



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Im 2. Weltkrieg erlebte Kriegstraumata und deren
Auswirkung auf die autobiographische
Erinnerungsspezifität

Verfasser

Roland Hromatka

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

Gewidmet...

meiner Urgroßmutter Maria Vorauer, die am 8. Mai 1945 in den letzten Scharmützeln des 2. Weltkrieges ums Leben kam;

meinen Großeltern und meiner Großtante, die beide Weltkriege miterleben mussten;

und schließlich meinem Vater, einem echten Kriegskind Jahrgang 1940.

Gedankt wird ...

an dieser Stelle zu allererst all jenen Menschen, die durch das Mitteilen Ihrer teils sehr persönlichen Erinnerungen diese Diplomarbeit ermöglicht haben!

Frau Doktor Brigitte Lueger-Schuster für die Betreuung dieser Arbeit;

all meinen Freunden für ihre Unterstützung und Hilfe;

meinen Geschwistern Jochen, Angelika und Susanne;

meinen Nichten Sophie, Hannah und Leah– für die Ablenkung und das Lachen zwischendurch und dafür, dass ihr uns immer wieder aufzeigt, worum es im Leben tatsächlich geht;

am meisten meinen Eltern für ihre Unterstützung und ihr Vertrauen in mich.

Das Gedächtnis verbindet die zahllosen Einzelphänomene zu einem Ganzen, und wie unser Leib in unzählige Atome zerstieben müsste, wenn nicht die Attraktion der Materie ihn zusammenhielte, so zerfiere ohne die bindende Macht des Gedächtnisses unser Bewußtsein in so viele Splitter, als es Augenblicke zählt.

(Ewald Hering)

Wenn eine unserer Gaben noch großartiger als die anderen genannt werden kann, dann ist es, finde ich, das Gedächtnis. Es liegt etwas Verräterisches darin, dass die Stärke, das Versagen, die Unzuverlässigkeit des Gedächtnisses so viel unbegreiflicher ist als die all unserer anderen Geisteskräfte. Das Gedächtnis ist manchmal so verlässlich, so nützlich, so gehorsam und manchmal so verwirrt und so schwach und dann wieder so tyrannisch, so unkontrollierbar.

(Jane Austen)

1	THEORETISCHER TEIL.....	1
1.1	THEORETISCHE BEGRÜNDUNG DER FRAGESTELLUNG	1
1.2	EINLEITUNG	2
1.3	TRAUMA	5
1.3.1	<i>Definition Trauma:</i>	5
1.3.2	<i>Kategorisierungen von traumatischen Erlebnissen</i>	6
1.3.3	<i>Variablen, die Einfluss auf das Trauma haben</i>	8
1.3.4	<i>Ereignisfaktoren</i>	9
1.3.5	<i>Aufrechterhaltende Faktoren und gesundheitsfördernde Faktoren:</i>	9
1.3.6	<i>Modelle</i>	10
	Die Sequentielle Traumatisierung nach Keilson (1979)	10
	Das Multifaktorielle Rahmenmodell nach Maercker (2003)	12
1.4	POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG	13
1.4.1	<i>Trauma und Alter</i>	16
1.5	TRAUMA- REAKTIVIERUNG / Re- TRAUMATISIERUNG UND ALTER.....	17
1.6	DAS AUTOBIOGRAPHISCHE GEDÄCHTNIS (ABG)	21
1.6.1	<i>Definition und Erklärung</i>	21
1.6.2	<i>Nutzen und Bedeutung des ABG</i>	22
1.6.3	<i>Stabilität autobiographischer Erinnerungen</i>	24
1.7	EINFLUSSFAKTOREN AUF DAS AUTOBIOGRAPHISCHE GEDÄCHTNIS	25
1.7.1	<i>Bildung</i>	25
1.7.2	<i>Emotionen</i>	25
1.7.3	<i>Geschlecht</i>	26
1.7.4	<i>Intelligenz und Gedächtniskapazität</i>	27
1.7.5	<i>Stimmung</i>	28
1.8	DAS AUTOBIOGRAPHISCHE GEDÄCHTNIS IM ALTERUNGSPROZESS.....	28
1.8.1	<i>Spezifische Erinnerung</i>	31
1.8.2	<i>Unspezifität des autobiographischen Gedächtnisses</i>	31
1.8.3	<i>Warum entsteht unspezifisches Gedächtnis?</i>	33
1.8.4	<i>Aufrechterhaltung der PTSD</i>	34
1.8.5	<i>Vorstellung und Gestaltung von Zukunft</i>	35
1.8.6	<i>Interpersonale Problembewältigung</i>	36
1.8.7	<i>Selbstpräsentation</i>	36
1.9	COPINGSTRATEGIEN UND BEWÄLTIGUNGSMECHANISMEN.....	37
1.10	DER 2. WELTKRIEG IN ÖSTERREICH	39
1.11	DERZEITIGER FORSCHUNGSSTAND	42
1.12	ALTER BEI TRAUMA- ERLEBNIS UND PTSD.....	48
1.13	KRIEGSTRAUMATA UND AUTOBIOGRAPHISCHES GEDÄCHTNIS	52
2	EMPIRISCHER TEIL	54

2.1	UNTERSUCHUNGSZIEL UND ÜBERLEGUNGEN ZUR HYPOTHESENFORMULIERUNG.....	54
2.2	SICH ERGEBENDE FRAGEN	55
2.3	HYPOTHESENFORMULIERUNG	56
2.4	ZUSAMMENSETZUNG UND BESCHAFFENHEIT DER STICHPROBE.....	59
2.4.1	Größe der Stichprobe.....	59
2.4.2	Untersuchungsgruppen.....	59
2.5	METHODE.....	61
2.5.1	Darstellung der Untersuchungsinstrumente	61
	Soziodemographische Daten	61
	Mini Mental State Examination (MMSE)	61
	Zehn-Wort-Merkliste mit Imaginations-Einspeicherhilfe (Reischies, Kühl & Krebs, 2000)	62
	Autobiographischer Gedächtnistest (AMT)	62
	Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ).....	63
	PTSD- checklist civilian version (PCL-C).....	64
	Coping Inventory for Stressful Situations (CISS, Endler & Parker, 1990)	65
	Geriatrische Depressionsskala (GDS).....	66
2.6	STATISTISCHE VERFAHREN	67
2.6.1	Varianzanalyse.....	67
2.6.2	Regressionsanalyse	67
2.6.3	Chi-Quadrat-Test.....	68
2.6.4	Produkt-Moment-Korrelation	68
2.7	ERGEBNISSE	69
2.7.1	Stichprobenbeschreibung.....	69
2.7.2	Traumaerlebnisse.....	73
2.8	VERWENDETE FRAGEBÖGEN	79
2.8.1	CISS	79
2.8.2	Depression (GDS).....	82
2.8.3	Wortliste.....	83
2.8.4	PCL- C	84
2.8.5	AMT	90
2.8.6	Bildung der unabhängigen Variablen.....	93
2.9	HYPOTHESENPRÜFUNG	95
	Hypothese 1	95
	Hypothese 2	97
	Hypothese 3	98
	Hypothese 4	98
	Hypothese 5	99
	Hypothese 6	100
	Hypothese 7	101
	Hypothese 8	102
	Hypothese 9	102
	Hypothese 10	104
	Hypothese 11	105

Hypothese 11.....	105
Hypothese 12.....	105
Hypothese 13.....	107
Hypothese 14.....	107
3 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN SOWIE ANSÄTZE FÜR WEITERFÜHRENDE FORSCHUNG	108
3.1 SOZIODEMOGRAPHIE	108
3.2 TRAUMAERLEBNISSE	108
3.2.1 <i>Nicht von Menschen verursachte Traumata</i>	108
3.2.2 <i>Von Menschen verursachte Traumata</i>	109
3.2.3 <i>Anzahl der traumatischen Erlebnisse</i>	109
3.2.4 <i>Am stärksten belastendes Ereignis</i>	110
3.2.5 <i>Coping</i>	111
3.2.6 <i>Depression</i>	112
3.2.7 <i>Gedächtnis allgemein</i>	112
3.2.8 <i>PCL- C und Posttraumatische Belastung</i>	113
3.2.9 <i>Autobiographisches Gedächtnis</i>	114
3.2.10 <i>Hauptthesen</i>	115
4 REFLEXION	119
5 LITERATURVERZEICHNIS	122
6 ANHANG	136

1 Theoretischer Teil

1.1 Theoretische Begründung der Fragestellung

Anmerkung: Diese Untersuchung wurde gemeinsam mit meiner Kollegin Sophie Pfaffstaller geplant und durchgeführt. Der Datensatz wurde sowohl für ihre Diplomarbeit als auch in der vorliegenden Arbeit verwendet, wobei die Thematik jeweils eine andere war.

Grundlage der Diplomarbeit stellen erlebte Traumata der Bevölkerung während des 2. Weltkrieges und der unmittelbaren Besatzungszeit in Österreich dar. Diese spezielle Population ist - in Bezug auf psychologische Aspekte - in der bisherigen Forschung eher unterrepräsentiert.

Ausgangspunkt der quasiexperimentellen Erhebung ist die Annahme, dass die damalige Bevölkerung während des Krieges (bzw. in der unmittelbaren Nachkriegs- und Besatzungszeit) traumatische Szenen erlebt bzw. Zeuge von traumatischen Ereignissen geworden ist.

Neben einer demographischen Erhebung soll untersucht werden, ob Auswirkungen dieser möglichen Traumatisierungen (in Anlehnung an das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung/ Posttraumatic Stress Disorder, nach ICD-10 und DSM-IV definiert) nach sechzig Jahren im Leben der Betroffenen noch präsent sind (posttraumatische Symptome versus Erinnerung) und wie diese sich auf die Gedächtnisleistung, im Speziellen auf das autobiographische Gedächtnis, auswirken.

Darüber hinaus ist es weiters von Interesse, warum manche Untersuchungsteilnehmer trotz Traumatisierung(en) keine posttraumatischen Symptome aufweisen und andere schon – dies soll mit Fragen zu den jeweiligen Verarbeitungsstilen zu erklären versucht werden.

Weiters wird erhoben, ob das Alter beim Erleben des Traumas in Bezug auf mögliche heute noch feststellbare Beeinträchtigungen eine Rolle spielt (posttraumatische Symptome).

1.2 Einleitung

In den letzten Jahren berichten praktisch tätige Psychologen, Psychotherapeuten und Ärzte vermehrt von älteren Patienten, die aufgrund psychischer Auffälligkeiten in deren Praxen vorstellig werden:

„Neben Patienten mit einem Persistierenden neurotischen Konflikt finden sich ältere Menschen mit funktionellen Körperstörungen, in deren Biografie sich anamnestisch kein Kernkonflikt sichern lässt. Sie haben in ihrem Lebenslauf alle bisherigen Anforderungen und Schwellensituationen gut bewältigt.[...] Dass Menschen nach traumatischen Erlebnissen dem Risiko ausgesetzt sind, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD, Posttraumatic Stress Disorder), (ICD-10: F43.1) mit Flashbacks, Alpträumen und psychovegetativen Arousalreaktionen zu entwickeln, ist geläufig. Weniger bekannt ist bisher, dass Menschen nach einem schweren Trauma auch nach Jahren eine Trauma- Reaktivierung erleiden können. Sie entwickeln plötzlich im Rahmen des Alterungsprozesses funktionelle Körpersymptome, die in einem deutlichen Zusammenhang mit den traumatischen Erfahrungen stehen.“ (Heuft, G., Deutsches Ärzteblatt 97, Ausgabe 36 vom 08.09.2000, Seite A-2310 / B-2000 / C-1755).

Trotz dieses Trends ist die Gruppe der über 60- jährigen in der psychotherapeutischen Praxis nach wie vor unterrepräsentiert und das obwohl - statistisch gesehen - unsere Gesellschaft zusehends überaltert.

Maercker et al. (2004) versuchten durch die Züricher Altersstudie 2002-2004 die reale und potentielle psychotherapeutische Versorgung im Bezug auf Trauma-, Trauer- und verlustbezogene psychische Störungen zu erfassen.

Es zeigte sich, dass vermehrt Pharmakotherapie eingesetzt wird, was auf eine Tabuisierung psychischer Beschwerden im höheren Lebensalter hindeutet.

Was die psychologische Forschung anbelangt, gibt es viele Studien, die sich mit Überlebenden des Holocausts auseinandersetzen (Stichwort „child survivor“).

Studien aus dem angloamerikanischen Raum haben Auswirkungen von Kriegsteilnahme am Vietnamkrieg bzw. am Golfkrieg erhoben; in diesen Studien zeigten sich bei Veteranen gravierende psychische Auswirkungen infolge der Kriegsteilnahme (combat related stress disorders).

Weitere Studien an Vietnamveteranen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigten ein gestörtes Profil der Gedächtnisleistung, so zu finden bei Bremner et al. (1993).

Hingegen gibt es sehr wenig bis keine wissenschaftlichen Arbeiten über die psychischen Auswirkungen von Traumatisierungen bei deutschen oder österreichischen Soldaten beziehungsweise Zivilisten aus der Kriegszeit.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Kriegsvergangenheit von Deutschland und Österreich, die seit ca. zwanzig Jahren intensiv betrieben wird, melden sich nun auch immer mehr Kriegsteilnehmer sowie Zivilpersonen zu Wort, die in literarischer Form ihre teils schwerst traumatischen Kriegserlebnisse aufarbeiten, z.B. **Die vergessene Generation** von Sabine Bode, Piper (2005).

Auch in den Massenmedien, wie z.B. im Fernsehen, gibt es in letzter Zeit vermehrt Dokumentationen über die traumatischen Erlebnisse im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg. (z.B. German Angst: Über versäumte Trauer und heutige Mutlosigkeit; 8. Mai 2006, ab 22.35 Uhr, WDR 5). Eine der aktuellsten Dokumentationen die Kriegsthematik betreffend läuft zurzeit im österreichischen Fernsehen (Menschen und Mächte: Kriegsgefangenschaft, vierteilige Dokumentarfilmreihe, ab 10.11.2011, 21:05, ORF 2, Information unter: www.orf.at) und zeigt die Erfahrungen ehemaliger Kriegsteilnehmer aus dem 2. Weltkrieg.

Es sind also vielfach Soldaten, Zivilisten und die Kriegskinder von damals, die erst heute ihre Geschichte aufzuarbeiten beginnen bzw. zum ersten Mal von ihren Erlebnissen sprechen.

Da nach über sechzig Jahren nun langsam Personen aus der Kriegsgeneration in psychotherapeutische Behandlung kommen, ist es von wissenschaftlichem Interesse sich der Thematik der Traumatisierung bzw. Trauma-Reaktivierung im Kontext des 2. Weltkrieges zu widmen.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, die mögliche Relevanz lang zurückliegender Traumatisierungen bei Diagnosestellungen beziehungsweise bei der Differentialdiagnostik in Betracht zu ziehen, wobei festgehalten wird, dass nicht jede Person die ein Trauma- bzw. ein traumatisches Erlebnis erlitten hat auch an langwierigen Folgen leidet, bzw. eine verzögert auftretende - oder chronische Posttraumatische Störung entwickelt.

Da diese Erfahrungen in der Vergangenheit liegen, ist es unumgänglich, Trauma mit dem autobiographischen Gedächtnis zu verknüpfen. Wie genau und woran erinnern sich ältere Menschen?

Ein lückenhaftes autobiographisches Gedächtnis wird als ein für PTSD aufrechterhaltendes Element diskutiert. Wessel, Merkelbach und Dekkers (2002) untersuchten in einer Studie 25 Personen, welche in der Kindheit Kriegstraumen erlebten. Als eines der wichtigsten Ergebnisse zeigte sich, dass die ehemaligen Kriegskinder signifikant weniger spezifische autobiographische Erinnerungen als die Kontrollgruppe generieren konnten.

