umwelt, in der wir leben ist nicht einfach vorgegeben, sondern wir schaffen sie uns selbst und können sie somit steuern. (2) *Selbstkorrektive und selbstregulatorische Aktivitäten*: Grundlage ist die Ausbildung eines reflexiven Selbst. Die Individuen können sich die Frage stellen, ob ihre Wünsche, ihr Tun und ihr Wollen mit ihren sonstigen Zielen, Kapazitäten und persönlichen Standards im Einklang sind. (3) *Kompensatorische Aktivitäten*: Zur Erreichung eines Zieles oder um Defizite auszugleichen werden Hilfsmittel und Strategien angewendet oder entwickelt, über welche das Individuum zuvor nicht bewusst verfügte. (4) *Selektion und Herstellung selbstbildkonsistenter Situationen*: Situationen oder soziale Kontexte werde bevorzugt, welche das Selbstbild bestätigen und stabilisieren (Brandstädter, 2001).

Kennzeichen aller hier angeführten Aktivitäten ist das hartnäckige Festhalten an bestimmte Ziele, Ansprüche und Standards. Die Intensität und Dauer assimilativer Bemühungen hängen von den subjektiven Handlungsressourcen ab (Brandstädter, 2001).

Akkommodatives Copingstil: Ist-Soll-Diskrepanz wird nicht durch problemlösendes Handeln beseitigt, sondern durch Anpassungen der Ziele, Ambitionen und Veränderung der Soll-Komponente. Es findet eine Neu- und Umbewertung der Situation statt. Im Gegensatz zu assimilativen Prozessen sind akkommodative Prozesse nicht durch das Festhalten an Zielen, sondern durch deren flexible Anpassung an Situationen gekennzeichnet (Bak & Brandstädter, 1998). Die grundlegenden Mechanismen laut Brandstädter (2001) sind (1) *Lösung von*

blockierten Zielen; akkommodative Zielabwertungen: Wenn Ziele nicht mehr erreichbar sind, müssen sie herabgesetzt werden und Handlungsressourcen müssen auf neue Bereiche gerichtet werden. (2) *Anpassung von Anspruchsniveaus und selbstevaluativen Standards:* Werden Ziele nicht erreicht, so können Gefühle der Frustration und Unzufriedenheit durch Festsetzung neuer Kriterien und Standards neutralisiert werden. (3) *Entlastende Vergleiche:* Wie wir uns selbst und unser Leben sehen, hängt ab, welche Vergleichsmaßstäbe uns zur Verfügung stehen. Vergleiche können positiv oder belastend auf einen selbst wirken. Aus der akkommodativen Perspektive interessieren uns vor allem die entlastenden Vergleiche oder die Neutralisierung von belastenden Vergleichen (Brandtstädter, 2001).

3.6.2 Modell - vom assimilativen zum akkommodativen Bewältigungsmodus

Das Modell assimilativer und akkommodativer Bewältigungsformen zeigt, unter welchen Umständen und wie lange in einer Bewältigungssituation Prozesse der einen oder der anderen Form dominieren (Rothermund, Dillmann & Brandtstädter, 1994).

Im assimilativen Bewältigungsstil sind akkommodative Mechanismen unterdrückt. Solange Ziele und Standards aufrechterhalten werden können und keine Anstrengungen vorhanden sind, müssen diese nicht revidiert werden (Brandtstädter, 2001). Solange die Person über Handlungsmittel zur Verbesserung ihrer Situation und entsprechende Selbstwirksamkeitsüberzeugungen verfügt, werden assimilative Prozesse aktiviert (Rothermund, Dillmann & Brandtstädter, 1994). Assimilative Prozesse benötigen Ressourcen (Zeit, Physiologie,...), welche sich über die Zeit verändern können. Funktionsverluste (vor allem im Alter) können eine zeitlang durch gesteigerte assimilativ-kompensatorische Anstrengungen ausgeglichen werden. Z.B.: kann man in manchen Sportarten altersgebundene Leistungsverluste eine zeitlang durch intensiveres Training ausgleichen. Jedoch sind alle assimilativen Optionen erschöpft, kommt es zum Gefühl der Hilflosigkeit und Depression kann entstehen, wenn an den nicht erreichbaren Zielen weiterhin festgehalten wird (Brandtstädter, 2001). Wird eine Situation als irreversibel oder unabänderlich bewertet, werden akkommodative Bewältigungsprozesse aktiviert (Rothermund, Dillmann & Brandtstädter, 1994). Sie

bewirken im Grunde eine Festlegung von neuen Zielen und Standards, welche an die möglichen Handlungsressourcen angepasst sind (Brandtstädter, 2001).

3.6.3 Beziehung zwischen Zwei-Prozess-Modell und Kontrollüberzeugung

Dieses Modell nimmt an, dass hohe interne Kontrollüberzeugung zu einer Erhöhung der assimilativen Bewältigung führt, jedoch aber auch den Übergang zum akkommodativen Coping erschwert. Dies kann in einer irreversiblen Problemsituation zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit führen. Das Modell zeigt, dass das Erleben von Kontrolle über sein eigenes Leben durch akkommodative Zielanpassung aufrechterhalten wird.

3.6.4 Erfassung assimilativer und akkommodativer Mechanismen

Zur Erfassung assimilativer und akkommodativer Tendenzen haben Brandtstädter und Renner (1990) einen Fragebogen entwickelt, der 2 Skalen umfasst. Die Skala „Hartnäckige Zielverfolgung“ misst die Fähigkeit und Bereitschaft an Zielen festzuhalten im Sinne eines assimilativen Copingstil. Die Skala „Flexible Zielanpassung“ erfasst Ziele und Ansprüche an Situationen anzupassen. Beide Skalen prognostizieren eine hohe Lebenszufriedenheit und weniger Depression und stehen im positiven Zusammenhang mit genereller internaler Kontrollüberzeugung. Die Skalen zeigen einen negativen Zusammenhang mit dem Alter. In einer Querschnittstudie an 890 Personen im Alter von 34-63 Jahren wurde festgestellt, dass die Personen von einer graduellen Veränderungen vom assimilativen Copingstil hin zum akkommodativen Copingstil berichten.

Brandtstädter und Renner (1990) untersuchten den Zusammenhang von den beiden Skalen und der Störung Depression. Aufbauend auf diese Untersuchung wurde in der Diplomarbeit erarbeitet, inwiefern diese beiden Copingstile in Beziehung stehen mit der Störung PTSD oder mit Personen welche ein Trauma erlebt haben, jedoch keine PTSD erlebt haben. Ebenso wurde in der Diplomarbeit der Zusammenhang zwischen den beiden Copingstilen und dem autobiographischen Gedächtnis überprüft.

Rothermund, Dillmann und Brandtstädter (1994) untersuchten an einer Stichprobe von 1256 Personen im Alter von 54-78 Jahren die Bewältigungsprozesse belastender Lebensereignissen. Aufbauend auf die theoretische Unterscheidung in assimilative und akkommodative Bewältigungsform (Brandtstädter &

Renner, 1990) wurden ereignisspezifische Bewältigungsreaktionen und dispositionale Bewältigungsstile erhoben. Die Kriteriumsvariablen waren die Veränderung nach einer belasteten Situation, Indikatoren von Depressivität und das subjektive Wohlbefinden. Die Ergebnisse zeigten, dass die dispositionale Bewältigungsform einen dämpfenden Effekt auf den Zusammenhang zwischen aktueller Belastung und Depression aufwies. Ebenfalls wurde beobachtet, dass im Laufe des Alters der assimilative Bewältigungsstil nachgelassen hat. Eine geringer werdende Widerstandsfähigkeit und Bewältigungseffektivität fanden Rothermund, Dillmann und Brandstädter (1994) nicht heraus.

Die akkommodative Bewältigungsform spielt im höheren Alter eine wichtige Rolle, da in diesem Lebensbereich viele unkontrollierbare, irreversible Veränderungen erlebt werden. Zum Beispiel chronisch gesundheitliche Belastungen, Einschränkungen in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen (Rothermund, Dillmann & Brandstädter, 1994).

3.7 Coping im Alter

Brandstädter und Wentura (1995) zeigten, dass ältere Personen es bevorzugten akkommodatives und problemorientiertes Coping anzuwenden. Es wurde gezeigt, dass Opfer nach einer kriminellen Tat mit akkommodativen Copingstil erfolgreicher waren.

Eine Studie vom Criminological Research Institute of Lower Saxony (KFN) wurde 1992 an 15 771 Menschen durchgeführt. Ältere Menschen (über 60 Jahre) wurden zusätzlich befragt zur Belastung, Anspannung und über ihr psychisches Befinden nach kriminellen Trauma und über ihren Copingstil. Die Ergebnisse zeigten, dass Opfer mit niedriger akkommodativer Copingtendenz (ACT) mehr Angst verspürten und Personen mit hoher ACT sich nicht unterschieden von Nicht-Opfern (Hosser & Greve, 1999).

In der Diplomarbeit wird überprüft wie stark PTSD und akkommodatives Coping in Beziehung stehen und wie weit akkommodatives und problemorientiertes Coping zusammen hängen. Sind ältere Menschen vielleicht anpassungsfähiger

durch die Erfahrungen und Lebensweisheiten, die sie mit sich bringen, im Gegensatz zu jungen Leuten?

4 Adaptive Flexibilität

Untersuchungen an Erwachsenen zeigten, dass die Copingflexibilität (Cheng, 2001) und die Flexibilität auf der Emotionsregulation (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal & Coifman, 2004) günstige und gesunde Auswirkungen haben. Cheng (2001) meint, dass erfolgreiches Coping nicht definiert ist durch eine Wahl einer spezifischen Copingstrategie, sondern durch die flexible Anwendbarkeit der Copingstrategien die für einen bestimmten Stressor notwendig sind.

4.1 Die Wichtigkeit des Persönlichkeitsmerkmals Flexibilität

Forscher dokumentieren die Konsequenzen, wenn man Emotionen ausdrückt oder unterdrückt. Sie argumentieren, dass erfolgreiche Adaptation nicht von einem einzigen Regulationsprozess abhängt, sondern auch von der Fähigkeit flexibel zu sein. Je nach bestimmter Situation, Emotionen verstärkt auszudrücken oder zu unterdrücken, um diese Situation zu harmonisieren (Westphal & Bonanno, 2004).

Bonanno, Papa, Lalande, Westphal und Coifman (2004) untersuchten nach der Terroristen Attacke am 11. September diese Hypothese an New Yorker College Studenten. 1 Monate nach dem College -Beginn wurde von 101 Studenten das Stressniveau untersucht. Die Studenten in dieser Studie begannen vor dem 11. September am College zu studieren. Es wurde unter Laborbedingungen die Arbeitsleistung gemessen. Den Studenten wurden bestimmte Aufgaben vorgegeben, welche den emotionalen Ausdruck erhöhten oder verringerten oder normales Verhalten hervorriefen. Das Verhalten wurde als prospektiver Prädiktor herangezogen bezüglich der Anpassung in den nächsten 2 College-Jahren. Die Ergebnisse bestätigten die Flexibilitätshypothese. Die Forscher erhoben zu Beginn die Variablen Stress, Motivation und kognitive Ressourcen. Sie fanden heraus, dass Studenten, welche besser fähig dazu waren Emotionen je nach Situation mal verstärkt auszudrücken und mal eher zu unterdrücken, am Ende der 2 Studienjahre unter weniger Stress litten. Der Wechsel und die Anpassung an ihr neues Studentenleben waren schwieriger für jene Studenten mit schlechteren Emotionsregulationsfähigkeiten. Auf der Basis der Annahme, dass

die Fähigkeit flexibel den Emotionsausdruck je nach Situation zu verstärken oder zu verringern, förderte die Anpassung an die neue Umwelt. Erinnerungsdefizite konnten für beide Prozesse vermerkt werden. Sowohl der Prozess Emotionen verstärkt auszudrücken wie auch der Prozess Emotionen zu unterdrücken benötigen sehr viele kognitive Ressourcen. Durch Manipulation der Ausdrucksregulation in einer Person, war es möglich zu untersuchen, wenn Erinnerungsdefizite mit Vermeidung assoziiert werden. Ebenfalls muss man vielleicht Erinnerungsdefizite, nach einem verstärkten Emotionsausdruck, beachten (Westphal & Bonanno, 2004). Richards und Gross (2000) meinten, dass Erinnerungsdefizite Folgen sind von einer Unterdrückung der Emotionen. Westphal & Bonanno (2004) vermuteten, dass ein verstärkter Emotionsausdruck ebenso kognitive Ressourcen belastet und ähnliche Erinnerungsdefizite produziert.

4.1.1 Ist es besser Emotionen auszudrücken oder zu verbergen?

Forscher meinen, dass beide Prozesse, ausdrücken oder unterdrücken der Emotionen, zu einem unterschiedlichen Ende führen, aber dass beide Prozesse sehr viel Aufwand benötigen (Bonanno, 2001). Aktuelle Untersuchungen zu Coping besagen, dass es nicht ausschlaggebend ist welche bestimmte Copingstrategie angewendet wird, sondern eher welche Copingstrategie mit einer bestimmten stressvollen Situation korrespondiert, um diese zu harmonisieren. Wie flexibel ist man, um verschiedene Copingstrategien in unterschiedlichen Situationen anzuwenden (Cheng, 2001)? Forscher argumentieren verstärkt, dass nicht die zwei unterschiedlichen Prozesse wichtig sind für die Anpassung, sondern die Fähigkeit diese zwei Prozesse, je nach erforderlicher Situation, flexibel anzuwenden (Bonanno, 2001). Forscher meinen, dass Emotion kein unidimensionales Phänomen ist, sondern sich manifestiert hat in multiplen Antwortkanälen, miteinbezogen emotionales Erlebnis, Ausdruck und Physiologie. Jeder dieser Komponenten prägt ein unterschiedliches Ende und tendiert zu Selbst-Regulationsprozesse (Bonanno, 2001). Der Ausdruck der Emotion dient multiplen adaptiven Funktionen, inkludiert Kommunikation und Regulation des internalen Status (Westphal & Bonanno, 2004) und dient zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von sozialen Interaktionen (Westphal & Bonanno, 2004).

4.2 Copingflexibilität

Coping wurde schon sehr viel untersucht, weil die unterschiedlichen Copingstile einflussreiche Rollen in der psychologischen Anpassung haben. Studien haben bereits gezeigt, dass problemorientiertes Coping generell adaptiver in stressreichen Situationen wirkt (Marx & Schulze, 1991). Jedoch kamen Forscher immer wieder zu unterschiedlichen Ergebnissen. Diese inkonsistenten Ergebnisse führen zu der Annahme, dass ein und dieselbe Copingstrategie unterschiedliche Wirkweisen in unterschiedlichen Situationen hat (Cheng, 2001). Um das Copingverhalten besser zu verstehen, benötigen wir eine genaue Analyse der Copingprozesse und der Flexibilität, welche Copingstrategien in stressreichen Situationen angewendet werden (Cheng, 2001).

Die Copingflexibilität ist einerseits mit dem sozial-kognitiven Denkansatz (Cantor & Fleeson, 1994) konsistent und andererseits auch mit der transaktionalen Theorie (Lazarus & Folkman, 1984). In der sozial-kognitiven Theorie sind Individuen kognitive Wesen, welche ihre Charakteristika verändern können gemäß einer bestimmten Situation (Cantor & Kihlstrom, 1987). Anhänger der sozial-kognitiven Theorie haben beobachtet, dass Flexibilität eine adaptive Persönlichkeitsqualität ist, welche Individuen aktivieren, wenn sie auf spezifische Bedingungen in verschiedenen Situationen treffen (Cheng, 2001). In der transaktionalen Theorie wird Coping als ein dynamischer Prozess angesehen. Individuen verändern ihr Verhalten und ihre Meinungen, je nach Bewertung einer stressvollen Situation und den Anforderungen die eine Situation an sie stellt. Mit einer ständigen Veränderung des Umfelds werden die Anpassungsfähigkeit und die Copingflexibilität impliziert (Cheng, 2001). Copingflexibilität soll die eigene Einstellung über die Copingeffektivität in Situationen reflektieren und die Intention aufzeigen sich in einer Situation angemessen zu verhalten (Chiu, Hong & Mischel & Shoda, 1995). Weiteres soll das Konstrukt der Copingflexibilität ähnlich einer psychischen Anpassung in stressvollen Situationen sein, als die Intention zu haben sozial erwünschte Antworten zu geben (Cheng, 2001).

4.2.1 *Individuelle Unterschiede in der Flexibilität der kognitiven Bewertung*

Forscher haben in früheren Diskussionen postuliert, dass wahrgenommene Steuerbarkeit (Regelbarkeit) ein Schlüsselement in der Bewertung von stressvollen Ereignissen ist (Folkman, 1984). Frühere Studien zeigen, dass eine Be-

ziehung zwischen einer situationsbedingten Bewertung und der psychischen Anpassung besteht (Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifield, 1987). In der Literatur werden drei unterschiedliche Muster der wahrgenommenen Steuerbarkeit beschrieben.

- 1) *Variabilität der wahrgenommenen Steuerbarkeit in Situationen*: Einige Individuen schätzen stressvolle Situationen als kontrollierbar ein, und andere Situationen als unkontrollierbar. Diese Individuen sind flexibler in der kognitiven Bewertung.
- 2) *Konsistenz der wahrgenommenen Steuerbarkeit in Situationen*: Individuen mit einer Konsistenz in der wahrgenommenen Steuerbarkeit sind weniger flexibel in der kognitiven Bewertung.
- 3) *Konsistenz der wahrgenommenen Unbeherrschtheit in Situationen*: Depressive Individuen neigen dazu rigide zu sein, Attributionen überzugenerieren und meinen, dass alle Ereignisse unkontrollierbar sind. Diese Individuen sind weniger flexibel in der kognitiven Bewertung.

(Cheng, 2001)

4.2.2 Individuelle Differenzen in der Copingflexibilität

Die Kognitive Bewertung, ob eine stressvolle Situation kontrollierbar ist oder nicht, beeinflusst die Wahl einer Person welche Copingstrategie sie einsetzt (Terry, 1994).

Individuen welche konsistent stressvolle Situationen als kontrollierbar einschätzen, verwenden mehr problemorientiertes Coping. Diese Individuen werden *active-inflexible* Gruppe genannt (Cheng, 2001). Im Gegensatz dazu, Individuen welche konsistent stressvolle Ereignisse als unkontrollierbar bewerten, setzen vermehrt emotionsorientiertes Coping ein. Diese Gruppe inkludiert Personen, welche sich hoffnungslos, deprimiert oder pessimistisch fühlen (Aldwin, Sutton & Lachman, 1996). Diese Gruppe wird *passive-inflexible* genannt. Individuen welche kognitiv flexibel sind und ihr Verhalten entsprechend der wahrgenommenen stressvollen Situation anpassen, stellen eine weitere Gruppe dar

(Cheng, 2001). Diese Personen weisen eine sehr hohe Sensitivität in bestimmten Situationen auf und variieren ihr Verhalten angemessen der Situationen. Diese Individuen sind die *flexible* Gruppe. Jedoch nicht alle Individuen mit einer flexiblen Wahrnehmung haben auch ein flexibles Copingmuster. Studien zeigen, dass manche Personen einige stressvolle Situationen als kontrollierbar und andere stressvolle Situationen als unkontrollierbar bewerten, aber in jeder Situation problemorientiertes Coping anwenden und nicht je nach Situation ihr Verhalten variieren. Diese Gruppe heißt *active-inconsistent*. Individuen mit einem konsistenten Wahrnehmungsmuster copen in stressvollen Situationen nicht immer konsistent mit ihrer Wahrnehmung. Individuen mit einer schwachen Persönlichkeit nehmen generell wahr, dass ihr Umfeld unkontrollierbar ist und tendieren dazu ihr Verhalten den Ansprüchen der Situation anzugleichen. Ihr Wahrnehmungsmuster ist konsistent, jedoch nicht ihr Copingmuster. Diese Individuen werden *passive-inconsistent* Gruppe genannt (Cheng, 2001).

4.3 Depressives Coping als Prädiktor für emotionalen Stress

Die Studie von Fritzsche, Forster, Schweickhardt, Kanwischer, Drinkmann, Raab, Bergmann, Geibel & Herrmann-Lingen (2007) untersuchte das subjektive Wohlbefinden und den Krankheitsverlauf von 180 Patienten mit einer lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung, welche auf eine Implantation eines Herzdefibrillators warten. Die Patienten wurden zu ihrem Wohlbefinden vor der Implantation befragt (T0), dann drei Monate nach der Operation (T1) und ein Jahr nach der Implantation (T2). Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass depressives Coping ein signifikant hoher Prädiktor ist für niedriges emotionales Wohlbefinden und Lebensqualität. Aktives problemorientiertes Coping zeigte nur einen geringen positiven Einfluss auf das Wohlergehen und die Lebensqualität. Das steht im Kontrast zu vielen anderen Studien. Patienten, welche unterschiedlichste Copingstrategien angewendet haben und eine breite Auswahl an Copingstrategien zur Verfügung hatten, hatten am wenigsten emotionalen Stress und eine bessere Lebensqualität. Jedoch muss man bedenken, dass dies nur der Fall ist, wenn die depressive Copingstrategie nicht dominant ist. Ist die depressive Copingstrategie dominant, kann sich auch eine breite Auswahl

an Copingstrategien negativ auf die Lebensqualität und den emotionalen Stress auswirken.

Aufbauend auf diese Ansätze wäre es interessant zu untersuchen inwiefern Copingflexibilität und das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität als Schutz- oder Risikofaktor nach einem erlebten Trauma und bei einer PTSD wirken. In dieser Diplomarbeit wird genauer auf die Variable Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität eingegangen und untersucht, in welchem Zusammenhang diese Variable mit dem autobiographischen Gedächtnis steht.

5 Attributionsstile

5.1 Definition

Attribution wird definiert als subjektive Meinungsbildung von kausalen Zusammenhängen.

Rotter (1954) prägt den Begriff der Kontrollüberzeugung. Kontrollüberzeugung kann unterschieden werden in internal und external. Kontrollüberzeugung ist als internal definiert, wenn Personen die Umgebung und ihre Umwelt sich selbst zuschreiben und wird als external bezeichnet, wenn Individuen die Ursachen Ereignissen zuschreiben, die nicht in ihrer Macht stehen (Glück, Schicksal,...)

Weiner (1972) führt einen weiteren Attributionsstil ein. Stabilität vs. Instabilität. Von Stabilität wird gesprochen, wenn eine Ursache über die Zeit stabil bleibt und unveränderlich, bei Instabilität wird die Ursache veränderlich wahrgenommen.

Abramson, Seligman und Teasdale (1978) prägten die dritte Attributionsdimension Global vs. Spezifisch. Inhaltlich bedeutet das, dass eine Ursache nur spezifisch eine Situation beeinflusst oder global verschiedene Situationen beeinflusst.

Attributionsstile wurden als Risikofaktor für eine PTSD angenommen.

Joseph (1999) unterscheidet in pessimistische und optimistische Attributionsstile. Pessimistische sind (internal, stabil und global für negative Erlebnisse und external, instabil, spezifische für positive Situationen). Optimistische Attributionsstile sind (internal, stabil und global für positive Erlebnisse und external, instabil und spezifisch für negative Erlebnisse).

Abramson et al. (1978) meint, dass der internale, stabile und globale Attributionsstil eine chronische Hilflosigkeit und einen verringerten Selbstwert bewirkt.

5.2 Coping und Attributionsstile

Solomon, Mikulincer und Avitzur (1988) untersuchten die Beziehung zwischen Kontrollüberzeugung, Copingstrategien und sozialer Unterstützung an israelischen Soldaten zwei und drei Jahr nach dem Krieg. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung, den Copingstilen, der sozialen Unterstützung und der PTSD zu beiden Messzeitpunkten festgestellt. Je mehr Personen emotionsorientiertes Coping anwendeten, desto eher leiden sie unter PTSD, während problemorientiertes Coping als Schutzfaktor fungiert. Je mehr internale Kontrollüberzeugung, desto weniger stark war die PTSD ausgeprägt. Ebenso je größer die soziale Unterstützung desto weniger litten Personen an einer PTSD. Über die Zeit wurde die Intensität der PTSD reduziert und die internale Kontrollüberzeugung nahm zu und das emotionsorientierte Coping wurde reduziert angewendet.

Mikulincer und Solomon (1989) führten eine Studie durch, um die Beziehung zwischen Copingstilen und der Attribuierung negativer Ereignisse bei traumatisierten Kriegsveteranen zu untersuchen. Die Veteranen wurden drei Jahre nach dem Krieg untersucht. Es wurde auch eine PTSD erhoben. Mikulincer und Solomon (1989) gelangten zu den Ergebnissen, dass ein stabiler und unkontrollierter Attributionsstil zusammenhängt mit vermehrten Einsatz von emotionsorientierten Copingstil, jedoch weniger mit dem problemorientierten Copingstil. Die beiden Copingstile konnten das Vorliegen einer PTSD vorhersagen, jedoch nicht die Attributionsstile.

6 Schuldzuschreibung

Janoff Bulman (1979) unterscheidet in Selbstschuldzuschreibung und Fremdschuldzuweisung. Janoff-Bulman (1979) unterscheidet Selbstschuldzuschreibung (Self-blame) in behavioral und characterological self-blame, da sie in einer Studie (1977) zum Ergebnis kam, dass self-blame auch als Schutzfaktor gelten kann und zu besseren Bewältigungsstrategien führen kann.

6.1 Behaviorial Self-blame

Behavioral Self-blame setzt sich aus einem internalen, instabilen und spezifischen Attributionsstil zusammen. Er involviert Attributionen eines veränderbaren Ursprungs und wird assoziiert mit dem Glauben an die zukünftige Vermeidung von negativen Ergebnissen. Die Opfer glauben, dass ihr eigenes Verhalten zu dem traumatischen Ereignissen führt und geben sich die Schuld, jedoch glauben sie, dass sie zukünftige negative Situationen, aufgrund anderen Verhaltens verhindern können. In einer Studie wurden Vergewaltigungsoffer untersucht. Ergebnisse zeigen, dass die Opfer meistens mit Behavioral blame reagierten und nicht mit characterological blame. Janoff-Bulman (1979) meint, dass behavioral self-blame eine adaptive Strategie ist.

6.2 Characterological Self-blame

Characterological Self-blame bildet sich aus einem internalen, stabilen und globalen Attributionsstil. Dieser inkludiert Attributionen eines nicht veränderbaren Ausgangspunktes und wird assoziiert mit dem Glauben an die persönliche Verdienstlichkeit für vergangene negative Ergebnisse. Die Opfer glauben, dass ihre Persönlichkeit und ihr Charakter die Ursache für das traumatische Ereignis ist. In einer Studie wurde festgestellt, dass depressive weibliche Studenten eher characterological Selbstschuldzuweisungen machen, als nicht Depressive. Bezüglich behavioral Selbstschuldzuweisungen ergaben sich keine Unterschiede bezüglich Depressive und nicht Depressive. Janoff-Bulman (1979) leitet aus diesen Ergebnissen ab, dass der characterological self-blame das Selbstbewusstsein und die psychische Gesundheit reduziert.

6.3 Selbtschuldzuschreibung und deren Auswirkung auf die Copingstile

Bulman und Wortman (1977) stellten in einer Studie mit Schädel-Hirn-Trauma Opfern fest, dass self-blame im Zusammenhang mit besseren Coping als other blame steht.

Sholomkas und Steil (1990) untersuchten querschnittsgelähmte Personen nach einem Unfall. Sie fanden heraus, dass Personen die nicht zu other-blame neigten und sich selbst beschuldigten über die positiveren und adaptiveren Copingstrategien verfügten.

Es gibt jedoch sehr unterschiedliche Ergebnisse. Glinder und Compas (1999) untersuchten Frauen mit Brustkrebs und kamen zu den Ergebnissen, dass beide Formen von self-blame zu schlechteren psychischen Anpassungen führten.

7 Das traumaspezifische Gedächtnis

Das Traumagedächtnis nach Kolk, Bessel und Fidler (1995) unterscheidet sich in einigen Punkten vom autobiographischen Gedächtnis.

- Traumaspezifische Inhalte werden wo anders abgespeichert als übrige Erinnerungen.
- Traumatische Inhalte sind häufig nicht immer abrufbar.
- Traumatische Inhalte werden oft als Bilder oder körperliche Empfindungen wiedererlebt.
- Traumatische Erinnerungen können ein Leben lang durch bestimmte Stimuli ausgelöst werden.

7.1 Verlaufsmodell der Traumatisierung

Fischer und Riedesser (2003) unterscheiden drei Phasen. (1) Die traumatische Situation, (2) traumatische Reaktion (3) traumatischer Prozess. Diese Phasen stehen in einem dynamischen Prozess.

Während der *traumatischen Situation*, erfolgt die *Enkodierung*, wo eine Gedächtnisspur angelegt wird. Danach kommt es zur *Konsolidierung*. Dies ist ein Prozess zwischen der Enkodierung und der Abspeicherung von Informationen. Es ist möglich, dass es bei Traumatisierungen zu Reduzierungen der Überarbeitung nichttraumatischer Gedächtnisinhalte kommen kann und die Erinnerungen an das Trauma aufgespaltet werden. Beim *Abspeichern* von Informationen kann es bei Traumatisierungen zu veränderungsresistenten Schemata kommen. Traumarelevante Gedächtnisinhalte lassen sich oft nicht integrieren in das autobiographische Gedächtnis.

8 Autobiographisches Gedächtnis

Da in der vorliegenden Arbeit untersucht werden soll inwiefern die Störung PTSD und traumatische Erlebnisse mit dem autobiographischen Gedächtnis zusammenhängen, werden einige Theorien vorgestellt.

Viele Forscher glauben schon lange Zeit, dass traumatische Erlebnisse die autobiographische Erinnerungsleistung beeinträchtigen. Angefangen bei Freud, postulierten die Forscher, dass traumatische Erlebnisse, besonders in der Kindheit, zu einer dramatischen Neuerung der Erinnerungsfunktionen führen. Viele meinen, dass Traumata zu Erinnerungsfragmentierungen und Desorganisation führen können oder dass es zur Abspaltung von Traumaerinnerungen von anderen autobiographischen Erinnerungen kommen kann. Sie meinen, dass Traumata möglicherweise autobiographische Erinnerungen trennen und zu Veränderungen der Erinnerungsfunktionen führen und folglich die Anfälligkeit erhöhen, dass Erinnerungen verzerrt werden, (Zoellner, Foa, Brigidi & Przeworski, 2000) oder der Abruf von spezifischen autobiographischen Erinnerungen beeinträchtigt wird (Williams, 1996). Das letztgenannte Phänomen nennen die Forscher *autobiographical overgeneral memory (OGM – Übergeneralisierte Erinnerungen)* (Moore & Zoellner, 2007).

Die Neuerung der Erinnerungsfunktionen nach einem Trauma repräsentiert einen protektiven Mechanismus, dass extremer emotionaler Schmerz bezogen auf das Trauma gedämpft und vermieden wird. Das Auftreten eines Traumas kann den Weg Erinnerungen abzurufen verändern. Trauma-Überlebende lernen den Abruf von Erinnerungen frühzeitig abubrechen und anzuhalten um intensiven emotionalen Distress zu vermeiden (Moore & Zoellner, 2007). Williams (1996) meint, dass diese funktionalen Prozesse, speziell OGM eine Rolle spielen bei Personen mit Depression und PTSD. Wenn diese Personen mit PTSD oder Depression angewiesen werden eine spezifische Erinnerung zu beschreiben, tendieren diese Personen generelle Kategorien von Ereignissen zu erzählen, anstatt ein besonderes Ereignis.

8.1 Theorien der OGM (übergeneralisierte Erinnerungen)

8.1.1 *Affekt-Regulation Hypothese*

Williams (1996) nimmt an, dass das Erleben eines Traumas der Auslöser ist, um eine OGM zu entwickeln. Williams (1996) ist der Meinung, dass ein übergenereller Erinnerungsstil entwickelt wird, um stressvolle Ereignisse zu regulieren (Affekt-Regulation Hypothese). Er nimmt an, dass Trauma -Überlebende gelernt haben schmerzvolle Emotionen zu vermeiden und zu unterdrücken. Williams meint, wenn die Betroffenen sich an ihre negativen Erlebnisse erinnern sollen, beenden sie den autobiographischen Abruf vorzeitig bevor noch spezifische Erinnerungen abgerufen werden können. Nach einer Zeit wird die Suche nach autobiographischen Erinnerungen genereller und dies führt zu einem übergenerellen Erinnerungsstil.

8.1.2 *Kognitive Ressourcen Allokation*

Die Kognitive Ressourcen Allokations Theorie postuliert, dass verminderte kognitive Ressourcen verantwortlich sind für die Schwierigkeiten vom Abrufen spezifischer Erinnerungen (Williams, 1996). Williams (1996) meint, dass die verminderten ausführenden Ressourcen, die Bemühungen kategorische Beschreibungen (Erinnerungen) in spezifische Erinnerungen umzuwandeln, behindern. Diese Theorie meint, dass der Abruf von spezifischen Erinnerungen ein großer kognitiver Aufwand und eine schwierige Arbeit ist. Diese Arbeit wird von Ressourcen-konsumierenden Prozessen wie z.B.: Intrusionen, Vermeidung, Unterdrückung und Rumination behindert. Allerdings sind Intrusionen und Vermeidung bekannte Symptome der Krankheiten Depression und PTSD (Moore & Zoellner, 2007). Viele Studien gelangen zu den Ergebnissen, dass die autobiographische Gedächtnisleistung mit Intrusionen und Vermeidung signifikant in Verbindung steht (Stokes et al., 2004).