Studien rund um das Millennium ergaben, dass bis zu 5% aller älteren Probanden in ehemals kriegsbetroffenen deutschen sowie englischen Gebieten an chronischen Posttraumatischen Symptomen infolge der Kriegserlebnisse leiden (Hunt & Robbins 2001, Maercker et al. 1999, zitiert nach Maercker, 2002), Teegen und Meister (2000).

Einen weiteren Punkt stellt die Problembewältigung dar: wie gingen beziehungsweise gehen die nun alt gewordenen Menschen mit belastenden Ereignissen um?

Weiters ist die aktuelle psychische Verfassung relevant, im Speziellen ob Menschen depressive Symptome zeigen.

Depression steht – sowie auch die Posttraumatische Belastungsstörung – in Zusammenhang mit unspezifischer autobiographischer Erinnerung. Depressive Patienten, die zu Stichworten autobiographische Erinnerungen generieren sollten, berichteten oft sehr ungenaue, kategoriale Erlebnisse (Williams, 1994, zitiert nach Pohl, 2007, S.202). Um eine Aussage über mögliche Gründe für unspezifische autobiographische Erinnerungen machen zu können, ist es daher nötig, in der vorliegenden Arbeit den Faktor Depression mitzuerheben.

1.3 Trauma

1.3.1 Definition Trauma:

ICD-10 beschreibt traumatische Erfahrungen als „kurz- oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalen Ausmaß, die nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde“ (WHO, 2000).

DSM-IV definiert das Ereigniskriterium über zwei Abstufungen (APA, 1996):

A1: „Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlich oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten“.

A2: „Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Achtzugeben ist bei traumatisierten Kindern, weil sich bei diesen solch ein Verhalten auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern kann.“

Das Trauma ist der auslösende Stressor, dem je nach der psychischen Konstitution des betroffenen Menschen und der ihn umgebenden sozialen Situation mehr bis weniger starke kurz- und langfristige Konsequenzen folgen können (Friedmann, 2004).

Lueger-Schuster beschreibt das Trauma als die Konfrontation mit einem realen Ereignis, dem sich das Individuum schutz- und hilflos ausgeliefert gefühlt hat und bei dem die gewohnten Abwehrmechanismen und Verarbeitungsstrategien erfolglos waren (Lueger-Schuster, 2004). Es kommt zu Reizüberflutungen und Reizüberbewältigung, die so stark sind, dass eine Art von Angst entsteht, die nicht mehr beherrschbar ist und zu kurz- und langfristigen Störungen führt.

Friedmann (2004), versteht unter einem Psychotrauma „*ein (kurzes oder länger dauerndes) unerwartetes dramatisches äußeres Ereignis, welches beim betroffenen Menschen eine massive, leidvolle seelische Erschütterung nach sich zieht, weil er für dieses Ereignis unvorbereitet ist und seine Adaptionsfähigkeiten („coping abilities“) überflutet und damit ausgeschaltet sind.*“ (Friedmann, 2004, S.18).

Generell erklärt die Traumatisierung den Prozess, der stattfindet, das Trauma jedoch stellt das Ergebnis eines Traumatisierungsprozesses dar (Lueger-Schuster, 2004).

1.3.2 Kategorisierungen von traumatischen Erlebnissen

Grundursachen oder Stressoren eines traumatischen Erlebnisses können nun sein:

- Bedrohung des eigenen Lebens und der eigenen Unversehrtheit (Naturkatastrophe, Unfall, Raub, Krieg, Geiselnahme, Folter,...);
- Ernsthafte Bedrohung der Schädigung der eigenen Kinder, des Partners, der Verwandten oder der Freunde;
- Zerstörung des eigenen Heims bzw. der Gemeinschaft (Vertreibung, Flucht,..);
- Mitansehen müssen, wie andere Menschen durch Unfall oder Gewalt verletzt werden oder sterben;

Es ist anzunehmen, dass grundsätzlich die Schwere und Art eines Stressors (traumatischen Erlebnisses) ausschlaggebend ist für nachfolgende Reaktionen, wie z.B. die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

March (1993), fand in einer empirischen Studie einen statistischen Zusammenhang zwischen Schwere des Stressors und dem Risiko eine PTSD entwickeln zu können.

Die vielen unterschiedlichen traumatischen Ereignisse lassen sich nach unterschiedlichsten Gesichtspunkten einteilen.

Eine bewährte Einteilung ist folgende:

- Typ-I-Traumen vs. Typ-II-Traumen
- man-made-disasters vs. nature-made-disasters

Nach Terr (1991) sind Traumata vom Typ I kurzandauernde traumatische Ereignisse, solche vom Typ II längerdauernde, sich wiederholende. Ursprünglich beschrieb sie dieses dynamische Konzept des Traumas für den Bereich der kindlichen Traumatisierung.

Traumata vom ersten Typ umfassen singuläre, unerwartete Ereignisse, die der Definition eines Traumas per se entsprechen, wie z.B. Vergewaltigung, Unfälle oder Naturkatastrophen.

Traumata des zweiten Typs werden durch mehrmalige, sich wiederholende oder andauernde Traumen ausgelöst (wie wiederholte Vergewaltigungen, Kriegstraumata). Bei den Betroffenen muss daher eine Anpassung durchgeführt werden, wodurch es längerfristig zu einer Veränderung der Persönlichkeit kommen kann.

Zu den von Menschen verursachten Traumen zählen folgende (Friedmann, 2004):

- Körperliche und sexuelle Misshandlung von Kindern
- Innerfamiliäre und kriminelle Gewalt
- Vergewaltigung
- Zivile oder terroristische Gewalt oder Geiselnahme
- Kriegerische Gewalt oder Bürgerkriegssituationen
- Verlust jeglicher Rechtssicherheit und Folter
- Massenvernichtungen

Hierbei ist es wichtig zu beurteilen, wie nahe die betroffene Person dem Täter stand und wie massiv das Trauma war (Friedmann, 2004).

Katastrophen und Unfalltraumen sind meist singuläre Ereignisse. Das Ausmaß und die Unerwartetheit der Katastrophe spielt eine große Rolle.

Traumata vom Typ II sowie von Menschen verursachte Traumata ziehen massivere Beeinträchtigungen nach sich (Reddeman, 2010; Dorn, C. und Novoa, M. 2003).

1.3.3 Variablen, die Einfluss auf das Trauma haben

Maercker (2002) hat generell zwei Umgangsmöglichkeiten genannt:

- ein Ereignis wird nicht verdrängt, sondern in das Selbstbild integriert und ihm wird somit ein Sinn gegeben > Selbsttherapie;
- ein Ereignis wird verdrängt > nach einer gewissen Latenzzeit ohne Beeinträchtigungen kann sich jedoch eine Posttraumatische Symptomatik zeigen;

Durch die Abnahme der Bewältigungs- und Abwehrmechanismen im Alter ist das Risiko für alte Menschen, nach einem Trauma PTSD Symptome zu entwickeln, höher.

Die Wahrscheinlichkeit, eine Posttraumatische Störung nach einem Psychotrauma zu entwickeln, liegt bei 9,2%, ist jedoch von der Art des traumatischen Ereignisses abhängig. Die Prävalenzrate liegt bei sexuellem Missbrauch deutlich höher (vor allem bei weiblichen Opfern) als bei Verkehrsunfällen oder Gewaltverbrechen (Friedmann, 2004). Auch Kessler (1995) postuliert, dass im Vergleich zu Naturkatastrophen und Unfällen die Wahrscheinlichkeit an einer Posttraumatischen Störung zu erkranken nach sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung deutlich höher ist.

Opfer von Folter und Kriegsgefangenschaft weisen ebenso eine höhere Rate von Posttraumatischer Symptomatik auf (Engdahl, Dikel, Eberly, und Blank, 1997; Maercker & Schützwohl, 1998).

Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Reaktion sind nach Brewin et al. (2000):

- frühere Traumata
- geringes Bildungsniveau
- weibliches Geschlecht
- jüngeres Alter bei Traumaerlebnis

In der Literatur sind einige Faktoren zu finden, die im Umgang mit dem Trauma konstruktiv wirken, sowie Faktoren, die destruktiv wirken.

Bei der Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann man zwei Arten von Risikofaktoren unterscheiden:

- Subjektive Risikofaktoren: (Reagieren mit Schuldgefühlen, keine Kontrollierbarkeit der Situation, keine Hilfe und soziale Unterstützung)
- Objektive Risikofaktoren: (Art des Traumas, Rezidivierendes Trauma, Irreversibilität erlittener Verluste, usw.)

1.3.4 Ereignisfaktoren

In einer Untersuchung von Brewin et al., (2000) wurde eine Dosis-Wirkungs-Beziehung in Bezug auf den Traumatisierungsprozess festgestellt. Sie weist einen direkten Zusammenhang zwischen der Schwere des Traumas und dem Ausmaß der Folgen auf. Von Bedeutung sind auch initiale Reaktionen. Traumatisierte Menschen, die sich noch einen gewissen Grad an Autonomie in der traumatischen Situation erhalten können, bilden weniger schwerwiegende Folgen aus. Sie haben also eine schützende Funktion.

1.3.5 Aufrechterhaltende Faktoren und gesundheitsfördernde Faktoren:

Ein guter Kohärenzsinn und soziale Anerkennung können Betroffenen nach einer akuten Belastungsstörung zu einem Gesundungsprozess verhelfen.

Vermeidender Bewältigungsstil und kognitive Veränderung sind Faktoren, die Folgeerscheinungen nach Traumata aufrecht halten können.

Folgende Faktoren, welche das höhere Lebensalter betreffen und sich zusätzlich auswirken können, wurden in einer Studie von Teegen und Cizmic dargestellt (Teegen & Cizmic, 2003, S. 79):

- Berufsverlust/Pensionierung
- der Tod nahe stehender Menschen und damit verbundene Verwitwung
- Chronische körperliche Erkrankungen
- Funktionseinbußen (körperliche sowie psychische)
- Invalidität

1.3.6 Modelle

Im Bereich der Psychotraumatologie gibt es mehrere Modelle, die unter verschiedenen fachlichen Aspekten den Verlauf einer traumatischen Reaktion zu erklären versuchen.

In dieser Untersuchung werden zwei Modelle näher erläutert, einerseits das Modell der Sequentiellen Traumatisierung nach Keilson (1979) sowie andererseits das Multifaktorielle Rahmenmodell nach Maercker (2003).

In die Systematik beider Modelle soll an dieser Stelle kurz eingeführt werden:

Die Sequentielle Traumatisierung nach Keilson (1979)

Keilson untersuchte jüdische Kriegswaisen aus den Niederlanden über längere Zeit hinweg und führt den Begriff der „sequentiellen Traumatisierung“ ein.

Der sequentielle Prozess bedeutet, dass die Traumatisierung nicht mit dem Erleben des traumatischen Ereignisses abgeschlossen ist, sondern in mehreren aufeinander folgenden Phasen abläuft und im Reifungs- und Entwicklungsprozess der Kinder eine große Rolle spielt.

Ziel der Untersuchung war es einerseits die Leid- erzeugenden Umstände zu verändern und ihre Ursachen zu erkennen, andererseits sich vor allem auf das Schicksal der durch den Krieg zu Waisen gewordenen Kinder zu konzentrieren.

In einer Folgestudie untersuchte er die gleiche Population im Erwachsenenalter um den Prozess der altersspezifischen Traumatisierung zu klären (Keilson, 1979).

Der Prozess der Traumatisierung lässt sich nach Keilson (1979) in drei Phasen gliedern:

- Erste Sequenz: Schockphase

Diese Phase umfasst die Besetzung der Niederlande durch die deutschen Truppen. Sie ist gekennzeichnet durch das Zerfallen der gewohnten sozialen Strukturen, den Verlust jeglicher Rechtssicherheit sowie durch das Erleben starker Ängste (Keilson, 1979).

- Zweite Sequenz: Einwirkungsphase

In dieser Phase treten die traumatogenen Momente deutlich hervor. Diese wären einerseits die Inhaftierung in Konzentrationslager mit dem Verlust jeglicher Spiel- oder Bildungsmöglichkeit für die Kinder, andererseits das Untertauchen bzw. die Unterbringung in Pflegefamilien jener Kinder, die der Deportation entkommen waren. Die Pflegekinder waren zudem der Kriegssituation ausgesetzt, lebten in ständiger Angst vor Entdeckung bei fremden Menschen, auf deren Wohlwollen sie angewiesen waren.

Diese Phase ist geprägt von Gefühlen der Angst, Aggression, Depression sowie von Ohnmacht. Albträume, ausgeprägte Schreckhaftigkeit und Konzentrationsstörungen können bereits vorkommen (Keilson, 1979).

- Dritte Sequenz: Erholungsphase

Diese Phase bedeutet für die Kinder das Zurückkehren in eine zwar wieder rechtssichere, jedoch völlig andere Welt als die, welche sie vor dem Krieg kannten. Über die Klärung der Vormundschaft wurden die Kinder mit den traumatischen Erlebnissen erneut konfrontiert. Es entstanden neue Probleme biographischer und gruppensdynamischer Art mit sozialpädagogischen und psychologischen Konsequenzen.

Mit dem Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen und dem Versuch der Aufarbeitung des Geschehenen war eine verstärkte Konfrontation mit den erlebten Traumata unumgänglich.

Aufgrund der Angaben vieler Probanden sowie aufgrund objektiv aufzeigbarer Kriterien vertrat Keilson die Ansicht, dass eine ungünstige dritte Phase sich für die Betroffenen weit schwerwiegender auswirkt als eine ungünstige zweite Phase. Die Bedeutung der dritten Sequenz liegt in der Beschaffenheit des Pflegeumfeldes, vor allem in seinem Vermögen bzw. Unvermögen, die Traumatisierungskette zu durchbrechen.

Die Traumatisierung ist also nicht nach der zweiten Phase abgeschlossen, sondern zieht sich weit in das Leben der Betroffenen hinein, was bei der Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen bei alten Menschen von Bedeutung ist (Keilson, 1979).

Das Multifaktorielle Rahmenmodell nach Maercker (2003)

Das Multifaktorielle Rahmenmodell versucht der Frage nachzugehen, warum nur ein Teil jener Menschen, die ein traumatisches Erlebnis erfahren haben, psychische Beeinträchtigungen aufweist.

Maercker erläutert die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung in einem psychosozialen Rahmen und erklärt die Traumafolgen anhand von fünf Gruppen ätiologischer Faktoren, welche in unterschiedlicher Ausprägung wirksam werden.

Diese Faktoren sind folgende (Maercker, 2003):

- Risiko- bzw. Schutzfaktoren
- Ereignisfaktoren
- Aufrechterhaltungsfaktoren
- Gesundheitsfördernde Faktoren bzw. Ressourcen
- Posttraumatische Prozesse und Resultate

Es werden zur theoretischen Verankerung der vorliegenden Untersuchung gerade diese beiden Modelle ausgewählt, weil einerseits der Traumatisierungsprozess im höheren Lebensalter unter dem Aspekt der Lebensspannenpsychologie betrachtet werden soll (d.h. der Prozess der Traumatisierung erstreckt sich über das Leben nach dem erlittenen Trauma).

Überdies soll der Frage nachgegangen werden, warum manche Menschen nach Erleben eines Traumas psychische Beeinträchtigungen aufweisen und andere Menschen nicht. Auch müssen bei Traumatisierung bzw. Traumareaktivierung im höheren Lebensalter der Alterungsprozess des Menschen und die somit verschiedenen einwirkenden Faktoren (z.B. Alter, Bildung, Gesundheit, kognitive Verfassung, Bewältigungsstile, „Pensionsschock“, etc...) berücksichtigt werden.

Der Alterungsprozess kann für den Ausbruch einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Menschen, die in jüngeren Jahren traumatisiert wurden, einen Risikofaktor darstellen. Auch gibt es Hinweise, dass es im Laufe des Alterungsprozesses zu einem verspäteten Ausbruch oder zu einer Verschlimmerung der Symptomatik kommen kann (Aarts & Op den Velde, 2000).