8.1.3 *Strategische Inhibition*

Philippot und Kollegen (Philippot, Schaefer & Herbette, 2003) betonen die Wichtigkeit der Emotionsregulation beim Abrufen autobiographischer Erinnerung. Die strategische Inhibitions Theorie postuliert, dass OGM in klinischen Gruppen ein Resultat der fehlenden oder ineffektiven Emotionsregulation ist. Starke Emotionen behindern die Spezifität, daher ist die Emotionsregulation

nötig für den mühevollen Abruf von spezifischen Erinnerungen. Spezifische Erinnerungen sind weniger emotional bewegend als generelle Erinnerungen, da spezifische Erinnerungen zu strategischer Inhibition der Emotionen führen. Diese Theorie ist konsistent mit Studien welche zeigen, dass Prozesse der Emotionsregulation spezifische Erinnerungen erhöhen können, während Prozesse der Rumination OGM erhöhen können (Watkins & Teasdale, 2004). Strategische Inhibitions Theorie ist ebenso konsistent mit Studien zur Vermeidung und Intrusionen. Vermeidung und Intrusionen werden oft assoziiert mit OGM in vielen Studien. Vermeidung kann angesehen werden als eine Form von ineffektiver Emotionsregulation, während Intrusionen vielleicht aus ineffektiven Regulationsstrategien resultieren (Davies & Clark, 1998; Shipherd & Beck, 1999; Wegner & Erber, 1992).

8.1.4 Arten von kognitiven Prozessen

Watkins und Teasdale (2004) postulieren, dass OGM auf Grund von besonderen Arten kognitiver Prozesse entsteht. Die Autoren differenzieren zwischen „analytischen Prozessen“, welche selbstfokussierend und ruminativ sind, und „experimentellen Prozessen“, welche Selbstbewusstsein und Erfahrungen beinhalten. Beide Prozesse sind auf sich fokussierend, jedoch nur der analytische Prozess verschlimmert die Depression (Watkins & Teasdale, 2004). Watkins und Teasdale (2004) meinen, dass depressive Kognitionen charakterisiert sind von analytischen Prozessen und die OGM aufrechterhalten. In dieser Theorie ist Rumination typisch für analytische Prozesse und fördert OGM. Folglich ist OGM nur in Störungen wo analytische, ruminative Prozesse dominant sind. Dies trifft auf Depression, PTSD und ASD zu.

8.2 Übergenerelle Erinnerung und Depression

Williams und Broadbent (1986) meinen, dass Personen mit einer Depression oft Schwierigkeiten beim Abrufen spezifischer autobiographischer Erinnerungen aufweisen. Die Personen haben oft einen übergenerellen Erinnerungsstil (OGM = overgeneral memories) und tendieren eher dazu einzelne Ereignisse zusammenzufassen (z.B.: Ich bin immer glücklich, wenn ich Freunde besuche) als sich an spezifische Ereignisse zu erinnern (z.B.: Ich war glücklich, als ich letzte

Woche einen guten, alten Freund traf). Depression wird oft von stressvollen Ereignissen ausgelöst. Folglich erhöht das die Wahrscheinlichkeit, dass stressvolle oder traumatische Ereignisse eine Rolle bei der Entwicklung eines übergenerellen Erinnerungsstils spielen (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999).

Eine Studie von Hermans, Van den Broeck, Belis, Raes, Pieters und Eelen (2004) zeigten, dass Depression assoziiert wird mit Schwierigkeiten beim Abrufen von spezifischen autobiographischen Erinnerungen. In der Studie wurden 23 depressive Erwachsene untersucht. Es wurde ihnen der Fragebogen AMT vorgegeben und zusätzlich wurden den Probanden einige Fragen zum Trauma, zu Erlebnissen in der Vergangenheit, zum Ausmaß der Depression und Neurotizismus gestellt. Betroffene, welche Opfer von physischen Misshandlungen waren, konnten weniger spezifische Erinnerungen nennen, als Personen welche keine physische Misshandlung erlebt haben.

8.3 Übergenerelle Erinnerung und Trauma, PTSD

Die Affekt-Regulations-Hypothese zeigt, dass das Aussetzen einer Erinnerung an eine stressvolle Situation oft Ausgangspunkt für OGM ist (Kleim & Ehlers, 2008).

OGM beeinflusst vielleicht, wie gut Personen sich an extreme Stresssituationen anpassen können. Probleme im autobiographischen Erinnerungsabruf können die Trauma-Überlebenden hindern das Trauma zu bewältigen und ihr früheres Leben aufzuarbeiten (Kleim & Ehlers, 2008). Forscher haben herausbekommen, dass Personen welche unter einer PTSD leiden, Schwierigkeiten haben sich zu erinnern, wie sie vor dem traumatischen Erlebnis waren (Ehlers, Maercker & Boss, 2000). Viele Studien zeigen, dass Trauma-Überlebende mit PTSD oder ASD (acute stress disorder) eine schlechtere spezifische Erinnerungsleistung zeigen, als Personen ohne PTSD oder ASD (Kleim & Ehlers, 2008).

8.4 Aufrechterhaltung der PTSD und Depression

OGM spielt eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung einer PTSD und Depression. Theorien über PTSD besagen, dass eine Integration, vom traumatischen Erlebnis mit den Schemata der Person und mit der Bedeutung über die Welt benötigt wird und stattfinden soll (Resick & Schnicke, 1993). Eine Beeinträchtigung des Abrufs spezifischer Informationen kann diese Integration hindern und somit die Bewältigung des Traumas hindern (Ehlers & Clark, 2000).

Fivush, Sales, Goldberg, Bahrnick und Parker (2004) meinen, dass Personen auf ein traumatisches Ereignis mit vermeidenden Coping reagieren und anwenden und somit eine Beeinträchtigung der Trauma – Erinnerung aufweisen. Diese Theorie wird von ein paar Studien bestätigt. Personen nach Naturkatastrophen (Fivush et al., 2004) berichten von einer schlechteren autobiographischen Erinnerungsleistung, wie auch Personen nach einer schmerzvollen Krebsbehandlung (Chen, Zelter, Craske & Katz, 2000).

Eine einflussreiche Theorie von Conway und Pleydell-Pearce (2000) nimmt an, dass autobiographische Erinnerungen für spezifische Ereignisse in der Wissensbasis wieder dargestellt und rekonstruiert werden. Dieses Modell besagt, dass der Abruf spezifischer Information über die persönliche Vergangenheit, vom Selbstkonstrukt, Selbstimage, Ziele und Erwartungen beeinflusst wird. Das bedeutet, dass der Abrufprozess geleitet wird durch rekonstruieren von Erinnerungen, welche mit den persönlichen Zielen und dem Selbstimage übereinstimmen. Diese Ansicht meint, dass Erinnerungen der Vergangenheit benötigt und gebraucht werden um Ziele in der Zukunft zu rationalisieren (Conway & Tacchi, 1996).

8.4.1 Was können die möglichen Mechanismen sein, dass OGM ein Risikofaktor ist nach einem Trauma eine chronische Depression oder PTSD zu entwickeln?

Williams et al. (1996) meint, ein möglicher Mechanismus könnte, die „*Capture and rumination hypothesis*“ sein. Der autobiographische Erinnerungstest (AMT) aktiviert Rumination und abstrahiert negative Selbst-Schema, so dass die Personen gefangen in den abstrahierten Kognitionen sind und Probleme beim Abruf spezifischer Erinnerungen haben. Der Fehler beim Abrufen spezifischer Erinnerungen kann es schwieriger machen die negativen Selbst-Schema zu korrigieren und kann somit das negative Denken aufrechterhalten. Personen mit PTSD und Depression haben eine höhere Vulnerabilität zu diesen aufrechterhaltenen Prozessen, da diese Störungen charakterisiert sind durch negative Selbst-Schema und Rumination (Kleim & Ehlers, 2008). Schönfeld und Ehlers (2006) fanden heraus, dass OGM assoziiert wird mit Rumination und der wahrgenommenen permanenten Veränderung von Trauma-Überlebenden. Diese wahrgenommene permanente Veränderung kann die Aufarbeitung des früheren Lebens nach einem Trauma hindern und die Genesung verzögern.

Kleim und Ehlers (2008) haben eine longitudinale Studie durchgeführt um zu untersuchen, ob OGM ein Prädiktor dafür ist eine PTSD und chronische Depression vorherzusagen. Sie überprüften die Beziehung zwischen verminderter spezifischer autobiographischer Erinnerungsleistung und der Entwicklung einer Depression, einer PTSD und spezifischer Phobien nach einem Angriff. 2 Wochen nach dem erlebten Trauma wurden 203 Überlebende eines Angriffs der AMT vorgegeben und ein strukturiertes klinisches Interview durchgeführt. Nach weiteren 6 Monaten wurden erneut strukturierte klinische Interviews gemacht. 2 Wochen nach dem erlebten Trauma konnten die Betroffenen mit akuter Belastungsstörung und Depression, aber nicht diese mit spezifischen Phobien, weniger spezifische Erinnerungen nennen, als Personen ohne diese genannten Störungen. Eine verminderte spezifische Erinnerungsleistung zu diesem Zeitpunkt sagte eine PTSD und eine Major Depression vorher.

8.5 Unterschiedliche Erinnerungsspezifität von positiven und negativen Erlebnisse

Eine Studie von Kangas, Henry & Bryant (2005) untersuchte die Beziehung zwischen autobiographischer Erinnerungsleistung und die Aufrechterhaltung schmerzlicher Erinnerungen bei 40 Personen mit Krebserkrankung. 20 Personen hatten Krebs und entwickelten eine ASD, die anderen 20 Patienten hatten keine ASD. In der Studie wurde der Abruf spezifischer Erinnerungen zu positiv und negativ emotionalen Wörtern unter zwei Bedingungen untersucht. Die erste Untersuchung benötigte Personen, welche spezifische Erinnerungen aus irgendeiner Periode in ihrem Leben abrufen. Es wurde beabsichtigt, die Hypothese zu prüfen, ob Krebspatienten mit ASD generelle Defizite aufweisen beim Abruf spezifischer Erinnerungen aus ihrem Leben, fungierend als Abwehrmechanismus um Erinnerungen an die traumatischen Krebserfahrungen zu vermeiden. Es wurde angenommen, dass Personen mit ASD weniger spezifische Erinnerungen aufweisen und eine längere Zeit benötigen um diese Erinnerungen abzurufen als Personen ohne ASD. Die nächste Untersuchung benötigte Personen, welche spezifische Erinnerungen seit der Krebsdiagnose nennen sollten. Es sollte die Hypothese überprüft werden, dass Individuen mit ASD Schwierigkeiten aufweisen spezifische Erinnerungen, betreffend ihrer Krebserkrankung, abzurufen. Es wurde angenommen, dass die Patienten mit ASD weniger Erinnerungen, speziell weniger positive Erinnerungen, abrufen können als Patienten ohne ASD.

Ergebnisse: Personen mit Krebs und einer akuten Belastungsstörung (ASD) wiesen eine schlechtere spezifische autobiographische Erinnerungsleistung auf, als Personen ohne ADS. Die gleichen Personen wurden 6 Monate später noch einmal befragt. Defizite in der spezifischen autobiographischen Erinnerungsleistung zum früheren Zeitpunkt sagten 6 Monate später keine PTSD voraus. Eine erhöhte Hoffnungslosigkeit während der letzten 6 Monate war assoziiert mit einem Abfall des Abrufs positiver Erinnerungen und einem Anstieg beim Abrufen von negativen Erinnerungen. Diese Ergebnisse stimmen überein mit der Theorie von Conway und Pleydell-Pearce (2000), dass der Abruf schmerzlicher Erinnerungen, vom aktuellen Selbstimage und der Einstellung der eigenen Zukunft,

gesteuert wird. Die Erwartungen der Patienten über den Krebs haben einen starken Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

McNally, Lasko, Macklin & Pitman (1995) fanden heraus, dass Vietnam Veteranen, die noch ihre Militärsabzeichen tragen, Schwierigkeiten haben spezifische positive Erinnerung abzurufen und keine Probleme haben Ereignisse aus dem Vietnam abzurufen. Tragen von Militärsabzeichen im täglichen Leben symbolisiert vielleicht die psychologische Fixation bezüglich des Krieges 2 Jahrzehnte später. Schwierigkeiten beim Erinnern der Vergangenheit unterliegen auch Schwierigkeiten bei der Vergegenwärtigung der Zukunft. Schwierigkeiten beim Abrufen von spezifischen Erinnerungen könnte auch die Bemühungen hindern die Probleme zu lösen. Personen die eine PTSD entwickeln sehen sich selbst als schwach, verletzbar und unwichtig. Sie haben negative Attributionen und ein negatives Selbstbild.

Demnach sind positive autobiographische Erinnerungen schwer zugänglich für PTSD Patienten, aber nicht für Patienten die ein Trauma bewältigt haben ohne PTSD. Negative spezifische Erinnerungen sind einfacher den PTSD -Patienten zugänglich (McNally et al., 1995).

Ergebnisse zeigen, dass PTSD Patienten größere Schwierigkeiten aufweisen beim Abrufen spezifischer autobiographischer Gedächtnisinhalte, als Patienten die ein Trauma erlebt haben, jedoch keine PTSD entwickelt haben. Gesunde Veteranen wiesen eine größere spezifische und kürzere Nachdenkzeit auf, bei der Befragung ein positives autobiographisches Ereignis zu berichten, als bei negativen Erinnerungen. Patienten mit PTSD wiesen eine sehr ähnliche Erinnerungsperformance in beiden Fällen, sowohl negativ als auch positive Ereignisse auf.

Das Selbstkonzept wird durch ein Trauma oft in negative Richtung verschoben und könnte sich somit auf das autobiografische Gedächtnis auswirken.

8.6 Stellt die Beeinträchtigung der autobiographischen spezifischen Erinnerungsleistung vor einem Trauma einen Risikofaktor für eine PTSD da?

Es gibt noch sehr wenige Studien welche das Ausmaß vom Abruf autobiographischer Erinnerungen vor einem erlebten Trauma messen. Es sollten Untersuchungen gemacht werden, welche den autobiographischen Abruf vor einem erlebten Trauma messen und die Beziehung zwischen einem übergenerellen autobiographischen Abruf vor einem Trauma und einer PTSD und Depression untersuchen. Bryant, Sutherland und Guthrie (2007) meinen, dass dies eine interessante Frage sei, da einige Autoren annehmen, dass ein übergenereller Abruf einen möglichen Risikofaktor und eine ungünstige Reaktion auf stressvolle Lebensereignisse darstellt (Williams, 1996). Ein Grund für diese Ansicht könnte sein, dass OGM Stress vorhersagt und OGM assoziiert wird mit schlechterer Problemlösefähigkeit (Evans, Williams, O'Laughlin & Howells, 1992). OGM wird ebenso mit Defiziten in der Vorstellung von zukünftigen Erlebnissen assoziiert (Williams et al. 1996). Es ist möglich, dass Defizite im Abrufen spezifischer Erinnerungen, besonders positiver spezifischer Erinnerungen, die Problemlösefähigkeit limitieren und die Handhabung mit aktuellen Stressoren begrenzen.

Bryant, Sutherland and Guthrie (2007) fanden heraus, dass die beeinträchtigte Abfrage spezifischer Erinnerungen vor einem erlebten Trauma ein Risikofaktor für PTSD ist. Sie untersuchten 60 Feuerwehrleute in Ausbildung. Die Feuerwehrmänner wurden zu zwei Zeitpunkten getestet. Sie wurden zuerst vor ihrer Ausbildung getestet und dann 4 Jahre später. Ergebnisse zeigen, dass Defizite beim Abrufen von spezifischen Erinnerungen bevor Personen ein Trauma erlebt haben, im Zusammenhang stehen mit dem Ausmaß an PTSD nachdem sie ein Trauma erlebt haben. Die Ergebnisse bestätigen die zuvor aufgestellte Hypothese, dass Defizite beim Abrufen von spezifischen Erinnerungen einen Risikofaktor zur Entwicklung von psychischen Störungen repräsentieren. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass Personen die Defizite beim Abrufen von Erinnerungen aufweisen, weniger Problemlösefähigkeiten haben und dies hat zur Folge mehr Depressionen. Personen, welche ein Trauma erlebt haben und Defizite

bei der Problemlösefähigkeit aufweisen, entwickeln eher eine PTSD weil sie die Probleme nicht lösen und organisieren können. Auch Rumination (Nachsinnen) könnte das spezifische Abrufen von Erinnerungen beeinträchtigen und somit die PTSD aufrechterhalten.

Eine weitere Studie von Sutherland und Bryant (2007) untersucht die Beziehung zwischen übergenerellen autobiografischen Erinnerungen und sozialer Problemlösefähigkeit bei Patienten mit PTSD. Individuen mit PTSD zeigen eine schlechtere Problemlösefähigkeit, rufen mehr kategorisch autobiografische Erinnerungen ab und brauchten dafür länger Zeit als Personen ohne PTSD. Übergenerelle autobiografische Erinnerungen werden wie schon in der vorherigen Studie erwähnt stark assoziiert mit Defiziten in der Problemlösefähigkeit. Es wird argumentiert, dass übergenerelle Erinnerungen die Elaboration von sozialer Problemlösefähigkeit beeinträchtigt, da es die Definition eines Problems erschwert und auch die Erzeugung von alternativen Strategien behindert (Williams, 1996).

Abruf von spezifischer Information über die eigene Vergangenheit wird beeinflusst vom Selbst, vom Selbstimage und von den Zielen. Individuen mit PTSD ist bewusst, dass sie in der Zukunft verletzbarer sind und können somit auch leichter leidvolle Erlebnisse abrufen.

Traumatische Erlebnisse ändern oft das Selbstkonstrukt und ändern auch somit die Erinnerungen die beisteuern zur Aufrechterhaltung des Selbstkonstruktes (Sutherland & Bryant, 2005).

Aufbauend auf diese zwei Studien stellt sich die Frage, ob Personen mit Defiziten im Abrufen von spezifischen Erinnerungen nicht nur eine verminderte Problemlösefähigkeit haben, sondern auch einen verminderten problemorientierten Copingstil anwenden. In der Diplomarbeit wird die Fragestellung untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen autobiographischer Erinnerungsleistung und dem problemorientierten Copingstil gibt.

8.7 Robustheit der übergenerellen Erinnerungen

Eine Studie von Schönfeld und Ehlers (2006) testet die Robustheit von übergenerellen Erinnerungen (OGM) bei Personen mit PTSD und Personen die ein Trauma erlebt, jedoch keine PTSD entwickelt haben. Die Personen wurden mit zwei verschiedenen Versionen vom AMT getestet. Mit einer Wort und einer Bilder Version. Schönfeld und Ehlers nahmen an, dass Bilder mehr spezifische Erinnerungen auslösen als Wörter. Die Autoren meinen auch, dass Personen mit PTSD mehr OGM aufweisen in beiden AMT Versionen. Die Probanden waren zwischen 18 und 65 Jahren. 23 Personen waren Opfer eines Angriffs, 21 Probanden erlebten einen Autounfall, 5 Menschen waren Opfer eines anderen Unfalls, 4 erlebten einen unerwarteten Tod von einem Verwandten und 2 Personen erlebten ein anderes traumatisches Erlebnis.

Die Ergebnisse zeigen, wie auch schon in McNally et al. (1995) Studie, dass Personen mit PTSD weniger spezifische Erinnerungen abrufen können, als Personen ohne PTSD. Weiteres wurde die Hypothese bestätigt, dass Bilder mehr spezifische Erinnerungen hervorrufen als Wörter.

OGM korreliert mit einer Veränderung der Selbstwahrnehmung nach einem Trauma und mit der Aufrechterhaltung einer PTSD.

Viele Studien welche OGM und PTSD untersuchten, sind nicht völlig schlüssig und beweiskräftig da (1) es manchmal nicht klar definiert war, ob die Probanden ähnliche Traumata von der gleichen Ernsthaftigkeiten erlebt haben; (2) die PTSD Personen und die nicht – PTSD Personen unterschieden sich manchmal in einigen Punkten (z.B.: Alkoholkonsum, Depression), welche mit dem OGM zusammenhängen und beeinflussen (Schönfeld & Ehlers, 2006). Dunmore und Ehlers haben herausgefunden, dass Opfer eines Angriffs mit PTSD Defizite im autobiographischen Erinnerungsstil aufweisen im Gegensatz zu Opfern ohne PTSD. Aber sie haben auch herausgefunden, dass sich die zwei Gruppen in der Variable Erziehung unterscheiden. Es bleibt unklar wie robust die Ergebnisse von den Studien sind und welche Rolle OGM bei der PTSD spielt (Schönfeld & Ehlers, 2006).

8.8 Mögliche Beziehung zwischen OGM, Symptomen und Kognitionen von PTSD

Wenn OGM zum Teil verantwortlich ist für die Veränderung der Selbstwahrnehmung, wird angenommen, dass OGM auch korreliert mit Selbstbewertung und mit der Bewertung der Zukunft. OGM korrelierte mit weniger Problemlösefähigkeit (Evans, Williams, O'Loughlin, & Howells, 1992). Die American Psychiatric Association (1994) nimmt ebenso an, dass OGM mit einer verkürzten Zukunft und Hoffnungslosigkeit zusammenhängt (Schönfeld & Ehlers, 2006).

In der Literatur werden viele unterschiedliche Mechanismen von OGM diskutiert. Einige Autoren sind der Meinung, dass ein Zusammenhang zwischen OGM und intrusiven Erinnerungen besteht. Kuyken und Brewin (1995) und Brewin, Reynolds und Tata (1999) meinen, dass Intrusionen und die Anstrengung diese zu vermeiden, vielleicht das Verstehen und die Durchführung des AMT behindern. Die Forscher berichten signifikante Beziehungen zwischen OGM, Intrusionen und Vermeidungssymptome (Schönfeld & Ehlers, 2006). Jedoch nicht alle Studien gelangten zu diesen Ergebnissen (Hermans et al. 2004). Es ist möglich, dass Intrusionen den Abruf spezifischer Information und Teile von Traumaerinnerungen, welche noch nicht in das autobiographische Gedächtnis integriert sind, behindern (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Während einer intrusiven Traumaerinnerung ist es schwer simultan zu anderen autobiographischen Informationen zuzugreifen. Michael, Ehlers, Halligan & Clark, 2005 fanden in einer Studie heraus, dass intrusive Erinnerungen eine PTSD vorher-sagen.

8.9 Spezifität von episodischer und semantischer autobiographischer Gedächtnisleistung

Moradi, Herlihy, Yasseri, Shahraray, Turner und Dalgleish (2006) führten 2 Studien durch. Die erste Studie untersuchte 24 Flüchtlinge aus dem Kosovo und 13 aus Bosnien, welche eine PTSD entwickelt haben. Davon waren 19 Männer und 18 Frauen. Den Personen wurde der AMT vorgegeben und sie mussten spezifische episodische autobiographische Erinnerungen abrufen. Die Ergebnisse zeigten, dass der Abbau der Spezifität der Erinnerungen assoziiert wird

mit flashbacks, aber mit einer verminderten Vermeidung, um Trauma bezogene Intrusionen, zu verarbeiten. Die zweite Studie überprüfte den Abruf semantischer autobiographischer Information von früheren Lebensperioden von Krebsüberlebenden mit PTSD und einer gesunden Kontrollgruppe. 28 Personen waren Krebsüberlebende und weitere 28 waren gesunde Personen. Die Krebsüberlebenden konnten weniger spezifische Erinnerungen über ihre persönliche Vergangenheit nennen als die Kontrollgruppe.

8.10 System der Selbstdefinierten Erinnerungen

Conway und Pleydell-Pearce (2000) stellten ein Model, welches drei Levels beinhaltet, auf. Das höchste Level wird bezeichnet als das „*Lifetime periods*“. Es beinhaltet länger anhaltende Erinnerungen mit verschiedenen Start und Endpunkten. Z.B.: Als ich in Cambridge wohnte,...

Das mittlere Level bezeichnen sie als „*general event*“. Dazu werden wiederholende Ereignisses (jeden Morgen zur Arbeit fahren) aber auch einzelne Ereignisse (Mein Urlaub in Ägypten) gezählt.

Das niedrigste Level nennen sie auch „*event-specific-knowledge*“ (ESK). Dieses unterscheidet sich von den anderen Stufen durch spezifischere Erinnerungsinhalte wie visuelle Bilder, Sinneswahrnehmungen von besonderen Ereignissen (Williams et al., 2007).

8.10.1 *Lifetime periods – Lebensabschnittsperioden*

Lebensabschnitte sind zum Beispiel „wie ich in der Schule war; als ich auf der Universität war; als die Kinder klein waren; als ich in Y wohnte“. Lebensabschnittsperioden repräsentieren alltägliche, bekannte Situationen, Aktivitäten, Pläne, Ziele, Charakteristika von einer bestimmten Periode. Lebensabschnittsperioden beinhalten ebenso eine bestimmte zeitliche Periode mit ihrem Anfang und Ende, obgleich diese oft eher unscharf sind als diskret. Der Inhalt einer Lebensabschnittsperiode repräsentiert thematisches Wissen über alltägliche Besonderheiten dieser bestimmten Periode, wie auch zeitliches Wissen über die Dauer der Periode. Weiters kann sich ein bestimmter Lebensabschnitt aus mehreren Lebensperioden zusammensetzen und überschneiden. Zum Beispiel,

überschneidet sich die Zeit während man in einer bestimmten Stadt X mit Person Y wohnt, arbeitet man bei einer Firma Z. Das thematische Wissen über diese zwei Perioden, welche sich überschneiden, ist jedoch in unterschiedlichen Parten des autobiographischen Wissens registriert (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Lebensabschnittsperioden sind thematisch verbunden mit höherstehenden Themen wie Arbeit, Beziehung. Es gibt Beweise, dass Personen ihre Einstellungen und Haltungen über ihre Perioden im Leben formen (z.B.: Das war eine Zeit wo alles schief ging).

8.10.2 General Events – Generelle Ereignisse

General Events sind auf der einen Seite mehr spezifisch, doch auf der anderen Seite auch mehr heterogen als Lifetime Periods. General events umfassen wiederholende Ereignisse (jeden Abend gehe ich über die Wiese) und einzelne Ereignisse (meine Reise nach Paris...) (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Robinson (1992) meinte, dass general events ganze Serien an Erinnerungen, verbunden mit einem Hauptthema, umfassen. Er nennt diese Serien an Aktivitäten „mini-histories“ wie zum Beispiel Auto fahren lernen oder die erste romantische Beziehung. „Mini-histories“ besitzen sehr lebhaftere Erinnerungen. Alle an der Studie von Robinson (1992) Beteiligten hatten sehr lebhaftere Erinnerungen zum Beispiel über ihren ersten Kuss. Robinson meint, dass diese ersten Erinnerungen sehr wichtig sind und dazu dienen, die Wesensart zu determinieren (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Brown und Schopflocher (1998) demonstrieren, wenn eine Erinnerung verwendet wird, wird der Abruf einer zweiten entschlüsselt und dann werden alle eindrucksvollen Erinnerungen einer Gruppe zugänglich. Dieses Level des autobiographischen Wissens wurde schon viel erforscht und das besondere Merkmal dieses Levels ist, wie schon erwähnt, die sehr lebendigen Erinnerungen (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

8.10.3 Event-specific Knowledge (ESK) – Ereignisspezifisches Wissen

Es ist die Erinnerung an sehr spezifische kurze Ereignisse, welche in Sekunden, Minuten oder Stunden erfolgten (Conway, 1996). Studien haben herausgefunden, dass Bilder und Symbolik ein genereller Prädiktor für Erinnerungsspezifität ist (Williams, Healy & Ellis, 1999). Eine besondere Form sind die flashbulb memories. Die extremste Form von flashbulb memories (sehr lebhaftere, bildliche Erinnerungen) die nach einem erlebten Trauma auftreten, sind die intrusiven

Erinnerungen mit sehr spezifischen Details. Dies ist sehr oft in der Störung PTSD vorhanden. Anderson und Conway (1993) fanden heraus, dass Ereignisdetails über zwei Wege zugänglich sind. (1) Ein ausgeprägtes thematisches Detail wird als erstes abgerufen und andere Details werden nach und nach zugänglich. (2) Das Wissen wird sequentiell zugänglich. Von der ersten aufgetretenen Aktivität bis zur letzten.

8.10.4 Der Abruf von Erinnerungen

Der Abruf von spezifischen autobiografischen Erinnerungen erfolgt, wenn die Wissensbasis in einen stabilen Zustand wandert und gleichzeitig eine Aktivierung der gespeicherten Abbildungen in „ESK“, „general event“ und „lifetime periode“ levels erfolgt (Williams et al., 2007).

Die Aktivierung kann über zwei Prozesse erzeugt werden. Durch *generatives Abrufen* oder durch eine spontane Form von *direktem Abruf*. Das generative Abrufen funktioniert Top-Down (von oben nach unten) und bindet verbale Repräsentationen mit ein (Williams et al., 2007).

Die erste Stufe von generativem Abruf inkludiert Elaboration von Gedächtnishilfen anhand von verbalen Assoziationen. Diese ist die Basis für das Abtasten und die Suche von Erinnerungen. Die Level „lifetime period“ und „general event“ sind leicht zu aktivieren und sind der gebräuchlichste Teil vom Erinnerungssystem. Die Aktivierung dehnt sich von einem „general event“ zu einem benachbarten „general event“ aus und von einem einzigen „general event“ werden eine Vielfalt von ESK aktiviert. Es sind überwachende exekutive Prozesse nötig um die Aktivierung von irrelevanten Informationen zu hemmen (Williams et al., 2007).

Beim direkten Abruf werden durch internale oder umweltbedingte Prozesse ESK aktiviert. Nach dem Modell von Conway und Pleydell-Pearce (2000) ist ein ESK nur mit einem „general event“ verbunden und dieses ist wiederum nur mit einem „lifetime period“ verbunden. Dies hat zur Folge, dass weniger hemmende exekutive Prozesse von Nöten sind.

Conway und Pledell-Pearce (2000) bezeichnen autobiografische Erinnerungen als ein „self-memory system“ mit zwei Funktionen: aufrechterhaltende adaptive

Übereinstimmung und die Absicherung der Selbst-Kohärenz (Entwicklung eines Selbst und einer Lebensgeschichte, welche konsistent mit den individuellen Werten und Zielen ist).

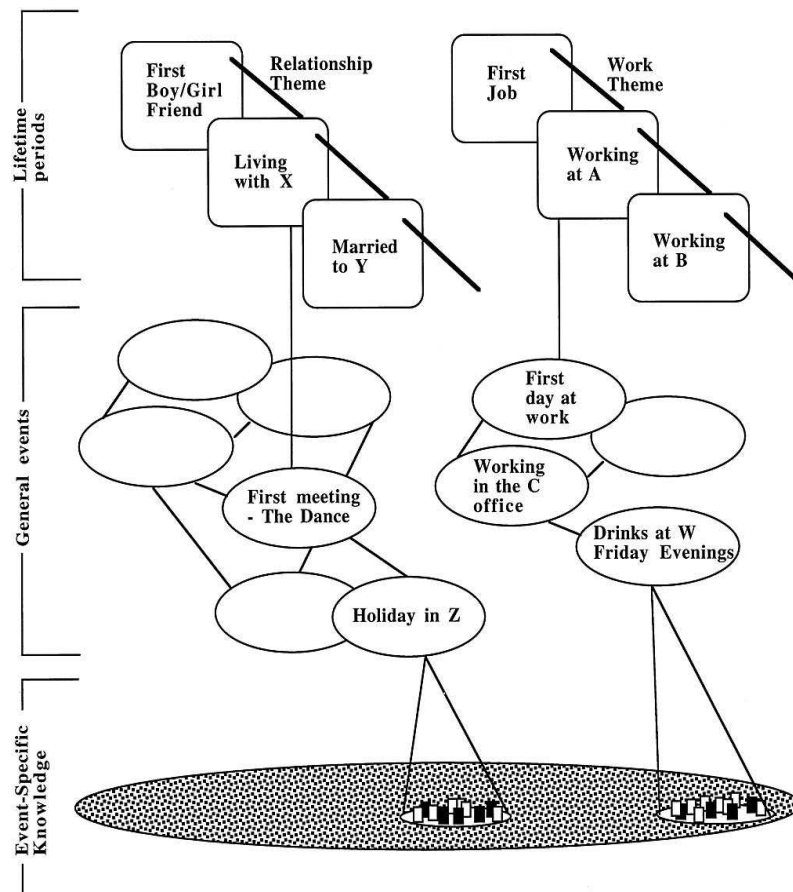


Abbildung 1: Hierarchische Wissensstrukturen in der autobiographischen Wissensbasis (aus Conway, 1996, S. 68).

Conway und Pleydell-Pearce (2000) meinen, dass übergenerelle Erinnerungen dann entstehen, wenn Personen den „Generativen Abruf“ (Top-Down Abruf) an einem zu hohen Level (general level) abbrechen. Das bezeichnen die Autoren als „dysfacilitation“. Conway und Pleydell-Pearce bezeichnen diesen frühzeitigen Abbruch als eine passive Vermeidungsreaktion. Erinnerungen einer Person bleiben auf dem general level stecken, gefangen im „mnemonic interlock“.

8.11 Kognitive Modelle

Die kognitiven Modelle nehmen an, dass Individuen bereits vor dem Trauma vorhandene Einstellungen und Überzeugungen über die Welt haben. Ein traumatisches Erlebnis bildet neue Informationen, welche inkompatibel zu den bereits vorhandenen Modellen über die Welt sind. Erfolgreicher Informationsprozess erfolgt, wenn die neue Information in das bereits existierende Modell integriert wird. Nicht erfolgreicher Prozess erfolgt, wenn die neue Information nicht angepasst an das bereits vorhandene Modell werden kann. In diesem Fall kann es zu PTSD führen (Brewin, Dalgleish, Joseph, 1996).

8.11.1 *Horowitz Theorie vs. Foa Theorie*

Bei den kognitiven Theorien von PTSD gibt es zwei verschiedene Ansätze. Die sozial-kognitive Theorien von Horowitz und Janoff-Bulman. Diese betonen den Einfluss von Traumata auf das individuelle Leben und behandeln die massive Neuanpassung nach einem Trauma und die Integration von traumatischen Erlebnissen in die bereits existierenden Ansichten über die Welt. Im Gegensatz dazu gibt es die Information-Prozess Theorie von Foa und Kollegen. Deren Mittelpunkt ist es, wie sich die Traumata bezogene Information im kognitiven System abbilden und wie der anschließende Prozess abläuft (Brewin, Dalgleish, Joseph, 1996).

8.12 Doppel Repräsentationstheorie

Die Doppel Repräsentationstheorie beleuchtet PTSD als einen nicht erfolgreichen Adaptionsprozess an das Trauma. Die Theorie nimmt an, dass der Mensch nach einem Trauma zwei Arten von Erinnerungen besitzt. Die verbal zugängliche und die automatisch zugängliche Komponente. Diese zwei unterschiedlichen Erinnerungsstile werden verwendet, um das komplexe Phänomen der PTSD, das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses und der emotionalen Prozesse, zu erklären (Brewin, Dalgleish, Joseph, 1996).

9 Zusammenhang zwischen autobiographischer Erinnerungsleistung und den Copingstilen

Viele Studien meinen, dass eine verminderte autobiographische Erinnerungsleistung als Regulationseffekt dient. Die Studie von Hermans, Defranc, Raes, Williams und Eelen (2005) versuchte die Beziehung zwischen autobiographischer Erinnerungsspezifität und vermeidenden Copingstil zu untersuchen. 60 Studenten wurde der AMT und Copingfragebögen vorgelegt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer verringerten Erinnerungsspezifität und dem vermeidenden Copingstil besteht.

Die Studie von Geraerts, Merckelbach, Jelicic und Smeets (2005) untersuchte insgesamt 160 Studenten in Holland. Diese wurden aus einem Pool von 409 Studenten aufgrund der Ergebnisse einer Angstskala (Taylor manifest anxiety scale) und einer Sozialerwünschtheitsskala ausgewählt (Marlowe-Crowne social desirability scale). Die Beteiligten wurden in vier Gruppen aufgeteilt: Unterdrücker, wenig Ängstlichen, viel Ängstlichen, defensiv hohen Ängstlichen. Es wurde untersucht, ob vermeidende Personen (N=40) besser dazu fähig sind positive und ängstliche autobiographische Gedanken zu unterdrücken, als Personen mit wenig Angst (N=40), mit viel Angst (N=40) und Personen mit defensiv hoher Angst (N=40). Die Personen wurden unverzüglich (T0) getestet und nach 7 Tagen erneut (T1). Vermeidende Personen erzählten zum Zeitpunkt T0 von weniger ängstlichen Gefühlen und Ereignissen als alle anderen 3 Gruppen. Jedoch nach 7 Tagen, zum Zeitpunkt T1, hatten vermeidende Personen viel mehr intrusive Gedanken über ängstliche Ereignisse als alle anderen Gruppen. Die Ergebnisse demonstrieren, dass vermeidendes Coping in einer kurzen Zeit adaptiv wirkt, aber über längere Zeit jedoch kontraproduktiv.

Bis dato gibt es noch wenige Studien die sich mit dem Zusammenhang zwischen autobiographischem Gedächtnis und den unterschiedlichen Copingstilen befassen. Ebenso wurde noch kaum, der Einfluss des Persönlichkeitsmerkmals Flexibilität auf das autobiographische Gedächtnis, erforscht. Die vorliegende

Studie hat sich zum Ziel gemacht, diese noch weitgehenden offenen Fragestellungen an traumatisierten, alten Personen zu untersuchen.

10 Traumatische Erfahrungen bei älteren Menschen

Eine Sichtweise ist, dass ältere Leute schwächer sind und weniger Ressourcen haben um ein Trauma zu verarbeiten als jüngere Menschen und sie weniger anpassungsfähig sind. Ältere Leute sind eher rigide und verwenden eher regressive Mechanismen um mit einem Trauma umzugehen (Solomon & Ginzburg, 1999).

Studien zeigen, dass ältere Personen eher an Depression nach einem traumatischen Ereignis leiden (McNaughton, Smith, Patterson & Grant, 1990) und weniger die Lebensqualität wahrnehmen, vermehrt Beruhigungsmittel nehmen und schlechtere Abwehrmechanismen haben (Solomon & Grinzburg, 1999).

Eine andere Sichtweise meint, dass ältere Personen resilienter sind als junge Menschen. Studien zeigen, dass sich ältere Menschen besser nach einem Trauma anpassen als junge Menschen (Bolin & Klenow, 1988). Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Leute weniger Angst, Sorgen und Verzweiflung und mehr positive Emotionen wie Behagen, Fröhlichkeit und Sicherheit aufweisen (Solomon & Ginzburg, 1999).

Eine dritte Sichtweise meint, dass Verletzbarkeit und Resilienz nicht altersbezogen sind. Studien zeigten, dass es keine Unterschiede bezüglich Sorgen, Angst, Depression, Vermeidung, Schlafstörungen, Albträume und Intrusionen nach einem Trauma gibt (Ollendick & Hoffmann, 1982).

Die Forscher kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen. Die Ursachen könnten sein: Unterschiedliche untersuchte Traumaarten und unterschiedliche Versuchsbedingungen und Methoden. Es ist sicher sehr wichtig bei älteren Menschen den Faktor soziale Unterstützung oder Partnerschaft zu berücksichtigen und den Einfluss zu untersuchen. Da dieser bei vielen älteren Personen zu bröckeln anfängt, immer mehr schwindet und eventuell, wie Kruse und Schmitt meinen (1999), lang zurückliegende Belastungen wieder aufleben lassen und eine verzögerte PTSD auslösen.

10.1 Exposition, Resource, Inoculation, Burden Perspektive

Thompson, Norris und Hanacek (1993) stellten 4 Annahmen auf, die sie anhand von Traumatisierungen nach einer Naturkatastrophe erklärten.

- Exposition Perspektive
- Resource Perspektive
- Inoculation Perspektive
- Burden Perspektive

Die Exposition und Resource Perspektive besagen, dass das Ausmaß eines psychologischen Traumas mit dem Alter ansteigt. Die Traumatisierung im höheren Alter geht mit ernstzunehmenden Symptomen einher. Die Resource Perspektive beinhaltet, dass ältere Personen limitierte Copingfähigkeiten besitzen und somit die posttraumatische Symptomatik ein größeres Ausmaß annimmt. Diese Annahme beinhaltet auch, dass ältere Personen weniger soziale und finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben (Phifer, 1990).

Die Inoculation Perspektive besagt nun im Gegensatz zu der Resource Perspektive, dass ältere Menschen höhere Copingfähigkeiten haben, da sie mehr Lebenserfahrungen mitbringen.

Die Burden Perspektive meint, dass Personen im mittleren Alter die größten Ausmaße an psychologischen Störungen nach einem Trauma zeigen, da Personen im mittleren Alter sehr viel Verantwortung tragen müssen.

Die Ergebnisse von Thompson et al. (1993) bei Tornado-Opfer im Alter von 18 bis über 60 Jahren bestätigten die Burden Perspektive. Personen im mittleren Alter litten unter höchstem Stresslevel.

Thompson et al. haben in dieser Studie nicht zwischen den PTSD-Symptomen, Intrusion, Übererregung und Vermeidung unterschieden. Ableitend von diesen Perspektiven wäre für die Forschung von Nutzen, wenn untersucht würde ob ältere Personen limitierte Copingfähigkeiten besitzen (Resource Perspektive) oder höhere Copingfähigkeiten aufweisen (Inoculation Perspektive) durch ihre Lebenserfahrung, als jüngere Menschen.

10.2 PTSD Arten

Bei älteren Menschen ist es sinnvoll zwischen 3 PTSD Arten zu unterscheiden:

- Chronische PTSD: beruht auf frühere Traumata. Aufgrund der biographischen Bedingungen der heute lebenden älteren Menschen sind die Trauma spezifische Kriegs- und Vertreibungserlebnisse bis hin zu rassistisch motivierten Verfolgungserlebnissen überlebender KZ-Häftlinge (Maercker & Zöllner, 2002).
- Aktuelle Traumata und PTSD: im höheren Lebensalter erlebte Trauma (Maercker & Zöllner, 2002).
- Verzögerte PTSD: Patienten berichten, dass sie über Jahre und Jahrzehnte störungsfrei waren und erst im höheren Alter die belastenden Erinnerungen wiederkommen (Solomon & Ginzburg, 1999). Die Ursache sehen Kruse und Schmitt (1999) darin, Verlust des Partners und Freisetzung aus sozialen Rollen.

Ein lang zurückliegendes Trauma wird im höheren Alter einer anderen Bedeutung zugeschrieben als in früheren Lebensabschnitten (Hyer und Sohnle, 2001).

Durch die Änderung der Gedächtnisorganisation- und Funktion im Laufe des Alters, unterscheidet sich somit die PTSD im Alter von einer PTSD in anderen Lebensphasen. Ältere Menschen hängen oft Erinnerungen nach. Das selektive Erinnern als bevorzugter Erinnerungsstil führt möglicherweise dazu, Lebensphasen in der das Trauma passiert ist, mental auszusparen. Eine PTSD bedingte geringe Kohärenz der Erinnerungen an das Trauma kann von der betroffenen Person als „nachlassendes Gedächtnis“ angesehen werden. Es kann passieren, dass dadurch das Trauma weniger Angst und Affekt besetzt ist. Das Trauma wird als Schicksalsschlag erlebt (Maercker & Zöllner, 2002).

Es liegen noch nicht viele direkte Untersuchungen zu altersspezifischen Merkmalen der PTSD vor. Jedoch folgende Prozesse werden genannt, die zu einer veränderten Traumabewältigung bzw. veränderten Umgang mit PTSD-Symptomen bei älteren Menschen führen könnten. Die zunehmende Erfahrung der Einsamkeit bei älteren Menschen könnte das traumabedingte Entfrem-

dungsgefühl relativieren, sowie traumabedingte Ein- und Durchschlafstörungen können als zwangsläufiges Altersphänomen angesehen werden. (Maercker & Zöllner, 2002).

Laut den oben angeführten Theorien von Maercker und Zöllner (2002) kommt es zu einer veränderten Traumabewältigung und einem veränderten Umgang mit PTSD-Symptomen im Alter. Viele ältere Personen begründen typische PTSD-Symptome durch zwangsläufige Alterserscheinungen. Ein wohl wesentlicher Punkt für zukünftige Forschungsarbeit wäre, zu untersuchen wie weit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und autobiografische Erinnerungen traumabedingt oder altersbedingt sind.

II Empirischer Teil

11 Ziel der Untersuchung

11.1 Untersuchungsziel

Der Forschungsbereich ist das Trauma, die Posttraumatische Belastungsstörung und das autobiographische Gedächtnis im hohen Alter. Menschen im hohen Alter im Zusammenhang mit dem autobiographischen Erinnerungen und traumatischen Erfahrungen wurden noch wenig genau in der Forschung untersucht.

Diese Arbeit baut auf die Diplomarbeit von Mag. Sophie Pfaffstaller (2007) auf, welche zu einigen neuen unerwarteten Ergebnissen gelangte. Sie stellte fest, dass sich traumatisierte Personen ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt zu haben, spezifischer erinnern konnten, als die Gruppe der Unbelasteten und die Gruppe der traumatisierten Personen ohne einer PTSD.

Ziel der Studie ist es, herauszufinden, ob unterschiedliche Copingstrategien und Attributionstile, das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und Schuldzuschreibungen nach einem erlebten traumatischen Ereignis dazu beitragen einen spezifischen oder einen übergeneralisierten Erinnerungsstil zu entwickeln.

Die folgende empirische Untersuchung wurde in zwei Diplomarbeiten bearbeitet. Für beide Diplomarbeiten wurde derselbe Datensatz verwendet, jedoch wurden unterschiedliche Fragestellungen bearbeitet und untersucht.

In der vorliegenden Arbeit wurde genauer auf das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität / Rigidiät und auf die unterschiedlichen Copingstile im Zusammenhang mit der autobiographischen Erinnerungsleistung eingegangen. Meine Kollegin Magda Starzer (2009) behandelt in ihrer Diplomarbeit genauer die Themen Attributionsstile und Schuldzuschreibung im Zusammenhang mit dem autobiographischen Gedächtnis.

11.2 Hypothesengenerierung

Die vorliegende Studie baut auf Maerckers (2003) multifaktoriellen Rahmenmodell auf, welches Risiko-, Schutz- und Aufrechterhaltungsfaktoren beinhaltet. In der Untersuchung wurde spezifisch auf einige mögliche Risiko- und Schutzfaktoren wie Copingstile und das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität eingegangen.

Einige Faktoren des multifaktoriellen Rahmenmodell wurden erhoben und in Verbindung mit der spezifischen autobiographischen Gedächtnisleistung gesetzt, da einige Studien zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen übergene-
rellen Erinnern und einer PTSD besteht (Williams et al., 1986; Kangas et al.,
2005; Pfaffstaller, 2007).

11.3 Fragestellungen

1. Besteht ein Unterschied zwischen den 3 Gruppen im autobiographischen Er-
innerungsstil? (Personen ohne Traumaerfahrung, mit Traumaerfahrung, Trau-
maerfahrung und PTSD). Hat das Traumaerlebnis Einfluss auf die autobiogra-
phische Erinnerungsleistung von alten Menschen? Und verursachen PTSD
Symptome ähnliche Unterschiede in der autobiographischen Erinnerungslei-
tung von alten Menschen?
2. Werden die drei Copingstile (Problemorientiert, Emotionsorientiert, Vermei-
dend) von alten Personen vom characterological self-blame beeinflusst?
3. Werden die zwei Copingstile (Akkommodatives, Assimilatives) von alten Per-
sonen vom characterological self-blame beeinflusst?
4. Werden die drei Copingstile (Problemorientiert, Emotionsorientiert, Vermei-
dend) von alten Personen vom behavioral self-blame beeinflusst?
5. Werden die zwei Copingstile (Akkommodatives, Assimilatives) von alten
Personen vom behavioral self-blame beeinflusst?

6. Wird die autobiographische Erinnerungsleistung von alten Personen durch die drei Copingstile und die unterschiedlichen Attributionsstile (Kontrollüberzeugung, Stabilität, Globalität) beeinflusst?

7. Wird die autobiographische Erinnerungsleistung von alten Personen durch die zwei Copingstile und die unterschiedlichen Attributionsstile (Kontrollüberzeugung, Stabilität, Globalität) beeinflusst?

8. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der autobiographischen Erinnerungsleistung von alten Personen und der Variable Depression? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den drei Subskalen des AMT (aggressiv, depressiv, positiv) und dem Vorliegen einer Depression?

9. Unterscheiden sich Männer und Frauen im höheren Alter in der autobiographischen Erinnerungsleistung? Unterscheiden sich Männer und Frauen in den drei Subskalen des AMT?

10. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der spezifische Erinnerungsleistung und der Anzahl der erlebten Traumata? Werden die drei Subskalen des AMT von der Anzahl der erlebten Traumata beeinflusst?

11. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Arte des Traumas (man-made) und den drei Subskalen des AMT?

12. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Arte des Traumas (nature-made) und den drei Subskalen des AMT?

13. Unterscheiden sich die drei Gruppen (Personen mit PTSD, Personen ohne PTSD, Unbelastete) im Ausmaß der Ausprägung einer Depression?

14. Besteht ein Zusammenhang zwischen der autobiographischen Erinnerungsleistung von alten Personen und dem akkommodativen Copingstil? Besteht ein Zusammenhang zwischen den drei Subskalen des AMT und dem akkommodativen Copingstil?

15. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der autobiographischen Erinnerungsleistung von alten Personen und dem assimilativen Copingstil? Besteht ein Zusammenhang zwischen den drei Subskalen des AMT und dem assimilativen Copingstil?

16. Besteht ein Zusammenhang zwischen der autobiographischen Erinnerungsleistung von alten Personen und dem problemorientierten Copingstil? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den drei Subskalen des AMT und dem problemorientierten Copingstil?

17. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der autobiographischen Erinnerungsleistung von alten Personen und dem emotionsorientierten Copingstil? Hängen die drei Subskalen des AMT mit dem emotionsorientierten Copingstil zusammen?

18. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der autobiographischen Erinnerungsleistung von alten Personen und dem vermeidenden Copingstil? Besteht ein Zusammenhang zwischen den drei Subskalen des AMT und dem vermeidenden Copingstil?

19. Besteht ein Zusammenhang zwischen der autobiographischen Erinnerungsleistung von alten Personen durch das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den drei AMT-Subskalen und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität?

20. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität?

11.4 Hypothesen und Variablen

1. HO: Es besteht kein Unterschied zwischen den drei Gruppen (traumatisierte Personen mit PTSD, traumatisierte Personen ohne PTSD und die unversehrte Gruppe) im autobiographischen Erinnerungsstil.

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen den drei Gruppen (traumatisierte Personen mit PTSD, traumatisierte Personen ohne PTSD und die unversehrte Gruppe) im autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Trauma Erlebnis, PTSD Symptome

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität

N: Alle

2. H0: Characterological self-blame hat keinen Einfluss auf die 3 Copingstile (Vermeidung, Problemorientiert, Emotionsorientiert).

H1: Characterological self-blame hat einen Einfluss auf die 3 Copingstile (Vermeidung, Problemorientiert, Emotionsorientiert).

UV: Characterological Self-blame

AV: 3 Copingstile

N: Alle

3. H0: Characterological self-blame hat keinen Einfluss auf die 2 Copingstile (Assimilativ, Akkommodativ)

H1: Characterological self-blame hat einen Einfluss auf die 2 Copingstile (Assimilativ, Akkommodativ)

UV: Characterological Self-blame

AV: 2 Copingstile

N: Alle

4. H0: Behavioral self-blame hat keinen Einfluss auf die 3 Copingstile

H1: Behavioral self-blame hat einen Einfluss auf die 3 Copingstile

UV: Behavioral Self-blame

AV: 3 Copingstile

N: Alle

5. H0: Behavioral self-blame hat keinen Einfluss auf die 2 Copingstile

H1: Behavioral self-blame hat einen Einfluss auf die 2 Copingstile

UV: Behavioral Self-blame

AV: 2 Copingstile

N: Alle

6. H0: Die 3 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

H1: Die 3 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben einen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

UV: 3 Copingstile und 3 Attributionsstile

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: Alle

7. H0: Die 2 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

H1: Die 2 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben einen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

UV: 2 Copingstile und 3 Attributionsstile

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: Alle

8. H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der spezifischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Depression und dem autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Depression

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: Alle

9. H0: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsspezifität.

H1: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsspezifität.

UV: Geschlecht

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: Alle

10. H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der spezifischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der spezifischen Erinnerungsleistung.

UV: Anzahl der Traumata

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: 2 Gruppen (Trauma & PTSD; Trauma ohne PTSD)

11. H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (man-made) und den 3 AMT Subskalen.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (man-made) und den 3 AMT Subskalen.

UV: Art des Traumas

AV: 3 AMT Subskalen

N: 2 Gruppen (Trauma & PTSD; Trauma ohne PTSD)

12.H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (nature-made) und den 3 AMT Subskalen.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (nature-made) und den 3 AMT Subskalen.

UV: Art des Traumas

AV: 3 AMT Subskalen

N: 2 Gruppen (Trauma & PTSD; Trauma ohne PTSD)

13.H0: Die 3 Gruppen unterscheiden sich nicht in den Depressionsscores.

H1: Die 3 Gruppen unterscheiden sich in den Depressionsscores.

UV: 3 Gruppen

AV: Depressionsscores

N: Alle

14.H0:Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem akkommodativen Copingstil und der autobiographische Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem akkommodativen Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: akkommodativer Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

15.H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem assimilativen Copingstil und der autobiographische Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem assimilativen Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: assimilativer Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

16.H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem problemorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem problemorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: problemorientierter Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

17.H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem emotionsorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem emotionsorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: emotionsorientierter Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

18.H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem vermeidenden Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem vermeidenden Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: vermeidender Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

19.H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

20.H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität.

UV: Alter

AV: Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität

N: Alle

12 Beschreibung der Stichprobe

Die Zielgruppe sind Personen über 60 Jahre, die in jüngeren Jahren sowie im Alter ein Trauma erleiden mussten.

Maercker (2002) bezeichnet das Lebensalter 60 – 75 Jahre als Belle Epoque und das Alter ab 76 Jahren beschreibt er als Zeitalter mit dem Trauerflor. Diese Studie basiert auf dieser Altersunterteilung und wählt ihre Zielgruppe ab 60 Jahren, jedoch wird keine Altersunterteilung in diesen zwei Gruppen vorgenommen.

12.1 Stichprobenumfang

Der Stichprobenumfang beträgt 100 Personen. Eine Stichprobengröße von 100 kann als repräsentativ angesehen werden, aufgrund der Bayes Statistik ist ein n von 30 nötig.

Die Daten wurden erfasst in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und im Burgenland in Pensionistenheimen, Altersresidenzen und Privat. Es handelt sich um eine natürlich gewachsene Stichprobe, woraus sich ergeben hat, dass durch die natürlichen Gegebenheiten im Alter mehr Frauen als Männer an der Testung teilgenommen haben.

12.2 Stichprobenaufteilung

In dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Es wurde das aktuelle Befinden der betroffenen Personen erhoben. Es handelt sich bei dieser Studie, durch das erlebte Trauma oder nicht erlebte Trauma, um eine natürlich gewachsene Stichprobe.

Die Stichprobe wird in 3 Gruppen gegliedert. Unbelastete Personen, traumatisierte Personen mit PTSD Symptomen und traumatisierte Personen ohne PTSD Symptomen. Wie im Vorfeld der Studie vermutet wurde, bestätigte sich, dass die Gruppe der Unbelasteten – die kein Trauma erlebt haben - sehr klein ist und dass mehr Frauen als Männer an der Testung teilgenommen haben.

Personen mit Trauma unterteilen sich in 2 Gruppen:

VG1: 82 Personen, welche ein oder mehrere Traumata erlebt haben und keine PTSD entwickelt haben (Kriterien für eine PTSD nach ICD 10 nicht erfüllt).

VG2: 12 Probanden, welche ein oder mehrere Traumata erlebt haben und eine PTSD ausgeprägt haben.

KG: 6 Personen, welche keinem traumatischen Erlebnis ausgesetzt waren und somit unbelastet sind, bilden die Kontrollgruppe.

12.3 Ein - & Ausschlusskriterien

Die Personen dürfen keine Demenz aufweisen, da Schwierigkeiten beim erinnern an autobiographische Ereignisse und somit ihre gesamte autobiographische Gedächtnisleistung weder auf das Trauma noch auf die Depression zurückzuführen wäre.

Das Vorhandensein und das Ausmaß einer Depression wurden mit der Geriatrischen Depressionsskala erhoben. Probanden, welche an einer Depression leiden, werden nicht ausgeschlossen. Depression hat eine hohe Komorbidität mit PTSD (Friedmann, 2004). Daher beziehen wir den Einfluss der Depression in unserer Studie mit ein.

13 Methode

13.1 Untersuchungsinstrumente

1. Soziodemographische Daten
2. Mini Mental State Examination (MMSE)
3. Zehn-Wort-Merkliste
4. Autobiographischer Gedächtnistest (AMT)
5. Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ)
6. PTSD checklist civilian version (PCL-C)
7. Geriatrische Depressionsskala (GDS)
8. Test for Behavioral Rigidity (TBR-Fragebogen)
9. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)
10. Fragebogen zur Erfassung von Flexibilität der Zielanpassung und Tenazität der Zielverfolgung (TEN / FLEX)
11. ASF-E : Attributionsstilfragebogen für Erwachsene
12. Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen (PTCI)

13.1.1 Soziodemographische Daten

Um eine genaue deskriptive Analyse der Stichprobe vornehmen zu können und zu möglichen Schutz- oder Risikofaktoren zu gelangen, wurden einige soziodemographische Daten erfasst. Es wurde neben dem Alter und dem Geschlecht auch die höchst abgeschlossene Ausbildung und der derzeitige Berufsstand erhoben. Die Probanden wurden zu ihrer momentanen Lebens- & Wohnsituation befragt und ob sie verheiratet, verwitwet, ledig oder geschieden sind.

13.1.2 Minimal State Examination (MMSE)

Der Fragebogen ist von Folstein, M.F.; Folstein S.E.; McHugh, P.R.

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) ist ein Verfahren zur quantitativen Erfassung kognitiver Leistungseinbußen und dementiellen Erkrankungen bei älteren Personen. Der Fragebogen enthält ausschließlich kognitive Aspekte und keine Fragen zum emotionalen Zustand und zur Persönlichkeit der Person. Da bei älteren Personen, besonders wenn eine dementielle Erkrankung vorliegt, die Möglichkeit einer Mitarbeit nicht über lange Zeit zu erwarten ist, war es wichtig einen schnell durchführbaren Test zu entwickeln. Der Fragebogen ist ein Screening-Instrument und ist ein kurzes 5-10 minütiges Interview. Der Mini-Mental-Status-Test ersetzt keine neuropsychologische Testung. Der Fragebogen beinhaltet 11 Items, welche sich auf Orientierung, Aufnahmefähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechnen, Gedächtnis, Sprache, Ausführung einer Anweisung, Lesen, Schreiben und konstruktive Praxis beziehen.

Die Auswertung der Antworten erfolgt während der Testdurchführung durch einfache Addition der vergebenen Punkte. Insgesamt können maximal 30 Punkte erzielt werden. Ein Wert unter 20 wird von Folstein, Folstein und McHugh (1975) als Hinweis auf Demenz interpretiert. Die Reliabilität ist hoch. Folstein et al. (1975) geben einen Korrelationskoeffizient (Pearson) $r=.827$ an (wenn 2 Untersucher in 24 Stunden Abstand den Test verwendeten). Die Wiederholungszuverlässigkeit ist $r=.887$.

13.1.3 Zehn-Wort-Merkliste (mit Imagination-Einspeicherhilfe)

Diese Verfahren ist von Reischies, F.M; Kühl, K-P; Krebs, M. (2000). Die aus 10 Wörtern bestehende Merkliste ermöglicht eine differenzierte und zuverlässige Erfassung von episodischen Gedächtnisleistungen.

Es wird der Proband gebeten sich folgende 10 Wörter einzuprägen und später wieder zu nennen: Kartoffel, Brief, Meer, Uhr, Sessel, Foto, Wald, Polizist, Säugling, Katze. Die Aufgabe sich die Wörter zu merken wurde mit der Aufforderung zu dem jeweiligen Wort eine bildliche Vorstellung herzustellen verbunden. Es wurde vom Versuchsleiter gefragt, ob das jeweils genannte Wort grö-

ßer oder kleiner als ein gewöhnlicher Tisch ist. Durch den Größenvergleich wurde die bildliche Vorstellung über den Gegenstand hergestellt. Durch diese Bitte wurde eine visuelle bzw. räumlich-visuelle Vorstellung und somit eine Enkodierungshilfe geboten. Diese kann beim Abruf der Merkinhalte aus dem Gedächtnis herangezogen werden.

Die konkurrente Validität beträgt $r_{tc}=.75$. Untersuchungen an gesunden Personen liefern eine Stabilität $r_{tt}=.84$ und $r_{tt}=.86$.

13.1.4 Autobiographischer Gedächtnistest (AMT)

Der Fragebogen AMT geht auf eine Studie von Williams und Broadbent (1986) zurück. Zum AMT liegen keine Normen vor, jedoch gibt es eine genaue Vorgehensweise und einen Auswertungsschlüssel. Den Versuchspersonen werden 12 Reizwörter genannt zu welchen sie jeweils 90 Sekunden Zeit haben eine spezifische autobiographische Erinnerung, welche länger als 1 Jahr zurück liegt, zu finden. Die 12 Reizwörter setzten sich aus positiven, depressiven und aggressiven Wörtern zusammen. Die Abfolge der AMT-Reizwörter lautet nach Mackinger, Leibetseder und Fartacek (1999) wie folgt: freundlich (positiv), sinn-leer (depressiv), streitsüchtig (aggressiv), glücklich (positiv), deprimiert (depressiv), gefährlich (aggressiv), erfreulich (positiv), schwermütig (depressiv), wütend (aggressiv), angenehm (positiv), freudlos (depressiv), brutal (aggressiv). Die erste Erinnerung, die der Proband nennt, wird aufgeschrieben und gezählt.

Die AMT-Auswertung erfolgte nach folgenden Kriterien (Mackinger, Leibetseder, Fartacek, 1999): *No recall*, wenn keine Erinnerung genannt wurde, *specific recall*, wenn ein Ereignis erinnert wurde, welches innerhalb eines Tages und nicht regelmäßig erlebt wurde. *Categoric description* sind wiederholte Ereignisse aus einer zusammengehörenden Gruppe (Jeden Sommer fliege ich nach Rom) und bei *extended description* wurde ein Ereignis genannt welches länger als 1 Tag gedauert hat. Weiteres gab es noch Kategorien: nur *Orts- oder Personenangabe*, *nichtautobiographische Angaben* und wenn die *Erinnerung kürzer als 1 Jahr* her war.

Der Spezifitäts-Gesamtscore kann unterteilt werden in spezifische positive, aggressive und depressive Erinnerungen.

Der Fragebogen AMT wird vor dem PTSD Fragebogen vorgegeben, da sonst die Antworten auf das Trauma hin verzerrt wären.

13.1.5 Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ)

Der Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen wurde in der Originalversion von Kubany, E.S. (1995) entwickelt. Ins Deutsche wurde der Fragebogen von Teegen und Cizmic (2003) übersetzt.

Der Fragebogen ist eine Checkliste zur Selbstbeurteilung der erlebten traumatischen Erfahrungen in einem Leben. Er besteht aus 19 Items und fragt „vom Menschen evozierte“ Erlebnisse (z.B.: Kriegsgeschehnisse, sexuelle Misshandlungen) ab, wie auch „nicht vom Menschen verursachte“ Erlebnisse (z.B.: Naturkatastrophen, Tod einer nahestehenden Person). Die Checkliste erhebt ob und wie oft eine Situation erlebt wurde (Häufigkeit) und das Alter wann die traumatische Situation passiert ist, da die Anzahl der Traumata und Alter wann das Trauma erlebt wurde, oft in der Literatur als Risikofaktoren gelten. Ebenso wird befragt, welches der erlebten traumatischen Erlebnisse das Belastendste war.

Das Antwortformat besteht aus einer 7-stufigen Skala (nie erlebt, 1 x erlebt, mehr als 5 x erlebt).

Viele Reststudien mit verschiedenen Stichproben (Collegestudenten, misshandelte Frauen, Vietnamveteranen) und Traumaarten zeigten gute Retestreliabilitäten und ebenso konnte eine gute konvergente Validität erzielt werden.

13.1.6 PTSD checklist civilian version (PCL-C)

Die PCL-C wurde von Weathers, Litz, Huska, Herman und Keane (1993) in den USA (National Center of PTSD) verfasst. Mag. Pöll (2005) übersetzte den Fragebogen ins Deutsche und hat ihn neu validiert. Die Checkliste ist vielseitig einsetzbar und ist nicht auf eine spezielle Traumaart begrenzt. Sie ist ein ökonomischer Selbstbeurteilungsfragebogen. Die durchschnittliche Vorgabezeit beträgt fünf Minuten.

Der Fragebogen basiert auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV und beinhaltet 17 Items. Diese beziehen sich auf die 3 Symptomgruppen: (1) Wiedererleben, (2) Vermeidung / emotionale Taubheit, (3) Hyperarousal. Die ersten fünf Items messen die Symptome Wiedererleben, die darauffolgenden sieben erfassen Vermeidung / emotionale Taubheit und die letzten 5 messen Hyperarousal (Smith, Redd, DuHamel & Ricketts, 1999).

Auf einer fünfstufigen Likert-Skala werden die Probanden gebeten zu beurteilen, wie oft sie die beschriebenen Symptome im vergangenen Monat erlebt und als störend empfunden haben. Laut Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane (1993) beziehen sich die Fragen auf belastende Erfahrungen aus der Vergangenheit.

Es gibt mehrere Auswertungsmöglichkeiten. In dieser Studie wurde durch addieren ein Gesamtwert gebildet. Die Gesamtwerte der PCL können von Minimum 17 bis Maximum 85 reichen (Magruder, Frueh, Knapp, Johnson, Vaughan III, Carson, Powell & Herbert, 2004). Ab einem Cut-Off- Wert von 44 liegt eine PTSD in der Allgemeinbevölkerung vor.

Die Objektivität ist hoch und setzt sich aus der Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität zusammen.

Die Reliabilität von Pöll (2005) neu errechnet ist $\alpha=.87$ und um ein wenig niedriger als in der Studie von Weathers, Lith, Huska und Keane (1993) mit einer Reliabilität von $\alpha=.97$.

Die inhaltliche Validität ergibt sich aus den 17 Diagnosekriterien des DSM-IV und ist ausreichend gegeben. Da die Bearbeitungsdauer nur 5-15 Minuten beträgt, die Auswertung schnell und leicht ist, ist die Ökonomie des Fragebogens gegeben.