1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

(Anmerkung: im folgenden wird die Posttraumatische Belastungsstörung mit PTSD abgekürzt)

Eingeführt wurde die Diagnose PTSD mit dem Erscheinen der dritten Ausgabe des DSM (DSM-III, 1980) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA). Nach dem DSM-III wird die PTSD als Angststörung klassifiziert. Bereits bei der Revision des DSM-III wurde die Frage der Klassifikation kontrovers diskutiert. Die vierte und aktuelle Ausgabe des DSM definiert die PTSD wie folgt:

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 tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderen.
- (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Das DSM-IV definiert drei Symptomgruppen, welche für die Diagnose PTSD zwingend erfüllt sein müssen:

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 des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern;
- (5) körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen und 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 Erhöhtes Erregungsniveau

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 durch die drei Symptomgruppen (B, C, D) definierte Störungsbild dauert länger als einen Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Wenn die beschriebenen Symptome für einen Zeitraum bis zu drei Monaten bestehen, wird von einer akuten Posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen. Dauert die Symptomatik länger an, so wird eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt, spricht man von einer PTSD mit verzögertem Beginn (American Psychiatric Association, 1996, S. 491f).

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Kriterium A mit der deutschen Version des Traumatic Life Event Questionnaires (Teegen, 2003) erfasst, die Kriterien B, C, D und E mit der PCL-C.

1.4.1 Trauma und Alter

Def: „*Altern ist die Abnahme der Anpassungsfähigkeit an Umwelteinflüsse*“. (WHO 2000).

Der Alterungsprozess geht generell einher mit dem Verlust an Bezugspersonen und Status sowie mit Einbußen im gesundheitlichen Bereich. Dennoch zeigt ein großer Teil von alten Menschen ein hohes Funktionsniveau in verschiedenen psychologischen Bereichen und Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, den Belastungen dieses Lebensabschnittes standzuhalten (Baltes & Smith, 1998, zitiert nach Teegen & Cizmic, 2003).

Ein Ansteigen der psychiatrischen Gesamtmorbidität im Alter ist vor allem auf das vermehrte Auftreten von altersabhängigen demenziellen Erkrankungen zurückzuführen (Häffner, 1993; Helmchen et al., 1996; Staudinger et al., 1996; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996, zitiert nach Teegen & Cizmic, 2003).

Was Angsterkrankungen sowie depressive Erkrankungen anbelangt, gibt es nach Adam (1998) sowie Staudinger et al. (1996) keine altersspezifische Zunahme dieser beiden Erkrankungen. Auch bei der Langzeitstudie von Beekmann et al. (1998 zitiert nach Teegen & Cizmic, 2003) fand sich bei den 55- bis 85- Jährigen kein altersspezifischer signifikanter Anstieg von Angsterkrankungen. Laut dieser Studie konnte aber eruiert werden, dass traumatische Lebenserfahrungen einen Vulnerabilitätsfaktor für Angsterkrankungen darstellen, hier insbesondere die Erfahrungen aus dem 2. Weltkrieg (Beekmann et al., 1998 zitiert nach Teegen & Cizmic, 2003).

Teegen und Cizmic (2003) zeigten anhand ihrer Stichprobe, dass Menschen im hohen Lebensalter im Laufe ihres Lebens durchschnittlich mit vier traumatischen Erlebnissen konfrontiert wurden (Teegen & Cizmic, 2003).

Daraus resultiert das Bestreben, durch die vorliegende Studie auf die möglicherweise lebenslange Auswirkung von früher traumatischer Exposition – hier speziell durch Kriegstraumen – aufmerksam zu machen.

1.5 Trauma- Reaktivierung / Re- Traumatisierung und Alter

Bei der Verknüpfung von Lebensalter, Trauma und PTSD ist es wichtig, diese beiden Begriffe voneinander abzugrenzen und auf die Unterschiede hinzuweisen.

Trauma- Reaktivierung: ein zurückliegendes Trauma od. traumatisches Erlebnis wird- z.B. durch wiederkehrende Erinnerung- wieder aktiviert;

Re- Traumatisierung: einem vorausgegangenem Trauma (mit oder ohne PTSD als Folge) folgt ein weiteres, zweites Trauma;

Aus der Fachliteratur ist bekannt, dass ein länger zurückliegendes traumatisches Erlebnis zunächst folgenlos bleiben kann. Unter Umständen kann es jedoch selbst Jahrzehnte später durch ungünstige Faktoren zu einer Trauma- Reaktivierung kommen, die sich in akuten Symptombildungen äußert (Heuft, 1999).

Teegen & Cizmic (2003) befragten in ihrer Studie 37 pflegebedürftige und im Mittel 81 Jahre alte Menschen, welche über einen mobilen Hilfsdienst betreut wurden, zu traumatischen Lebensereignissen. In den Ergebnissen ist zu finden, dass alle Probanden durchschnittlich vier Extrebelastungen im Laufe ihres bisherigen Lebens ausgesetzt waren. Die häufigsten Erlebnisse bezogen sich auf den plötzlichen Tod nahe stehender Personen, die Konfrontation mit einer lebensbedrohenden Krankheit sowie mit Extrebelastungen in Verbindung mit dem 2. Weltkrieg, den die meisten Teilnehmer der Studie im jungen Erwachsenenalter miterlebten. Von den Befragten gaben 60% an, dass sie bis heute Erinnerungen an traumatische Erlebnisse quälen würden, allen voran Erinnerungen an sexuelle Misshandlung in der Kindheit und für 46% der Betroffenen Kriegserlebnisse. 65% der Befragten litten im Monat vor der Erhebung in mittlerem bis hohem Ausmaß an Intrusionen, 41% litten an Symptomen, die mit einem erhöhten körperlichen Erregungsniveau - allen voran Hypervigilanz - einhergingen und bei 30% konnte ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten festgestellt werden. Den Autoren zufolge wurde von den Teilnehmern häufig betont, dass sich grauenhafte **Bilder aus**

der Vergangenheit gleichsam eingebrannt hätten und z.B. durch Fernsehberichte jederzeit belebt werden können. Andere schwer belastende Ereignisse seien erst im Alter zurückgekommen, nachdem sie lange Zeit verdrängt wurden. 10,8% der Interviewten zeigten eine voll ausgeprägte PTSD und 32,4 % eine partielle. In der Diskussion geben die Autoren zu bedenken, dass die Ergebnisse aufgrund der kleinen, selbstsülegierten Stichprobe zwar nicht verallgemeinerbar sind, jedoch darauf aufmerksam machen, dass viele ältere Menschen im Laufe ihres Lebens teils schwerst traumatisierenden Situationen ausgesetzt waren und zum Teil an PTSD- Symptomen in Verbindung mit diesen Erlebnissen leiden.

Nach Heuft (1999) kann es dadurch zur Trauma- Reaktivierung kommen, dass:

1. ältere Menschen, befreit vom Druck direkter Lebensanforderungen durch Existenzaufbau, Beruf und Familie, „mehr Zeit“ haben, bisher Unbewältigtes wahrzunehmen;
2. sie zudem nicht selten auch den vorbewussten Druck spüren, noch eine unerledigte Aufgabe zu haben, der sie sich stellen wollen und stellen müssen;
3. darüber hinaus der Alternsprozess selbst traumatische Inhalte reaktivieren kann.

Menschen höheren Lebensalters gehören - wie Kinder und Jugendliche - zur Risikogruppe, was die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach Erleben einer traumatischen Situation betrifft.

Das Altern ist jedoch nicht nur durch „objektive“ Veränderungen im physischen, kognitiven und psychischen Bereich gekennzeichnet (Maercker, 1997). Eine weitere wichtige Rolle spielen auch gesellschaftliche Stereotypen, sowie die subjektive Wahrnehmung des Alterungsprozesses, die sich bei negativem Verlauf als Risikofaktor für eine PTBS entwickeln kann.

Die Gerontologie unterteilt das Altern in drei Bereiche:

- normales Altern (gekennzeichnet durch das Erreichen der durchschnittlichen Lebensspanne; durch alterstypische Funktionseinbußen definiert)
- pathologisches Altern (Auftreten von Funktionseinschränkungen verbunden mit Abnahme an Lebensqualität)
- erfolgreiches Altern (Zielzustand des Lebens mit Autonomie und Lebenszufriedenheit)

Das Leben von Menschen höheren Alters ist meist gekennzeichnet durch ein gewisses Maß an Verlusten, die jedoch bis zu einem bestimmten Grad kompensiert werden können.

Zu solchen Verlusterlebnissen gehören:

- Pensionierung
- Verlust nahe stehender Personen
- Physische und kognitive Funktionseinbußen
- Kumulationseffekt von Belastungen

Weitere Risikofaktoren, die zu einer Verschlechterung oder Reaktivierung einer PTBS-Symptomatik führen können, sind folgende:

- Krankheiten und körperliche Funktionsverluste
- Veränderung in Arbeits-, sozialen und familiären Rollen
- Einschränkung der früher verwendeten Bewältigungsstile

Menschen höheren Alters besitzen jedoch im Normalfall einen großen Erfahrungsschatz, der es ihnen möglich macht, mit Belastungen fertig zu werden.

Eine Ressource wäre beispielsweise die persönliche Reife, die im allgemeinen mit zunehmenden Alter stetig steigt und es uns Menschen möglich macht, unsere Emotionen und Kognitionen zu kontrollieren.

Belastungsfaktoren wirken nun nicht direkt auf den Menschen, sondern werden durch psychologische Variablen kompensiert, um die betroffenen Menschen vor einem Zusammenbruch bewahren zu können.

„Bewältigung ist der Versuch, die objektiven Ereignisse in eine subjektive Realität umzuformen.“ (Maercker, 2002, S.18) Gerade bei Menschen höheren Alters wird eine Verbindung zwischen versuchter Bewältigung und kumulierter Lebenserfahrung (Lebensrückblicksprozesse) hergestellt. So werden Erlebnisse über die Lebensspanne immer wieder neu bewertet und in die eigene Lebensgeschichte und Identität eingeordnet.

Erfolgreiche Bewältigung kann durch die mit dem Alter zusammenhängenden Belastungen eingeschränkt werden (Maercker, 2003).

Im höheren Lebensalter gibt es eine lebensspannenbezogene Einteilung von PTSD-Typen:

- chronische PTSD, auf früheren traumatischen Erlebnissen beruhend;
- aktuelle Traumata im höheren Lebensalter;
- Verzögert auftretende PTSD, beruhend auf früheren traumatischen Erfahrungen;

Ziel der angestrebten Untersuchung ist es nicht, Probanden mit klinisch definierter PTSD zu diagnostizieren oder zwischen verschiedenen Typen von PTSD zu unterscheiden.

1.6 Das Autobiographische Gedächtnis (ABG)

1.6.1 Definition und Erklärung

In der Literatur ist keine einheitliche Definition zu finden. Synonyme sind beispielsweise Ereignis-Alltags- und episodisches Gedächtnis.

Baddeley (1992, S. 26) beschreibt das autobiographische Gedächtnis mit “(...) *the capacity of people to recollect their lives*“. Das impliziert, dass sich das autobiographische Gedächtnis auf die Kapazität beziehungsweise Fähigkeit von Menschen bezieht, sich an ihr Leben und prägnante Lebensereignisse zu erinnern.

Die Begriffe autobiographisches Gedächtnis und episodisches Gedächtnis werden sehr häufig synonym verwendet. Das episodische Gedächtnis betrifft das aktive, bewusste Abrufen von Episoden. Es handelt sich in der Regel um biographische Erlebnisse, die emotional gefärbt sind und die man in so genannten mentalen Zeitreisen durchgehen kann. Synonyme reichen außerdem von Alltags-, Ereignis- bis zum eben genannten episodischen Gedächtnis. Im Kontrast dazu stünde das semantische Gedächtnis (Faktengedächtnis) für eine Enzyklopädie (Anderson und Conway, 1997).

Conway (1992) postuliert, dass das autobiographische Gedächtnis bestimmte Abrufprozesse darstellt, die beim Erinnern an Lebensereignisse aktiviert werden. Die Erinnerung an frühere Erlebnisse vermittelt eine Sicht von sich selbst. Auch Brewer (1986) definiert das ABG als Gedächtnis für Informationen mit einem Bezug zum Selbst. Dies betonen auch Granzow (1994) und Goldenberg (2002), indem sie festhalten, dass sich die Inhalte dieses Systems nur auf die eigene Person beziehen.

Dabei spielen emotionale und soziale Aspekte eine wesentliche Rolle. Ohne das ABG könnten wir zwar eine Menge Fakten über unser Leben erinnern und wissen, aber diesen Erinnerungen würde die Subjektivität fehlen. Ohne ABG würden wir die Details unseres Lebens und erlebte Beziehungen nicht von einer persönlichen und stark emotional gefärbten Perspektive sehen.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass Definitionen des autobiographischen Gedächtnisses aus verschiedenen wissenschaftlichen Zugängen (z.B. psychodynamisch und kognitiv) in folgenden Eigenschaftszuschreibungen übereinstimmen:

Beim ABG handelt es sich um ein ausgeglichenes Gedächtnissystem mit starkem Bezug zum Selbst und zu Emotionen. Es ist eng verwoben mit interindividuellen und kulturellen Traditionen. Darüber hinaus ist das ABG in einen inhärenten, teilweise unterbewussten Hintergrund ganz persönlicher Werte und Charakterzüge eingebettet (Markowitsch & Welzer, 2005).

1.6.2 Nutzen und Bedeutung des ABG

Nach Conway (1992) vermittelt die Erinnerung an frühere Erlebnisse den Menschen eine Sicht von sich selbst. Emotionale und soziale Aspekte spielen dabei eine wesentliche Rolle. Das ABG ist somit von grundlegender Bedeutung für das Selbst, für Emotionen und das Erleben als eigene Persönlichkeit, das heißt für die Erfahrung des Bestehens als ein unverwechselbarer Mensch in einer bestimmten Kultur über die Zeit hinweg (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Das autobiographische Gedächtnis liefert die notwendige Basis für das Erleben der ganz persönlichen Identität im Wandel der Zeit. Es stellt weiters die Grundlage für selbstbezogene Eigenschaftszuschreibungen, Erklärungen und Vorhersagen für bestimmte Handlungen und Verhaltensmuster und Bewertungen der eigenen Person dar (Strube & Weinert, 1987). Diese Ansicht teilt auch Weber (2001), wenn er anführt, dass das ABG erstens die Identität eines Menschen bestimmt und zweitens die jedem Menschen ureigenste Lebensgeschichte ausmacht. Der Vergleich mit einem mentalen Tagebuch, welches wir stets mit uns herumtragen, wäre eine weitere Charakterisierung. Die Autobiographie ist kein Gedächtnisinhalt wie jeder andere. Sie bildet die Grundlage des Abbilds, das man von sich selbst hat. Ist man beispielsweise mit sich selbst im Reinen und zufrieden, so findet man seine persönliche Biographie gelungen. In einer Krise kommen viele Menschen jedoch zu der negativen Bilanz, sie hätten in ihrem Leben vieles oder sogar alles falsch gemacht. Aus diesen Annahmen resultiert oft der Wunsch, sie könnten Einfluss in Vergangenes nehmen und das eine oder andere verändern (Goldenberg, 2002).

Markowitsch und Welzer (2005) postulieren, dass das ABG den Menschen zum Menschen macht. Es ermöglicht uns „Ich“ sagen zu können - damit bezieht man sich auf ein einzigartiges Individuum, welches sich durch eine vergangene persönliche

Lebensgeschichte, eine momentan bewusst wahrgenommene Realität und noch zukünftig kommende Erlebnisse auszeichnet. Einerseits lässt sich das eigene Sein mit Hilfe dieses Systems in einem Raum-Zeit-Kontinuum wahrnehmen, wodurch die eigene Umwelt ausgewertet sowie bewertet und planmäßig erschlossen werden kann, andererseits erlaubt es uns, die Vergangenheit retrospektiv zu betrachten. Tulving (2002) meint in Bezug darauf, dass das ABG mentale Zeitreisen von der Gegenwart in die Vergangenheit ermöglicht. Diese mentalen Ausflüge würden Anhaltspunkte für hinkünftige Handlungen bereitstellen, da die bisherigen Erfahrungen und Gelerntes beim Planen von Zukünftigem helfen würden.