13.1.7 Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Die amerikanische Originalfassung stammt von Brink et al. 1982. Die GDS wurde übersetzt von einer Arbeitsgruppe "Geriatrisches Assessment" (Hofmann, Nikolaus, Pientka & Stuck, 1995). Bach et al. (1995) geben an, dass sich die Übersetzung eng an das Originalverfahren anlehnt.

Beantwortungsmodus und Cut-off-Werte wurden beibehalten. Die GDS ist ein Screeningverfahren und soll depressive Symptome bei älteren Menschen erfragen. Der Fragebogen ist mit seinen 15 Items in der Kurzversion ein sehr ökonomisches Verfahren. Die Items sind mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Es wird jeweils ein Punkt für eine Antwort in depressive Richtung vergeben. Es ergibt sich ein maximaler Wert von 15. Ab einem Cut-off Wert von 6 Punkten liegt eine Depression vor. Das Verfahren ist anzuwenden bei Personen ab 55 Jahren.

Die Split-Half Reliabilität (nach Spearman-Brown) beträgt laut einer Studie von Gauggel und Birkner (1999) $r_{tt}=0.90$. Die Innere Konsistenz hat ein Chronbach-Alpha von 0.91.

13.1.8 Test for Behavioral Rigidity (TBR-Fragebogen)

Die Originalversion wurde von Schai (1960) verfasst. Der TBR-Fragebogen wurde von Krampen, G. 1977 ins Deutsche übersetzt. Das Verfahren soll die behaviorale Rigidität bei Erwachsenen erfassen und ist ein vielseitig einsetzbares und ökonomisches Forschungsinstrument. Schai geht von 3 Dimensionen der behavioralen Rigidität aus. (1) Motorisch-kognitive Rigidität (2) Psychomotorische Geschwindigkeit (3) Persönlichkeitsbedingte-perzeptive Rigidität. Auf diesen dritten Subtest basiert dies hier beschriebene Verfahren. Krampen empfiehlt eine Anwendung des TBR-Fragebogens in pädagogisch-psychologischen

wie in klinisch-psychologischen Untersuchungen (z.B.: Gerontologie). Vom TBR-Fragebogen gibt es eine Langform (31 Items) und eine Kurzform (25 Items).

Der Fragebogen misst die Fähigkeit / Unfähigkeit einer Person neue Umgebungen, Veränderungen in bekannten ökologischen Situationen wahrzunehmen und sich darauf einzustellen.

Es gibt ein dichotomes Antwortformat (RICHTIG – FALSCH) und es wird bei der Auswertung ein ungewichteter Summenindex gebildet. Rang 62 bedeutet extrem Rigide und 31 ist extrem Flexibel.

Den Befragten wurde keine Zeitbeschränkung vorgegeben. Wurde ein Item mit „Richtig“ beantwortet, bekam die Person 2 Punkte, wurde ein Item mit „Falsch“ beantwortet, so erhielt die Person 1 Punkt.

Der Testhalbierungskoeffizient (Spearman / Brown) beträgt $r_{tt} = .77$ und der Wert für die korrigierte Interne Konsistenz beträgt $r_{tt} = .85$.

13.1.9 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

CISS –Coping Inventory for Stressful Situations ist in der Originalversion von Enderl & Parker (1990) und umfasst 48 Items. 1995 wurde das Verfahren von Kälin ins Deutsche übersetzt und auf 24 Items gekürzt. Die Vorgabe des Verfahrens ist ab 16 Jahren möglich.

Der Fragebogen misst folgende drei Copingstile.

(1) Problemorientiertes Coping: suchen nach einer Problemlösung gegen ein stressverursachendes Ereignis.

(2) Emotionsorientiertes Coping: bezieht sich auf die eigene Person, emotionale Reaktion

(3) Vermeidungsorientiertes Coping: Auseinandersetzung einer Stress-Situation wird aus dem Weg gegangen.

Die Fragen sind klar und eindeutig gestellt und die Bearbeitungsdauer ist etwa 10 Minuten.

Der interne Konsistenzkoeffizient (Cronbachs Alpha) ist für den Problemorientierten Copingstil $r=.75$, für den Emotionsorientierten Copingstil $r=.77$ und für den Vermeidungsorientierten Bewältigungsstil $r=.79$. (bei einer Stichprobe junger Erwachsener $N=802$).

Verschiedene Untersuchungen bestätigen, die faktorielle Validität des Fragebogens - im Vergleich zur Originalversion. Die Kurzversion des Fragebogens (Hälfte der Items) hat sich ebenfalls bewährt wie die Langversion.

13.1.10 *Fragebogen zur Erfassung von Flexibilität der Zielanpassung und Tenazität der Zielverfolgung (TEN / FLEX)*

Dieser Fragebogen wurde von Brandtstädter, J. und Renner, G. 1988 entwickelt.

Es werden 2 statistisch unabhängige Skalen erfasst, welche separat auszuwerten sind. Die Skala hartnäckige Zielverfolgung (HZV) misst den assimilativen Copingstil. Die Skala Flexible Zielanpassung (FZA) erfasst den akkommodativen Copingstil.

Grundsätzlich sind die zwei Skalen wechselseitig, d.h. zunehmende assimilative Tendenzen in einem bestimmten Bereich reduzieren akkommodative Tendenzen und umgekehrt. Bei Personen, welche hohe Werte in der assimilativen Skala und sowohl hohe Werte in der akkommodativen Skala aufweisen, könnte es zu einem Konflikt der entsprechenden Tendenzen und der kognitiven Orientierungen kommen (Bak & Brandtstädter, 1998).

Das Verfahren hat 30 Items und ein 5-stufiges Antwortformat.

Die Interne Konsistenz für HZV hat ein $\alpha = .80$ und für FZA beträgt $\alpha = .83$

13.1.11 *ASF-E : Attributionsstilfragebogen für Erwachsene*

Der Fragebogen wurde von Poppe, P.; Stiensmeier-Pelster J. & Pelster, A. (2005) entwickelt. Die Anwendungsfelder des Fragebogens liegen vor allem in der klinischen Praxis und Forschung.

Es werden 16 Situationen beschrieben, die Erwachsene aus ihrem eigenen Leben kennen oder sich sehr gut vorstellen können. Die Hälfte der Situationen sind mit positivem Ausgang und die andere Hälfte des Fragebogens ist mit negativem Ausgang beschrieben. In der vorliegenden Studie wurden nur die acht Situationen mit negativem Ausgang den Probanden vorgelegt, da in der Diplomarbeit der Attributionsstil bei negativen Erfahrungen untersucht wurde (characterological self-blame, behavioral self-blame). Die Person soll sich die jeweilige Situation vorstellen und sich hineinversetzen. Dann sollen die Personen überlegen, welche Ursache zu dieser Situation geführt haben kann und diese in freier Antwortform notieren. Anschließend soll die Person die Hauptursache auf den 7- stufigen Attributionsdimensionen einordnen.

Der ASF-E sollte in dieser Diplomarbeit behavioral und characterological self-blame und other blame Stil erfassen. Zur Auswertung liegen Normtabellen für die einzelnen drei Attributionsstile vor (Stabilität, Internalität, Globalität). Die Rohwerte wurden in T-Band werte umgewandelt. Liegt der untere Wert des T-Bandes über 50 wird die Internalität, Stabilität bzw. Globalität als Attributionsstil zugeschrieben. Ist der obere Wert des T-Wert-Bandes unter 50 dann wird ein externaler, instabiler, spezifischer Attributionsstil zugeschrieben. Es wurden demnach folgende Stile erhoben.

- Characterological self-blame (internal/stabil/global)
- Behavioral self-blame (internal/instabil/spezifisch)
- Other blame (external)
- Alle anderen Stile

Die Reliabilität beträgt in den Subskalen negativer Situationen folgende Werte: Die Subskala Internalität hat ein Chronbach-alpha von 0,73. Die Subskala Stabilität hat ein alpha von 0.80 und die Globalität ein alpha von 0.91.

13.1.12 *Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen (PTCI)*

Die Originalversion „Posttraumatic Cognitions Inventory“ ist von Foa, E.B.; Ehlers, A.; Clark, D.M.; Tolin, D. F.; Orsillo, S. M. (1999). Der Fragebogen wurde ins deutsche übersetzt von Ehlers, A. und Boos, A. (2000).

Der PTCI ist ein Papier-Bleistift Test und in wenigen Minuten auszufüllen und auszuwerten. Der Fragebogen besteht insgesamt aus 33 Items. 21 Items beziehen sich auf „negative Kognitionen über die eigene Person“, 7 Items messen den Faktor „negative Kognitionen über die Welt“ und 5 Items messen sie Skala „Selbstbeschuldigung“.

Der Reliabilitätskoeffizient Cornbach-Alpha beträgt 0,97 für die Gesamtskala. Ebenso betrug das alpha 0,97 in der Subskala „negative Kognitionen über die eigene Person“. In der Subskala „negative Kognitionen über die Welt“ ist ein alpha von 0,88 und in der Subskala „Selbstbeschuldigung“ ist ein alpha von 0,86.

Um eine Beziehung zwischen Kognitionen und posttraumatische Psychopathologie zu untersuchen, sind zwischen dem PTCI und verschiedene Skalen zur Messung der Psychopathologie Spearman-Korrelationen gerechnet worden. Der Gesamtwert und alle 3 Skalen korrelierten jeweils hoch.

13.2 Durchführung der Untersuchung

Die Probanden wurden im Zeitraum Juli – September 2008 befragt. Die Testungen fanden in Pensionistenclubs, Pensionistenresidenzen und Personen, welche noch in Privathaushalten wohnhaft waren, in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und im Burgenland statt. Die Befragung dauerte pro Person in etwa 2 Stunden. Als erstes Verfahren wurde der Mini-Mental-State vorgegeben, um sicherzustellen, dass keine Demenz vorliegt. Ergaben die Ergebnisse vom MMST eine Demenz wurde die Befragung vorzeitig abgebrochen.

13.3 Statistische Verfahren

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 16.0 für Windows.

Zur Anwendung daraus kamen die Verfahren: T-Test, einfaktorielle Varianzanalysen, multivariate Varianzanalysen, einfache und multiple Regressionen sowie deskriptive Auswertungen. Als Signifikanzniveau wurde generell eine

Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent festgelegt. Normalverteilung der Variablen wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Ist $p > 0,05$ liegt eine Normalverteilung der Variablen vor.

13.3.1 Varianzanalyse

Die Varianzanalyse ist ein Verfahren, das die Wirkung einer (oder mehrerer) unabhängigen Variable(n) auf eine (oder mehrere) abhängige Variable untersucht. Die unabhängige Variable muss nominalskaliert sein und die abhängige Variable muss ein metrisches Skalenniveau aufweisen. Wenn eine abhängige Variable und eine unabhängige gegeben sind, dann nennt man die Varianzanalyse einfaktoriell, bei zwei unabhängigen spricht man von einer zweifaktoriellen Varianzanalyse. Bei mehr als einer abhängigen Variablen spricht man von mehrdimensionaler Varianzanalyse (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008).

Um eine Varianzanalyse rechnen zu dürfen, muss als Voraussetzung die Homogenität der Varianzen (F-Test) gegeben sein und die Daten müssen normalverteilt sein (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008).

Es wurde bei den verwendeten statistischen Verfahren die unterschiedliche Gruppengröße beachtet. Bei der Varianzanalyse wurde der Hochbergs GT2 und Gabriels pairwise Test berechnet.

13.3.2 Regressionsanalyse

Die Regressionsanalyse analysiert die Beziehung zwischen einer abhängigen Variablen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen. Sie wird eingesetzt um Werte der abhängigen Variablen zu schätzen bzw. zu prognostizieren.

Bei vielen Fragestellungen liegt keine monokausale Beziehung vor, sondern die zu untersuchende Variable wird durch viele Größen beeinflusst. Hier spricht man dann von einer multiplen Regressionsanalyse. Der Untersucher muss vor der Durchführung entscheiden, welche die unabhängige(n) und welche die abhängige Variable ist (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008).

Um eine Regressionsanalyse rechnen zu dürfen müssen die Daten normalverteilt sein und die abhängige und unabhängige(n) Variable(n) müssen metrisches Skalenniveau haben (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2008).

14 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse in Form von Abbildungen bzw. Tabellen direkt im Text dargestellt.

14.1 Deskriptive Analyse

14.1.1 *Stichprobenbeschreibung*

In der vorliegenden Studie wurden 100 Personen befragt. Diese setzten sich zusammen aus 82 traumatisierten Personen ohne eine PTSD, 12 traumatisierte Personen mit PTSD, 6 unbelasteten Personen, welche kein Trauma erlebt haben (siehe Abbildung 2).

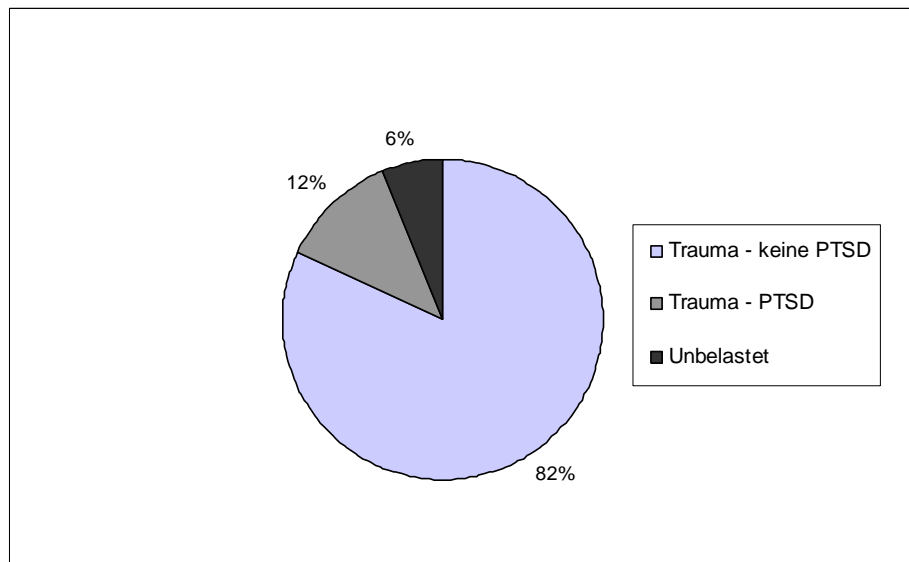


Abbildung 2: Stichprobe

Von 100 Personen sind 67% Frauen und 33% Männer. Der Frauenanteil ist wie erwartet aufgrund der natürlichen Gegebenheiten deutlich höher.

Das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe beträgt 76,22 ($S=10,4$). Die jüngste Person ist 60 Jahre alt und die älteste Person ist 99 Jahre (siehe Abbildung 3).

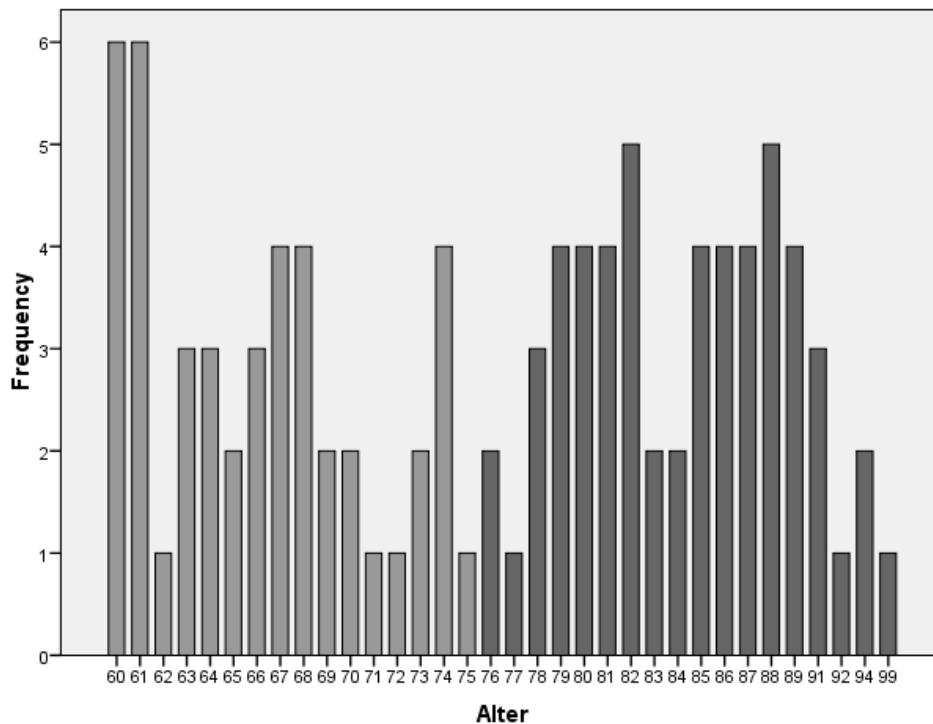


Abbildung 3: Altersverteilung der Stichprobe

Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant im Alter. Es wurde eine ein-faktorielle Varianzanalyse gerechnet ($F=9,582$; $p=0,003$). Frauen sind durchschnittlich 78,39 ($S=9,79$) Jahre alt und Männer sind durchschnittlich 71,82 ($S=10,37$) Jahre alt.

13% der Gesamtstichprobe haben einen Volksschulabschluss, 29% haben die Hauptschule besucht, 37% weisen eine abgeschlossene Lehre auf, 12% haben maturiert und 9% verfügen über einen Universitätsabschluss.

Bezüglich der Lebenssituation geben 39% an verwitwet zu sein, 39% sind verheiratet, 9% leben geschieden und 13% sind ledig. 49% der Stichprobe leben in Pensionistenheimen und 51% leben in Privathaushalten.

14.1.2 Traumaerlebnisse

In der vorliegenden Studie ergibt sich ein Mittelwert der erlebten Traumata der Gesamtstichprobe von 5,860 ($S=4,712$). Im Durchschnitt hat jede Person dieser Studie in etwa 6 Traumata in seinem bisherigen Leben erlebt (siehe Abbildung 4).

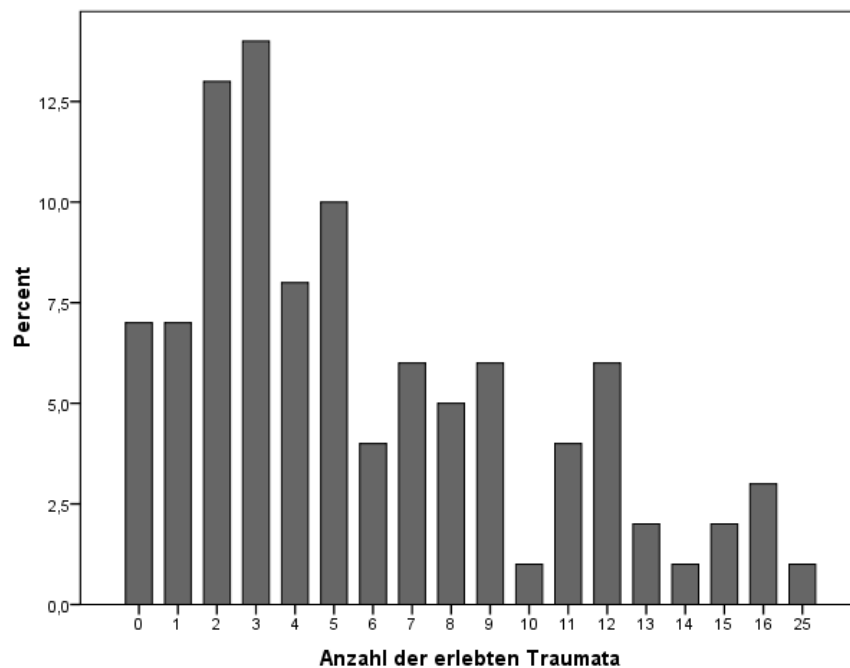


Abbildung 4: Verteilung der Anzahl der erlebten Traumata der Stichprobe

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich der Anzahl der erlebten Traumata ($z= -0,453$; $p=0,651$). Männer erlebten im Durchschnitt 6,39 ($S=5,57$) Traumata und Frauen im Durchschnitt 5,60 ($S=4,25$) Traumata in ihrem Leben.

Es wurden, bezogen auf die Gesamtstichprobe, im Durchschnitt 2,43 ($S=2,14$) nature-made Traumata erlebt und durchschnittlich 3,43 ($S=3,80$) man-made Traumata erlebt.

68% der Personen der Gesamtstichprobe geben als häufigstes erlebtes nature-made Traumata „den unerwarteten Tod“ an. 26% berichten ein oder mehrere Verkehrsunfälle erlebt zu haben. 23% der Probanden waren einer Naturkatastrophe ausgesetzt und 18% waren in einen Unfall verwickelt, bei dem entweder sie selbst oder jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde (siehe Abbildung 5).

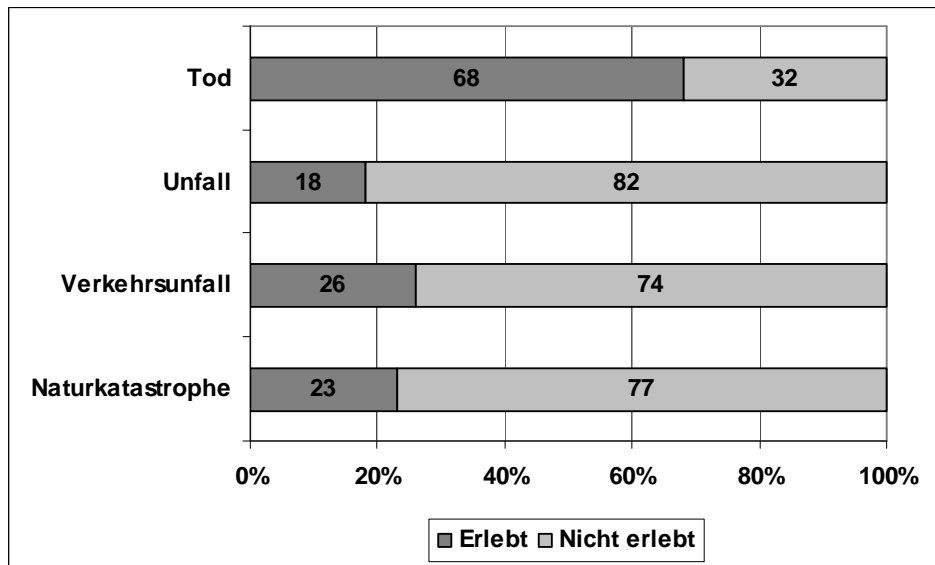


Abbildung 5: Nicht von Menschen evozierte Traumata (Angaben in Prozent)

Bei man-made Traumata nennen 44% der Probanden in einem Kriegsgebiet gelebt oder gearbeitet zu haben. 14% berichten von Gewalt in der Familie oder dass sie von einer Person bedroht oder verfolgt wurden und um ihre Sicherheit fürchteten. In Abbildung 6 sind alle weiteren Ergebnisse dargestellt.

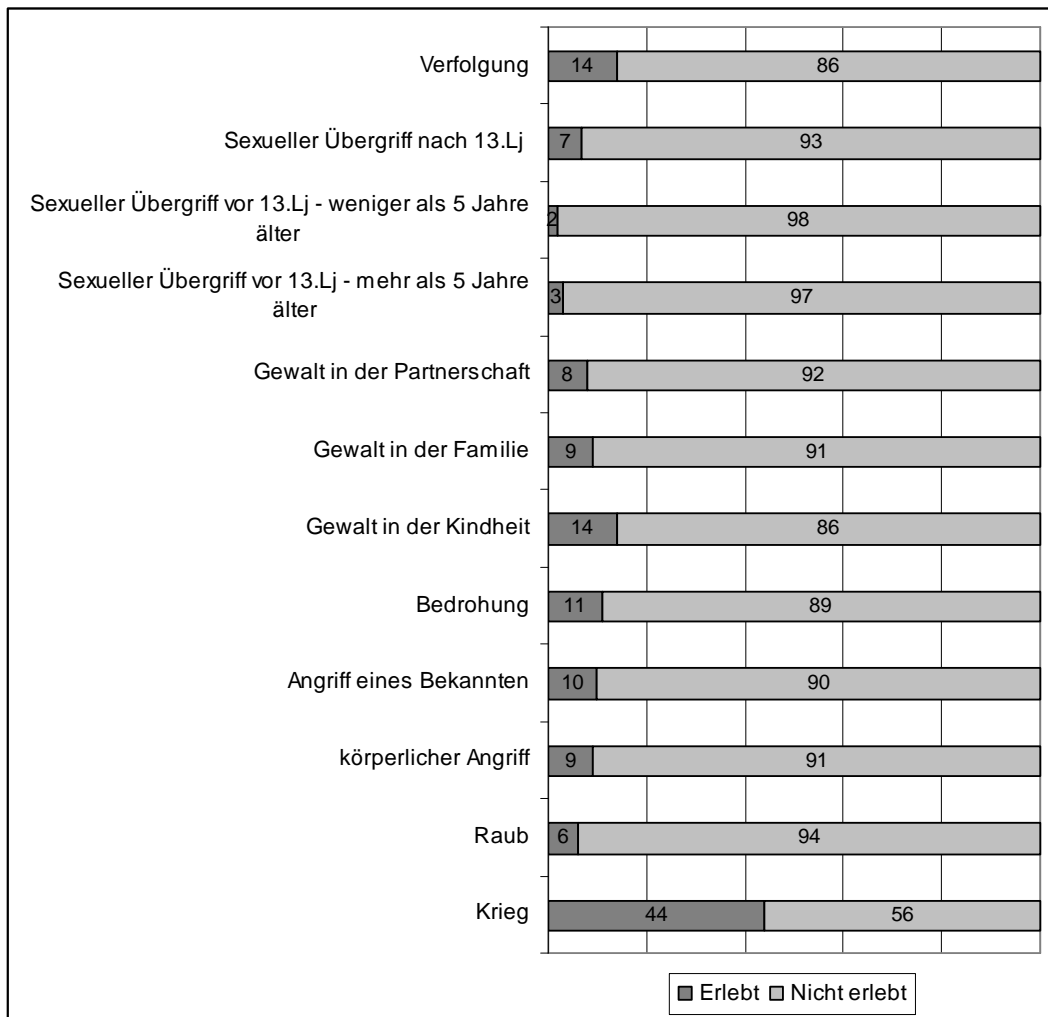


Abbildung 6: Von Menschen evozierte Traumata (Angaben in Prozent)

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang ($r=0,467$; $p=0,074$) zwischen Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse und dem Alter. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der Anzahl der erlebten Traumata ($z= -0,453$; $p=0,651$). Der Mean Rank der Männer liegt bei 52,36 und der Frauen bei 49,58.

Ebenso stehen Bildung und die Anzahl der erlebten Traumata in keinem signifikanten Zusammenhang zueinander.

Zwischen Familienstand und der Anzahl der Traumata ist kein signifikanter Zusammenhang vorhanden, jedoch lässt sich eine Tendenz erkennen. Verheiratete Personen haben den niedrigsten Mean Rank von 42,05, Verwitwete von 52,55, ledige Personen von 60,19 und geschiedene Probanden weisen den höchsten Mean-Rank auf (64,22).

14.2 Verwendete diagnostische Verfahren

14.2.1 *Zehn-Wort-Merkliste*

Bei der Zehn-Wort-Merkliste ist ein Mittelwert von 5,64 ($S=1,31$). Die Spannweite ist von 4 Punkten bis 9 Punkten.

Frauen und Männer unterscheiden sich nicht signifikant in der Wortliste ($z= -0,34$; $p=0,74$). Frauen mit einem mean-Rank von 51,32 können sich an mehrere Wörter erinnern als Männer mit einem Mean-Rank von 49,14, jedoch nicht signifikant.

Die Variable Alter und die Wortliste stehen in einem signifikanten Zusammenhang ($r= -0,29$; $p=0,003$). Das bedeutet inhaltlich, je älter die Personen sind umso weniger Wörter konnten sie sich erinnern und nennen.

14.2.2 *Autobiographischer Gedächtnistest (AMT)*

Der AMT hat einen durchschnittlichen Gesamtwert von spezifische Erinnerungen von 4,9 ($S=2,31$). Probanden können durchschnittlich ca. 5 spezifische Erinnerungen nennen. Die Spannweite beträgt von 0 bis zu 10 erinnerte autobiografische Ereignisse (siehe Abbildung 7).

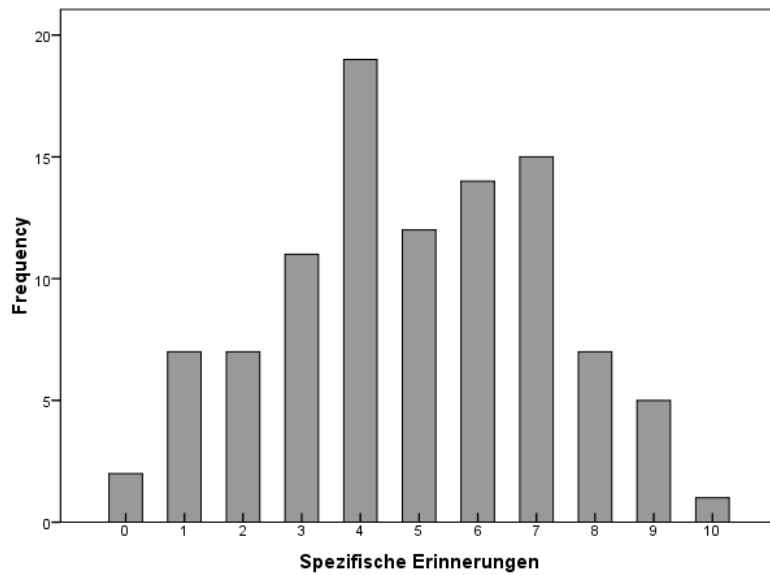


Abbildung 7: Verteilung spezifische Erinnerung (AMT - Gesamtwert), gesamte Stichprobe

Der Mittelwert der Gesamtstichprobe im Subtest Positiv beträgt 1,76 ($S=1,08$). In der Subskala Depressiv liegt der Mittelwert bei 1,50 ($S=1,05$) und im Subtest Aggressiv 1,64 ($S=1,13$) (siehe Abbildung 8).

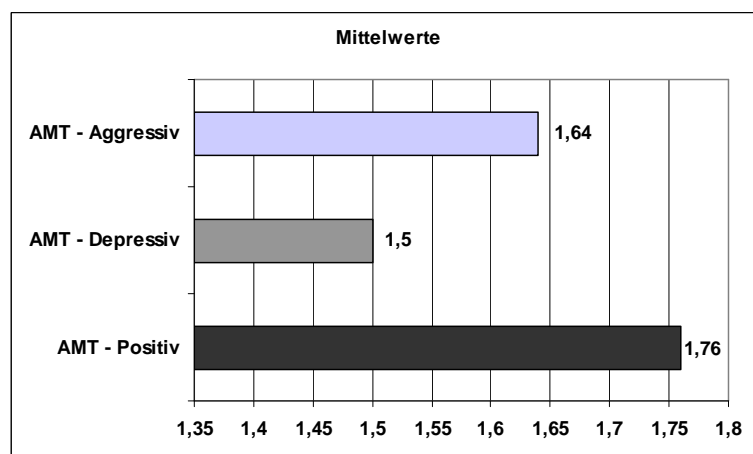


Abbildung 8: Mittelwerte der AMT-Subskalen (spezifische Ereignisse)

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und der autobiographischen Gedächtnisleistung. Weder die Korrelation für den Gesamtwert noch für die Subskalenwerte ist signifikant.

	r	p
Spezifische Erinnerung	-0,29	0,78
AMT-Positiv	0,08	0,43
AMT-Depressiv	0,13	0,187
AMT-Aggressiv	-0,12	0,23

Tabelle 1: Korrelationen zwischen AMT – Gesamtwert, Subskalen und dem Alter

Personen, welche die Hauptschule abgeschlossen haben unterscheiden sich von Personen mit Matura, Hochschulabschluss und Lehre im Gesamtscore AMT ($t=2,277$; $p=0,025$) signifikant. Hauptschüler haben eine schlechtere spezifische Erinnerungsleistung.

	VS		HS		Lehre		Matura		Uni	
	MW	S	MW	S	MW	S	MW	S	MW	S
Spezifische Erinnerung	4,31	2,18	4,21	2,26	5,22	2,47	6,17	1,95	5,00	1,80
AMT-Positiv	1,62	1,46	1,62	1,12	1,84	0,99	2,08	1,00	1,67	1,00
AMT-Depressiv	1,38	0,77	1,38	1,01	1,41	1,12	1,92	1,16	1,89	1,05
AMT-Aggressiv	1,31	1,18	1,20	1,08	1,97	1,07	2,17	1,27	1,45	0,73

Tabelle 2 : Mittelwerte vom AMT- Gesamtwert, Subskalen und Bildung

Die Bildung hat keinen Zusammenhang mit den Subskalen Positiv ($\chi^2=2,14$; $p=,710$) und Depressiv ($\chi^2=4,403$; $p=0,354$). Zwischen der Subskala Aggressiv und der Bildung gibt es einen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2=12,27$; $p=0,015$). Dies bedeutet Hauptschulabsolventen können signifikant schlechter spezifische aggressive Erinnerungen nennen.

Der Gesamtwert der spezifischen Erinnerungen und die Variable Familienstand haben keinen signifikanten Zusammenhang ($F=0,74$; $p=0,391$). Die Variable

Familienstand hat keinen signifikanten Zusammenhang mit den Subtests Positiv ($\text{Chi}^2=3,76$; $p=0,29$) und Depressiv ($\text{Chi}^2=0,56$; $p=0,91$). Jedoch gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Subtest Aggressiv und der Variable Familienstand ($\text{Chi}^2=9,20$; $p=0,027$). Das bedeutet, dass verwitwete Personen weniger aggressive spezifische Erinnerungen nennen konnten.

	Verheiratet		Verwitwet		Ledig		Geschieden	
	MW	S	MW	S	MW	S	MW	S
Spezifische Erinnerung	5,36	2,67	4,59	2,16	4,69	2,02	4,56	1,51
AMT-Positiv	1,97	1,18	1,74	1,12	1,54	0,78	1,22	0,67
AMT-Depressiv	1,44	1,19	1,56	0,97	1,54	1,13	1,45	0,73
AMT-Aggressiv	1,95	1,10	1,28	1,19	1,62	0,96	1,89	0,93

Tabelle 3: Mittelwerte vom AMT- Gesamtwert, Subskalen und Familienstand

Es besteht zwischen Lebenssituation sowohl zum Gesamtscore wie auch zu allen drei Subtests kein signifikanter Zusammenhang.

	r	p
Spezifische Erinnerung	t = -0,79	0,43
AMT-Positiv	z = -0,121	0,23
AMT-Depressiv	z = -0,121	0,23
AMT-Aggressiv	z = -0,138	0,17

Tabelle 4: Korrelationen zwischen AMT – Gesamtwert, Subskalen und der Lebenssituation

Ebenso besteht zwischen Wortliste sowohl zum Gesamtscore wie auch zu allen drei Subtests kein signifikanter Zusammenhang.

	r	p
Spezifische Erinnerung	0,03	0,74
AMT-Positiv	0,01	0,95
AMT-Depressiv	-0,23	0,82
AMT-Aggressiv	0,09	0,35

Tabelle 5: Korrelationen zwischen AMT – Gesamtwert, Subskalen und der Wortliste

Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Subskalen der PCLC Intrusion ($r = -0,03$; $p = 0,75$), Vermeidung ($r = -0,13$; $p = 0,21$) und Hyperarousal ($r = -0,14$; $p = 0,16$) mit dem AMT Gesamtwert. Es gibt auch keinen Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert AMT und PCLC Gesamt ($r = -0,126$; $p = 0,212$).

14.2.3 PTSD checklist civilian version (PCL-C)

Der Gesamtmittelwert der PCL-C liegt bei 29,17 ($S = 9,48$).

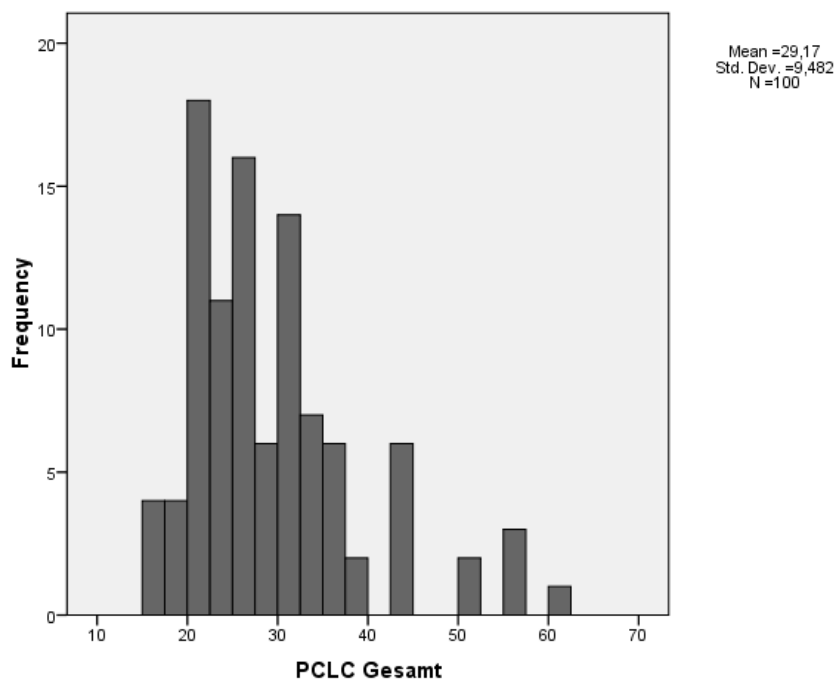


Abbildung 9: Verteilung des PCLC-Gesamtsscores (gesamte Stichprobe)

In der Subskala Intrusion beträgt der durchschnittliche Wert 8,03 (S=3,99). Die Subskala Vermeidung beträgt der Mittelwert 11,46 (S=4,36) und der Subskala Hyperarousal 9,68 (S=3,62) (siehe Abbildung 10).

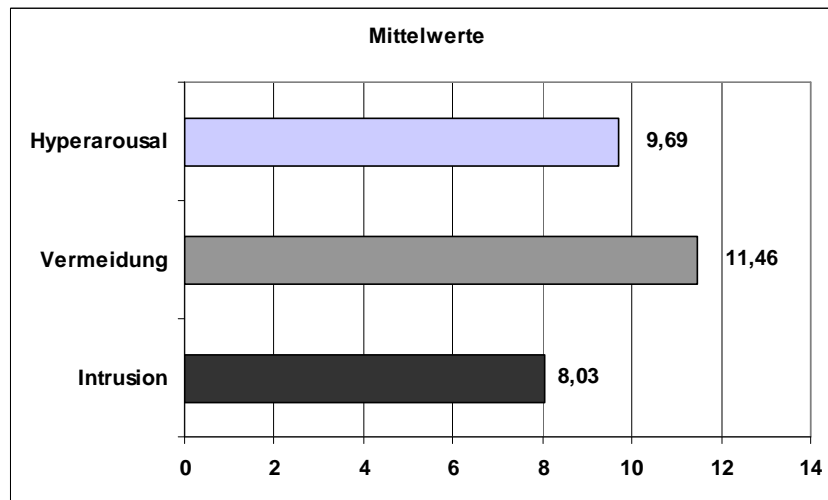


Abbildung 10: Mittelwerte der PCLC-Subskalen

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der PCL-C ($t = -1,83$; $p = 0,07$). Die Männer weisen einen durchschnittlichen Wert von 26,73 (S=8,62) auf und die Frauen haben einen höheren Mittelwert von 30,37 (S=9,71).

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und der PCL-C ($r = -0,08$; $p = 0,57$).

Unterscheidung der Gruppen (Personen mit PTSD; Personen ohne PTSD, Unbelastete):

Die 3 Gruppen (Personen mit PTSD, Personen ohne PTSD, Unbelastete) unterscheiden sich signifikant im Geschlecht ($\chi^2 = 8,39$; $p = 0,015$). In der Gruppe der Unbelasteten sind 5 Männer von 6 Personen. In der Gruppe Trauma und PTSD sind 10 Frauen von 12 Personen. Die Gruppe der traumatisierten ohne PTSD besteht 26 Männer und 56 Frauen.

Die 3 Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich der Ausbildung ($\chi^2 = 12,67$; $p = 0,124$) und nicht bezüglich der Variable Familienstand ($\chi^2 = 5,58$; $p = 0,47$).

Die 3 Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant im Alter ($F=0,124$; $p=0,726$).

In der Anzahl der Traumata unterscheiden sich die 2 belasteten Gruppen (Personen mit PTSD, Personen ohne PTSD) nicht signifikant ($\chi^2=0,132$; $z= -1,51$).

Ebenso unterscheiden sich die 2 Gruppen nicht signifikant in der Traumaart man-made ($z= -1,44$; $p=0,15$) und nature-made ($z= -1,74$; $p=0,082$).

Die 3 Gruppen unterscheiden sich nicht im vermeidenden ($F=0,61$; $p=0,55$), problemorientierten ($F=0,59$; $p=0,56$) und emotionsorientierten ($F=2,57$; $p=0,08$) Copingstil. Ebenso auch nicht im akkommodativen ($F=0,88$; $p=0,42$) und im assimilativen ($F=0,042$; $p=0,96$) Bewältigungsstil.

	Vermeidende		Problemorientierte		Emotionsorientierte		Akkommodativ		Assimilativ	
	MW	S	MW	S	MW	S	MW	S	MW	S
Unbelastet	12,17	5,85	19,50	5,72	9,67	6,98	16,00	7,56	-0,50	9,77
Trauma - keine PTSD	13,61	6,80	21,04	6,20	12,61	5,97	12,24	7,39	-1,40	7,72
Trauma - PTSD	15,58	7,74	22,58	4,25	16,00	5,67	12,36	7,28	-1,58	7,55

Tabelle 6: Mittelwerte der 3 Gruppen und der Copingstile

Die 3 Gruppen unterscheiden sich nicht im Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität ($\chi^2=0,98$; $p=0,61$).

3 PCL-C Subskalen (Vermeidung; Hyperarousal; Intrusion)

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Vermeidenden Copingstil zu den 3 PCL-C Subskalen. Ebenso besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem problemorientierten Copingstil und den 3 PCL-C Subskalen. Der emotionsorientierte Copingstil hängt signifikant mit den Subskalen Vermeidung und Hyperarousal zusammen, jedoch nicht mit der Subskala Intrusion. Dies bedeutet, je höhere Werte die Person in der Subskala Vermeidung und Hyperarousal haben, umso eher verwenden diese Probanden emotionsorientiertes Coping.

	Vermeidende		Problemorientierte		Emotionsorientierte		Akkommodativ		Assimilativ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Vermeidung	0,07	0,94	-0,05	0,60	0,27	0,007	-0,061	0,54	-0,19	0,06
Hyperarousal	-0,19	0,07	0,04	0,74	0,23	0,03	-0,15	0,15	-0,09	0,37
Intrusion	0,13	0,21	-0,06	0,54	0,17	0,09	-0,25	0,01	-0,03	0,76

Tabelle 7: Korrelationen zwischen den PCLC-Subskalen und der Copingstile

Der assimilative Copingstil steht nicht im signifikanten Zusammenhang mit den 3 PCLC-Subskalen. Der akkommodative Bewältigungsstil hängt nicht signifikant mit den Subskalen Vermeidung und Hyperarousal zusammen, jedoch mit der Subskala Intrusion. Die Werte in der Subskala Intrusion sind niedriger ausgeprägt, wenn die Personen zum akkommodativen Copingstil tendieren.

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen den 3 Subskalen Intrusion ($r=0,02$; $p=0,89$), Vermeidung ($r=-0,02$; $p=0,89$) und Hyperarousal ($r=0,15$; $p=0,14$) und dem Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität.

14.2.4 Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Durchschnittlich weisen in dieser Studie 2,87% ($S=2,390$) depressive Tendenzen auf. Der höchste Wert beträgt 13 Punkte und der niedrigste 0 Punkte.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant im Ausmaß der Depressionsscores ($z= -1,23$; $p=0,22$). Die Männer haben einen mean-Rank von 45,48 und die Frauen weisen einen mean-Rank von 52,97 auf.

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und der Variable Depression ($r=0,13$; $p=0,22$).

Bei 11% der Personen besteht ein Verdacht auf Depression ohne eine PTSD dazu entwickelt zu haben. 3% der Probanden haben eine PTSD entwickelt und

es besteht ein Verdacht einer Depression. An einer PTSD, ohne eine Tendenz zu einer Depression, leiden 9% der Gesamtstichprobe dieser Studie.

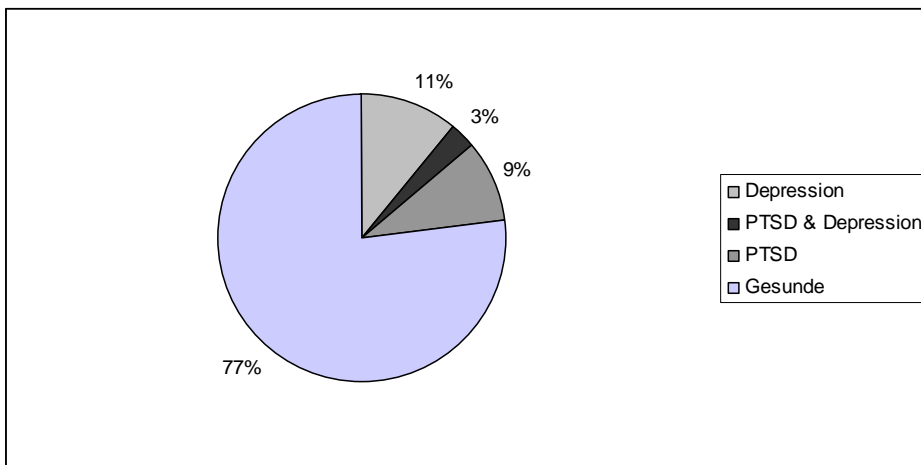


Abbildung 11: Verteilung der Störungen PTSD und Depression

Es ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen emotionsorientierten Copingstil und dem Ausmaß des Depressionsscores festzustellen ($r=0,234$; $p=0,019$). Daraus lässt sich ableiten, dass jene Probanden, welche emotionsorientiert bewältigen, höhere Depressionsscores aufweisen. Zwischen problemorientiertem Copingstil und dem Ausmaß an Depressionsscores besteht ebenso ein signifikanter Zusammenhang ($r= -0,263$; $p=0,008$). Je eher eine Personen einen problemorientierten Copingstil anwendet, umso niedriger ist das Ausmaß der Depressionsscores. Zwischen vermeidendem Copingstil und dem Ausmaß an Depressionsscores gibt es keinen signifikanten Zusammenhang ($r=0,013$; $p=0,895$). Ebenso der assimilative ($r= -0,337$; $p=0,001$) wie auch der akkommodative ($r= -0,329$; $p=0,001$) Bewältigungsstil weisen keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Ausmaß an Depressionsscores auf.

14.2.5 Test for Behavioral Rigidity (TBR-Fragebogen)

Der Mittelwert des Rigiditätsfragebogens beträgt 43,56 ($S=4,30$). Bei einem möglichen maximalen Wert von 50 (extrem rigide) und einem kleinsten Wert von 25 (extrem flexibel) lässt sich laut dem Mittelwert dieser Studie schon eine starke Tendenz in Richtung Rigidität erkennen.

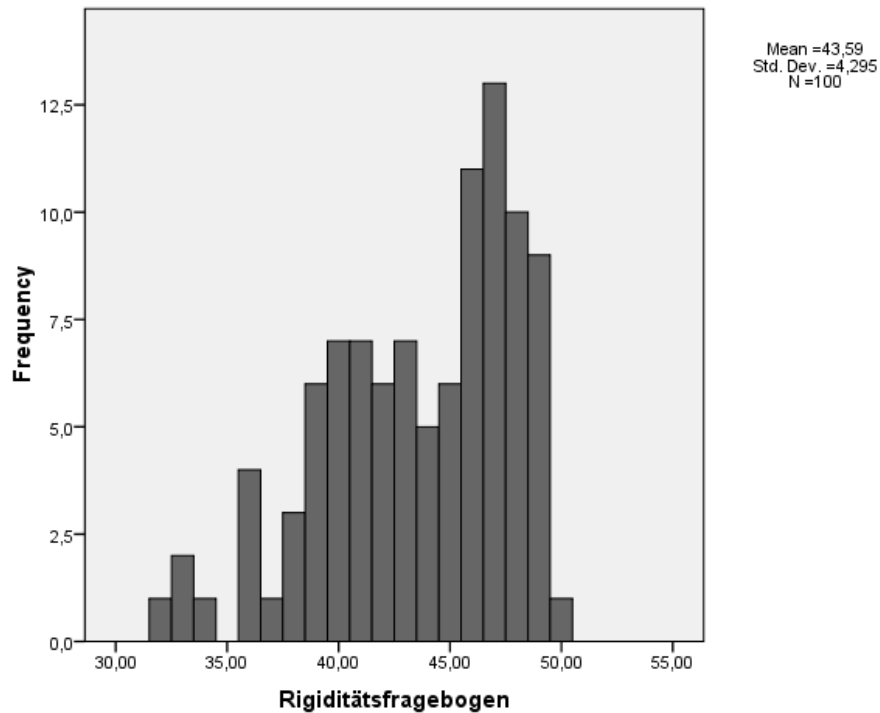


Abbildung 12: Verteilung des Ausmaßes des Persönlichkeitsmerkmals Rigidität / Flexibilität

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht im Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität ($z = -0,004$; $p = 0,997$). Die Männer haben einen Mean-Rank = 50,02 und der der Frauen beträgt 49,99.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität und der Anzahl der erlebten Traumata ($r = 0,044$; $p = 0,667$).

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Depressionsscores und dem Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität ($r = 0,13$; $p = 0,22$).

14.2.6 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Der Problemorientierte Copingstil ist am meisten ausgeprägt mit einem Mittelwert von 21,15 ($S = 5,97$). Der durchschnittliche Wert beim vermeidenden Co-

pingstil ist 13,76 (S=6,834) und vom emotionsorientierten Copingstil bei 12,85 (S=6,069) (siehe Abbildung 13).

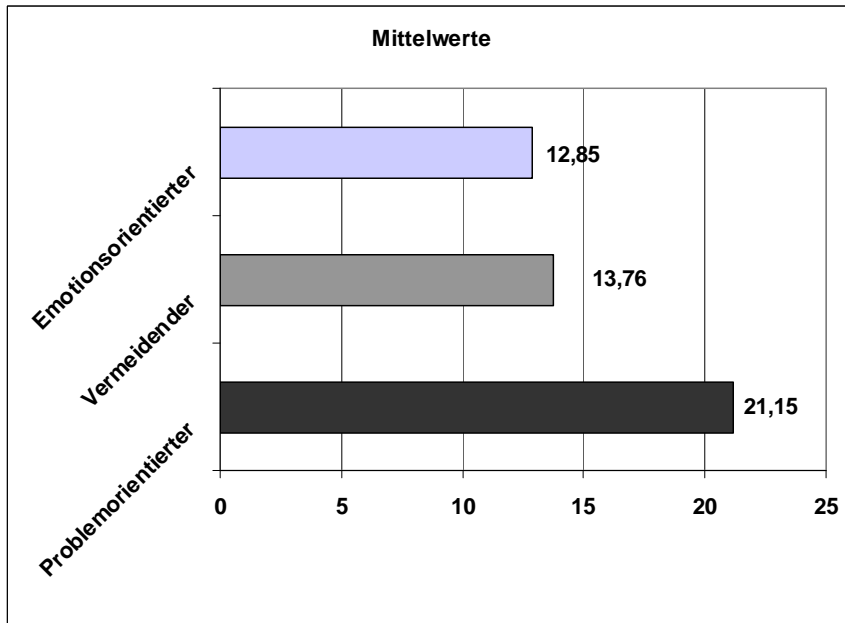


Abbildung 13: Mittelwerte der 3 unterschiedlichen Copingstile

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in den 3 Copingstilen. Der vermeidende Copingstil hat einen Wert $F=0,248$; $p=0,619$. Der problemorientierte Copingstil ($F=1,368$; $p=0,245$) und der emotionsorientierte Copingstil ($F=0,339$; $p=0,562$) unterscheiden sich ebenfalls nicht signifikant im Geschlecht.

	Frauen		Männer	
	MW	S	MW	S
Vermeidung	14,00	6,84	13,27	6,92
Problemorientiert	20,64	6,25	22,12	5,28
Emotionsorientiert	13,09	6,25	12,33	5,81

Tabelle 8: Mittelwerte von Frauen und Männer und den Copingstilen

Der vermeidende ($r=0,040$; $\alpha=0,691$) und der problemorientierte ($r= -0,026$; $p=0,796$) Bewältigungsstil sowie der emotionsorientierte Copingstil ($r= -0,136$; $p=0,176$) unterscheiden sich nicht signifikant in der Variable Alter.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem problemorientierten Copingstil und der Anzahl der erlebten Traumata ($r=0,245$; $p=0,014$). Das bedeutet, je mehr Traumata erlebt wurden, desto eher neigt die Person zu einem problemorientierten Copingstil. Der vermeidende ($r= -0,082$; $p=0,420$) und emotionsorientierte ($r=0,142$; $p=0,159$) Copingstil weisen keinen signifikanten Zusammenhang zu der Anzahl der erlebten Traumata auf.

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variable Selbstvorwürfe und dem vermeidenden ($r=0,10$; $p=0,33$) und problemorientierten ($r= -0,134$; $p=0,20$) Copingstil. Jedoch gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstvorwürfen und dem emotionsorientierten Copingstil ($r=0,24$; $p=0,02$). Das bedeutet, umso mehr die Person zu emotionsorientierten Copingstil tendiert, desto eher macht sich die Person auch Selbstvorwürfe.

Es wurde der Zusammenhang zwischen den Attributionsstilen und den drei Copingstilen untersucht. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Attributionsstil Globalität und dem emotionsorientierten Copingstil gefunden ($r=0,22$; $p=0,026$), jedoch nicht zu dem problemorientierten und dem vermeidenden Copingstil. Der signifikante Zusammenhang bedeutet inhaltlich, je eher die Person global attribuiert, desto eher verwendet die Person den emotionsorientierten Copingstil. Es gibt keine Beziehung zwischen der Kontrollüberzeugung und der Stabilität mit den Copingstilen.

14.2.7 Fragebogen zur Erfassung von Flexibilität der Zielanpassung und Tenazität der Zielverfolgung (TEN / FLEX)

Die Personen haben einen durchschnittlichen Wert im akkommodativen Copingstil von 12,36 ($S=7,28$). Der Mittelwert vom assimilativen Copingstil beträgt -1,37 ($S=7,747$). Hier ist eine Tendenz zu sehen, dass Personen in dieser Studie vermehrt den akkommodativen Copingstil anwenden. Diese Ergebnisse sind übereinstimmend mit Studien von Brandtstädter und Wentura (1995) und Rothermund, Dillmann und Brandtstädter (1998). Wie erwartet und aus der Mittelwertstendenz schon ersichtlich, besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und dem assimilativen Copingstil ($r= -.346$; $\alpha=.000$). Das bedeutet, je älter die Probanden sind umso weniger wenden sie den assimilati-

ven Copingstil an. Weiteres besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen akkommodativen Copingstil und dem Alter der Personen ($r=0,160$; $p=0,112$).

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in den 2 Copingstilen. Der akkommodative Copingstil hat einen t-Wert $=0,323$; $p=0,747$ und beim assimilativen Copingstil beträgt $t=1,526$; $p=0,130$.

	Frauen		Männer	
	MW	S	MW	S
Akkommodativ	12,19	6,96	12,70	8,01
Assimilativ	-2,19	7,39	0,30	8,29

Tabelle 9: Mittelwerte von Frauen und Männer und den Copingstilen

Sowohl der akkommodative Copingstil ($r=0,101$; $p=0,316$) als auch der assimilative Bewältigungsstil ($r=0,116$; $p=0,250$) haben keinen signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl der erlebten Traumata.

Zwischen der Variable Selbstvorwürfe und dem akkommodativen ($r= -0,13$; $p=0,21$) und assimilativen ($r=0,00$; $p=0,99$) Copingstil gibt es keinen signifikanten Zusammenhang.

Die Attributionsdimensionen Internalität/Externalität und Stabilität stehen nicht mit dem akkommodativen und dem assimilativen Copingstil im Zusammenhang. Es gibt jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Stabilität und dem akkommodativen Coping ($r= -0,352$; $p= 0,00$), aber nicht mit dem assimilativen Coping ($r= -0,047$; $p= 0,639$). Das bedeutet inhaltlich, je globaler eine Person attribuiert, desto zu weniger akkommodatives Coping tendiert die Person.

14.2.8 ASF-E : Attributionsstilfragebogen für Erwachsene

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und den drei Attributionsstilen (Stabilität, Globalität und Kontrollüberzeugung).

	r	p
Stabilität	-0,17	0,10
Globalität	-0,16	0,11
Kontrollüberzeugung	0,04	0,71

Tabelle 10: Korrelationen zwischen den Attributionsstilen und der Variable Alter

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in den drei Attributionsstilen: Stabilität ($t = -0,07$; $p = 0,94$), Globalität ($t = -0,12$; $p = 0,90$), Kontrollüberzeugung ($t = -0,12$; $p = 0,91$).

14.2.9 Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen (PTCI)

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der Variable Selbstvorwürfe ($\chi^2 = 0,93$; $p = -0,09$).

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Variable Selbstvorwürfe und der Variable Alter ($r = -0,22$; $p = 0,027$). Je älter eine Person ist, umso weniger tendiert die Person sich Selbstvorwürfe zu machen.

14.3 Hypothesenprüfung

14.3.1 Hypothese 1

HO: Es besteht kein Unterschied zwischen den drei Gruppen (traumatisierte Personen mit PTSD, traumatisierte Personen ohne PTSD und die unversehrte Gruppe) im autobiographischen Erinnerungsstil.

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen den drei Gruppen (traumatisierte Personen mit PTSD, traumatisierte Personen ohne PTSD und die unversehrte Gruppe) im autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Trauma Erlebnis, PTSD Symptome

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität

N: Alle

Die Auswertung erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse, da die Voraussetzungen (Normalverteilung der Variablen, Homogenität der Varianzen und Intervallskalenniveau der Variablen) gegeben sind.

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($F=0,553$; $p=0,577$). Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander im autobiographischen Erinnerungsstil. Ebenso die Vergleiche durch die Post-Hoc Tests zeigen keine Unterschiede. Die Gruppe der Unbelasteten haben den höchsten Mittelwert von 5,17 ($S=3,37$) autobiographischer Erinnerung. Personen, welche ein oder mehrere Traumata erlebt haben, jedoch keine PTSD entwickelten, erinnern sich durchschnittlich an 4,98 ($S=2,33$) spezifische autobiographische Erinnerung. Personen, welche ein oder mehrere Traumata erlitten und infolge an einer PTSD leiden, weisen den niedrigsten Mittelwert von 4,25 ($S=1,54$) auf.

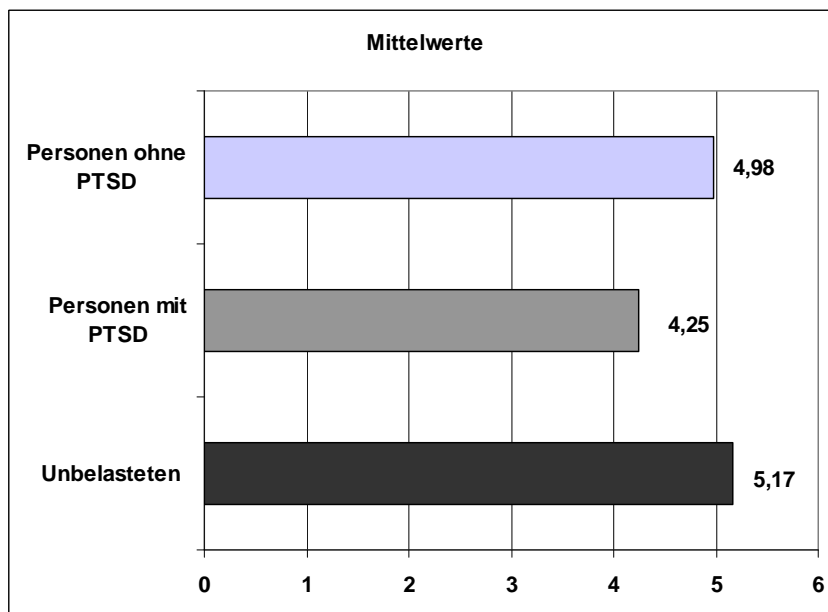


Abbildung 14: Mittelwerte der drei Gruppen in Bezug auf die autobiographischer Erinnerungsspezifität

Da das Ergebnis nicht signifikant ist, wird die H1 verworfen und die H0 beibehalten.

Die drei Gruppen (Personen mit PTSD; Personen ohne PTSD, Unbelasteten) unterscheiden sich ebenso nicht signifikant in den einzelnen AMT Subskalen Positiv ($\chi^2=0,88$; $p=0,65$), Depressiv ($\chi^2=0,10$; $p=0,95$), und Aggressiv ($\chi^2=1,05$; $p=0,59$).

	Unbelastet		Trauma - keine PTS		Trauma - PTSD	
	MW	S	MW	S	MW	S
AMT-Positiv	2,00	1,26	1,78	1,10	1,50	0,90
AMT-Depressiv	1,67	1,63	1,50	1,03	1,41	0,90
AMT-Aggressiv	1,50	1,05	1,70	1,17	1,33	0,89

Tabelle 11: Mittelwerte von AMT-Subskalen und den 3 unterschiedlichen Gruppen

14.3.2 Hypothese 2

H0: Characterological self-blame hat keinen Einfluss auf die 3 Copingstile (Vermeidung, Problemorientiert, Emotionsorientiert).

H1: Characterological self-blame hat einen Einfluss auf die 3 Copingstile (Vermeidung, Problemorientiert, Emotionsorientiert).

UV: Characterological Self-blame

AV: 3 Copingstile

N: Alle

Diese Hypothese wird mit einer multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) ausgerechnet, da alle Voraussetzungen gegeben sind. Der Boxs Test, der die Gleichheit der Kovarianzmatrizen überprüft, ist nicht signifikant und somit ist die Voraussetzung erfüllt ($F= 1.24$; $p= 0.282$).

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($F=0,19$; $p=0,904$). Somit wird die H_0 beibehalten und die H_1 verworfen. Characterological self-blame hat somit keinen Einfluss auf den vermeidenden ($F=0,40$; $p=0,53$), problemorientierten ($F=0,12$; $p=0,73$) und emotionsorientierten ($F=0,01$; $p=0,93$) Copingstil.

In Tabelle 12 sind die Mittelwerte der Copingstile eingetragen und man kann sehen, dass die Personen die zu characterological self-blame neigen einen höheren Mittelwert im vermeidenden, einen niedrigeren Mittelwert im problemorientierten und einen höheren Mittelwert im emotionsorientierten Coping aufweisen, wenn auch nicht gerade ein großer Unterschied besteht.

	Kein Characterological Self-blame		Characterological Self-blame	
	MW	S	MW	S
Vermeidender Copingstil	13,61	6,77	15,00	7,60
Problemorientiert Copingstil	21,20	6,03	20,55	5,54
Emotionsorientierter Copingstil	12,82	5,83	13,00	8,27

Tabelle 12: Mittelwerte der drei Copingstile und Characterological Self-blame

14.3.3 Hypothese 3

H_0 : Characterological self-blame hat keinen Einfluss auf die 2 Copingstile (Assimilativ, Akkommodativ)

H_1 : Characterological self-blame hat einen Einfluss auf die 2 Copingstile (Assimilativ, Akkommodativ)

UV: Characterological Self-blame

AV: 2 Copingstile

N: Alle

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgt mit einer multivariaten Varianzanalyse (MANOVA), da alle Voraussetzungen gegeben sind. Der Boxs Test, der die Gleichheit der Kovarianzmatrizen überprüft, ist nicht signifikant und somit erfüllt ($F= 1.47$; $p= 0.715$).

Das Ergebnis der multivariaten Varianzanalyse ist nicht signifikant ($F=0,91$; $p=0,41$). Das bedeutet, dass characterological self-blame keinen Einfluss auf den assimilativen ($F=0,11$; $p=0,74$) und akkommodativen ($F=1,74$; $p=0,19$) Copingstil hat und die H_0 beibehalten wird. In Tabelle 13 ist zu sehen, dass Personen mit characterological self-blame weniger zu akkommodativen Coping neigen und einen höheren Mittelwert beim assimilativen Coping haben.

	Kein Characterological Self-blame		Characterological Self-blame	
	MW	S	MW	S
Akkommodativer Copingstil	12,79	7,33	9,64	6,58
Assimilativer Copingstil	-1,46	7,62	-0,64	9,08

Tabelle 13: Mittelwerte von den 2 Copingstilen und Characterological Self-blame

14.3.4 Hypothese 4

H_0 : Behavioral self-blame hat keinen Einfluss auf die 3 Copingstile

H_1 : Behavioral self-blame hat einen Einfluss auf die 3 Copingstile

UV: Behavioral Self-blame

AV: 3 Copingstile

N: Alle

Es wird eine multivariate Varianzanalyse gerechnet, da die Voraussetzungen erfüllt sind. Der Box's Test, der die Gleichheit der Kovarianzmatrizen überprüft, ist nicht signifikant und somit erfüllt ($F= 0.932$; $p= 0.471$).

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($F=1,37$; $p=0,255$). Der problemorientierte ($F=2,51$; $p=0,12$), vermeidende ($F=1,03$; $p=0,31$) und emotionsorientierte ($F=0,51$; $p=0,48$) Copingstil wird nicht signifikant von behavioral self-blame beeinflusst. Jedoch kann man an den Mittelwerten in Tabelle 14 sehen, dass Personen mit behavioral self-blame weniger vermeidend und emotionsorientiert copen, aber mehr problemorientiertes Coping einsetzen.

	Kein Behavioral Self-blame		Behavioral Self-blame	
	MW	S	MW	S
Vermeidender Copingstil	13,98	6,97	11,56	5,10
Problemorientiert Copingstil	20,84	6,09	24,11	3,33
Emotionsorientierter Copingstil	12,70	6,14	14,22	5,70

Tabelle 14: Mittelwerte der drei Copingstile und Behavioral Self-blame

Problemorientiertes Coping gilt in vielen Studien als Schutzfaktor. Behavioral Self-Blame kann laut Janoff-Bulmann als adaptive Funktion gesehen werden und wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Individuen aus. Die Mittelwertvergleiche zeigen uns, dass der problemorientierte Copingstil und behavioral Self-blame am ehesten zusammenhängen und man eine Tendenz ablesen kann.