Das ABG ermöglicht es uns Menschen, die persönlichen Erinnerungen als unsere eigenen wahrzunehmen. Darüber hinaus kann es als temporale Feedbackmatrix des Selbst gesehen werden. Mit Hilfe dieser kann ein Individuum Vergleiche anstellen, wie und wo es sich im Laufe der Zeit verändert hat oder auch gleich geblieben ist. Das jeweilige soziale Umfeld wiederum schätzt uns als Person ein und tätigt aufgrund dessen Zuschreibungen und Beurteilungen über uns. Dadurch wird ermöglicht, dass das ABG sozusagen als Abgleichmatrix fungiert. Aus evolutionstheoretischer Sichtweise verschafft es den Menschen einen riesigen Anpassungsvorteil. Es ermöglicht, sich bewusst und rückbezüglich zu dem zu verhalten, was einem passiert ist und welche Reaktionen man darauf an den Tag gelegt hat (Markowitsch & Welzer, 2005).

Beim Abruf autobiographischer Erinnerungen kommen dem sehenden Menschen viele Bilder in den Sinn beziehungsweise ins Gedächtnis. Diese umfassen Aspekte wie die eigene Kindheit und Jugend, Geburtstage, geselliges Beisammensein, Freundschaften, Liebe und Streit mit anderen Personen. Weitere nennenswerte Bereiche reichen von Tod (z.B. Begräbnisse) und Unfällen bis hin zu Urlauben, die man bisher in seinem Leben verbracht hat. Erinnerungen sind fast immer sehr bildhaft vor dem inneren Auge zu sehen. Autobiographische Erinnerungen werden üblicherweise in Worten wiedergegeben. So werden sie eher in Form von detaillierten Geschichten, Zeitungsberichten oder Anekdoten als in bruchstückhaften Aufzählungen erzählt. In diesem Zusammenhang wird ihre Wiedergabe als sozialer Akt angesehen, da sie anderen Menschen mitgeteilt werden (Rubin, 1996).

Das autobiographische Gedächtnis wird in der vorliegenden Studie in dem Sinn verwendet, dass die Probanden durch Reizwörter angeregt werden, persönliche Ereignisse zu erinnern, die in ihrem Leben stattgefunden haben. Anderson und Conway (1997) definieren autobiographische Gedächtnisinhalte anhand von vier Beobachtungen (aus Untersuchungen resultierend), bei denen Versuchspersonen Ereignisse erinnern, die in ihrem Leben stattgefunden haben. An dieser Stelle seien sie kurz skizziert:

Jede Erinnerung enthält simultan allgemeine und spezifische Informationen. Die allgemeine Information stellt in der Erzählung eines autobiographischen Gedächtnisinhaltes den Rahmen für die ereignisspezifischen Details im Kontext der Autobiographie des Erinnernden dar. Daher geht die allgemeine der spezifischen Information meist voraus.

Der Abruf von autobiographischen Episoden ist, bedingt durch den erforderlichen Detailreichtum, sehr komplex und aufwendig.

Autobiographische Gedächtnisinhalte sind unabhängig von ihrem Alter oft sehr lebendig. Ein Beispiel hierfür wären Flashbulb-Memories. Darunter versteht man besonders lebendige und detaillierte Erinnerungen, die meist unverändert Jahre überstehen und Erlebnisse betreffen, die von großer persönlicher Wichtigkeit und stark emotional konnotiert sind.

Die Erinnerungen sind meist ganz bestimmten Lebensphasen zuordenbar und über die gesamte Lebensspanne hinweg verteilt.

1.6.3 Stabilität autobiographischer Erinnerungen

Strube und Weinert (1987) vermuten, dass autobiographische Inhalte deshalb so gut behalten werden, weil sie für das eigene Selbst und damit einhergehend für das eigene Leben von großer Bedeutung sind. Bereits zehn Jahre vor Strube und Weinert konnten Rogers, Kuiper und Kirker (1977, zitiert nach Strube & Weinert, 1987) zeigen, dass selbstbezogenes Material besser behalten werden kann als Inhalte ohne größeren Selbstbezug. Rogers et al. (1977, zitiert nach Strube & Weinert, 1987) legten einer

Gruppe von Versuchspersonen Listen von Eigenschaftsbezeichnungen vor. Die Probanden sollten angeben, wie gut oder schlecht die aufgelisteten Merkmale auf sie selbst zutreffen würden. Anschließend fand eine Gedächtnisprüfung statt, bei der die Teilnehmer Bezeichnungen, die sie für sich persönlich als zutreffend eingeschätzt hatten, besser erinnerten als die anderen.

Studien, die eine Stabilität der autobiographischen Erinnerung über Jahre hinweg testeten, existieren noch nicht.

1.7 Einflussfaktoren auf das autobiographische Gedächtnis

1.7.1 Bildung

Es konnte lediglich eine Studie (Borrini et al.1989) zum autobiographischen Gedächtnis in der Literatur gefunden werden, die Bildungsvariablen in die Untersuchung integrierte. Dies erweckt den Eindruck, dass die Frage nach Unterschieden in Bezug auf Bildung, so z.B. zwischen Personen mit niedriger und höherer Anzahl an Bildungsjahren oder mit und ohne Schulabschluss, bislang stark vernachlässigt wurde. Borrini et al. (1989) haben die Variable Bildung beim Untersuchen des ABG miteinbezogen. Die Ergebnisse von Borrini et al. (1989) legen dar, dass die Variablen „Bildung“ und auch „Alter“ die signifikanten Faktoren bezüglich der Abruffeffizienz aus dem ABG sein dürften. Borrini et al. (1989) zeigten durch ihre Studie, dass niedrige Werte im Erinnerungstest eher die Folge von schlechterer Bildung als vom Alter waren. Die Antworten von geringer gebildeten Personen waren gekennzeichnet durch lange Latenzzeiten, Fehler in der Einordnung der richtigen Lebensperiode sowie durch die Tendenz zu groben Verallgemeinerungen.

Der Einflussfaktor Bildung wird in der vorliegenden Studie für die abhängige Variable PTSD und auch für das autobiographische Gedächtnis miterhoben.

1.7.2 Emotionen

Ein wesentliches Merkmal des ABG ist seine Beziehung zu Emotionen (Piefke, 2003; Welzer & Markowitsch, 2005). Sowohl Speicherungs- als auch Abrufprozesse werden

durch Emotionen beeinflusst (Brewer, 1988). Persönliche Erinnerungen gehen üblicherweise mit Emotionen einher (Markowitsch, 2001) und der Abruf autobiographischer Inhalte aus der bisherigen Lebensgeschichte stellt nach Brand und Markowitsch (2003) einen Spezialfall aufgrund der emotionalen Konnotation der Inhalte dar.

Der Abruf mancher Episoden bewirkt auch noch Jahre später, dass das Ereignis sozusagen „zu neuem Leben“ erweckt wird. Diese Lebhaftigkeit hat die Eigenschaft, dass beim Erinnern Gedächtnisspuren in verschiedenen Bereichen aktiviert werden. So sehen viele Personen einzelne Gesichter wieder bildlich-lebhaft vor sich und erinnern sich genauestens an Wortlaut und Tonfall, in dem etwas mitgeteilt wurde. Simultan dazu kommen oft Düfte und Gerüche sowie andere Umgebungsfaktoren, die mit dem Ereignis in Verbindung standen, in den Sinn. Die damals aufgetretenen Gefühle werden oft erneut gleichsam wiederempfunden (Goldenberg, 2002). Sowohl negative als auch positive Ereignisse, die unter starker emotionaler Färbung erlebt wurden, werden bei Abruf zu einem späteren Zeitpunkt besser erinnert als neutrale Erlebnisse (Thompson, 1985).

Es konnte gezeigt werden, dass die affektive Übereinstimmung zwischen der Situation des damals Erlebten und der Situation zum Zeitpunkt des Erinnerns zu einer besseren Gedächtnisleistung führt (Bower, 1981).

In mehreren Laborstudien bekamen Versuchspersonen eine Videoszene über ein emotional stark aufwühlendes Ereignis (z.B. einen Unfall) dargeboten und wurden später in Bezug auf ihre Erinnerungen befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass emotionale Detailinformationen gut über die Zeit hinweg behalten wurden (Christianson, Loftus, Hofman & Loftus, 1991).

1.7.3 Geschlecht

Obwohl die meisten ABG-Untersuchungen Männer und Frauen einschlossen, schenkte man Geschlechtsunterschieden bislang selten Aufmerksamkeit. Der Grund dafür liegt wahrscheinlich in der Tatsache, dass bei Leistungen in anderen Gedächtnissystemen zwischen weiblichen und männlichen Individuen keine wesentlichen Unterschiede in den Ergebnissen zu finden waren. Aufgrund dessen wird das Geschlecht eher selten als unabhängige Variable in experimentellen Gedächtnisstudien untersucht. Bei klinischen

Gedächtnistests werden meist dieselben Normen für Frauen und Männer eingesetzt, was zeigt, dass Geschlechtseffekte als unbedeutend für das Abschneiden bei solchen Aufgaben angesehen werden. Während einige Autoren vom Vorliegen geschlechtsspezifischer Unterschiede berichten, fanden andere keinerlei relevante Ergebnisse. Die Befunde sind, zusammenfassend gesagt, sehr unterschiedlich. Die wenigen, aber dennoch statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede im ABG fallen meist zugunsten der Frauen aus. Sie erinnern tendenziell detailreicher als Männer (Davis, 1999).

Das Geschlecht wird in der vorliegenden Studie bei den soziodemographischen Daten erhoben und hinsichtlich der PTSD und des ABG ausgewertet.

1.7.4 Intelligenz und Gedächtniskapazität

Mit Hilfe eines Intelligenztests, eines verbalen Lerntests und eines Fluency-Tests wurde von Wessel et al. (2002) eruiert, dass sich traumatisierte Personen mit einer psychiatrischen Diagnose nicht von der Kontrollgruppe in der allgemeinen Gedächtniskapazität und im semantischen Gedächtnis unterscheiden. Der einzige Gruppenunterschied („verspäteter Abruf“-Aufgabe) ergab zudem, dass traumatisierte Patienten bessere Ergebnisse erzielten. Dies würde heißen, dass die autobiographische Gedächtnisleistung von der allgemeinen Gedächtniskapazität unabhängig ist.

Die Ergebnisse von Wessel et al. (2002) widersprechen denen von Williams und Dritschel (1992), bei welchen der kategorische Abruf und die semantische Flüssigkeit korrelierten. Bei Watkins (2000) konnte jedoch die Intelligenzleistung schon die Genauigkeit der Erinnerung voraussagen, was auch das Ergebnis der Studie von Williams & Williams (1998) unterstützt, in welcher PTSD- Patienten mehr Defizite im Intelligenztest aufwiesen als die Kontrollgruppe.

In dieser Studie wird aus Gründen der Zumutbarkeit auf die Vorgabe eines Intelligenztests verzichtet. Um aber weitestgehend sicher sein zu können, dass die autobiographische Erinnerungsleistung der Probanden nicht allein durch das allgemeine Gedächtnis zustande kommt, wird eine kurze allgemeine Gedächtnisaufgabe vorgegeben.

1.7.5 Stimmung

In einer Studie von Williams, Watts & Mathews (1997), die die Stimmung vor dem autobiographischen Gedächtnistest erhebt, zeigt sich, dass das Auftreten von übergeneralisierter Erinnerung unabhängig von der aktuellen Stimmungslage ist.

Demnach sollte die aktuelle Stimmung bei der Befragung der Teilnehmer in dieser Studie keinen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen und wird – im Hinblick auf den ohnehin beträchtlichen Umfang des Fragenkataloges – nicht erhoben.

1.8 Das Autobiographische Gedächtnis im Alterungsprozess

Rybash & Hrubí (1997) fragten Personen unterschiedlichen Alters aus welchem Grund sie sich an Lebensereignisse erinnern. Es stellte sich heraus, dass alte Erwachsene andere Gründe angaben als junge Menschen. Alte Erwachsene rufen Erinnerungen an ihr Leben ab, um sich auf den Tod vorzubereiten und um andere etwas zu lehren. Hingegen reminiszieren junge Adoleszente, um Langeweile zu reduzieren und um eine eigene Identität zu entwickeln.

In einer Studie von Levine, Svoboda, Wincour und Moscovitch (2002) konnte festgestellt werden, dass ältere Erwachsene semantische Details bevorzugen welche nicht an einen bestimmten Ort und eine bestimmte Zeit gebunden sind.

Im Verhältnis zu jüngeren Erwachsenen sind alte Menschen im Abruf von episodischen Kontext- Details beeinträchtigt (McIntyre & Craik, 1987; Spencer & Raz, 1995, zitiert nach Levine et al. 2002).

Es wurde auch ein gegenteiliges Ergebnis gefunden, dass zeigt, dass die wesentlichen Informationen im freien autobiographischen Abruf bei jungen und alten Erwachsenen ähnlich sind. (Holland und Rabbit, 1990, zitiert nach Levine, 2002).

Der hergestellte Abruf von Aussagen über persönliche Gedanken und Gefühle ist demnach bei alten Erwachsenen viel elaborierter als bei Jungen (James et al. 1998, zitiert nach Levine et al. 2002).

Gardiner und Kollegen (Gardiner & Java, 1990; Gardiner, Richardson- Klavhen, & Ramponi, 1997 zitiert nach Rybash & Monaghan, 1999) entwickelten das R-K-

Paradigma. „R“ Reaktion steht für „remember“ (erinnern) und repräsentiert das Operationssystem vom ABG. „K“ steht für „know“ (wissen) und repräsentiert das semantische Gedächtnis. Parkin und Walter (1992 zitiert nach Rybash, & Monaghan 1999) berichten, dass junge und alte Personen mit derselben Erkennungsgenauigkeit parallelisiert unterschiedliche Gedächtnissysteme aktivieren. Junge Erwachsene zeigten mehr „R“-Reaktionen und alte Erwachsenen mehr „K“-Reaktionen. Demnach sollten alte Erwachsene mehr „wissen als erinnern“. Alte Erwachsene weisen also ein Defizit im episodischen Gedächtnis auf, welches sie aber mit dem semantischen Gedächtnis kompensieren können.

Rybash und Monaghan (1999) untersuchten alte Männer (durchschnittlich 76 Jahre alt) mit der Crovitz-Technik, in der nach einer freien Erinnerung gefragt wird. Die alten Männer sollten die erste Erinnerung aufschreiben, die ihnen in den Sinn kam, nachdem sie ein Reizwort vorgelegt bekamen. Diese Technik charakterisiert auch den AMT (Autobiographischen Gedächtnistest), der in dieser Studie vorgelegt wird. Zusätzlich ließen Rybash und Monaghan (1999) die alten Personen klassifizieren ob sie sich an das Erlebnis „erinnern“ (R) oder es „wissen“ (K).

Gegen die Erwartung der Autoren zeigte sich, dass die alten Männer gleich viele „K“- wie „R“- Reaktionen zeigten. Diese Ergebnisse ließen die Autoren darauf schließen, dass autobiographische Erinnerung die durch die Crovitz Technik abgerufen wird, **kein** direktes Produkt des episodischen Erinnerungssystems alleine ist. Vielmehr reflektiert das ABG das episodische- **und** semantische Gedächtnissystem. Diese Studie zeigt, dass Altern nicht automatisch mit einem Verlust des ABG einhergehen muss, da episodisches/ autobiographisches Gedächtnis mit dem semantischen Gedächtnis kompensierbar ist und alte Personen ein sehr zuverlässiges semantisches Gedächtnis besitzen. Wenn alte Menschen also mit der Crovitz-Technik untersucht werden, dann benutzen sie entweder das episodische oder das semantische Gedächtnis. Alte Personen ohne Demenz sollten daher beim freien autobiographischen Erinnerungstest keine Erinnerungsprobleme zeigen.

Pillemer et al. (2003) erhoben in ihrer Stichprobe von älteren Menschen (zwischen 68 und 79 Jahre alt) aus einer bereits laufenden generationsübergreifenden Längsschnittstudie, deren Fokus auf Änderungen des Lebens in den letzten 15 Jahren

lag, dass ältere Frauen mehr spezifische Erinnerungen abrufen konnten als alte Männer. Themen des Einzelinterviews berührten z.B. die Lebenssituation (Enkel-Kinder, soziale Unterstützung, Gesundheit, Tod und Sterben, Arbeit, Pension, Altern). Zusätzlich musste angegeben werden, zu welchem Zweck der Abruf von Erinnerungen dienen würde, wie z.B. der Reduzierung von Langeweile oder der Problembewältigung.

Die aus den Interviews gewonnenen Erzählungen von Erlebnissen und Erinnerungen wurden hinsichtlich ihrer Spezifität ausgewertet. Dabei stellte sich folgender Zusammenhang heraus: Personen mit einer hohen Anzahl spezifischer Episoden in einem Thema zeigten auch in anderen Themen eine hohe Spezifität.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren gesamt betrachtet groß und konsistent. Die Anzahl spezifischer Erinnerungen war bei weiblichen Teilnehmerinnen beträchtlich höher als bei den Männern. Frauen erzählten zwar nicht mehr als Männer, aber sie berichteten viel häufiger spezifische, detaillierte Episoden aus ihrem bisherigen Leben. In fünf Themenbereichen des Interviews waren die Erinnerungen der Frauen signifikant präziser und zwar bei sozialen und familiären Themen wie z. B. Kinder, Enkelkinder, Eltern, Geschwister und Altern. Bei den Selbsteinschätzungen des Erinnerungszweckes zeigten sich wieder Geschlechtsunterschiede: Die Frauen hatten signifikant höhere Scores in den Angaben als die Männer. Erinnern dient der Vorbereitung auf den Tod, dem Lösen von verschiedenen Problemen und um Einflüsse und Zusammenhänge mitzuteilen beziehungsweise weiterzugeben. Aufgrund dieser Ergebnisse nehmen Pillemer et al. (2003) an, dass Frauen größeren Wert auf zielbewusstes und zielgerichtetes Erinnern legen als Männer.

Wie bereits erwähnt, ist das Altern gekennzeichnet durch einen gewissen Verlust an Funktionen und auftretende Erkrankungen. Einen wesentlichen Punkt stellt in diesem Zusammenhang das immer häufiger auftretende Erkrankungsbild der Demenz dar. Sowohl vaskuläre- als auch Alzheimer-Demenz stellen die Wissenschaft vor ein nicht zu unterschätzendes Problem.

Heiß (2002) konnte in ihrer Dissertation zeigen, dass Alzheimer-Patienten im Vergleich zu einer in Alter, Geschlecht und Bildung vergleichbaren gesunden Kontrollgruppe signifikante autobiographische Gedächtnisdefizite zeigen. Mit einer umso größeren Dringlichkeit kann man daher den Einsatz eines Demenztests als Screening-Verfahren bei der vorliegenden Studie rechtfertigen.

1.8.1 Spezifische Erinnerung

Spezifischer Abruf ist definiert als eine Erinnerung über eine einzelne getrennte Episode, die nicht länger als einen Tag dauert und in welche die Person selbst involviert ist. Williams und Broadbent (1986) definieren Spezifität von Erinnerungen ursprünglich als die Fähigkeit, spezifische Details zu Datum, Wochentag oder Tageszeit, an dem ein Ereignis stattfand, zu benennen. Nach Jong-Meyer und Barnhofer (2002) geht es in Anlehnung an diese Begriffserklärung um die Wiedergabe von Erlebtem, das sich an einem bestimmten Ort und einem bestimmten Tag zugetragen hat. Ein Beispiel einer solchen spezifischen Erinnerung wäre folgende Angabe: „Letzte Woche habe ich mir mit einem Freund im Burgtheater ein interessantes Stück von Kleist angesehen.“ Dieses Erlebnis beinhaltet sowohl ein einmalig aufgetretenes Ereignis als auch eine Zeit- und Ortsangabe.

Pillemer, Wink, Di Donato und Sanborn (2003) führen an, dass eine spezifische oder episodische Erinnerung ein singuläres, einmalig aufgetretenes Ereignis betrifft (z.B. „Nach meiner bestandenen Führerscheinprüfung war ich glücklich.“)

1.8.2 Unspezifität des autobiographischen Gedächtnisses

Die Unspezifität beim autobiographischen Erinnern wurde erstmals von Williams und Broadbent (1986) empirisch belegt. Darunter wird das Unvermögen zusammengefasst, sich detailgetreu an Erlebnisse aus der persönlichen Vergangenheit zu erinnern. Stattdessen werden allgemeine, sehr vage Beschreibungen wiedergegeben, wie z.B. „In meiner Schulzeit war ich immer fröhlich.“ Diese Erinnerung ist deshalb unspezifisch, weil sie weder ein einmaliges Ereignis wiedergibt noch eine genaue Zeit- und Ortsangabe enthält.

Pillemer et al. (2003) beschäftigten sich auch mit dem ABG und versuchten den Unterschied zwischen Spezifität und Unspezifität in den Erinnerungen herauszuarbeiten. Entscheidend sind hierbei wiederum genaue Orts- und Zeitangaben im Gegensatz zu grob verallgemeinerten Erinnerungen.

Das übergeneralisierte oder unspezifische ABG ist der Überbegriff für einen unspezifischen Erinnerungsstil, der – im klinischen Bereich – bei verschiedenen Patientengruppen festgestellt werden konnte, beispielsweise bei Patienten mit Major

Depression, Posttraumatischer Belastungsstörung und Akuter Belastungsreaktion (Jong-Meyer & Barnhofer, 2002). Bei der aktuellen Forschung in diesem Zusammenhang gilt die Annahme, dass ein spezifischer Erinnerungsstil mit emotionaler und psychischer Gesundheit einhergeht und ein Mangel daran (also ein fragmentierter, übergeneralisierter Erinnerungsstil) mit emotionalen Problemen korreliert beziehungsweise zur Aufrechterhaltung der Problematik beiträgt.

Wenn Personen versuchen, spezifische Erinnerungen aus ihrer Vergangenheit abzurufen, suchen sie zuerst in höheren Ebenen und Gedächtnisstrukturen nach der generellen Beschreibung und benutzen diese als Zwischenschritt, um an Hinweise der spezifischen Repräsentation zu gelangen. Wenn man sich das autobiographische Gedächtnis als hierarchische Struktur vorstellt, so befinden sich generellere Informationen weiter oben und detaillierte Informationen weiter unten. Man stelle sich in diesem Zusammenhang zum besseren Verständnis eine umgedrehte Pyramide vor, wobei der quaderförmige Sockel den allgemeinen Teil der Erinnerung darstellt und sich zur Spitze hin die Spezifität erhöht. In der Spitze wäre die Quintessenz der Erinnerung zu finden. Demnach ist es auch verständlich, dass Personen zuerst weniger detaillierte Erinnerung abrufen. Üblicherweise können sich Menschen flüssig durch diese Hierarchie im Abruf bewegen und selektiv zu dem Grad an Spezifität gelangen, der für die abzurufende Episode nötig ist. Es stellt sich hierbei die Frage ob traumatisierte oder depressive Personen weniger beweglich im Abruf von generellen und spezifischen Erinnerungen sind. Bei klinischen Patienten (vor allem depressiven Patienten) kommt es häufig vor, dass sie gar nicht, beziehungsweise schlecht auf autobiographische Erinnerung zurückgreifen können. Williams und Broadbent (1986) bemerkten zunächst bei depressiven sowie selbstmordgefährdeten Menschen, dass diese große Schwierigkeiten hatten, auf emotionale Hinweisreize (z.B. glücklich oder deprimiert) eine örtlich und zeitlich spezifische Erinnerung abzurufen. Sie nannten signifikant häufiger kategorische Zusammenfassungen von wiederholt aufgetretenen Ereignissen. Die Schwierigkeit autobiographische Erinnerungen, abzurufen, betrifft nicht nur traumatische Erinnerungen sondern generell alle oder zumindest viele freie Erinnerungen.

Genauer gesagt können bestimmte klinische Stichproben – wie bereits erwähnt – keine oder weniger spezifische Details erinnern und neigen deshalb dazu Erinnerungen sehr

grob und unspezifisch abzurufen. Wenn man sie auffordert, sich an etwas schwermütiges zu erinnern, würden sie beispielsweise angeben: „Ich kann mich noch gut erinnern, dass ich von Schulkameraden nicht gemocht wurde.“

Das Beispiel für eine spezifische Erinnerung wäre aber: „Ich kann mich noch gut an den Tag erinnern, an dem mein befreundeter Schulkollege mich schlecht behandelte.“ Letztere Angabe beinhaltet einen Ort, eine spezifische Person und ist an einen Tag gebunden (also nicht durch die Begriffe wie „immer“, „nie“, „meist“ zu einer zusammenfassenden oder kategorischen Beschreibung gemacht).

1.8.3 Warum entsteht unspezifisches Gedächtnis?

Nach allem was bisher dargelegt wurde fragt sich der interessierte Leser vielleicht, wozu der unspezifische Erinnerungsstil überhaupt entwickelt wird. Handelt es sich etwa um eine Strategie, die einen bestimmten Zweck erfüllt?

Der übergeneralisierte Erinnerungsabruf kann häufig kurzfristig vorteilhaft wirken, um sich anpassen zu können und um als Schutzfunktion zu dienen; langfristig jedoch ist die reduzierte Erinnerungsspezifität eher schädlich (Hermans et al. 2005).

Williams (1996) meint dazu, dass geringere Erinnerungsspezifität als Affektregulierung dienen kann (Affektregulationstheorie nach Williams, 1996). Sich weniger spezifisch zu erinnern schützt eventuell traumatisierte Personen davor, Erinnerungen abzurufen, die unangenehme und schmerzhaft Gefühle heraufbeschwören.

Den Postulaten von Williams (1996) und Raes et al. (2003) folgend, kann die übergeneralisierte Erinnerung zusammengefasst als eine Art Vermeidungsstrategie gesehen werden. Als Resultat eines Traumas wird diese Strategie tief verwurzelt und kann nicht flexibel eingesetzt werden, das heißt die Unspezifität wird manifest im Sinne von einem generellen Stil, der nicht nur traumatische Inhalte betrifft sondern auch neutrale oder sogar angenehme.

Weiters nehmen Raes, Hermans, Deckers, Eelen und Williams (2003) an, dass dieser Verlust der Flexibilität beim Zugriff auf Erinnerungen ausschlaggebend sein kann, um emotionale Probleme (z.B. Depression) aufrecht zu halten.

Dissoziative Modelle beschreiben, dass der gestörte Abruf von Erinnerungen eine Verteidigungsreaktion ist. Der Abrufprozess ist geleitet durch das Bedürfnis, Erinnerungen zu konstruieren, die mit dem eigenen Selbstbild, den eigenen

Erwartungen und den eigenen Zielen übereinstimmen (Conway, & Pleydell-Pearce, 2000).

Erinnerungen aus der Vergangenheit sind nach Conway und Tacchi (1996) sehr wichtig, um Ziele in der Zukunft zu planen und das Selbst beziehungsweise die eigene Identität begründen zu können.

Ein anderer Erklärungsansatz, der die Psychopathologie der PTSD als Grundlage sieht, besagt, dass die intrusiven Symptome die ganze kognitive Kapazität konsumieren, welche sonst für die Erinnerungssuche von spezifischen Inhalten gebraucht wird. Diese Hypothese wird unterstützt durch das Experiment von McNally, der feststellte, dass Veteranen mit PTSD nachdem sie ein Kriegsvideo gesehen hatten, mehr Schwierigkeiten mit freier spezifischer Erinnerung hatten (McNally, Litz, Prassas, Shin und Weathers, 1994).

McCann und Pearlman (1990) erklären die übergeneralisierte Erinnerung nach Kindesmissbrauch damit, dass die Aufmerksamkeit von traumatisierten Kindern sich andauernd auf physisches und emotionales Überleben richtet. Dadurch scheint die Kodierung (Einspeicherung in das Gedächtnis) und Aufrechterhaltung des ABG gestört. Hermans, Defranc, Raes, Williams und Eelen (2005) untersuchten die Beziehung zwischen der Spezifität des autobiographischen Gedächtnisses und eines vermeidenden Copingstiles. Je weniger spezifischere Erinnerungen im AMT (Autobiographischer Gedächtnistest) abgerufen werden konnten, desto stärker waren die Vermeidungsstrategien ausgeprägt. Ihre Ergebnisse sprechen ebenfalls für die oben erwähnte Hypothese der Affektregulierung durch das ABG.

1.8.4 Aufrechterhaltung der PTSD

Ehlers und Clark (2000) stellen fest, dass das Unvermögen spezifisch zu erinnern dazu beiträgt, dass die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen gestört ist und PTSD aufrechterhalten bleibt. Dieses Erinnerungsdefizit könnte auch zum Symptom “emotionale Taubheit“ beitragen. Die Schwierigkeit, spezifische stark emotional gefärbte Erinnerungen abrufen zu können, stumpft eventuell auch die gegenwärtigen Emotionen ab (McNally, Lasko, Macklin, and Pitman, 1995).

Ruben, D.C., Berntsen, D. und Johansen, M.K. (2008) sehen in den Gedanken und Erinnerungen, die auf ein stark negatives Erlebnis folgen, die Ursache der Entstehung

einer PTSD. Dies würde bedeuten, dass nicht das Erlebnis allein der Hauptätiologiefaktor für die PTSD ist, sondern die im Anschluss an das Trauma erfolgende kognitive Bewertung. Die sich mit der Zeit verändernden Gedanken an das Trauma moderieren die PTSD- Symptomatik und könnten so im ungünstigsten Fall die Störung manifest werden lassen. Zusammengefasst zeichnet nach Ruben et al. (2008) nicht das Trauma per se für die Entstehung der PTSD verantwortlich, sondern die sich verändernden Erinnerungen daran. Ruben et al. (2008) wollen ihr erinnerungsbezogenes Modell der PTSD nicht als Angriff auf das klinisch definierte Störungsbild der PTSD verstanden wissen; sie sehen in ihrem theoretischen Modell einen neuen Zugang zum Verständnis der Ätiologie der PTSD.

1.8.5 Vorstellung und Gestaltung von Zukunft

Personen mit einem unspezifischen Erinnerungsstil haben Schwierigkeiten, sich ihre Zukunft spezifisch vorzustellen und zeigen in Bezug auf die Vorstellung der eigenen Zukunft ein höheres Maß an Hoffnungslosigkeit (Williams 1996, Williams 1997). Schwierigkeiten, die eigene Vergangenheit zu erinnern, haben auch etwas damit zu tun, sich die eigene Zukunft schwer vorstellen zu können. Dies zeigt sich bei PTSD Patienten, die keine weit reichende Vorstellung über ihre Zukunft haben (McNally, Lasko, Macklin, und Pitman, 1995). Auch fehlen ihnen durch ihre mangelnde spezifische Erinnerung Anhaltspunkte für zukünftige Handlungen, weil aus Vergangenen nicht langfristig für die Zukunft gelernt werden kann. Bisherige Erfahrungen und Gelerntes sind normalerweise beim Planen und Gestalten von Zukünftigem hilfreich beziehungsweise notwendig.

Eine reduzierte spezifische Erinnerungsfähigkeit stellt zudem einen eventuellen Vulnerabilitätsfaktor für Depression dar, wie aus vielen Studien ersichtlich wird (z.B. Brittlebank et al. 1993).

Menschen, die sich im unspezifischen Stil an problematische Lebensereignisse erinnern, erinnern sich ebenso oberflächlich an positive Lebensereignisse (Williams, 1996).