14.3.5 Hypothese 5

H0: Behavioral self-blame hat keinen Einfluss auf die 2 Copingstile

H1: Behavioral self-blame hat einen Einfluss auf die 2 Copingstile

UV: Behavioral Self-blame

AV: 2 Copingstile

N: Alle

Diese Hypothese wird mittels multivariater Varianzanalyse gerechnet, da alle Voraussetzungen gegeben sind. Der Boxs Test, der die Gleichheit der Kovarianzmatrizen überprüft, ist nicht signifikant und somit erfüllt ($F = 3.47$; $\alpha = 0.37$).

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($F=1,29$; $p=0,28$) und somit wird die H_0 beibehalten. Behavioral self-blame beeinflusst weder den akkommodativen ($F=0,57$; $p=0,45$) noch den assimilativen ($F=2,06$; $p=0,15$) Copingstil. In Tabelle 15 ist zu sehen, dass Personen mit behavioral self-blame mehr zum akkommodativen Coping aber weniger zum assimilativen Coping tendieren.

	Kein Behavioral Self-blame		Behavioral Self-blame	
	MW	S	MW	S
Akkommodativer Copingstil	12,19	7,04	14,11	9,73
Assimilativer Copingstil	-1,02	7,86	-4,89	5,56

Tabelle 15: Mittelwerte der zwei Copingstile und Behavioral Self-blame

14.3.6 Hypothese 6

H_0 : Die 3 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

H_1 : Die 3 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben einen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

UV: 3 Copingstile und 3 Attributionsstile

AV: Autobiographischer Erinnerungsleistung

N: Alle

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgte mittels multipler Regression, die drei Copingstrategien und die 3 Attributionsstile sind die Prädiktoren für das Kriterium Autobiografischer Erinnerungsstil. Die Voraussetzungen (Daten sind normalverteilt; abhängige und unabhängige(n) Variable(n) haben metrisches Skalenniveau) sind erfüllt.

Dieses Modell ist nicht signifikant ($F=0,46$; $p=0,84$). Die H_1 wird nicht angenommen und die H_0 wird beibehalten. Der vermeidende ($t=1,07$; $p=0,29$), der problemorientierte ($t= -0,50$; $p=0,62$) und emotionsorientierte ($t= -0,80$; $p=0,43$) Copingstil haben somit keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungs-

leistung. Ebenso nicht die Attributionsstile Stabilität ($t = -0,88$; $p = 0,38$), Globalität ($t = 0,40$; $p = 0,69$) und Kontrollüberzeugung ($t = 0,12$; $p = 0,91$).

14.3.7 Hypothese 7

H0: Die 2 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

H1: Die 2 Copingstile und die 3 Attributionsstile haben einen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung.

UV: 2 Copingstile und 3 Attributionsstile

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: Alle

Da alle Voraussetzungen gegeben sind, wird diese Hypothese mit einer multiplen Regression gerechnet.

Das Regressionsmodell ist nicht signifikant ($F = 1,03$; $p = 0,40$). Jedoch hat der assimilative Copingstil einen signifikanten Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung ($t = 2,07$; $p = 0,04$). Inhaltlich bedeutet das, dass mit höheren Werten im assimilativen Copingstil auch mehr autobiografische Erinnerungen einhergehen. Der akkommodative ($t = -0,35$; $p = 0,73$) Copingstil sowie die 3 Attributionsstile Kontrollüberzeugung ($t = 0,33$; $p = 0,74$), Stabilität ($t = -0,94$; $p = 0,35$) und Globalität ($t = 0,31$; $p = 0,76$) haben keinen signifikanten Einfluss auf den autobiographischen Erinnerungsstil.

14.3.8 Hypothese 8

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Depression und dem autobiographischen Erinnerungsstil.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Depression und dem autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Depression

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: Alle

Da die Voraussetzungen (laut Kolmogorov-Smirnov-Test Daten nicht Normalverteilt) für eine einfache Regression nicht gegeben sind, erfolgt die Auswertung mittels einer Spearman-Korrelation.

Die Korrelation ist nicht signifikant ($r = -0,18$; $p = 0,07$). Das bedeutet, die H1 wird verworfen und die H0 wird beibehalten. Somit hat die Variable Depression keinen signifikanten Zusammenhang mit dem autobiographischen Erinnerungsstil.

Die AMT Subskalen Positiv ($r = -0,02$; $p = 0,85$) und Depressiv ($r = -0,08$; $p = 0,42$) haben ebenso keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Depression.

Zwischen der Subskala Aggressiv und dem Verdacht auf eine Depression gibt es einen signifikanten Zusammenhang ($r = -0,20$; $p = 0,043$). Das bedeutet inhaltlich, je höher die Depressionsscores bei einer Person sind, desto weniger spezifische aggressive Erinnerungen konnte die Person nennen. Da die Voraussetzungen (laut K.S.-Test Daten nicht Normalverteilt) nicht gegeben sind, wurden Spearman-Korrelationen gerechnet.

14.3.9 Hypothese 9

H0: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsspezifität.

H1: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsspezifität.

UV: Geschlecht

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: Alle

Da alle Voraussetzungen (die unabhängige Variable ist dichotom und die abhängige Variable metrisch skaliert) der Daten gegeben sind, wird ein T-Test zur Auswertung herangezogen.

Das Ergebnis ist signifikant ($t=3,098$; $p=0,003$). Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant in der spezifischen Erinnerungsleistung. Männer nennen durchschnittlich 5,88 ($S=2,39$) spezifische Erinnerungen und die Frauen haben einen Mittelwert von 4,42 ($S=2,13$). Inhaltlich bedeutet das, dass Männer eine bessere und höhere autobiographische Gedächtnisspezifität besitzen als Frauen.

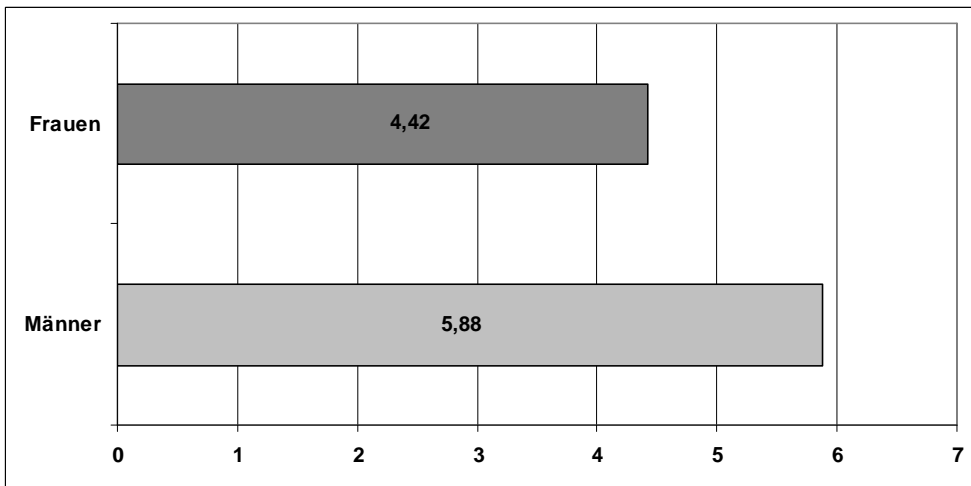


Abbildung 15: Mittelwerte der Frauen und Männer im Bezug auf die spezifische autobiographische Erinnerungsleistung

Die Männer und Frauen unterscheiden sich auch nicht in den Subskalen Positiv ($z= -1,93$; $p=0,053$) und Depressiv ($z= -0,77$; $p=0,44$), jedoch in der Subskala Aggressiv ($z= -3,31$; $p=0,001$) signifikant. Das bedeutet, dass sich Männer an mehr spezifische aggressive Ereignisse erinnern können als Frauen.

	Frauen		Männer	
	MW	S	MW	S
Spezifische Erinnerung	4,42	2,13	5,88	2,39
AMT-Positiv	1,60	1,00	2,09	1,18
AMT-Depressiv	1,43	0,96	1,64	1,22
AMT-Aggressiv	1,39	1,13	2,15	0,97

Tabelle 16: Mittelwerte von Frauen und Männern im Bezug auf den AMT- Gesamtwert und der Subskalen

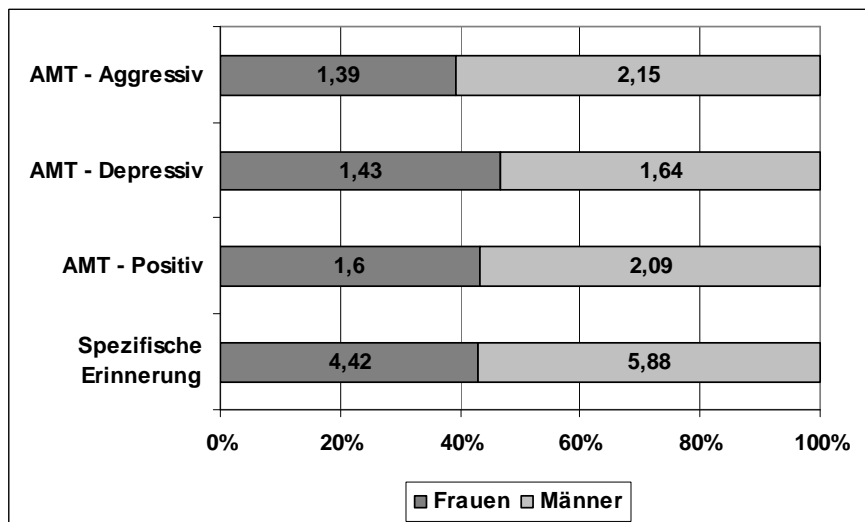


Abbildung 16: Mittelwerte von Frauen und Männern im Bezug auf den AMT- Gesamtwert und der Subskalen

Da die Voraussetzungen für eine MANOVA (laut K.S.-Test keine Normalverteilung der AMT-Subskalen) nicht erfüllt sind, werden einzelne U-Tests gerechnet.

14.3.10 Hypothese 10

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der spezifischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der spezifischen Erinnerungsleistung.

UV: Anzahl der Traumata

AV: Autobiographischer Erinnerungsstil

N: 2 Gruppen (Trauma & PTSD; Trauma ohne PTSD)

Da die Variable „Anzahl der Traumata“ laut K.S-Test nicht normalverteilt ist, wird eine Spearman-Korrelation gerechnet.

Das Korrelationsergebnis ist nicht signifikant ($r=0,03$; $p=0,742$). Somit wird die H_0 beibehalten. Die Anzahl der Traumata hat keinen Einfluss auf den Gesamtscore des AMT.

Die Anzahl der Traumata hat keinen Einfluss auf die Subskalen Depressiv ($r=0,13$; $p=0,20$) und Aggressiv ($r=0,136$; $p=0,176$).

Jedoch die Subskala Positiv hat einen signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl der Traumata ($r= -0,22$; $p=0,026$). Das bedeutet, je mehr positive spezifische Erinnerungen eine Person nennen konnte, umso weniger Traumata hat die Person erlebt.

	Anzahl der Traumata	
	r	p
AMT - Positiv	- 0,22	0,03
AMT - Depressiv	0,13	0,20
AMT - Aggressiv	0,14	0,18

Tabelle 17: Korrelationen zwischen der Variable Anzahl der Traumata und den 3 AMTSubskalen

Da die Daten laut K.S-Test nicht normalverteilt sind, werden Spearman-Korrelationen zur Auswertung herangezogen.

14.3.11 *Hypothese 11*

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (man-made) und der 3 AMT Subskalen.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (man-made) und der 3 AMT Subskalen.

UV: Art des Traumas

AV: 3 AMT Subskalen

N: 2 Gruppen (Trauma & PTSD; Trauma ohne PTSD)

Die Daten sind laut K.S.-Test nicht normalverteilt, somit erfolgt die Auswertung mit Spearman-Korrelationen.

Zwischen der AMT Subskala Positiv und der Art des Traumas besteht ein signifikanter Zusammenhang ($r = -0,22$; $p = 0,03$). Das bedeutet inhaltlich, zu je mehr positive Wörtern die Personen spezifische Erinnerungen nennen konnten, umso weniger man-made Traumata haben diese Personen erlebt.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Art des Traumas und den Subskalen Aggressiv ($r = 0,14$; $p = 0,18$) und Depressiv ($r = 0,13$; $p = 0,20$).

14.3.12 *Hypothese 12*

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (nature-made) und der 3 AMT Subskalen.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Art des Traumas (nature-made) und der 3 AMT Subskalen.

UV: Art des Traumas

AV: 3 AMT Subskalen

N: 2 Gruppen (Trauma & PTSD; Trauma ohne PTSD)

Die Daten sind laut K.S.-Test nicht normalverteilt, somit erfolgt die Auswertung mit Spearman-Korrelationen.

Zwischen der Art des Traumas und den 3 AMT Subskalen Positiv ($r=0,01$; $p=0,92$), Depressiv ($r=0,12$; $p=0,24$) und Aggressiv ($r=0,05$; $p=0,60$) besteht kein signifikanter Zusammenhang.

14.3.13 Hypothese 13

H0: Die 3 Gruppen unterscheiden sich nicht in den Depressionsscores.

H1: Die 3 Gruppen unterscheiden sich in den Depressionsscores.

UV: 3 Gruppen

AV: Depressionsscores

N: Alle

Es wird ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet, da keine Normalverteilung der Daten gegeben ist.

Das Ergebnis ist signifikant ($\chi^2=8,52$; $p=0,014$). Die 3 Gruppen unterscheiden sich signifikant in den Depressionsscores. Die Gruppe der Unbelasteten hat einen Mean-Rank von 24,17. Personen, welche ein Trauma erlebt jedoch keine PTSD entwickelt haben, weisen einen Mean-Rank von 50,19 auf. Die Gruppe, welche ein oder mehrere Traumata erfahren haben und unter einer PTSD leiden, weist den höchsten Mean-Rank auf von 65,79. Das bedeutet inhaltlich, dass bei Personen mit einer PTSD, eher der Verdacht an einer Depression zu leiden, besteht.

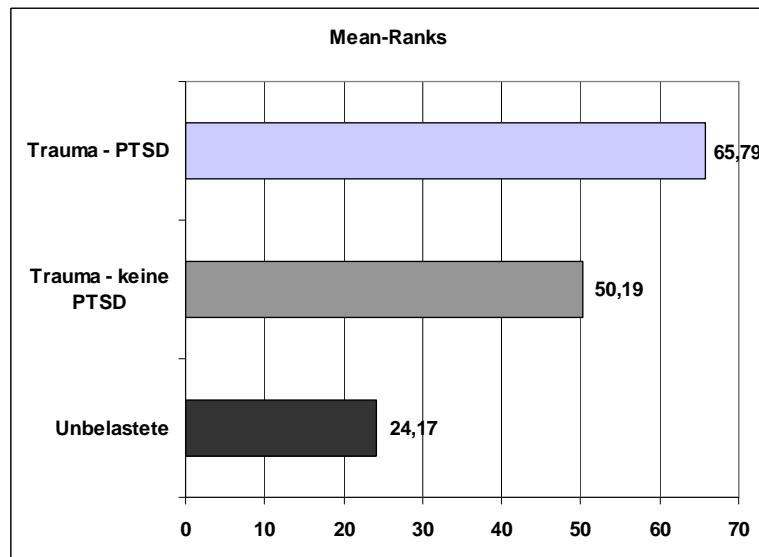


Abbildung 17: Mean-Ranks der drei Gruppen im Bezug auf das Ausmaß der Depressionsscores

14.3.14 Hypothese 14

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem akkommodativen Copingstil und der autobiographische Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem akkommodativen Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: akkommodativer Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

Da die Voraussetzungen erfüllt sind, wird eine Pearson – Korrelation gerechnet.

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($r = -0,04$; $p = 0,67$). Die H0 wird beibehalten und die H1 wird nicht angenommen. Es gibt somit keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem akkommodativen Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

Zwischen den Subskalen Depressiv und Aggressiv gibt es keinen signifikanten Zusammenhang mit dem akkommodativen Copingstil. Der Zusammenhang von der AMT Subskala Positiv und dem akkommodativen Copingstil ist knapp nicht signifikant.

	Akkommodativer Copingstil	
	r	p
AMT - Positiv	-0,19	0,06
AMT - Depressiv	0,05	0,61
AMT - Aggressiv	0,02	0,89

Tabelle 18: Korrelationen zwischen dem akkommodativen Copingstil und den AMT-Subskalen

Die drei AMT Subskalen sind nicht normalverteilt und folglich werden Spearman-Korrelationen zur Auswertung gerechnet.

14.3.15 Hypothese 15

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem assimilativen Copingstil und der autobiographische Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem assimilativen Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: assimilativer Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

Die Auswertung erfolgt durch eine Pearson-Korrelation, da die Voraussetzungen erfüllt werden.

Das Ergebnis ist signifikant ($r=0,204$; $p=0,042$). Es wird die H0 verworfen und die H1 angenommen.

Der assimilative Copingstil hängt signifikant mit der autobiographischen Erinnerungsleistung zusammen. Das bedeutet, je mehr die Personen zu einem assimilativen Copingstil tendieren, umso eine bessere und höhere autobiographische Erinnerungsleistung weisen sie auf.

Die Subskalen Positiv und Depressiv haben keinen signifikanten Zusammenhang mit dem assimilativen Copingstil.

Die Subskala Aggressiv steht im signifikanten Zusammenhang mit dem assimilativen Copingstil. Das bedeutet inhaltlich, dass je eher eine Person zum assimilativen Copingstil tendiert, umso mehr aggressive Erinnerungen kann die Person nennen.

Die Voraussetzungen sind nicht gegeben. Es werden Spearman-Korrelationen zur Auswertung gerechnet.

	Assimilativer Copingstil	
	r	p
AMT - Positiv	0,12	0,23
AMT - Depressiv	-0,08	0,45
AMT - Aggressiv	0,33	0,001

Tabelle 19: Korrelationen zwischen dem assimilativen Copingstil und den AMT-Subskalen

14.3.16 Hypothese 16

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem problemorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem problemorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: problemorientierte Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

Die Voraussetzungen sind erfüllt. Die Auswertung erfolgt mittels einer Pearson-Korrelation.

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($r = -0,07$; $p = 0,52$). Es wird die H_0 beibehalten. Der problemorientierte Copingstil hat keinen Zusammenhang mit der autobiographischen Gedächtnisleistung.

Auch die Ergebnisse zu den 3 AMT Subskalen sind nicht signifikant.

Die Auswertung erfolgte mittels Spearman-Korrelationen. Die Normalverteilung der Daten ist nicht erfüllt laut K.S.-Test.

Das bedeutet inhaltlich, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem problemorientierter Copingstil und den 3 AMT Subskalen Positiv, Depressiv und Aggressiv besteht.

	Problemorientierter Copingstil	
	r	p
AMT - Positiv	-0,13	0,19
AMT - Depressiv	-0,04	0,67
AMT - Aggressiv	0,13	0,19

Tabelle 20: Korrelationen zwischen dem problemorientierten Copingstil und den AMT-Subskalen

14.3.17 Hypothese 17

H_0 : Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem emotionsorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H_1 : Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem emotionsorientierten Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: emotionsorientierter Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

Die Auswertung erfolgt mittels einer Pearson-Korrelation, da die Voraussetzungen gegeben sind.

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($r = -0,08$; $p = 0,42$). Es wird die H_0 beibehalten. Der emotionsorientierte Copingstil hat keinen Zusammenhang mit der autobiographischen Gedächtnisleistung.

Auch der emotionsorientierte Bewältigungsstil steht nicht im signifikanten Zusammenhang mit den drei AMT Subskalen. Die Ergebnisse sind nicht signifikant.

Diese Hypothese wurde mittels Spearman-Korrelation ausgewertet, da laut K.S.-Test keine Normalverteilung der Daten vorliegt.

	Emotionsorientierter Copingstil	
	r	p
AMT - Positiv	-0,07	0,52
AMT - Depressiv	-0,13	0,20
AMT - Aggressiv	0,01	0,94

Tabelle 21: Korrelationen zwischen dem emotionsorientierten Copingstil und den AMT Subskalen

14.3.18 Hypothese 18

H_0 : Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem vermeidenden Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H_1 : Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem vermeidenden Copingstil und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: vermeidende Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

Die Auswertung wird gerechnet mit einer Pearson-Korrelation, da die Voraussetzungen gegeben sind.

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($r = -0,08$; $p = 0,37$). Es wird die H_0 beibehalten. Der vermeidende Copingstil hat keinen Zusammenhang mit der autobiographischen Gedächtnisleistung.

Ebenso wird überprüft, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den 3 AMT Subskalen und dem vermeidenden Copingstil gibt.

Die Daten sind nicht normalverteilt laut K.S.-Test. Die Auswertung erfolgt mit Spearman-Korrelationen.

Die Korrelationen sind nicht signifikant. Weder die AMT Subskala Positiv, noch die AMT Subskalen Depressiv und Aggressiv stehen im signifikanten Zusammenhang mit dem vermeidenden Copingstil.

	Vermeidender Copingstil	
	r	p
AMT - Positiv	0,07	0,48
AMT - Depressiv	0,06	0,56
AMT - Aggressiv	0,02	0,83

Tabelle 22: Korrelationen zwischen dem vermeidenden Copingstil und den AMT-Subskalen

14.3.19 Hypothese 19

H_0 : Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

H_1 : Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

UV: Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität

AV: autobiographische Erinnerungsleistung

N: Alle

Da die Daten der Variable Rigidität / Flexibilität laut K.S.-Test nicht normalverteilt sind, wird eine Spearman-Korrelation gerechnet.

Das Ergebnis ist nicht signifikant ($r=0,12$; $p=0,25$). Die H_0 wird beibehalten. Es besteht somit kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und der autobiographischen Erinnerungsleistung.

Es wurde auch überprüft, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen den 3 AMT Subskalen und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität / Rigidität besteht.

Laut K.S.-Test sind die Daten nicht normalverteilt. Die Daten wurden mittels Spearman-Korrelation ausgewertet.

Die Korrelationen sind nicht signifikant. Weder die AMT Subskala Positiv, noch die AMT Subskalen Depressiv und Aggressiv stehen im signifikanten Zusammenhang mit dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität / Rigidität.

	Flexibilität / Rigidität	
	r	p
AMT - Positiv	0,07	0,48
AMT - Depressiv	0,55	0,58
AMT - Aggressiv	0,05	0,65

Tabelle 23: Korrelationen zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität / Rigidität und den AMT-Subskalen

14.3.20 Hypothese 20

H_0 : Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität.

H_1 : Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität.

UV: Alter

AV: Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität

N: Alle

Es wird zur Auswertung eine Spearman-Korrelation herangezogen, da die Normalverteilung laut K.S.-Test der Variable Rigidität / Flexibilität nicht gegeben ist.

Das Ergebnis ist signifikant ($r=0,329$; $p=0,001$). Es wird die H_0 verworfen und die H_1 angenommen.

Der Mittelwert des Rigiditätsfragebogens beträgt 43,56 ($S=4,331$). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variable Alter und dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität / Rigidität ($r=0,329$; $p= 0,001$). Das bedeutet inhaltlich, je älter der Proband, umso rigider ist die Person oder je jünger, umso eher flexibel ist die Person.

15 Zusammenfassung, Diskussion, Schlussfolgerungen und Ausblick

15.1 Zusammenfassung

Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob unterschiedliche Copingstrategien und Attributionsstile, das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und Schuldzuschreibungen nach einem erlebten traumatischen Ereignis dazu führen, einen spezifischen oder einen übergeneralisierten Erinnerungsstil zu entwickeln.

Die Stichprobe umfasste 100 Personen über 60 Jahre. Personen mit Demenz wurden ausgeschlossen. Die Personen wurden in Wien, Oberösterreich, Niederösterreich und im Burgenland befragt. Das durchschnittliche Alter betrug 76 Jahre. Es waren 33% Männer und 67% Frauen. Es war eine natürlich gewachsene Stichprobe, welche sich folgendermaßen zusammensetzte: 82% traumatisierte Personen ohne PTSD, 12% traumatisierte Personen mit PTSD, 6% unbelastete Personen.

Es wurden folgende Verfahren eingesetzt, der Autobiographical Memory Test (AMT), die 10 Wort-Merkliste, der TLEQ zur Erfassung der Traumata, die PCLC zur Erfassung einer PTSD, die GDS, der Attributionsstilfragebogen (ASF-E), der Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen (PTCI), der CISS, der TEN-FLEX zur Erfassung der Copingstile und Rigiditäts-Fragebogen.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die drei Gruppen (Personen mit PTSD, Personen ohne PTSD, Unbelastete) sich nicht in der autobiographischen Gedächtnisleistung unterscheiden ($F=0,553$; $p=0,577$). Durchschnittlich haben ältere Personen 6 Traumata erlebt. Je weniger Traumata erlebt wurden, umso mehr positive Erinnerungen hatten die Personen ($r= -0,22$; $p=0,026$). Jedoch nicht nur die Anzahl der Traumata war ausschlaggebend, sondern auch die Art des Traumas. Je weniger man - made Traumata widerfahren sind, umso mehr positive Erinnerungen konnte die Person abrufen ($r= -0,22$; $p=0,03$). Männer wiesen eine signifikant bessere Erinnerungsleistung auf als Frauen ($t=3,098$; $p=0,003$). Jedoch konnten sich die Männer auch besser an aggressive Erlebnisse erinnern ($z= -3,31$; $p=0,001$). Weiteres kann gesagt werden, dass Perso-

nen im Alter sehr rigide sind, sich jedoch dieses Persönlichkeitsmerkmal nicht auf die autobiographische Gedächtnisleistung auswirkt. Characterological und behavioral self-blame und die Attributionsstile hängen nicht signifikant mit dem autobiographischen Gedächtnis zusammen. Vermeidendes, problemorientiertes, emotionsorientiertes und akkommodatives Coping haben keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung. Je mehr der assimilative Copingstil angewendet wurde, umso höhere spezifische autobiographische Erinnerungsleistung wurde beobachtet ($r=0,204$; $p=0,04$), jedoch auch umso mehr aggressive Erlebnisse wurden erinnert ($r=0,33$; $p=0,001$).

15.2 Diskussion und Schlussfolgerungen

15.2.1 *Soziodemographische Daten*

Der hohe Frauenanteil der Stichprobe (67%) und nur 33% Männer entsprechen den natürlichen Gegebenheiten der alternden Gesellschaft. Ebenso, dass Männer und Frauen sich signifikant im Alter unterscheiden. Frauen sind durchschnittlich 78 Jahre alt und Männer 72 Jahre in der Stichprobe der vorliegenden Studie. Dies könnte man dahingehend interpretieren, dass Frauen durchschnittlich älter werden.

15.2.2 *Traumaaerlebnisse*

Im Durchschnitt hat jede Person der Studie in etwa 6 Traumata in seinem Leben erlebt. 82% der Stichprobe haben mindestens ein Trauma in ihrem Leben erlebt. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant. Jedoch erlebten die Männer im Durchschnitt 6,5 Traumata und die Frauen 5,5 Traumata. Bezogen auf die Gesamtstichprobe erlebten die Betroffenen tendenziell mehr man-made (3,4) Traumata als nature-man (2,4) Traumata. Das lässt sich vielleicht so erklären, dass viele Personen in dieser Generation in Österreich in Kriegsgebieten gelebt haben. Betroffene nannten als häufigstes erlebtes man-made Trauma im Kriegsgebiet gelebt, gearbeitet oder gekämpft zu haben (44%). Fast die Hälfte der Betroffenen der Stichprobe erlebten Kriegsgeschehen, bei denen Menschen verletzt oder getötet wurden. Ebenso konnten die Personen weniger positive spezifische Erinnerungen nennen, umso mehr man-made Traumata sie erlebt haben (Hypothese 11).

68% der Gesamtstichprobe geben als häufigstes erlebtes nature-made Traumata „den unerwarteten Tod“ an. Dies könnte auch ein wesentlicher Grund sein, dass die Kontrollgruppe sehr klein ausgefallen ist. Die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass Personen in dem Altersbereich, schon eine ihnen nahestehende Person unerwartet verloren haben. 26 % erlebten einen Verkehrsunfall, gefolgt von 23% waren einer Naturkatastrophe ausgesetzt. Am wenigsten erlebte nature-made Traumata wurden Unfälle anderer Art von den Betroffenen berichtet (19%). Nicht vom Menschen evozierte Traumen haben keinen Einfluss auf das Autobiographische Gedächtnis (Hypothese 12).

Es wurde kein bestimmtes Alter oder ein bestimmter Altersbereich identifiziert wo die meisten oder die wenigsten Traumata stattfanden.

Es kann von einer Tendenz zwischen dem Familienstand und der Anzahl der erlebten Traumata gesprochen werden. Geschiedene Personen haben am meisten Traumata erlebt, dann ledige Personen, gefolgt von verwitweten Personen. Am wenigsten Traumata haben verheiratete Personen erlebt.

15.2.3 Wortliste – allgemeine Gedächtnisleistung

Im Durchschnitt konnten sich die Personen 6 Wörter merken. Personen, welche sich unter 4 Wörter merkten wurden ausgeschlossen, da Verdacht auf Demenz bestand. Frauen und Männer unterschieden sich nicht signifikant. Jedoch je älter die Personen waren, desto weniger Wörter konnten die Personen nennen. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Wortliste und der Variable Alter. Diese Ergebnisse sind gleich der Theorie, dass das KZG mit dem Alter abnimmt.

Die allgemeine Gedächtnisleistung steht in keinem Zusammenhang mit der autobiographischen Gedächtnisleistung. Auch Wessel und Kollegen (2002) gelangten zu ähnlichen Ergebnissen. Die spezifische Gedächtnisleistung kann nicht durch verminderte oder erhöhte allgemeine Gedächtnisleistung vorhergesagt werden.

15.2.4 Autobiographische Gedächtnisleistung

Durchschnittlich konnten die Personen 5 spezifische Erinnerungen von insgesamt 12 zu bewältigenden Erinnerungsaufgaben nennen. Die Personen erinnern sich an 0 bis 10 spezifische Ereignisse, jedoch ist es keiner Person gelungen zu allen 12 Aufgaben spezifische Erinnerungen zu nennen. Im Alter konnten keine Defizite erkannt werden und die spezifische autobiographische Erinnerungslleistung nahm nicht ab.

Die Personen konnten sich am meisten an positive Ereignisse erinnern, gefolgt an aggressive Erlebnisse und am wenigsten an depressive Situationen in ihrem Leben. Demnach können sich Personen im hohen Alter etwas leichter an positive Lebensinhalte erinnern als an negative. Am wenigsten konnten die Personen Erlebnisse zu den depressiven Reizwörtern erinnern.

Männer und Frauen unterscheiden sich signifikant in der spezifischen Erinnerungslleistung (Hypothese 9). Männer konnten sich an durchschnittlich 6 spezifische Ereignisse erinnern und Frauen an durchschnittlich 4 Erlebnisse. Inhaltlich bedeutet das, dass Männer eine bessere und höhere autobiographische Gedächtnisspezifität besitzen als Frauen. Männer konnten sich an signifikant mehr spezifische aggressive Ereignisse erinnern als Frauen. Dies könnte daran liegen, dass Männer vermehrt aggressive Kriegereignisse erlebt haben und es könnte auch an der Rollenaufteilung liegen. Pfaffstaller (2007) gelangt in ihrer Diplomarbeit zu den gleichen Ergebnissen und meint, dass Frauen eher aggressiv besetzte Erinnerungen verdrängen.

Hauptschüler haben eine schlechtere spezifische Erinnerungslleistung als Personen mit Hochschulabschluss, Personen mit Matura und Personen mit Lehre. Eine Studie von Schönfeld und Ehlers (2006) und eine Studie von Wessel et al. (2001) zeigen ebenso, dass niedrige Bildung ein Risikofaktor ist nach einem erlebten Traumatata. Hauptschüler können sich signifikant schlechter an aggressive spezifische Erlebnisse erinnern.

Ebenso verwitwete Personen haben eine schlechtere aggressive spezifische Erinnerung, im Vergleich zu ledigen, verheirateten oder geschiedenen Personen.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert PCLC und der autobiographischen Erinnerungsleistung. Ebenso wenig besteht zwischen den einzelnen Subskalen Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal und der autobiographischen Erinnerungsleistung kein Zusammenhang. Diese Ergebnisse sind kontrovers zu viele Studien. Einige Studien gelangen nämlich zu den Ergebnissen, dass die autobiographische Gedächtnisleistung mit Intrusionen und Vermeidung signifikant in Verbindung steht (Stokes et al., 2004).

Der behaviorale self-blame und der Characterological self-blame und die unterschiedlichen Copingstile haben keinen Einfluss auf die spezifische autobiographische Erinnerungsleistung (Hypothesen 2-5). Problemorientierte Coping gilt in vielen Studien als Schutzfaktor. Behavioral Self-Blame kann laut Janoff-Bulmann als adaptive Funktion gesehen werden und wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Individuen aus. Die Mittelwertvergleiche zeigen, dass der problemorientierte Copingstil und behavioral Self-blame am ehesten zusammenhängen.

Die unterschiedlichen Attributionsstile Stabilität, Globalität und Kontrollüberzeugung, wie auch die Copingstile Vermeidung, Problemorientiert, Emotionsorientiert und Akkomodativ haben keinen Einfluss auf das autobiographische Gedächtnis (Hypothese 6, 7). Der assimilative Copingstil hängt signifikant mit dem autobiographischen Gedächtnis zusammen. Das bedeutet, dass mit höheren Werten im assimilativen Copingstil auch mehr autobiografische Erinnerungen einhergehen (Hypothese 7, 15). Der Grund dafür könnte sein, dass Personen beim assimilativen Copingstil an Zielen festhalten und sich immer wieder mit der problematischen Situation auseinandersetzen und sich vielleicht deswegen besser spezifisch an ihr Leben erinnern können.

Das Ausmaß einer Depression hat keinen signifikanten Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung (Hypothese 8). Zum Unterschied zu unseren Ergebnissen zeigte eine Studie von Hermans, Van den Broeck, Belis, Raes, Pieters und Eelen (2003), dass Depression assoziiert wird mit Schwierigkeiten beim Abrufen von spezifischen autobiographischen Erinnerungen. Auch Williams und Broadbent (1986) meinen, dass Personen mit einer Depression oft

Schwierigkeiten beim Abrufen spezifischer autobiographischer Erinnerungen aufweisen.

Die Daten zeigen ebenfalls, je höher die Depressionsscores sind, desto weniger spezifische aggressive Erinnerungen konnte die Person nennen. Die Ergebnisse der Studie lassen eine Tendenz erkennen, dass Frauen eher zur Depression neigen als Männer, jedoch Frauen signifikant weniger aggressive Erinnerungen abrufen können. Dies könnte der Grund sein, dass das Ausmaß der Depressionsscores einhergeht mit einer verminderten spezifischen aggressiven Erinnerungsleistung.

Die Anzahl der Traumata hat keinen Einfluss auf den Gesamtscore des AMT. (Hypothese 10). Das stimmt mit den Ergebnissen von Moor und Zöllner (2007) überein. Sie haben festgestellt dass traumatische Erfahrungen allein nicht ausreichen um einen übergeneralisierten Erinnerungsstil hervorzurufen. Jedoch die Subskala Positiv hat einen signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl der Traumata. Das bedeutet, je mehr positive spezifische Erinnerungen eine Person nennen konnte, umso weniger Traumata hat die Person erlebt.

15.2.5 Trauma und PTSD

Eine PTSD wurde mittels der PCLC festgestellt. Der Cut-off Wert war bei 44 Punkten. Diese Schranke war sehr hoch, und dies könnte der Grund gewesen sein, dass nur 12 Personen von 100 eine vollständig ausgeprägte PTSD hatten. Sehr viele in der Stichprobe, 82% der Personen haben mindestens ein Trauma erlebt. Einige Autoren meinen, dass Ressourcen und Erfahrungen im Alter bedingen in einer kompetenten Weise mit belasteten Situationen umzugehen (Norriy & Murell, 1988; nach Hosser, 1999). Maercker und Kollegen (2002) meinen, dass im hohen Alter traumatische Ereignisse sehr oft schon lange zurückliegen und eine andere Bedeutung den Ereignissen zu geschrieben wird. Alte Personen bevorzugen den selektiven Erinnerungsstil. Dies stimmt mit unserer Studie überein, wo Personen im hohen Alter meistens über Vermeidungssymptome berichteten. Die wenigsten berichten über Intrusionen. Dieses Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis von Pfaffstaller (2007) überein.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der PCL-C, jedoch ist eine Tendenz zu erkennen, dass Frauen höhere Werte haben. Vielleicht ist die Wahrscheinlichkeit höher für Frauen an einer PTSD zu erkranken als für Männer. Brewin et al. (2000) kam zu dem Ergebnis, dass Frauen ein höheres Erkrankungsrisiko nach traumatischen Erlebnissen aufwiesen als Männer. Man könnte das erklären, dass Frauen vielleicht eher emotional, ängstlich reagieren auf eine traumatische Erfahrung. Die drei Gruppen (Personen mit PTSD, Personen ohne PTSD, Unbelastete) unterschieden sich signifikant im Geschlecht. Die Frauen haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und PCL-C.

Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht im Alter, Ausbildung und Familienstand.

Von den traumatisierten Personen mit PTSD waren 50% verwitwet. 33,3% waren verheiratet und 16,7% geschieden. Es ist zu sehen dass somit die Hälfte der Personen mit PTSD verwitwet ist. Hankin (2003) meint, dass es bei Personen nach dem Tod ihres Partners zu einem Anstieg der traumatischen Erinnerungen kommt und zu einer Chronifizierung der PTSD.

15.2.6 Copingverhalten

Der Problemorientierte und der akkommodative Copingstil waren bei Personen im hohen Alter am höchsten ausgeprägt. Brandtstädter und Wentura (1995) gelangen in einer Studie zu den gleichen Ergebnissen, dass ältere Personen es bevorzugen akkommodatives und problemorientiertes Coping anzuwenden. Es wurde gezeigt, das Opfer nach einer kriminellen Tat mit akkommodativen Copingstil erfolgreicher sind. Rothermund, Dillmann und Brandtstädter (1998) meinen, dass die akkommodative Bewältigungsform im höheren Alter eine wichtige Rolle spielt, da in diesem Lebensbereich viele unkontrollierbare, irreversible Veränderungen erlebt werden. Zum Beispiel chronisch gesundheitliche Belastungen, Einschränkungen in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen.

Am wenigsten wurde der vermeidende, emotionsorientierte und assimilative Copingstil angewendet. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen

dem Alter und dem assimilativen Copingstil. Das bedeutet, je älter die Probanden sind umso weniger wenden sie den assimilativen Copingstil an.

Die drei Copingstile (problemorientiert, vermeidend, emotionsorientiert) unterschieden sich nicht im Geschlecht und auch nicht im Alter. Beim problemorientierten Copingstil ist eine leichte Tendenz zu erkennen in Richtung, dass Männer eher dazu neigen den problemorientierten Copingstil anzuwenden als Frauen. Männer und Frauen unterscheiden sich auch nicht signifikant in den 2 Copingstilen (assimilativ, akkommodativ). Jedoch wenden die Männer tendenziell mehr assimilatives Copingverhalten an im Vergleich zu Frauen.

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstvorwürfen und dem emotionsorientierten Copingstil. Das bedeutet, umso mehr die Person zum emotionsorientierten Copingstil tendiert, desto eher macht sich die Person auch Selbstvorwürfe. Studien welche den Zusammenhang zwischen dem emotionsorientiertem Copingstil, den anderen Copingstilen und den Selbstvorwürfen im Bezug auf das Trauma untersuchen, fehlen und wären interessante Forschungsfragen.

Der vermeidende, problemorientierte, assimilative und akkommodative Copingstil stehen nicht im Zusammenhang mit Selbstvorwürfen.

Der Vermeidende und der problemorientierte Copingstil hängen nicht signifikant mit den PCL-C Subskalen (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal) zusammen. Der emotionsorientierte Copingstil hängt mit den Subskalen Hyperarousal und Vermeidung signifikant zusammen. Dies bedeutet, je höhere Werte die Person in der Subskala Vermeidung und Hyperarousal hat, umso eher verwenden diese Probanden emotionsorientiertes Coping. Latack (1986) meint emotionsorientiertes Copingverhalten geht mit einem erhöhten Stresslevel einher. Fritzsche, Forster, Schweickhardt, Kanwischer, Drinkmann, Rabung, Bergmann, Geibel & Herrmann-Lingen (2007) kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass vermeidendes (depressives) Coping einen Risikofaktor für emotionalen Stress und einer schlechteren Lebensqualität nach einer Implantation darstellt.

Der assimilative Copingstil steht nicht im signifikanten Zusammenhang mit den 3 PCLC-Subskalen. Der akkommodative Bewältigungsstil hängt mit der Subs-

kala Intrusion signifikant zusammen. Die Werte in der Subskala Intrusion sind niedriger ausgeprägt, wenn die Personen zum akkommodativen Copingstil tendieren. Bak und Brandtstädter (1998) meinen es kommt beim akkommodativen Coping zu einer Neu- und Umbewertung der Situation und es wird nicht an den alten Zielen festgehalten. Somit könnte man daraus schließen, dass wenn nicht festgehalten wird an alten Zielen und es zu einer Neu- und Umbewertung der Situation kommt, dass somit auch die Intrusionen abnehmen und der akkommodative Copingstil als protektiver Faktor wirkt.

In dieser Studie attribuieren Personen welche eher zum emotionsorientierten Copingstil tendieren negative Erlebnisse globalen Ursachen zu.

15.2.7 Depression

Durchschnittlich ist bei 3% der Stichprobe eine Tendenz zur Depressionen zu erkennen und dies ist somit relativ niedrig. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und dem Depressionsscore. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht signifikant in den Depressionsscores, jedoch ist eine Tendenz zu erkennen, dass Frauen höhere Depressionsscores haben.

Die drei Gruppen (Unbelastete, Personen mit PTSD, traumatisierte Personen ohne PTSD) unterscheiden sich nicht in den Depressionsscores (Hypothese 13). Jedoch zeigt sich eine Tendenz, dass die Gruppe der Unbelasteten niedrigere Depressionsscores haben. Die höchsten Depressionsscores weisen die Personen, welche unter PTSD leiden, auf. Dies stimmt mit vielen Studien überein, dass eine Komorbidität zwischen PTSD und Depression besteht.

Es ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen emotionsorientierten Copingstil und dem Ausmaß des Depressionsscores festzustellen. Daraus lässt sich ableiten, dass jene Probanden welche emotionsorientiert bewältigen, höhere Depressionsscores aufweisen. Zwischen problemorientierten Copingstil und dem Ausmaß an Depressionsscores besteht ebenso ein signifikanter Zusammenhang. Je mehr problemorientierter Copingstil eine Person anwendet, umso niedriger ist das Ausmaß der Depressionsscores. Viele Studien bestätigen diese Ergebnisse. Depressive Personen tendieren eher dazu den emotionsorien-

tierten Copingstil anzuwenden, währenddessen relativ gesunde Personen den problemorientierten Copingstil meist vermehrt anwenden (Solomon, Mikulincer & Avitzur 1988).

Zwischen vermeidende, akkommodativen und assimilativen Copingstil und dem Ausmaß an Depressionsscores gibt es keinen signifikanten Zusammenhang.

15.2.8 Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität

Der Mittelwert des Rigiditätsfragebogens ist sehr hoch. Personen im hohen Alter sind somit sehr rigide. Es besteht zwischen der Variable Alter und dem Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität ein signifikanter Zusammenhang (Hypothese 20). Eine Sichtweise von Solomon und Ginzburg (1999) ist, dass ältere Leute schwächer sind und weniger Ressourcen haben um ein Trauma zu verarbeiten als jüngere Menschen und sie weniger anpassungsfähig sind. Ältere Leute sind eher rigide und verwenden eher regressive Mechanismen um mit einem Trauma umzugehen.

Entgegen den Vermutungen von Westphal und Bonanno (2004) gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und dem autobiographischen Gedächtnis (Hypothese 19). Westphal & Bonanno (2004) vermuteten, dass bei einer flexiblen Anpassung an eine Situation, beim verstärkten Emotionsausdruck, wie auch beim Vermeiden von Emotionen, kognitive Ressourcen belastet und Erinnerungsdefizite produziert werden.

Das Geschlecht unterscheidet sich nicht und auch zwischen Anzahl erlebter Traumata und dem Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität ist kein Zusammenhang. Ebenso wirkt sich das Ausmaß der Depressionsscores nicht auf das Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität aus oder umgekehrt.

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen den 3 Subskalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal und dem Persönlichkeitsmerkmal Rigidität / Flexibilität.

15.2.9 Haupthypothese

Die drei Gruppen (traumatisierte Personen mit PTSD, traumatisierte Personen ohne PTSD und die unversehrte Gruppe) unterscheiden sich nicht signifikant im autobiographischen Erinnerungsstil. Jedoch lässt sich eine leichte Tendenz anhand der Mittelwerte erkennen. Die Gruppe der Unbelasteten haben die beste spezifische autobiographische Erinnerungsleistung. Personen, welche ein oder mehrere Traumata erlebt haben jedoch keine PTSD entwickelten, wiesen eine durchschnittlich spezifische autobiographische Erinnerungsleistung auf. Personen welche ein oder mehrere Traumata erlitten und infolge an einer PTSD leiden wiesen die schlechteste autobiographische Erinnerungsspezifität auf.

Viele Studien zeigen im Gegensatz zu der Studie in der Diplomarbeit, dass Trauma-Überlebende mit PTSD oder ASD (acute stress disorder) oder Depression eine signifikant schlechtere spezifische Erinnerungsleistung zeigen, als Personen ohne PTSD oder ASD (Kleim & Ehlers, 2008). Dies könnte daran liegen, dass in vielen Studien Personen mit diagnostizierter PTSD oder direkt nach einem traumatischen Ereignis die Personen untersucht worden sind im Gegensatz zu der vorliegenden Studie.

In der Diplomarbeit könnte es der Fall sein, dass ein lang zurückliegendes Trauma im höheren Alter eine andere Bedeutung zugeschrieben wird als in früheren Lebensabschnitten (Maercker & Zöllner, 2002).

Im Gegensatz zu anderen Studien war die Größe der Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe der vorliegenden Diplomarbeit nicht gleich groß, da eine natürlich gewachsene Stichprobe verwendet wurde. Diese Gruppengrößenunterschiede sind zwar bei der Auswertung berücksichtigt worden, jedoch waren es keine optimalen Bedingungen. Auch wurden in der Studie mehr Frauen als Männer befragt. Männer und Frauen unterschieden sich signifikant im Alter. Die Frauen sind älter als die Männer.

Zwar haben laut den Ergebnissen weder der problemorientierte, noch der akkommodative Copingstil einen Einfluss auf das autobiographische Gedächtnis (Hypothesen 14, 16), jedoch in der vorliegenden Studie verwendeten die meisten Personen den problemorientierten Copingstil und den akkommodativen Copingstil. Brandtstädter und Wentura (1995) zeigten in einer Studie, dass Opfer

nach einer kriminellen Tat, welche diese zwei Stile vermehrt angewendet haben, erfolgreicher bei der Bewältigung des Traumas waren. Aufbauend auf diese Studie, kann man ableiten, dass der akkommodative und der problemorientierte Copingstil als Schutzfaktoren fungieren und somit die drei Gruppen eine sehr ähnliche autobiographische Erinnerungsleistung aufweisen und die Traumata recht gut verarbeitet haben. Ebenfalls besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem problemorientierten Copingstil und der Anzahl der erlebten Traumata. Das bedeutet, je mehr Traumata erlebt wurden, desto eher haben die Personen einen problemorientierten Copingstil angewendet und vielleicht somit das Trauma positiv bewältigt und kaum Defizite in der autobiographischen Erinnerungsleistung entwickelt.

Die Strategische Inhibitionstheorie von Philippot und Kollegen (2003) wie auch die Kognitive Ressourcen Allokations Theorie von Williams (1996) besagen, dass die Symptomatik Intrusionen und Vermeidung zu einem übergenerellen Erinnerungsstil führen. Intrusionen und Vermeidung sind bekannte Symptome der Krankheiten Depression und PTSD (Moore & Zoellner, 2007). In der vorliegenden Studie sind die Werte in der Subskala Intrusion niedriger ausgeprägt, wenn die Personen zum akkommodativen Copingstil tendieren. Da sehr viele Probanden den akkommodativen Copingstil angewendet haben, könnte dies der Grund sein, für kaum eine Beeinträchtigung des autobiographischen Gedächtnisses bei Personen mit PTSD und Personen, welche ein Trauma erlebt haben, jedoch keine PTSD entwickelt haben. Ebenso auch für Personen, welche unter einer Depression leiden jedoch auch keine signifikanten Defizite in der autobiographischen Gedächtnisleistung aufwiesen (Hypothese 8).

Sehr wenige Personen in der vorliegenden Studie haben den assimilativen Copingstil angewendet. Das Ergebnis besagt zwar je mehr die Personen zu einem assimilativen Copingstil tendieren, umso eine bessere und höhere autobiographische Erinnerungsleistung weisen sie auf (Hypothese 15). Jedoch zeigen die Ergebnisse auch, dass diese Personen, welche zum assimilativen Copingstil tendiert, umso mehr aggressive (negative) Erinnerungen abrufen. Durch diese aggressiven Erinnerungen könnte die positive Bewältigung des Traumas verhindert werden.

Die drei Gruppen (Personen mit PTSD; Personen ohne PTSD, Unbelasteten) unterscheiden sich nicht signifikant in den einzelnen AMT Subskalen Positiv, Depressiv und Aggressiv. Es zeigt sich eine Tendenz, dass die Gruppe der Unbelasteten sich am besten an positive Ereignisse erinnern kann. Ebenso hat die Subskala Positiv einen signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl der Traumata (Hypothese 10). Das bedeutet, je mehr positive spezifische Erinnerungen eine Person nennen konnte, umso weniger Traumata hat die Person erlebt.

McNally und Kollegen (2005) berichten von mehreren Studien, dass Vietnam Veteranen mit PTSD Defizite beim Abrufen spezifischer positiver Erinnerungen aufweisen. In der vorliegenden Studie kann sich zwar die Gruppe der Unbelasteten oder je weniger Traumata die Person erlebt hat, am besten an positive Ereignisse erinnern, jedoch die anderen zwei Gruppen können relativ gleich gut positive wie negative spezifische Erlebnisse abrufen.

Die Haupthypothese dieser Studie, dass sich die 3 Gruppen in der spezifischen Erinnerungsleistung unterscheiden, ist nicht signifikant. In der Vorstudie von Mag. Pfaffstaller (2007) war diese Hypothese jedoch signifikant. Personen mit Trauma ohne PTSD hatten die höchste spezifische Erinnerungsleistung.

Mögliche Unterschiede und Erklärungen könnten sein, dass die Frauen in der vorliegenden Studie älter (Mean=78,38) waren als in der Vorstudie von Mag. Pfaffstaller (Mean=74,01). In der vorliegenden Studie hatten die Personen im Durchschnitt eine niedrigere Bildung als in der Vorstudie. Wie einige Autoren zeigen konnten stellt die Bildung einen Risiko- bzw. Schutzfaktor für die Entwicklung einer PTSD dar (Maercker, 2003). Männer erlebten im Durchschnitt 6 traumatische Erlebnisse in ihrem Leben. In der Diplomarbeit von Mag. Pfaffstaller, welche spezifisch Kriegsveteranen rekrutierten, hatten die Männer im Durchschnitt 9 traumatische Erlebnisse.

15.3 Kritik, Ausblick

Die Kontaktaufnahme der Personen war sehr unproblematisch. Die Pensionistenwohnheime oder Pensionistentreffs waren sehr aufgeschlossen gegenüber unseren Anfragen bei ihnen Interviews durchführen zu dürfen. Das Interesse der Befragten war sehr groß aus ihrem Leben erzählen zu dürfen.

Die Studie basiert auf hypothesengerichteten Vorgehen. Basierend auf der Literatur und auf Mag. Pfaffstallers Diplomarbeit wurden die Hypothesen generiert und danach wurde das weitere Vorgehen bestimmt.

Die Tests und Fragebögen wurden genau nach Anleitung vorgegeben. Bei Feststellung von Demenz wurde zwar die Befragung abgebrochen, jedoch den Personen wurde vermittelt, geholfen zu haben.

Die Zusammenarbeit der Testleiter war gut und ergänzte sich. Die Auswertung der Daten wurde gegenseitig kontrolliert.

Da in der vorliegenden Studie eine natürlich gewachsene Stichprobe verwendet wurde, wurden weniger Männer als Frauen befragt. Ebenso waren die zwei Versuchsgruppen und die Kontrollgruppe nicht gleich groß. Wie zu erwarten war die Kontrollgruppe der Unbelasteten sehr klein, da Personen im hohen Alter in ihrem Leben schon sehr viel erlebt haben. Jedoch gegen unsere Erwartungen war die Gruppe der Personen mit PTSD sehr klein. In der Studie handelt es sich um ein Quasiexperiment, da die Gruppen sich durch die gegebenen Bedingungen (kein Trauma erlebt, ein Trauma erlebt – aber keine PTSD, Trauma erlebt – PTSD) formten.

Die Durchführung der Fragebögen und Tests dauerte sehr lang (etwa 2 Stunden pro Person) und war nicht für alle Teilnehmenden angenehm oder zumutbar, da manchmal Traumaerinnerungen aktiviert wurden oder die Personen sich nicht mehr konzentrieren konnten. Manche Befragungen mussten unterbrochen werden und nach einer längeren Pause von einigen Stunden wieder fortgesetzt werden.

Die Auswahl der Tests war jedoch angepasst an die Altersgruppe und leicht zu bearbeiten, bis auf den ASF-E. Einige Personen hatten Bearbeitungsschwierigkeiten und Schwierigkeiten bei dem Verstehen und Hineinsetzen der Fragen

des ASF-E. Jedoch die Testleiter standen zur Hilfe und beantworteten jegliche offene Unklarheiten.

In Frage zu stellen ist bei der Beantwortung des AMT und des TLEQ, ob jede Person immer wahrheitsgetreu die Fragen beantwortet hat, oder ob manche Personen Scham, Schuld verspürt haben und eine falsche Antwort gegeben haben.

Zum Abschluss ist ebenso wie bei anderen Befragungen mit möglichen Testleitereffekten zu rechnen.

Die Ergebnisse der Studie können einen Beitrag leisten, dass den Personen im hohen Alter mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Viele ältere Personen begründen typische PTSD-Symptome durch zwangsläufige Alterserscheinungen. Für die Forschung wäre es wichtig hier anzusetzen und zu untersuchen wie weit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, autobiografische Erinnerungen traumabedingt oder altersbedingt sind.

Zukünftige Studien könnten untersuchen, aufbauend auf die Theorie von Thompson (1993) ob, ältere Personen limitierte Copingfähigkeiten besitzen (Resource Perspektive) oder höhere Copingfähigkeiten, durch ihre Lebenserfahrung, aufweisen (Inoculation Perspektive), als jüngere Menschen.

Weiteres wäre interessant zu untersuchen, wie sich adaptive Copingflexibilität auf das autobiographische Gedächtnis auswirkt. Inkonsistente Ergebnisse von Studien führen zu der Annahme, dass ein und dieselbe Copingstrategie unterschiedliche Wirkweisen in unterschiedlichen Situationen hat (Cheng, 2001). Um das Copingverhalten besser zu verstehen, wäre es interessant die Copingflexibilität zu untersuchen, welche Copingstrategien in stressreichen Situationen angewendet werden (Cheng, 2001).

Es stellt sich die Frage inwiefern Copingflexibilität mit dem Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität zusammenhängt. Inwiefern Copingflexibilität als Schutzfaktor wirkt und ob diese im steigenden Alter sowie das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität weniger vorhanden ist.

Für die weitere Forschung wäre auch noch interessant zu untersuchen, ob „the posttraumatic growth“ mit dem autobiographischen Gedächtnis zusammenhängt.

16 Literatur

- Abramson, L. Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learnend helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Affleck, G., Tennen, H. Pfeiffer, C. & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Aldwin, C.M., Sutton, K.J. & Lachmann, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 837-871.
- Anderson, S.J. & Conway, M.A. (1993). Investigating the structure of autobiographical memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 19, 1178-1196.
- Bach, N., Nikolaus, T., Oster, P. & Schlierf, G. (1995). Depressionsdiagnostik im Alter. Die "Geriatric Depression Scale". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 1, 42-46.
- Backhaus, K. Erichschoen, B. Wulff, P. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden*. (12. Auflage). Springer: Berlin Heidelberg.
- Bak, P.M. & Brandtstädter, J. (1998). Flexible Ziellanpassung und hartnäckige Zielverfolgung als Bewältigungsressourcen: Hinweise auf ein Regulationsdilemma. *Zeitschrift für Psychologie*, 206, 235-249.
- Becker, P., Bös, K., Opper, E., Woll, A. & Wustmans, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 1, 55-76.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In J. Magraf & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. (S. 117-145). Berlin: Springer.

Billings, A.G., Cronkite, R.C. & Moos, R. H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparison of depressed patients and nondepressed controls, *Journal of Abnormal Psychology*, 43, 119.

Bodenmann, G. (1995). A systematic-transactional view of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54, 43-49.

Bolin, R.C. & Klenow, D.J. (1988). Older people in disaster: A comparison of Black and White victims. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 1, 29-43.

Bonanno, G. A. (2001). Emotion self-regulation. In T.J. Mayne & G.A. Bonanno (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 251-285). New York: Guilford Press.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

Bonanno, G.A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible. The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *American Psychological Society*, 15, 7, 482-487.

Brandtstädter, J. (2001). *Entwicklung, Intentionalität, Handeln*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 1, 58-67.

Brandtstädter, J. & Wentura, D. (1995). Adjustment to shifting possibility frontiers in later life: Complementary adaptive modes. In R. A. Dixon & L. Baekman (Hrsg.), *Compensating for psychological deficits and declines. Managing losses and promoting gains*. (S. 83-106). Mahwah: Erlbaum.

Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Brewin, C.R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation Theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 4, 670-686.

Brewin, C.R., Reynolds, M. & Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 511-517.

Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, Ph.H., Adey, M. & Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.

Brown, N.R. & Schopflocher, D. (1998). Event clusters: An organization of personal events in autobiographical memory. *Psychological Science*, 9, 6, 470-475.

Bryant, R., Sutherland, K. & Guthrie, M. (2007). Impaired specific autobiographical memory as a risk factor for posttraumatic stress after trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 4, 837-841.

Bulman, R., & Wortman, C. (1977). Attributions of blame and coping in the „real world“: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 5, 351-363.

Cantor, N. & Fleeson, W. (1994). Social intelligence and intelligent goal pursuit: A cognitive slice of motivation. In W. Spaulding (Ed.), *Integrative views of motivation, cognition, and emotion* (pp. 125-179). Lincoln, NE: University of Nebraska.

Cantor, N. & Kihlstrom J.F. (1987). *Personality and social intelligence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W. & Donahoe, C. P. (1985). Combat Veterans with posttraumatic stress disorder: Analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 3, 329-337.

Chen, E., Zelter, L.K. Caske, M.G. & Katz, E. R. (2000). Children's memories for painful cancer treatment procedures: Implications for distress. *Child Development*, 71, 933-947.

Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 5, 814-833.

Chiu, C., Hong, Y., Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). Discriminative facility in social competence: Conditional versus dispositional encoding and monitoring – blunting of information. *Social Cognition*, 13, 49-70.

Conway, M.A. (1996). Autobiographical knowledge and autobiographical memories. In D.C. Rubin (Ed.), *Remembering our past. Studies in autobiographical memory* (pp. 67-93). New York: Cambridge University Press.

Conway, M.A. & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 2, 261-288.

Conway, M.A. & Tacchi, P.C. (1996). Motivated confabulation. *Neurocase*, 2, 325-339.

Dilling, H. (1993). Zur Geschichte nosologischer Klassifikationen in der Psychiatrie. In: W. Schneider, G. Schuessler, A. Muhs, H. J. Freyberger (Hrsg.), *Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10, Kap. V. Eine kritische Auseinandersetzung. Ergebnisse der ICD-10 Forschungskriterienstudie aus dem Bereich Psychosomatik / Psychotherapie* (S. 15-21). Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hermans, D., Van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G. & Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 775-789.

Hosser, D. & Greve, W. (1999). Victimization in old age: Consequences for mental health and protective conditions. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Hrsg.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective* (177-198). Hogrefe & Huber Publishers.

- Hyer, L.A. & Sohnle, S.J. (2001). *Trauma among older people. Issues and Treatment*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Endler, N.S. & Parker, J. D. A. (1990a). Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Toronto: Multi-Health Systems.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990b). The multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 844-854.
- Ehlers, A. & Boos, A. (2000). Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen, (PTCI). Development and validation, *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Maercker, A. & Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.
- Evans, J., Williams, J.M.G., O'Laughlin, S. & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399-405.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, 3.Auflage, München: Reinhardt.
- Fivush, R., Sales, J.M., Goldberg, A., Bahrack, L. & Parker, J. (2004). Weathering the storm: Children's long-term recall of Hurricane Andrew. *Memory*, 12, 104-118.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., & Orsillo, S.M. (1999). The Post-traumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 3, 303-314.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 3, 219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1984). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1, 150-170.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Folstein, M.F., Folstein, S. E. Mc Hugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12, 189-198.

Friedmann, A. (2004). Allgemeine Psychotraumatologie – Die Posttraumatische Belastungsstörung. In A. Friedmann, P. Hoffmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & D. Vyssoki (Hrsg.) (2004). *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung*.(S.5-34). Wien: Springer.

Fritzsche, K.; Forster, F., Schweickhardt, A., Kanwischer, H., Drinkmann, A., Rabung, S., Bergmann, G., Geibel A. & Herrmann-Lingen C. (2007). Depressive coping is a predictor for emotional distress and poor quality of life in a German-Austrian sample of cardioverter-defibrillator implant recipients at 3 months and 1 year after implantation. *General Hospital Psychiatry* 29, 526-536.

Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28, 1, 18-27.

Geraerts, E., Merckelbach, H. Jellicic, M. & Smeets, E. (2006). Long term consequences of suppression of intrusive anxious thoughts and repressive coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1451-1460.

Gliner, J.G., & Compas, B.E. (1999). Self- Blame Attributions in Women With Newly Diagnosed Breast Cancer: A Prospective Study of Psychological Adjustment. *Health Psychology*, 18, 5, 475-481.

Hagen, C. & Röper, G. (2007). Resilienz und Ressourcenorientierung – Eine Bestandsaufnahme. In I. Fooker & J. Zinnecker (Hrsg.), *Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten*. (S.15-27). München: Weinheim.

Hankin, C.S. (2003). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker. (Hrsg.). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. 2.Auflage. Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.

Hellmeier, W., Brand, H. & Laaser, U. (1993). Epidemiologische Methoden der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (S. 91-110). Weinheim: Beltz.

Hermans, D., Van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G. & Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 775-789.

Hermans, D., Defranc, A., Raes, F., Williams, J.M.G. & Eelen, P (2005). Reduced autobiographical memory specificity as an avoidant coping style. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 583-589.

Hofmann, W., Nikolaus, T., Pientka, L. & Stuck, A.E. (1995). Arbeitsgruppe "Geriatrisches Assessment" (AGAST). Empfehlungen für den Einsatz von Assessmentverfahren. *Zeitschrift für Gerontologie*, 28, 1, 29-34.

Holahan, C.J. & Moos, R. H. (1987). Personal and Contextual Determinantes of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 5, 946-955.

Hosser, D. & Greve, W. (1999). Victimization in old age: Consequences for mental health and protective conditions. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective* (177-198). Hogrefe & Huber Publishers.

Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.

- Joseph, S. (1999). Attributional processes, coping and post-traumatic stress disorders. In W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (p.51-70). John Wiley and Sons.
- Kangas, M., Henry, J. & Bryant R. (2005). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 2, 293-299.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M. & Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry, 156*, 837-841.
- Kleim, B. & Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 2, 231-242.
- Kramer, U., Ceschi, G., Van der Linden, M. & Bodenmann, G. (2005). Individual and Dyadic Coping Strategies in the Aftermath of a Traumatic Experience. *Swiss Journal of Psychology, 64*, 4, 241-248.
- Krampen, G. (1977). TBR-Fragebogen zur behavioralen Rigidität. Deutsche Übersetzung, Reliabilitaet, Validitaet, revidierte Version. In Trier: Trierer Psychologische Berichte,9.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999).Reminiscence of traumatic experiences in (former) Jewish emigrants and extermination camp survivors. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspektive* (155-176). Hogrefe & Huber Publishers.
- Kuyken, W. & Brewin, C.R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 585-591.
- Latack, J. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology, 71*, 3, 377-385.
- Kubany, E. (1995). The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ): A brief measure of prior trauma exposure. Honolulu, HI: Pacific Center for PTSD.

Lazarus, R.S. & Lounier, R. (1978). Stress-related transaction between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in international psychology* (pp. 287-327). New York: Academic Press.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

Mackinger, H.F., Leibetseder, M.M & Fartacek, R.R. (1999). *Autobiographical memories and depression. Bericht an den Fond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung*. Unveröffentlichtes Dokument, Institut für Psychologie der Universität Salzburg.

Maercker, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörungen – Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Maercker, A. (1999). Lifespan Psychological Aspects of Trauma and PTSD: Symptoms and Psychosocial Impairments. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective* (7-41). Hogrefe & Huber Publishers.

Maercker, A. (2002). Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In A., Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 245-283). Berlin, Heidelberg: Springer.

Maercker, A. (2003). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (2.Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Tokio: Springer.

Maercker, A. & Zöllner, T. (2002). Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 2, 213-225.

Magruder, K.M. Frueh, B.C., Knapp, R. G., Johnson, M. R., Vaughan III, J.A, Coleman-Carson, T., Powell, D. A. & Hebert, R. (2004). PTSD Symptoms, Demographic Characteristics, and Functional Status Among Veterans treated in VA Primary Care Clinics. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 293-301.

Marx, E. M. & Schulze, C.C.(1991). Interpersonal problem-solving in depressed students. *Journal of Clinical Psychology*, 47 (361-367).

McNally, R.J., Lasko, N.B., Macklin, M.L. & Pitman, R.K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour-Research- and Therapy*, 33, 6, 619-630.

McNaughton, M.E., Smith, L.W., Patterson, T.L. & Grant, I. (1990). Stress, social support, coping resources, and immune status in elderly women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 7, 460-461.

Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S. & Clark, D.M. (2005). Unwanted memories of assault: What intrusion characteristics predict PTSD? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 613-628.

Miculincer, M. & Solomon, Z. (1988). Attributional Style and Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 3, 308-313.

Monat, a. & Lazarus, R. (1977). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.

Moore, S. & Zoellner, L.A. (2007). Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: An evaluative review. *Psychological Bulletin*, 133, 3, 419-437.

Moradi, A.R., Herlihy, J., Yasseri, G. Shahraray, M., Turner, S. & Dalgleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychologica*, 127, 645-653.