1.8.6 Interpersonale Problembewältigung

Personen mit übergeneralisiertem Erinnerungsstil zeigten Schwierigkeiten bei interpersonaler Problembewältigung (Evans, Williams, O'Loughlin & Howells, 1992). Nach Evans et al. (1992) steht somit die Fähigkeit zur effektiven Problemlösefähigkeit in Zusammenhang mit unspezifischem ABG.

Es könnte auch sein, dass Personen mit diesem Erinnerungsstil weniger soziale Problemlösefähigkeit zeigen, da sie sich selbst im Umweltkontext weniger reflexiv bewerten können. Feedback aus der sozialen Umwelt wird weniger genau gespeichert oder abgerufen. Das Problem könnte auch sein, dass die Grundlage für das Erleben der eigenen Persönlichkeit fehlen würde, da das autobiographische Gedächtnissystem die notwendige Basis für das Erleben der persönlichen Identität ausmacht (vgl. hierzu McNally et al. 1995). Wenn es nun einer traumatisierten Person schwer fällt sich selbst zu definieren, hat das höchstwahrscheinlich auch Auswirkungen auf die soziale Interaktion.

1.8.7 Selbstpräsentation

Ein Studienergebnis von Reviere und Bakeman (2001) zeigte, dass ein frühes Trauma in Kombination mit unspezifischer Erinnerung zum Teil Defizite der schematischen Selbstrepräsentation bewirkte. Defizite in der Kodierung der autobiographischen Erinnerung und Trauma korrelierten nicht miteinander.

Es zeigt sich, dass der Schweregrad des Traumas mit dem Faktor „Integrierte Identität“ der Selbstrepräsentation in Zusammenhang stand. Je schwerwiegender traumatische Erlebnisse bewertet wurden, desto weniger war der Faktor „integrierte Identität“ ausgeprägt. „Integrierte Identität“ beinhaltet die Subskalen „Qualität in Beziehungen“, „negatives/positives Selbstbild“, „Verbundenheit mit Mitmenschen“, „Grad des Selbstbewusstseins“ und „Integrität“ (Reviere & Bakeman, 2001).

Wenn große Segmente der autobiographischen Erinnerung von der persönlichen Identität getrennt sind, weil ein spezifisches, rückbezügliches Erinnern nicht möglich ist, ist eine Definition von sich selbst nur schwer möglich. Durch einen Prozess des wechselseitigen Einflusses bewirkt die Störung der Konstanz der Lebensereignisse eine

Neigung zur Störung der Entwicklung eines kohärenten autobiographischen Erinnerungssystems (Barclay, 1986).

Wenn positive Attributionen im Selbstschema kaum vorhanden sind, wird man auch Schwierigkeiten haben, sie spezifisch abzurufen.

Wenn negative Komponenten im Selbstschema dominieren, sollten sie mit Leichtigkeit abgerufen werden können.

Die Annahme wäre nun, dass Personen mit PTSD weniger spezifische positive Erinnerungen abrufen können, wenn ihr Selbstschema verändert ist. Diesem Gedanken folgend, wäre zu erwarten, dass von der Gruppe ohne positives PTSD- Screening positive Erinnerungsinhalte leichter abgerufen werden können als negative, da diese noch durch eine gesunde „positive Illusion“ ihr Selbst begründen können, welches Personen mit positivem PTSD- Screening fehlt.

1.9 Copingstrategien und Bewältigungsmechanismen

Eine der wichtigen Charakteristiken, die einen Menschen auszeichnen, ist seine enorme Anpassungsfähigkeit.

Die Coping- Mechanismen dienen zum Schutz des Ich und der eigenen Identität; der Coping-Prozess ist eine bewusste kognitive Anstrengung, äußere und innere stressbedingte Anforderungen zu kontrollieren. Es ist die Konfliktregelung zwischen inneren und äußeren Anforderungen, die unter dem Einfluss schmerzhafter und traumatischer Erfahrungen entstehen. Hauptfunktionen des Coping sind Problemlösung, Situationsänderung und Regulierung zwischenmenschlicher Beziehungen.

Neuere ätiologische Modelle weisen darauf hin, dass die Bewertung des Ereignisses und deren Folgen bedeutsam für die Verarbeitung des Erlebten sind (Ehlers & Clark, 2000).

Die Effektivität des Coping hängt von mehreren Faktoren der Persönlichkeitsstruktur ab, von vorheriger Erfahrung sowie traumatischer und posttraumatischer Umgebung. Coping beinhaltet den emotionalen Umgang mit traumatischen Erfahrungen, die kognitive Verarbeitung des Erlebten, die Ablenkung beziehungsweise die Vermeidung, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung und Spiritualität sowie Religiosität.

In der vorliegenden Arbeit wird der Copingstil erfasst, den die Person nach negativen Erlebnissen einsetzt, um den psychischen Stress zu kontrollieren beziehungsweise zu verringern. Dieser Stil kann auch in der alltäglichen Stressbewältigung angewandt werden. Es geht also nicht ausschließlich um den Bewältigungsstil, der direkt das Trauma betrifft. Es ist jedoch anzunehmen, dass man den Bewältigungsstil, den man bei alltäglichen Problemen (z.B. im zwischenmenschlichen Bereich) anwendet, auch nach einem traumatischen Erlebnis einsetzt.

Eine Person kann auf Probleme entweder vermeidend, ablenkungsorientiert, problemorientiert oder emotional reagieren.

Emotionaler Bewältigungsstil inkludiert, dass die Person sich selbst Vorwürfe macht, sich auf ihre Schwächen konzentriert, traurig oder ängstlich reagiert oder sich wünscht, in der Lage zu sein, was passiert ist zu ändern. Dieser Bewältigungsstil wirkt eher destruktiv auf die Bewältigung einer Schwierigkeit (Kleber & Brom, 1992; Kahana et al. 1988, zitiert nach Kurtovic, 2006). Gleiches gilt für den vermeidenden Bewältigungsstil. Der problemorientierte Copingstil setzt voraus, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen, über eine Lösung nachzudenken und selbst die Richtung des Vorgehens zu bestimmen. Dies gilt als konstruktiv (Endler & Parker 1990, zitiert nach Kurtovic, 2006).

In der vorliegenden Diplomarbeit wird erhoben, welche Bewältigungsstrategien in der Stichprobe aus der Generation 65+ benutzt werden, sowie ob diese in Zusammenhang mit dem autobiographischen Gedächtnis stehen.

1.10 Der 2. Weltkrieg in Österreich

(Die im folgenden dargelegten Angaben stammen aus: Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgen-Forschung, Graz – Wien - Klagenfurt. Ein Institut des Geschichte – Clusters der Ludwig Boltzmann Gesellschaft: Bilanzen des Zweiten Weltkrieges, Sammlung verschiedener Angaben).

Um eine kurze Einführung in die Kriegs-Trauma-Thematik zu geben, sollen an dieser Stelle Bilanzen aus den Kampfhandlungen von 1938 bis 1945 kurz zusammengefasst werden.

Insgesamt beläuft sich die Zahl der Österreicher, die im 2. Weltkrieg eingerückt waren, auf ca. 1. Million Soldaten. Von diesen dürften rund 300.000 gefallen sein bzw. gelten bis heute als vermisst. Was die Heimkehrer betrifft, so waren rund 120.000 physisch als invalid zu bezeichnen.

600.000 gerieten in Kriegsgefangenschaft, von diesen kehrten 400.000 heim. Gegenwärtig dürften von diesen noch rund 50.000 am Leben sein.

Die zivilen Verluste werden in Österreich mit rund 25.000 beziffert, Betroffene kamen aufgrund von Bombardierungen bzw. durch sonstige Kriegshandlungen ums Leben. Hier ist festzuhalten, dass erst gegen Ende des Krieges Kampfhandlungen, wie z.B. Luftangriffe, auf österreichischem Terrain vorwiegend im Osten bzw. Südosten stattfanden.

Im Zuge der Besatzung kam es auch zu Vergewaltigungen, die Schätzungen gehen auf die 400.000 zu, wobei sich diese Zahl auf die sowjetisch besetzten Teile Österreichs bezieht; im westlichen Teil des Landes dürfte es eine hohe Rate an Beschaffungsprostitution gegeben haben- die Freiwilligkeit dieser wird bezweifelt.

Die bisherige Forschung, die an Überlebenden des 2. Weltkrieges durchgeführt wurde, zeigt, dass die Auswirkung der erlebten Gräuel bis heute ihre Spuren hinterlassen hat; davon berichten auch einige Zeitzeugen, die ihre Erlebnisse in literarischer Form zu verarbeiten suchten.

Studien ergaben, dass folgende Erlebnisse in Verbindung mit dem 2. Weltkrieg bei den Betroffenen bis heute tiefe Wunden hinterlassen haben (Radebold, 2005):

- Verluste von zentralen Bezugspersonen, vor allem Eltern, Partner, Geschwister und Großeltern
- Verluste von Heimat, Sicherheit und Geborgenheit
- Gewalterfahrungen wie aktive und passive Kriegsteilnahme, Verletzungen, Mord an Zivilisten sowie Vergewaltigungen

Menschen höheren Lebensalters stuften besonders folgende Traumata als belastend ein (Teegen & Cizmic, 2003, S. 82):

Trauma im Verlauf	Angaben in %	II. Weltkrieg	Angaben in %
Kriegserfahrungen	94,6 %	Bombardierung	89,2 %
Lebensbedrohliche Krankheit	94,6 %	Verlust von Angehörigen	78,4 %
Plötzlicher Tod von Angehörigen	73,0 %	Konfrontation mit Sterbenden	75,7 %
Schwerer Unfall	35,1 %	Vertreibung und Flucht	24,3 %
Misshandlung in Kindes- und Jugendalter	32,4 %	Gefechtseinsatz	16,2 %

Abbildung 1: Traumatische Erlebnisse nach Teegen & Cismic (2003)

Kruse und Schmitt (2000) leiteten aus biographischen Aussagen älterer Menschen ebenfalls als häufigste traumatische Erfahrungen Kriegs-, Vertreibungs- bzw. Verfolgungserlebnisse ab (Kruse & Schmitt, 2000, zitiert nach Maercker, 2002).

Die Prävalenz der PTSD von ehemaligen deutschen Flüchtlingen aus dem zweiten Weltkrieg wurde von Teegen und Meister (2000) mit 5% angegeben.

Generell kann man sagen, dass Forschungen zu den psychischen und psychosozialen Folgen von Kriegserlebnissen erst spät und vor allem bei erwachsenen Überlebenden durchgeführt worden sind. Erst seit einigen Jahren werden im Rahmen der Psychotraumatologieforschung auch Studien über PTSD und ihre Auswirkungen bei Soldaten der Siegermächte des zweiten Weltkrieges durchgeführt. Grundlegend für die Erforschung von traumatischen Erlebnissen und deren Auswirkungen im höheren Lebensalter ist die Untersuchung der Sequentiellen Traumatisierung an niederländischen jüdischen Kriegswaisen von Keilson (Radebold, 2005).

Für sehr viele heute noch lebende Menschen der Kriegsgeneration haben ihre Erlebnisse von damals nichts an Aktualität eingebüßt. Diese Tatsache sollte für die Kriegsfolgenforschung von größter Wichtigkeit sein.

„Trotz des weiterhin unverändert als ungenügend zu betrachtenden Forschungsstand sind die daraus geschlossenen Befunde tatsächlich so beweisträchtig, dass psychische und somatische Symptome im höheren Lebensalter im Zusammenhang mit traumatisch erlebten Ereignissen diskutiert werden müssen.“(Radebold, 2005, S. 64)

1.11 Derzeitiger Forschungsstand

Die Kriegsgeneration, also jene Menschen, die während dem Krieg der Zivilbevölkerung angehörten oder auf deutscher Seite kämpften, ist in Bezug auf psychologische Aspekte bisher nur wenig erforscht.

Erst seit ungefähr zehn Jahren beginnen sich verschiedene Forschungskreise für diese spezielle Population zu interessieren, vor allem darum, weil es genau jene Kinder, Jugendliche und Erwachsene von damals sind, die heute vermehrt in psychotherapeutische Behandlung kommen.

Seit dem Jahr 2003 gibt es in Deutschland rund um Dr. Michael Ermann (Universität München) eine Gruppe von Forschern, die sich intensiv mit den Erlebnissen der deutschen Kriegskinder auseinandersetzt. In groß angelegten, mittlerweile grenzüberschreitenden Studien werden Daten von Kriegskindern erfasst bzw. wird Forschung zu verschiedenen psychologischen Aspekten betrieben. Die eigentliche Forschungsfrage beim „Projekt Kriegskindheit“ fragt, wie die Kinder von damals ihre Kriegserfahrungen verarbeitet haben und in wieweit sie diese Erfahrungen als zentral in ihrem bisherigen Leben ansehen. Die Erhebung und Auswertung erfolgt nach qualitativen Methoden (z.B. Fragebogen zur Kriegskindheit, Schlesinger-Kipp, Kassel, 2003) sowie nach quantitativen.

Die Dissertation von Bauer (2009) leistet einen Beitrag zur Aufarbeitung des Themas Kriegskindheit und wird an dieser Stelle etwas ausführlicher referiert.

Im Rahmen dieses Projektes untersuchten Kuwert, Spitzer, Träder, Freyeberger und Ermann (2006, zitiert nach Bauer, 2009) 93 Probanden zu ihren Erfahrungen aus der Kriegszeit und aktuell vorhandenen posttraumatischen sowie komorbiden Beschwerden. Durchschnittlich erlebten die Teilnehmer 2,8 traumatische Erlebnisse. 14% der Befragten litten aktuell an einer PTSD und 10% zeigten eine entsprechende Symptomatik. Probanden mit PTSD zeigten eine signifikant höhere körperliche und psychische Beeinträchtigung durch komorbide Beschwerden (Kuwert et al. 2006 zitiert nach Bauer, 2009).

In einer weiteren Erhebung im Rahmen des „Projektes Kriegskindheit“ (Erman, M. Hughes, M.L. & Katz, D., 2007, zitiert nach Bauer, 2009) wurde die Relevanz des

Themas Kriegskindheit in Psychotherapieberichten bei den Geburtsjahrgängen 1936 bis 1945 erhoben. Die Hälfte der Berichte zum Thema Kriegskindheit findet Eingang in die Behandlungsplanung sowie zur Beurteilung der Psychodynamik des jeweiligen Klienten. In 25% der Berichte spielt die Kriegskindheitsthematik keine Rolle, während in den restlichen 25% die Kriegskindheit zwar erwähnt wird, jedoch nicht zur Beurteilung der Psychodynamik oder zur Behandlungsplanung herangezogen wird. Ermann et al (2007, zitiert nach Bauer, 2009) interpretieren dieses Ignorieren der Kriegserfahrungen als eine Abwehrdynamik, bei der sowohl der Klient als auch der Therapeut die Traumatisierung als Kriegskind verleugnen.

In ihrer Studie interviewte Bauer (2009) 60 Probanden zu ihren Erfahrungen aus der Kriegszeit, wobei der Fokus auf den aktuellen PTSD- Symptomen sowie komorbiden Beschwerden lag. In den Ergebnissen zeigt sich, dass rund drei Viertel der Probanden nach eigenen Angaben ein Kriegstrauma erlebten sowie Fliegerangriffen ausgesetzt waren. Rund die Hälfte der Teilnehmer erlebten Bombardierungen und wurden Zeugen von Traumatisierungen an anderen Menschen. 20% wurden ausgebombt sowie aus ihrer Heimat vertrieben. 18,3% der Stichprobe litten aktuell an PTSD. Zum Vergleich seien an dieser Stelle Kessler et al., (1995) erwähnt, nach deren repräsentativer Stichprobe aus der Bevölkerung der Prozentsatz der Lebenszeitprävalenz der PTSD bei 7,8% liegt. Die Schwere des Traumas hatte einen signifikanten Effekt auf die aktuelle posttraumatische Belastung. Das am stärksten belastende Kriegserlebnis machten die ehemaligen Kinder durchschnittlich im Alter von sechs Jahren. Komorbide Beschwerden waren in der Gruppe der PTSD-positiven Probanden deutlich höher als bei PTSD-negativen Teilnehmern. Bauer (2009) konnte überdies zeigen, dass die Gewalterfahrungen der Mütter der Probanden in signifikantem Zusammenhang mit der aktuellen PTSD-Belastung der ehemaligen Kriegskinder standen und womöglich traumatogener wirkten als eigens erlebte Kriegstraumata. Dies könnte nach Bauer, (2009) darin begründet sein, dass die traumatisierten Mütter eher weniger in der Lage waren, sich schützend und hoffnungsgebend um die Kinder zu kümmern. Ein schützendes familiäres Umfeld während und nach dem Krieg sowie ausgiebige Gespräche über die Kriegserfahrungen mit Angehörigen erwiesen sich als wichtige Schutzfaktoren gegen die Entstehung einer PTSD.

Eine erste Diskussion von mehreren Studien, die sich mit dem Einfluss der Kriegserlebnisse auf die Psyche und Physis von Kindern beschäftigte, stammt von Arthur T. Jersild und Margaret F. Meigs (Children and War, Arthur T. Jersild und Margaret F. Meigs, Psychological Bulletin Vol. 40, No. 8, October 1943). Viele dieser Studien versuchten zu eruieren, welchen Einfluss der Krieg mit all seinen Begleiterscheinungen (Bombardierung, Evakuierung, fehlende Väter, Hunger) auf das Verhalten sowie die körperliche und psychische Gesundheit der Kinder ausübte. Vor allem die Unterbringung in Pflegefamilien nach Evakuierung und die Anpassungsleistung der Kinder an die neue Umgebung fanden in diesen Untersuchungen eingehende Betrachtung. Während einige Forscher die Meinung vertraten, dass die Trennung von der Familie den weitaus größten Anteil an Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten nach sich ziehen würde (War strain in children. Brit.med.J, 1941, No.4177, 124, zitiert nach Jersild und Meigs, 1943), meinten andere, dass es besser wäre, die Kinder in sichere Gegenden zu bringen als sie auch nur der Gefahr einer Bombardierung auszusetzen (Mons, W.E.R., 1941, zitiert nach Jersild und Meigs, 1943).

Laut den Ergebnissen anderer Studien, z.B von Burt (Burt, C., 1941, zitiert nach Jersild und Meigs, 1943), könnten sich Kinder, zumindest dem äußeren Anschein nach, gut an die Anforderungen der Evakuierung anpassen. Die Zunahme von delinquentem Verhalten und nervösen Erkrankungen sei bei weitem nicht so hoch ausgefallen, wie von vielen erwartet wurde. Den mehr oder weniger systematischen Untersuchungen zufolge zeigte nur ein geringer Prozentsatz der von Bombardierung Betroffenen psychische Folgen.

Die einzelnen Studien liefern differierende Ergebnisse, so meinen nach Jersild und Meigs (1943) einige Autoren, dass zwar nur eine geringe Anzahl von Kindern und Erwachsenen mit psychischen Problemen reagierten, diese jedoch sehr darunter leiden würden. Wiederum geben andere Autoren an, dass die psychischen Schädigungen durch den Krieg nicht an die Oberfläche kämen, aber trotzdem in der weiteren Entwicklung zu psychischen Störungen führen könnten.

Jersild und Meigs (1943) geben zu Bedenken, dass die Ergebnisse der verschiedenen Studien aufgrund der Heterogenität der Stichproben (Alter der Kinder) sowie aufgrund methodischer Unterschiede nicht verallgemeinerbar wären. Zudem wird die Art der

Erhebung kritisiert, da die meisten der referierten Studien methodische Mängel aufweisen.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Zeitspanne, auf die sich die Autoren der verschiedenen Studien beziehen. So interessieren sich alle Studienautoren nur für die kurzfristigen Folgen von Krieg und Evakuierung, jedoch ist in keiner Studie etwas über Langzeitfolgen zu finden, z.B. aus dem 1. Weltkrieg.

Damals, während des 2. Weltkrieges, gaben die Autoren bereits einen Ausblick für die zukünftige Forschung und machten auf die Bedeutung von erlebten Kriegstraumen auf die weitere Entwicklung von Kindern und Erwachsenen aufmerksam.

Bisherige Studien haben sich des Öfteren mit PTSD in Verbindung mit Kriegsveteranen bzw. Überlebenden der Kriegsgefangenschaft aus dem Kriegsgeschehen der letzten sechzig Jahre beschäftigt (2. Weltkrieg, Vietnamkrieg, Golfkrieg, Balkankriege in Ex-Jugoslawien) sowie mit Holocaust-Überlebenden.

Aus den Ergebnissen dieser Studien ist bekannt, dass es eine hohe Prävalenz PTSD betreffend gibt, die auch noch nach Dekaden feststellbar ist (Mc. Craine & Heyer, 2000; Falk et al. 1994; Weintraub & Ruskin, 1999, zitiert nach Berntsen & Rubin, 2006).

Bei Holocaust-Überlebenden bzw. bei Überlebenden von Konzentrationslagern konnte eine deutliche höhere Prävalenzrate von PTSD festgestellt werden als in vergleichbaren Stichproben, die keine Kriegstraumen durchleiden mussten (z.B. Joffe, Brodaty, Luscombe & Ehrlich, 2003; Amir & Lev- Wiesel, 2003, Landau & Litwin, 2000, zitiert nach Berntsen, & Rubin, 2006). Die Anzahl und Schwere der Symptomatik spiegelte dabei den Schweregrad der Misshandlungen und erlebten Gewalttaten wieder.

Bei den meisten der bisher erwähnten Studien wurden ganz spezielle Populationen untersucht, z.B. Holocaustüberlebende oder Kriegsveteranen, und unter diesen oft jene, die im klinischen Sinn durch entsprechende Symptome auffällig wurden und nachfolgend mit der Diagnose PTSD versehen wurden.

Teegen und Meister (2000) befragten 269 ehemalige deutsche Flüchtlinge zu Traumaerfahrungen, heutiger PTSD Symptomatik sowie zu komorbiden Beschwerden und dem angewandten Bewältigungsstil. Zu den genannten Extremlastungen zählten

Bombardierungen, Vergewaltigungen, Konfrontation mit Sterbenden und toten Menschen sowie Todesangst.

Den Ergebnissen zufolge litten 62% der Befragten an intrusiven Symptomen, 34% machten Angaben zu Symptomen eines erhöhten Erregungsniveaus.

Bei 5% der Teilnehmer wurde das Vollbild und bei 25% eine partielle PTSD festgestellt. Frauen waren von PTSD signifikant häufiger betroffen als Männer, obwohl es in Bezug zur Traumaanzahl und Traumeschwere keine Geschlechtsunterschiede gab.

Bei der Frage nach den Bewältigungsstrategien zeigte die Stichprobe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant negative Mittelwertsabweichungen. Die Teilnehmer zeigten Beeinträchtigungen in ihrer emotionalen Kommunikationsfähigkeit und die Tendenz Gefühle abzuspalten.

Zu den ungünstigen Bewältigungsversuchen zählten Verdrängung des Erlebten, Zentrierung auf das erlebte Leid und Gefühle von Hass und Resignation.

Andererseits fanden die Autoren bei 56% der Befragten zum Teil günstige Strategien wie Integration des Erlebten durch Gespräche mit Leidgenossen oder Familie. Auch der persönliche Glaube half vielen Flüchtlingen, das Erlebte in ihr Selbst zu integrieren.

In einer Erhebung von Teegen & Cizmic (2003) wurden 37 Personen, die im Mittel 81 Jahre alt waren und infolge körperlicher Beeinträchtigungen in Betreuung durch einen mobilen Hilfsdienst standen, zu traumatischen Lebenserfahrungen befragt und mittels vier Verfahren zur Messung von PTSD Symptomen gescreent (Traumatic Life Event Questionnaire, Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-4, Symptom Checkliste nach Derogatis, Toronto Alexiethymie-Skala).

Den Ergebnissen zu Folge litten 65% unter intrusiven Symptomen, die häufig in Verbindung mit Erfahrungen aus dem 2. Weltkrieg standen. Bei 11% fanden die Autoren das Vollbild einer PTBS und bei 32% eine partielle. Die Personen mit partieller- oder vollbildlicher PTSD berichteten signifikant häufiger über komorbide Beschwerden (allen voran Depressivität).

Bramsen & van der Ploeg (1999) haben in ihrer Studie die Prävalenz von PTSD bei Überlebenden des 2. Weltkrieges in den Niederlanden an einer repräsentativen Stichprobe aus der Gesamtpopulation erhoben. Ihren Ergebnissen zufolge konnten sie fünfzig Jahre nach Kriegsende eine Prävalenz von 4,6%, feststellen. Bei Personen, die

infolge des Krieges in Europa bzw. Asien verfolgt wurden, war die prozentuelle Häufigkeit von PTSD höher als bei Zivilpersonen, die in Widerstandsgruppen tätig waren oder Bombardierungen miterlebt hatten. Die Anzahl von traumatischen Kriegserlebnissen korrelierte positiv mit dem Ausprägungsgrad der noch festgestellten Symptomäußerungen (Bramsen & van der Ploeg, 1999).

In einer Stichprobe von 145 dänischen Kriegsüberlebenden des 2. Weltkrieges, entnommen aus der Gesamtpopulation, gaben 30% an, dass sie aktiv vermeiden, an Kriegserlebnisse zu denken. 29% gaben an, dass der Krieg „eine Narbe in ihrer Seele“ hinterlassen hätte.

31% gaben an, manchmal, öfters oder sehr oft Intrusionen aus der Zeit zu haben, in der ihr Land von den Deutschen besetzt war. 11% gaben an, des nächtens manchmal- bis oft von der Besatzung zu träumen (Berntsen & Thomsen, 2005, zitiert nach Berntsen, & Rubin, (2006).

Waren die Teilnehmer der Studie während des Krieges beispielsweise im Widerstand tätig, so zeigten sie viel lebhaftere und genauere Erinnerungen als jene Probanden, die zur Zivilbevölkerung gehörten (Berntsen & Thomsen, 2005, zitiert nach Berntsen & Rubin, 2006).

1.12 Alter bei Trauma- Erlebnis und PTSD

Bisher gibt es nur wenige Studien, die den Level von Stressreaktionen in Verbindung mit dem Alter zum Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses in Bezug setzen.

Generell gibt es sehr wenige Studien, die als Stichprobe Vorschul-Kinder untersuchten. Die Ausnahme ist eine Erhebung von Greene et al. (1991), die PTSD Symptome bei 179 Kindern (Alter zwischen zwei und 15 Jahren) zwei Jahre nach einem katastrophalen Dammbbruch in West Virginia erhoben. Den Ergebnissen zu Folge zeigten Kinder, die zum Zeitpunkt der Katastrophe zwischen vier und sieben Jahren alt waren, weniger PTSD Symptome.

In einer Überarbeitung von Ergebnissen diverser Studien, deren Thema die Auswirkung von Katastrophen auf Kinder im Schulalter war, konnten Vogel & Vernberg, (1993) keine altersbedingten Unterschiede bei Vorschulalter-Kindern versus Kindern im Schulalter finden. Anzumerken ist, dass die einzige Vergleichsstudie, die Kinder im Vorschulalter betraf, jene von Green et al., (1991) ist.

Sigal & Weinfeld (2001) fanden in einer Studie bei Holocaust-Überlebenden Unterschiede in Bezug auf das Alter bei der erlebten Traumatisierung und das Ausmaß der Stressbelastung infolge dieser Erlebnisse. So waren Teilnehmer der Erhebung, die bei Kriegsende zwischen zwei und 14 Jahren alt waren, weniger durch Stress belastet als Probanden, die bei Kriegsende zwischen 14 und 24 Jahre alt waren.

In einer anderen Studie, durchgeführt an 134 Holocaust-Überlebenden, konnte eine positive Korrelation zwischen Alter der Probanden bei Kriegsbeginn und aktuellen Symptomen von PTSD identifiziert werden (Cohen, Dekel, Solomon & Lavie, 2003). Allerdings geht aus dem Artikel nicht hervor, wie die Altersklassen bei Kriegsbeginn deklariert wurden.

In einer Studie von Yehuda et al. (1997) konnte generell ein Zusammenhang zwischen Alter und aktueller Symptombelastung in Folge des Holocausts eruiert werden. Allerdings ist auch bei dieser Studie das Alter zum Zeitpunkt des Traumaerlebnisses nicht ersichtlich.

Eine der aktuellsten Studien von Berntsen & Rubin (2006), untersuchte eine repräsentative Stichprobe von 423 Dänen im Alter von 59 bis 90 Jahren, generiert aus der Gesamtbevölkerung.

Eine zentrale Forschungsfrage war es, autobiographische Erinnerungen zu traumatischen Erlebnissen aus der Zeit des 2. Weltkrieges und darauf folgende posttraumatische Stressreaktionen unter dem Gesichtspunkt des Alters, in welchem die Erfahrungen gemacht wurden, zu erheben.

Anhand zweier markanter Daten, 1. die Invasion Dänemarks durch die Deutschen im April 1940; 2. die Befreiung 1945, wurden die Probanden zu ihren Erinnerungen und Erlebnissen während dieser Zeit mittels Fragebogen interviewt.

21% der Teilnehmer gaben an, Erinnerungen an die Kriegserlebnisse aktiv zu vermeiden. Ein ähnlich hoher Prozentsatz gab an, intrusive Erinnerungen aus der Kriegszeit zu haben.

3% gaben an, gelegentlich bis häufig vom Krieg zu träumen und 2% berichteten über Schlaf- und Konzentrationsschwierigkeiten durch unangenehme Erinnerungen an den Krieg.

Etwa ein Viertel der Untersuchten bejahten die Frage nach dem A1 Kriterium des DSM-IV. All diese hatten auch bei der Frage nach dem A2-Kriterium des DSM-IV höhere Werte sowie auch bei allen übrigen Items, außer bei der Frage nach dem Alter bei dem Traumaerlebnis. Bei der Frage des dominierenden Gefühls bei dem Traumaerlebnis gaben rund 42% an, Angst gehabt zu haben. 16% berichteten von Gefühlen der Traurigkeit und knappe 11% gaben an, geschockt gewesen zu sein.

17% der Befragten meinten, das die Erlebnisse aus dem Krieg „eine Narbe in ihrer Seele“ hinterlassen hätten.

Nach Korrelationsberechnungen zwischen dem Alter zum Zeitpunkt des Traumas und aktuell vorhandenen PTSD- Symptomen sowie auch zu anderen Punkten wie Zentralität des traumatischen Erlebnisses für das weitere Leben und anderen Variablen zu den zwei markanten Zeitpunkten, zeigte sich eine Risikoschwelle ab dem achten Lebensjahr. Bei traumatischer Exposition bis zum achten Lebensjahr stiegen die Werte in den verschiedenen Skalen zum Teil linear, während sie bei Exposition nach dem achten Lebensjahr auf etwa gleich hohem Niveau blieben. Den Ergebnissen von Berntsen & Rubin (2006) zufolge sind Kinder, die ein Traumaerlebnis um und nach dem achten

Lebensjahr haben, einem größeren Risiko ausgesetzt unter posttraumatischen Stressreaktionen zu leiden. Bei der Stichprobe von Berntsen & Rubin zeigte sich zudem, dass die Stressreaktionen systematisch mit der Schwere des Traumas variierten und auch noch Dekaden nach dem Trauma vorhanden sein können.

In einer zweiten Studie derselben Autoren zur gleichen Zeit wurde mit dem gleichen Versuchsdesign eine jüngere Population untersucht (1021 Dänen zwischen 18 und 58 Jahren). Gefragt wurde nach Erinnerungen an eins oder mehrere negative Erlebnisse aus der bisherigen Lebensspanne.