- Nezu, A.M. & Carnevale, G.J. (1987). Posttraumatic Stress Disorder Among U.S. Army Reservists: Comment on Stretch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 2, 270-271.
- Ollendick, D. G. & Hoffmann, M. (1982). Assessment of psychological reactions in disaster victims. *Journal-of-Community-Psychology*, 10, 2, 157-167.
- Pfaffstaller, S. (2007). Diplomarbeit: Spuren von Trauma im autobiographischen Gedächtnis bei alten Menschen. Universität Wien.
- Philippot, P. Schaefer, A. & Herbette, G. (2003). Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation. *Emotion*, 3, 270-283.
- Phifer, J.F. (1990). Psychological distress and somatic symptoms after natural disaster: Differential vulnerability among older adults. *Psychology and Aging*, 5, 3, 412-420.
- Pöll, N. (2005). Diplomarbeit: Teststatistische Überprüfung der PCLC, Universität Wien.
- Poppe, P., Stiensmeier-Pelster, J. & Pelster, A. (2005). ASFE- Attributionsstilfragebogen für Erwachsene. Goettingen: Hogrefe.
- Reischies, F., Kühl, K., Krebs, M. (2000). Zehn-Wort-Merkliste mit Imaginations-Einspeicherhilfe: Erste Ergebnisse mit einem neuen Instrument zur klinischen Gedächtnisprüfung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13, 1, 30-37.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Richards, J.M. & Gross, J.J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 587-599.

Riulli, L., Savicki, V. & Cepani, A. (2002). Resilience in the face of catastrophe: Optimism, personality and coping in the Kosovo crisis. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 8, 1604-1627.

Rothermund, K., Dillmann, U. & Brandtstädter, J. (1994). Belastende Lebenssituationen im mittleren und höheren Erwachsenenalter: zur differentiellen Wirksamkeit assimilativer und akkommodativer Bewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2, 4, 245-268.

Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Prentice Hall, Englewood Cliffs/N.J.

Saß, H., Wittchen H-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DS;-IV-TR. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Schönfeld, S. & Ehlers, A. (2006). Overgeneral memory extend to pictorial retrieval cues and correlates with cognitive features in posttraumatic stress disorder. *Emotion*, 6, 4, 611-621.

Schai, K. (1960). Test of behavioral rigidity. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Schönfeld, S. & Ehlers, A. (2006). Overgeneral memory extend to pictorial retrieval cues and correlates with cognitive features in posttraumatic stress disorder. *Emotion*, 6, 4, 611-621.

Schützwohl, M., Maercker, A. & Manz, R. (1999). Long-Term Posttraumatic Stress Reactions, Coping, and social support: A structural model in a group of former political prisoners. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective* (201-220). Hogrefe & Huber Publishers.

Shiperd, J.C. & Beck, J. G. (1999). The effects of suppressing trauma-related thoughts on women with rape-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 99-112.

Sholomkas, D., Steil, J., & Plimmer, J. (1990). The spinal cord injured revisited:

The relationship between self-blame, other-blame and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 548-574.

Smith, M. Redd, W., DuHamel, K. & Ricketts, P. (1999). Validation of the PTSD Checklist Civilian Version in Survivors of Bone Marrow Transplantation. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 485-499.

Solomon, Z. & Ginzburg, K. (1999). Aging in the Shadow of War. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspektive* (139-153). Hogrefe & Huber Publishers.

Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, Locus of Control, Social Support and Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 2, 279-285.

Stokes, D.J., Dritschel, B.H. & Bekerian, D.A. (2004). The effect of burn injury on adolescents' autobiographical memory. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 253-265.

Teegen, F. & Cizmic, L.D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 16, 2, 77-91.

Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.

Thompson, M.P., Norris, F.H. & Hanacek, B. (1993). Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology and Aging*, 8, 4, 606-616.

Watkins, E. & Teasdale, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D., Huska, J. A. & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of International Society for traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Weiner, B. (1972). *Theories of Motivation. From mechanism to cognition*. Markham/Chicago.

Wessel, I., Meeren, M., Peeters., Arntz, A. & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: the role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 409-421.

Wessel, I., Merckelbach, H. & Dekkers, T. (2002). Autobiographical memory specificity, intrusive memory, and general memory skills in Dutch-Indonesian survivors of the world war II Era. *Journal of traumatic stress*, 15, 3, 227-234.

Westphal, M & Bonanno, G.A. (2004). Emotional self-regulation. In M. Beauregard (Ed.), *Consciousness, emotional self-regulation, and the brain* (pp. 1-34). Philadelphia: John Benjamins.

Williams, J.M.G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D.C. Rubin (Ed.), *Remembering our past, Studies in autobiographical memory* (pp.244-267). New York: Cambridge University Press.

Williams, J.M.G. & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 2, 144-149.

Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 1, 122-148.

Williams, J.M.G., Healy, H.G. & Ellis, N.C. (1999). The effects of imageability and predictability of cues in autobiographical memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 52A, 555-579.

Zoellner, L.A., Foa, E.B., Brigidi, B.D. & Przeworski, A. (2000). Are trauma victims susceptible to "false memories"? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 517-524.

17 Anhang

17.1 Abstract

Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob unterschiedliche Copingstrategien und Attributionsstile, das Persönlichkeitsmerkmal Flexibilität und Schuldzuschreibungen nach einem erlebten traumatischen Ereignis dazu führen, einen spezifischen oder einen übergeneralisierten Erinnerungsstil zu entwickeln.

Die Stichprobe umfasste 100 Personen über 60 Jahre. Personen mit Demenz wurden ausgeschlossen. Es waren 33% Männer und 67% Frauen. Es war eine natürlich gewachsene Stichprobe, welche sich folgendermaßen zusammensetzte: 82% traumatisierte Personen ohne PTSD, 12% traumatisierte Personen mit PTSD, 6% unbelastete Personen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die drei Gruppen (Personen mit PTSD, Personen ohne PTSD, Unbelastete) sich nicht in der autobiographischen Gedächtnisleistung unterscheiden. Durchschnittlich haben ältere Personen 6 Traumata erlebt. Je weniger Traumata erlebt wurden, umso mehr positive Erinnerungen hatten die Personen. Je weniger man - made Traumata widerfahren sind, umso mehr positive Erinnerungen konnte die Person abrufen. Männer wiesen eine signifikant bessere Erinnerungsleistung auf als Frauen. Jedoch konnten sich die Männer auch besser an aggressive Erlebnisse erinnern. Weiteres kann gesagt werden, dass Personen im Alter sehr rigide sind, sich jedoch dieses Persönlichkeitsmerkmal nicht auf die autobiographische Gedächtnisleistung auswirkt. Characterological und behavioral self-blame und die Attributionsstile hängen nicht signifikant mit dem autobiographischen Gedächtnis zusammen. Vermeidendes, problemorientiertes, emotionsorientiertes und akkommodatives Coping haben keinen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung. Je mehr der assimilative Copingstil angewendet wurde, umso höhere spezifische autobiographische Erinnerungsleistung wurde beobachtet, jedoch auch umso mehr aggressive Erlebnisse wurden erinnert.

17.2 Testmappe

Der Einfluss verschiedener Copingstile und des Persönlichkeitsmerkmals Flexibilität auf das autobiographische Gedächtnis bei alten traumatisierten Menschen.

Ziel unserer Studie ist es Menschen höheren Lebensalters mehr Aufmerksamkeit zu schenken, da diese Altersgruppe in der Forschung sehr oft vernachlässigt wird.

Die hier durchgeführte Studie bezieht sich auf die momentane Verfassung von älteren Menschen in Bezug auf vergangene Lebensereignisse. Menschen höheren Lebensalters erleben im Laufe ihres Lebens eine Reihe an kritischen Lebensereignissen, daher steht die Bewältigung von belastenden Ereignissen im Mittelpunkt unserer Untersuchung. Die Ergebnisse dieser Untersuchung könnten einen Beitrag dazu leisten die psychologische Versorgung von Menschen im höheren Lebensalter zu verbessern. Wir bitten Sie nun eine Reihe von Fragen schriftlich zu beantworten und wir stehen Ihnen zur Verfügung bei Fragen, Unklarheiten und auch als Schreibhilfe. Die Befragung wird ungefähr eine Stunde dauern und es ist eine kurze Pause zur Erholung eingeplant. Die Fragen beziehen sich auf frühere Erinnerungen und den Umgang mit Belastungen. Es gibt hier keine richtigen oder falschen Antworten. Es ist wichtig alle Fragen vollständig zu bearbeiten. Ihre Teilnahme an der Studie erfolgt selbstverständlich freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Ihre Teilnahme an der Studie erfolgt selbstverständlich anonym. Ihr Name wird nirgends erscheinen.

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

Somit möchten wir uns herzlich für Ihre Teilnahmebereitschaft bedanken. Sie ermöglichen somit unsere Diplomarbeit und leisten einen Beitrag zur Forschung.

Eva-Maria Füssl, Magda Starzer

(Diplomanden der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien)

Code: _____

Soziodemographische Daten

Geschlecht

- Weiblich
- Männlich

Alter:

Höchste abgeschlossene Ausbildung

- Volksschule
- Hauptschule
- Matura
- Hochschulabschluss
- Lehre

Berufsstand

- Pensionist
- Pensionist mit geringfügiger Nebenbeschäftigung
- Berufstätig

Derzeitiger Familienstand

- Verheiratet od. in Partnerschaft lebend
- Verwitwet
- Ledig
- Geschieden

Lebenssituation

- Pensionisten-, Pflegeheim seit wann: _____
- Eigene Wohnung / Haus seit wann: _____
- Bei Familie in Wohnung / Haus seit wann: _____
- Mit Partner in Wohnung / Haus seit wann: _____
- Andere: _____ seit wann: _____

1. MMSE

Wir beginnen nun mit einigen Fragen zur derzeitigen Konzentration.

Ich stelle Ihnen einige Fragen die Sie bitte mündlich beantworten.

(MMSE Instruktion und Protokoll durch Testleiter!)

2. Wortliste

Die folgende Aufgabe heißt Wortliste. Ich werde Ihnen eine Wortliste mit zehn Wörtern vorlesen. Wenn ich fertig bin sollen Sie alle diese Wörter wiederholen.

3.

AMT

INSTRUKTION:

Es werden Ihnen insgesamt 12 Wörter vorgegeben. Versuchen Sie bitte zu jedem von diesen sich an ein **passendes, spezifisches Ereignis** aus Ihrem Leben zu erinnern. Dieses Ereignis sollte sich innerhalb eines einzigen Tages ereignet haben, sich nicht regelmäßig wiederholen und mindestens ein Jahr her sein. Sie haben zu jedem der Wörter 90 Sekunden Zeit, eine passende Erinnerung hinzuschreiben.

Angenommen, das Wort hieße „zufrieden“, dann wäre eine mögliche Antwort: „Ich erinnere mich noch gut an den Tag, an dem ich zum ersten Mal ein „sehr gut“ auf eine Mathematikschularbeit bekommen habe.“ Hingegen wäre folgende Antwort nicht passend: „Mit meiner Kindheit kann ich sehr zufrieden sein.“

Wenn Sie das erste Wort erhalten, so schreiben Sie bitte zu 1. eine passende Erinnerung. Nach 90 Sekunden erhalten Sie ein Zeichen und das nächste Wort. Schreiben Sie zu diesem zu 2. eine Erinnerung innerhalb von 90 Sekunden u. s. w.

4. TLEQ

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, ob Sie bestimmte Lebenserfahrungen gemacht haben, die das emotionale Wohlbefinden oder die Lebensqualität einer Person langfristig beeinflussen können.

Einige der aufgelisteten Erfahrungen kommen viel häufiger vor, als die meisten Menschen glauben.

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

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

b) Sie selbst gefährlich verletzt wurden, oder

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

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

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

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

3) Waren Sie in einen Unfall anderer Art verwickelt, bei dem entweder Sie selbst schwer verletzt wurden, oder fast getötet worden wären oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?

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

4) Haben Sie in einem Kriegsgebiet gelebt oder gearbeitet?

Ja Nein

Wenn Ja, waren Sie dabei dem Kriegsgeschehen oder Kämpfen unmittelbar ausgesetzt (z.B. in der Nähe explodierender Bomben oder Schießereien), bei denen Menschen verletzt oder getötet wurden?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Handelte es sich um eine/ einen..

Fremde/n Ja / Nein

Freund/in oder Bekannte/n Ja / Nein

Verwandte/en Ja / Nein

Partner/in Ja / Nein

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

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

11) Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r Gewalt in ihrer Familie miterlebt (z.B. wie Ihr Vater Ihre Mutter schlug, ein Familienmitglied ein anderes zusammenschlug oder Ihm/ Ihr blaue Flecken, Verbrennungen oder Schnittwunden beibrachte)?

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

12) Sind Sie jemals von ihrem jetzigen oder einem früheren Partner/in (oder Ehemann/Frau) geschlagen, geprügelt, getreten oder in anderer Weise körperlich verletzt worden?

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

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

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

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

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

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

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

16) Wurden Sie jemals von einer Person verfolgt und/ oder in Ihren Handlungen kontrolliert, sodass Sie sich bedroht und eingeschüchtert fühlten und um Ihre Sicherheit fürchteten?

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

Handelte es sich um eine/ einen..

Fremde/n Ja / Nein

Freund/in Ja / Nein

Bekannte/n Ja / Nein

Verwandte/en Ja / Nein

Partner/in Ja / Nein

17) Haben Sie jemals andere, hier noch nicht aufgeführte Ereignisse erlebt oder miterlebt, die lebensbedrohlich waren, schwere Verletzungen hervorgerufen haben oder extrem verstörend und ängstigend waren(z.B. als Geisel gefangen zu sein, in der Wildnis verloren zu sein, der gewaltsame Tod eines Haustiers, oder von einem Tier schwer verletzt worden zu sein)?

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

Bitte beschreiben Sie diese Erfahrung:

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

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

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

Frage/n Nummer : _____

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

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

Frage/n Nummer: _____

c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:

in den letzten 2 Monaten passiert? Ja / Nein

in den letzten 12 Monaten Passiert? Ja / Nein

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

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

Frage Nummer: _____

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

Alter: _____

(Keines der Ereignisse war belastend.)

PAUSE (5-10 Minuten)

5. PCLC

INSTRUKTIONEN: Nachstehend finden Sie eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebenserfahrungen aufweisen. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem im vergangenen Monat als störend empfunden haben.

		Gar Nicht	Ein Wenig	Mittel Mäßig	Ziem- lich	Äu- ßerst
1	Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
2	Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5

3	Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie Sie Wiedererleben würden)?	1	2	3	4	5
4	Sich sehr aufgebracht fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5
5	Auftreten von körperlichen Reaktionen (z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?	1	2	3	4	5
6	Vermeiden, über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden, Gefühle zu haben, die	1	2	3	4	5

	damit zusammenhängen?					
7	Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?	1	2	3	4	5
		Gar Nicht	Ein Wenig	Mittel Mäßig	Ziem- lich	Äu- ßerst
8.	Mühe, sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern?	1	2	3	4	5
9.	Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben?	1	2	3	4	5
10	Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen fühlen?	1	2	3	4	5

11	Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen?	1	2	3	4	5
12	Das Gefühl haben, als ob Ihre Zukunft irgendwie vorzeitig beendet sein wird?	1	2	3	4	5
13	Mühe, ein- oder durchzuschlafen?	1	2	3	4	5
14	Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben?	1	2	3	4	5
15	Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren?	1	2	3	4	5
16	„Über-aufmerksam“ oder wachsam oder auf der Hut sein?	1	2	3	4	5

17 .	Sich nervös oder leicht erschreckbar fühlen?	1	2	3	4	5
---------	--	---	---	---	---	---

6. ASF-E

Dieser Fragebogen erfasst die Ursachen die von Personen zur Erklärung von Ereignissen herangezogen werden. Auf den folgenden Seiten wird jeweils eine Situation beschrieben.

1. Lesen Sie sich die Situationsbeschreibung sorgfältig durch und versuchen Sie, sich so lebhaft wie möglich in genau diese Situation hineinzusetzen.
2. Entscheiden Sie dann, was Ihrer Meinung nach die Hauptursache für die Situation ist. Ereignisse können viele Ursachen haben. Legen Sie aber bitte nur die Ursache aus, die Ihrer Meinung nach die Hauptursache für die vorgegebene Situation ist. Schreiben Sie diese Hauptursache an der dafür vorgesehenen Stelle nieder.
3. Machen Sie dann bitte acht Angaben hinsichtlich der Hauptursachen. Kreuzen Sie hierzu auf den vorgegebenen Skalen jeweils die für Sie am ehesten zutreffende Zahl an.

Je stärker Sie der rechten Antwortalternative zustimmen, desto größer muss die angekreuzte Zahl sein.

Je stärker Sie der linken Antwortalternative zustimmen, desto kleiner muss die angekreuzte Zahl sein.

Stimmen Sie beiden Alternativen in gleichem Maße zu, kreuzen Sie bitte die Vier an.

Sie merken, dass Sie den Anforderungen Ihrer Arbeit nicht mehr gerecht werden können.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung dafür heran, dass Sie den Anforderungen Ihrer Arbeit nicht mehr gerecht werden können?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich den Anforderungen meiner Arbeit nicht mehr gerecht werden kann,

- | | | | |
|---|---|---------------|--|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich den Anforderungen meiner Arbeit gerecht werden kann | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich den Anforderungen meiner Arbeit gerecht werden kann |
| 3 | beeinflusst nur, ob ich den Anforderungen meiner Arbeit gerecht werden kann | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

Sie treffen einen Freund/eine Freundin, der/die sich Ihnen gegenüber ablehnend verhält.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung des ablehnenden Verhaltens Ihres Freundes/Ihrer Freundin heran?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass sich ein Freund/eine Freundin mir gegenüber ablehnend verhält,

- | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob sich ein/eine Freund(in) mir gegenüber ablehnend verhält | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob sich ein/eine Freund(in) mir gegenüber ablehnend verhält |
| 3 | beeinflusst nur, ob sich ein/eine Freund(in) mir gegenüber ablehnend verhält | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

Sie haben eine Party vorbereitet und keiner der Gäste bedankt sich später bei Ihnen.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung dafür heran, dass sich keiner der Gäste nach der Party bei Ihnen bedankt?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass sich keiner der Gäste später bei mir bedankt,

- | | | | |
|---|---|---------------|--|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob sich meine Gäste bei mir bedanken | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob sich meine Gäste bei mir bedanken |
| 3 | beeinflusst nur, ob sich meine Gäste bei mir bedanken | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

Ein Freund/eine Freundin kommt mit einem Problem zu Ihnen; es gelingt Ihnen nicht, ihm/ihr zu helfen.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung heran, dass es Ihnen nicht gelingt, Ihrem Freund/Ihrer Freundin zu helfen?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass es mir nicht gelingt, einem Freund/einer Freundin zu helfen,

- | | | | |
|---|--|---------------|---|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob es mir gelingt, einem/einer Freund(in) zu helfen | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob es mir gelingt, einem/einer Freund(in) zu helfen |
| 3 | beeinflusst nur, ob es mir gelingt, einem/einer Freund(in) zu helfen | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

Ihnen fällt in letzter Zeit auf, dass Sie bei Ihren beruflichen Tätigkeiten öfter kritisiert werden.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung der Ihnen gehäuft auffallenden Kritik heran?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten öfter kritisiert werde,

- | | | | |
|---|---|---------------|--|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten kritisiert werde | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten kritisiert werde |
| 3 | beeinflusst nur, ob ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten kritisiert werde | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

Ein Rendezvous/eine Verabredung verläuft nicht nach Ihren Wünschen.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung des nicht gelungenen Rendezvous/der nicht gelungenen Verabredung heran?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache.

Die Hauptursache dafür, dass ein Rendezvous/eine Verabredung nicht nach meinen Wünschen verläuft,

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|--|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ein Rendezvous/eine Verabredung nach meinen Wünschen verläuft | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ein Rendezvous/eine Verabredung nach meinen Wünschen verläuft |
| 3 | beeinflusst nur, ob ein Rendezvous/eine Verabredung nach meinen Wünschen verläuft | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

Sie sind auf einem großen Fest und kommen mit niemandem ins Gespräch.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung heran, dass Sie mit niemandem ins Gespräch kommen?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich auf einem großen Fest mit niemandem ins Gespräch komme,

- | | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich auf einem großen Fest mit jemandem ins Gespräch komme | (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich auf einem großen Fest mit jemandem ins Gespräch komme |
| 3 | beeinflusst nur, ob ich auf einem großen Fest mit jemandem ins Gespräch komme | (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

Sie halten einen wichtigen Vortrag beziehungsweise ein wichtiges Referat und die Zuhörer reagieren ablehnend.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung der ablehnenden Reaktion der Zuhörer heran?

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass die Zuhörer ablehnend auf meinen Vortrag beziehungsweise mein Referat reagieren,

- | | | | |
|---|---|---------------|--|
| 1 | liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | liegt vollkommen in mir selbst |
| 2 | wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob die Zuhörer ablehnend auf mein/meinen Referat/Vortrag reagieren | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob die Zuhörer ablehnend auf mein/meinen Referat/Vortrag reagieren |
| 3 | beeinflusst nur, ob die Zuhörer ablehnend auf mein/meinen Referat/Vortrag reagieren | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ |
| 4 | hat etwas mit den Umständen zu tun | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | hat etwas mit mir zu tun |
| 5 | wird sich über die Zeit verändern | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wird über die Zeit stabil bleiben |
| 6 | wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ | wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus |

7. CISS

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

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

0	1	2	3	4
Trifft nicht zu	Trifft weniger zu	Trifft durchschnittlich zu	Trifft teilweise zu	Trifft zu

01	Ich bin darum bemüht mir Zeit zu nehmen und die Situation zu meiden.	0	1	2	3	4
02	Ich bin auf das Problem fokussiert und habe über eine mögliche Lö-					

	sung nachgedacht.					
03	Ich mache mir Vorwürfe und gebe mir die Schuld an meiner Lage.					
04	Ich gönne mir mein Lieblingsessen.					
05	Ich habe Angst, da es keine Möglichkeit gibt, sich der Situation zu stellen.					
06	Ich denke darüber nach wie ich in ähnlichen Situationen zu einer Lösung kam.					
07	Ich besuche einen Freund/ eine Freundin.					
08	Ich bestimme die Richtung meines Vorgehens und befolge sie.					
09	Ich mache einen Einkaufsbummel und kaufe mir etwas.	0	1	2	3	4

10	Ich mache mir Vorwürfe weil ich in der Situation zu emotional reagiert habe.					
11	Ich war bemüht mehr über die Situation zu erfahren.					
12	Ich reagiere auf die Situation mit Trauer.					
13	Ich ergreife unmittelbar Maßnahmen um die Situation zu verbessern.					
14	Ich mache mir Vorwürfe, weil ich nicht weiß wie ich mit der Situation umgehen soll.					
15	Ich verbringe viel Zeit mit einer mir nahe stehenden Person.					
16	Ich denke über das Erlebte nach und lerne aus meinen Fehlern.					
17	Ich wünsche mir in der Lage zu					

	sein, dass, was passiert ist und wie ich mich dabei gefühlt habe, zu ändern.					
18	Ich gehe zum Essen aus.					
19	Ich analysiere das Problem bevor ich etwas unternehme.					
20	Ich fokussiere mich auf meine allgemeinen Makel und Schwächen.					
21	Ich telefoniere mit Freunden.					

8. GDS

Im folgenden bitten wir Sie Fragen zu Ihrer allgemeinen Stimmung und

Lebenszufriedenheit zu beantworten.

1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden ?	JA	NEIN
2. Haben Sie viele Ihrer früheren Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	JA	NEIN
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei ohne Sinn?	JA	NEIN
4. Langweilen Sie sich oft?	JA	NEIN
5. Sind Sie meist gut gelaunt?	JA	NEIN
6. Haben Sie manchmal Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird?	JA	NEIN

7. Wachen Sie morgens gerne auf?	JA	NEIN
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	JA	NEIN
9. Hadern Sie manchmal mit Ihrer Vergangenheit?	JA	NEIN
10. Haben Sie das Gefühl, ein schlechteres Gedächtnis zu haben als andere Leute Ihres Alters?	JA	NEIN
11. Finden Sie es schön, in unserer heutigen Zeit zu leben?	JA	NEIN
12. Würden Sie sich als kontaktfreudig bezeichnen?	JA	NEIN
13. Haben Sie viel Tatendrang?	JA	NEIN
14. Finden Sie Ihre Lage oft hoffnungslos?	JA	NEIN
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten Ihres Alters besser geht als Ihnen?	Ja	Nein

9. R-Fragebogen

Lesen Sie sich bitte die folgenden Aussagen sorgfältig durch und überlegen Sie sich, wie Sie dazu stehen. Wenn Sie einer Aussage zustimmen, kreuzen Sie bitte „Richtig“ an, wenn Sie ihr nicht zustimmen, kreuzen Sie bitte „Falsch“ an.

1. Ich urteile nie über andere Menschen, bevor ich nicht alle Tatsachen kenne.
 Richtig Falsch

2. Ich bin für die strenge Durchsetzung aller Gesetze, egal welche Folgen das hat.
 Richtig Falsch

3. Es ärgert mich, wenn etwas Unerwartetes meinen Tagesablauf stört.
 Richtig Falsch

4. Menschen, die unsicher sind und sich nicht entscheiden können, machen mich nervös.
 Richtig Falsch

5. Ich glaube, dass ich mehr als andere darauf achte, was richtig und was falsch ist.

Richtig

Falsch

6. Ich achte darauf, dass meine Arbeit sorgfältig geplant und organisiert ist.

Richtig

Falsch

7. Ein willensstarker Mensch wird auch die schwierigsten Probleme bewältigen.

Richtig

Falsch

8. Ich wünsche mir, dass die anderen Menschen sich schneller entscheiden könnten.

Richtig

Falsch

9. Ich arbeite nicht gerne an einer Aufgabe, wenn nicht die Möglichkeit besteht, zu einer klaren und einfachen Antwort zu kommen.

Richtig

Falsch

10. Wenn man alle Umstände beachtet, so gibt es für die meisten Fragen genau eine richtige und gute Antwort.

Richtig

Falsch

11. Der Ärger mit den meisten Leuten besteht darin, dass sie die Dinge nicht ernst genug nehmen.

Richtig

Falsch

12. Ich setze mir selbst hohe Maßstäbe und meine, andere Menschen sollten das genauso machen.

Richtig

Falsch

13. Die meisten Diskussionen und Streitigkeiten, in die ich verfallende, sind prinzipielle Fragen.

Richtig

Falsch

14. Ich mag Dinge und Vorgänge nicht, die unsicher und nicht vorhersagbar sind.

Richtig

Falsch

15. Es ist ärgerlich, jemandem zuzuhören, der nicht klar ausdrückt, was er meint.

Richtig

Falsch

16. Wenn ich mich einmal entschieden habe, so ändere ich meine Meinung selten.

Richtig

Falsch

17. Unser Denken wäre viel ergiebiger, wenn wir Worte wie „wahrscheinlich“, „annähernd“ und „vielleicht“ nicht verwenden würden.

Richtig

Falsch

18. Ich habe gern für jedes Ding seinen festen Platz.

Richtig

Falsch

19. Ich bin als harter und ausdauernder Arbeiter bekannt.

Richtig

Falsch

20. Ich glaube, dass ein wohlgeordneter Lebensstil mit regelmäßiger Zeiteinteilung und einem durchdachten Tagesablauf für mich das Beste ist.

Richtig

Falsch

21. Es fällt mir schwer, eine Person sympathisch zu finden, die dauernd zweifelt und unsicher ist.

Richtig

Falsch

22. Würden Sie es vorziehen, Ihre Beschäftigung und Ihre Bekannten öfter zu wechseln?

Richtig

Falsch

23. Träumen Sie öfter von vergangenen Ereignissen als von Dingen, an die Sie noch nie gedacht haben?

Richtig

Falsch

24. Wenn Sie einmal eine Gewohnheit entwickelt haben, behalten Sie die auch dann noch bei, wenn sie eigentlich gar nicht mehr so wichtig ist?

Richtig

Falsch

25. Fühlen Sie sich unwohl, wenn Sie aus einem Bus oder einem Zug springen, der noch nicht ganz gehalten hat?

Richtig

Falsch

10. PTCI: Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen

In diesem Fragebogen finden Sie Gedanken, die Menschen nach traumatischen Erlebnissen wie Gewalttaten oder schweren Unfällen haben können. Wir interessieren uns dafür, welche Gedanken SIE im letzten Monat in Bezug auf Ihr traumatisches Erlebnis hatten.

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie im letzten Monat dieser Aussage zugestimmt haben oder anderer Meinung waren.

Bitte geben Sie Ihre Antwort an, indem Sie die Zahl aus der unten angegebenen Skala aussuchen, die am besten beschreibt, wie sehr Sie der Aussage zustimmen. Schreiben sie dann diese Zahl links neben die jeweilige Aussage.

Menschen unterscheiden sich stark in ihren Reaktionen auf traumatische Erlebnisse; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten in diesem Fragebogen.

1	2	3	4	5	6	7
Anderer Meinung			Neutral			Stimme völlig zu

Beispiel:

7 1. Ich kann mich nicht auf mich verlassen.

Ich stimme völlig zu, dass ich mich nicht auf mich verlassen kann.

_____ 1. Jemand anders hätte verhindert, dass das Trauma passierte.

_____ 2. Das Trauma passierte, weil ich die Person bin, die ich bin.

_____ 3. Jemand anderes wäre nicht in diese Situation geraten.

_____ 4. Ich habe etwas an mir, was zu dem Ergebnis führte.

_____ 5. Das Ergebnis passierte aufgrund der Art und Weise, wie ich mich verhalten habe.

11. TEN / FLEX

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Situationen, in denen man seine Wünsche, Ziele oder Probleme vielleicht nicht so verwirklichen kann, wie man das gerne würde.

Bitte kreuzen Sie auf der jeweils vorgegebenen Antwortskala an, in wie weit die Aussage auf Sie persönlich zutrifft. Sie können hierbei zwischen den folgenden Abstufungen wählen.

trifft gar nicht zu trifft voll und ganz zu

1. Wenn ich mich in etwas verrannt habe, fällt es mir schwer, einen neuen Weg einzuschlagen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
2. Je schwieriger ein Ziel zu erreichen ist, um so erstrebenswerter erscheint es mir oft.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
3. Bei der Durchsetzung meiner Interessen kann ich sehr hartnäckig sein.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
4. Auch im größten Unglück finde ich oft noch einen Sinn.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
5. Wenn sich mir Schwierigkeiten in den Weg legen, verstärke ich gewöhnlich meine Anstrengungen erheblich.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
6. Um Enttäuschungen von vornherein zu vermeiden, stecke ich meine Ansprüche nicht allzu hoch.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
7. Ich neige dazu, auch in aussichtslosen Situationen zu kämpfen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
8. Selbst wenn mir etwas gründlich schiefgeht, sehe ich doch irgendwo einen kleinen Fortschritt.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
9. Ein Gebiet, auf dem ich von anderen übertroffen werde, verliert für mich an Bedeutung.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
10. Ich verzichte auch mal auf einen Wunsch, wenn er mir schwer erreichbar erscheint.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
11. Wenn ich auf unüberwindbare Hindernisse stoße, suche ich mir lieber ein neues Ziel.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
12. Das Leben ist viel angenehmer, wenn ich mir keine hohen Ziele stecke.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
13. Viele Probleme schaffe ich mir selbst, weil ich überhöhte Ansprüche habe.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
14. Wenn ich mich lange vergeblich mit einem Problem auseinandersetze, merke ich oft, dass ich im Grunde auch ohne eine Lösung ganz gut zurechtkomme.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
15. Im allgemeinen trauere ich einer verpassten Chance nicht lange nach.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2

... Fortsetzung

... Fortsetzung

trifft gar
nicht zu trifft voll
und ganz zu

16. Veränderten Umständen kann ich mich im allgemeinen recht gut anpassen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
17. Ich kann auch dem Verzicht etwas abgewinnen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
18. Ich vermeide es, mich mit Problemen auseinanderzusetzen, für die ich keine Lösung habe.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
19. Ich merke im allgemeinen recht gut, wann ich an die Grenzen meiner Möglichkeiten komme.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
20. Wenn etwas nicht nach meinen Wünschen läuft, gebe ich eher meine Wünsche auf, als lange zu kämpfen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
21. Nach schweren Enttäuschungen wende ich mich bald neuen Aufgaben zu.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
22. Vor ernststen Problemen verschließe ich manchmal die Augen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
23. Wenn ich nicht bekomme, was ich will, sehe ich das auch als eine Möglichkeit, mich in Gelassenheit zu üben.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
24. Auch wenn mir ein Wunsch nicht erfüllt wird, ist das für mich kein Grund zur Verzweiflung: es gibt ja noch andere Dinge im Leben.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
25. Ich kann auch den unangenehmen Dingen des Lebens leicht eine gute Seite abgewinnen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
26. Mit Niederlagen kann ich mich nur schlecht abfinden.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
27. Selbst wenn alles aussichtslos erscheint, suche ich noch nach Möglichkeiten, die Lage unter Kontrolle zu bringen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
28. Wenn ich mir einmal etwas in den Kopf gesetzt habe, lasse ich mich auch durch große Schwierigkeiten nicht davon abbringen.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
29. Wenn ich in Schwierigkeiten stecke, frage ich mich sofort, wie ich das Beste daraus machen kann.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2
30. Ich will nur dann wirklich zufrieden sein, wenn sich meine Wünsche ohne Abstriche erfüllt haben.	<input type="checkbox"/> -2	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> +1	<input type="checkbox"/> +2