Berntsen & Rubin (2006) wollten versuchen, mit dieser zweiten Studie die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen einer Metaanalyse von Brewin et al. (2000) und anderen Studien zum Risikofaktor Alter bei Traumaerleben und PTSD zu kommentieren. Laut Brewin et al. (2000) zeigen jüngere Erwachsene nach einem Traumaerlebnis öfter PTSD oder entsprechende Symptome als Erwachsene höheren Alters. Ein jüngeres Alter bei einem Traumaerlebnis würde demnach einen Risikofaktor für PTSD darstellen.

Verger et al. (2004, zitiert nach Berntsen & Rubin, 2006) hingegen identifizierten in ihrer Studie, in der sie posttraumatische Stressreaktionen nach terroristischen Anschlägen untersuchten, eine erhöhte Vulnerabilität PTSD betreffend bei den 34-bis 54-Jährigen.

Den Ergebnissen der zweiten Studie von Berntsen & Rubin, (2006) zufolge zeigte sich wiederum, dass Probanden, welche ein Trauma nach ihrem achten Lebensjahr erlebten ein höheres Risiko haben nach dem Trauma eine PTSD oder entsprechende Symptome zu entwickeln.

Regressionsanalysen zwischen der Zentralität des traumatischen Erlebnisses sowie dem A2 Kriterium des DSM-IV zeigten, dass diese beiden Variablen einen guten Prädiktor für posttraumatische Stressreaktionen darstellen.

In der Gesamtdiskussion über beide Studien führen Berntsen & Rubin (2006) an, dass Personen, die zum Zeitpunkt eines traumatischen Erlebnisses sieben Jahre oder älter sind, ein größeres Risiko haben, langandauernde posttraumatische Stressreaktionen zu entwickeln. Unter denen, die jünger als acht sind, haben jene eine erhöhte Vulnerabilität, die in dieser Gruppe die älteren sind.

Posttraumatische Stressreaktionen hängen von dem Vermögen ab, autobiographische Erlebnisse zu erinnern bzw. diese in Beziehung zu traumatischen Erlebnissen zu setzen.

Bei Vorschulkindern sind emotionale und kognitive Fertigkeiten (z.B. semantisches Gedächtnis, Sprachentwicklung) gerade in der produktivsten Entwicklungsphase. Berntsen und Rubin (2006) sehen in diesem Umstand einen möglichen Grund für die Ergebnisse ihrer beiden Studien.

Die Autoren geben zu bedenken, dass sie nur vier Symptome (Wiedererleben, Vermeidung, und Erregungssymptom- Kategorien) erhoben haben und es möglicherweise andere Symptome gibt, für die jüngere Kinder anfälliger wären.

Zur Vergleichbarkeit dieser beiden Studien sei angemerkt, dass in der ersten Studie spezielle Fragen zu Kriegserlebnissen aus einer definierten Zeitspanne von fünf Jahren gestellt wurden, während in der zweiten Untersuchung die Probanden aus ihrem bisherigen Leben das traumatischste Erlebnis auswählen konnten. Die Autoren sehen die Validität der Ergebnisse als gegeben an, da sie in beiden Studien zum gleichen Ergebnis kamen.

Maercker, Herrle und Grimm (1999) untersuchten 47 Überlebende der Dresdener Bombennacht zum aktuellen Ausmaß der PTSD und zur traumabezogenen Reifung. In ihrer Studie erhoben sie auch das Alter, in welchem die Probanden diese Nacht erlebten, um die Annahmen zum Traumatisierungsalter kommentieren zu können. Hierzu teilten sie die Befragten in drei Gruppen ein (Jugendliche zwischen sieben und 18 Jahren; junge Erwachsene zwischen 19 und 30 Jahren; mittelalte Erwachsene zwischen 31 bis 45 Jahren).

In Bezug auf die Traumaexposition, die persönliche Reifung und die Kontrollüberzeugungen unterschieden sich die drei Gruppen nicht voneinander. Was die aktuelle PTSD- Symptomatik betrifft, gibt es tendenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen. So sind nach Maercker et al. (1999) jene Teilnehmer, die diese Nacht im Jugendalter erlebten, signifikant häufiger von Intrusionen betroffen als die beiden anderen Gruppen. In Bezug auf Vermeidungsverhalten unterscheiden sich die Mittelalten von den jungen Erwachsenen signifikant.

Diesen Ergebnissen zufolge haben Jugendliche und Personen im mittleren Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko, nach einer traumatischen Erfahrung eine PTSD bzw. entsprechende Symptome zu entwickeln.

1.13 Kriegstraumata und autobiographisches Gedächtnis

Wessel, Merkelbach und Dekkers (2002) führten an 25 Personen, die in ihrer Kindheit Kriegstraumata erlebten eine Untersuchung zur autobiographischen Erinnerungsspezifität durch. Die Versuchsgruppe befand sich aktuell in psychiatrischer Behandlung, die Kontrollgruppe bildeten 15 Gesunde ohne traumatische Kriegserlebnisse. Als eines der wichtigsten Ergebnisse stellte sich heraus, dass die Versuchsgruppe signifikant weniger spezifische Erinnerungen aufwies.

Intrusion und Vermeidung bewirkten, dass durch negative Reizwörter weniger spezifisch zu erinnert wurde. Dies erklären die Autoren damit, dass Intrusion zu extensiver Rumination über die Vergangenheit führt und somit die Fähigkeit, sich selbst abzulenken beeinflusst (Lara und Klein 1999, zitiert nach Wessel, Merckelbach, und Dekkers, 2002). Dieser ruminative Selbstfokus würde die Fähigkeit zur autobiographischen Erinnerungs-spezifität beeinträchtigen (Williams, 1996) und bewirke einen autobiographischen Erinnerungsbias in dysphorischen Patienten (Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998).

Amerikanische Veteranen mit PTSD zeigten ähnlich wie die niederländischen Kriegsüberlebenden Schwierigkeiten, spezifische Erinnerungen abzurufen, insbesondere beim Abruf von Erinnerungen zu positiven Reizwörtern (McNally, Lasko, Macklin, und Pitman, 1995). Teilnehmer, welche in Kriegsregalia (z.B. Medaillen für Tapferkeit) zur Testung erschienen, konnten signifikant weniger Erinnerungen der letzten Jahre abrufen. Sie gaben häufiger Erinnerungen an, die mehr als zehn Jahre her waren (also ca. zurzeit der Kriegsteilnahme), wobei die Kontrollgruppe eher dazu neigte, Erinnerungen der letzten Monate abzurufen. Die PTSD- positiven Soldaten riefen unproportional mehr Inhalte aus der Zeit des Vietnamkrieges ab.

Die Erinnerungen der PTSD- positiven Soldaten waren signifikant weniger spezifisch und die PTSD-Gruppe konnte sich weniger spezifisch als die Kontrollgruppe durch positive Reizwörter an positive Erlebnisse erinnern. Der gleiche Effekt zeigte sich in der Abrufzeit. Soldaten, die PTSD aufwiesen, brauchten länger, um die Erinnerung abzurufen.

Die Kontrollgruppe erinnerte signifikant besser, wenn sie nach positiven Erinnerungen gefragt wurde. Die PTSD-Gruppe erinnerte positive und negative Inhalte gleich

schlecht. Gesunde Veteranen erreichten eine größere Spezifität der Erinnerungen, brauchten weniger Zeit für den Abruf und konnten positive Inhalte leichter abrufen als Negative.

Hier stellt sich die Frage, ob PTSD durch einen von der Norm abweichenden schlechten Zugriff zu positiven Erinnerungen charakterisiert sein könnte.

Die vorliegende Diplomarbeit konzentriert sich nicht ausschließlich auf jene Personen, die aktiv am Kriegsgeschehen des 2. Weltkrieges beteiligt waren sondern inkludiert auch die damalige Zivilbevölkerung.

Es gibt auch Studien, die keinen Zusammenhang mit übergeneralisierter Erinnerung und Trauma bzw. PTSD zeigen. In der Literatur wird häufig nur ein Zusammenhang mit Depression angegeben. Dies liegt meist daran, dass sich Studien auf eine der beiden Störungen (PTSD oder Depression) konzentrieren und den eventuellen Zusammenhang mit der jeweils anderen vernachlässigen.

Orbach, Lamb, Sternberg, Williams und Dawud-Noursi (2001) untersuchten bei einer Stichprobe von 34 Kindern in einem siebenjährigen follow up den Zusammenhang zwischen Depression, autobiographischem Gedächtnis und dem Erleben familiärer Gewalt. Das Erleben von häuslicher Gewalt könnte durchaus als traumatisch charakterisiert werden, wurde von den Autoren jedoch nicht als Trauma deklariert. Als Folge dieser Erlebnisse wurde das Ausmaß der Depression erhoben und die Auswirkung auf die Spezifität des ABG. Sich eventuell entwickelnde posttraumatische Symptome wurden nicht erhoben. Es konnte ein Zusammenhang mit dem Level der Depression und dem ABG gefunden werden. Die Kinder, welche häusliche Gewalt miterlebt hatten, hatten jedoch nicht weniger spezifische autobiographische Erinnerungen als die Kontrollgruppe. Diese Studie ist ein Beispiel dafür, dass nur das negative Erlebnis beziehungsweise Trauma im Fokus steht, jedoch nicht die möglicherweise darauf folgenden posttraumatischen Symptome und deren Einfluss auf das autobiographische Gedächtnis und auf das Ausmaß an Depression.

Kuyken und Brewin, (1995) haben in ihrer Studie Ebenfalls nur die reine Existenz einer Trauma Situation erfasst und konnten so zeigen, dass physischer Missbrauch alleine keine hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung eines übergeneralisierten Erinnerungsstils ist.

2 Empirischer Teil

2.1 Untersuchungsziel und Überlegungen zur Hypothesenformulierung

Hauptziel dieser Untersuchung ist die Herstellung des Zusammenhanges zwischen einem möglicherweise lange zurückliegenden erlebten Trauma beziehungsweise Kriegstrauma und der heute noch vorhandenen Belastung durch selbige sowie die mögliche Einwirkung des Traumas auf die autobiographische Erinnerung über Dekaden hinweg. Diesem Strang folgend ist weiters die Verknüpfung mit den eingesetzten Bewältigungsstrategien mittlerweile bereits gealterter Menschen und das mögliche Vorhandensein einer depressiven Symptomatik von wissenschaftlichem Interesse.

Soweit dem Autor bekannt gibt es zum jetzigen Zeitpunkt bezogen auf Österreich keine Untersuchungen zu dieser speziellen Thematik in der vorliegenden Verknüpfung. Dies obwohl die Gesamtbevölkerung zusehends überaltert und Gedächtnis sowie Erinnerungsforschung in der Gruppe der über 60-jährigen zukünftig ein großes Thema werden dürfte beziehungsweise es bereits ist.

Nach Maercker (2003) entwickeln nicht alle Menschen, die einem Trauma ausgesetzt waren, eine PTSD. Maercker folgend gibt es Risikofaktoren sowie Schutzfaktoren [vgl. hierzu das Multifaktorielle Rahmenmodell nach Maercker, (2003) im Kapitel 1.3.6 dieser Diplomarbeit]. Über diese Faktoren hinaus wird in der vorliegenden Arbeit der Risiko-/Schutzfaktor der autobiographischen Erinnerungsspezifität/ Unspezifität eingebracht, basierend auf den Ergebnissen von Mc Nally (1995) sowie auf den Ergebnissen von Williams & Broadbent (1986) und Williams et al. (2000), in denen wiederkehrend autobiographische Unspezifität mit emotionalen Störungen einherging. Williams & Broadbent (1986) folgend wird in der vorliegenden Studie der intentionale Abruf von freien Erinnerungen induziert. Es werden somit nicht zwingend traumatische Erinnerungen in den Fokus gestellt, sondern alle frei zugänglichen Erinnerungen der Teilnehmer, um eine eventuelle Unspezifität in den Erinnerungen kommentieren zu können.

2.2 Sich ergebende Fragen

Die Basisfrage bezieht sich auf den möglichen Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Kriegstraumas und der autobiographischen Erinnerungsspezifität.

Vor diesem Hintergrund ist es auch von Interesse, wie viele Traumata die Generation 65+ über die Lebensspanne hinweg erlebte.

- **Hauptfrage:** Gibt es Unterschiede in der Erinnerungsspezifität zwischen den drei Untersuchungsgruppen (Keine Kriegserlebnisse/ Kriegserlebnisse ohne positives PTSD- Screening/ Kriegserlebnisse mit positivem PTSD- Screening)
- Welchen Einfluss hat Trauma allgemein auf die Erinnerungsspezifität? Besitzt die Charakteristik des Traumas einen Vorhersagewert in Bezug auf die Erinnerungsspezifität?
- Lässt sich die Erinnerungsspezifität durch das jeweilige Coping-Verhalten vorhersagen?
- Beeinflusst eine etwaige vorhandene Depression die Erinnerungsspezifität?
- Besitzt das Alter, in welchem ein Trauma erlebt wurde, prognostischen Wert in Bezug auf das Entstehen einer PTSD?
- Gibt es eine altersspezifische Vulnerabilität, die das Entstehen einer PTSD begünstigt?
- Besitzt die Summe der erlebten Traumata einen Vorhersagewert für das Entstehen einer PTSD?
- Beeinflusst das Geschlecht die Entstehung einer PTSD?
- Beeinflusst die Qualität des Reizwortes (positiv/negativ) die Erinnerungsspezifität?
- Hängt die allgemeine Gedächtnisleistung mit der Erinnerungsspezifität zusammen?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des PTSD Fragebogens mit der spezifischen Erinnerungsleistung?

Mc Nally et al. (1995) untersuchten speziell Kriegsveteranen zur Erinnerungsspezifität. In der vorliegenden Arbeit sollen nicht nur Veteranen, sondern auch die

Zivilbevölkerung aus den Kriegsjahren des 2. Weltkrieges und der unmittelbaren Nachkriegszeit zu ihren Erlebnissen befragt werden. Folglich wird unterschieden in aktive (Veteranen/ Rüstungsbetrieb/ SanitäterInnen an der Front) versus passive (Zivilbevölkerung) Kriegsteilnahme.

- Unterscheiden sich aktive Kriegsteilnehmer von den passiven Kriegsteilnehmern in Bezug auf die autobiographische Erinnerungsspezifität?
- Gibt es einen Unterschied bezüglich der Copingstrategien zwischen aktiven und passiven Kriegsteilnehmern?
- Unterscheiden sich aktive von passiven Kriegsteilnehmern hinsichtlich Depression?

2.3 Hypothesenformulierung

1. H1: Es besteht ein Unterschied zwischen den drei Gruppen (Keine Kriegserlebnisse/ Kriegserlebnisse ohne PTSD- Symptome/ Kriegserlebnisse mit PTSD- Symptomen) im autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Kriegserlebnisse, PTSD- Symptomatik;

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: Alle

2. H1: Die Charakteristik des Traumas (man-made/nature-made) hat einen Einfluss auf den autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Traumacharakteristik

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: alle mit Traumaerlebnissen

3. H1: Der Copingstil hat einen Einfluss auf den autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Copingstil

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: Alle

4. H1: Depression hat einen Einfluss auf den autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Depression

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: Alle

5. H1: Es besteht ein Unterschied zwischen Kriegstraumatisierten Menschen unterschiedlichen Traumatisierungsalters in der Entwicklung einer PTSD.

UV: Traumatisierungsalter

AV: PTSD

N: alle Kriegstraumatisierten

6. H1: Es gibt einen Unterschied zwischen den Alterskohorten der alten Personen betreffend einer PTSD.

UV: Alter zum Untersuchungszeitpunkt

AV: PTSD

N: Alle

7. H1: Es besteht ein Unterschied zwischen kriegstraumatisierten Menschen höheren Lebensalters und nicht kriegstraumatisierten Menschen höheren Lebensalters in der Summe der traumatischen Ereignisse.

UV: Summe der Traumaerlebnisse

AV: PTSD- Beeinträchtigung

N: alle mit Traumaerlebnissen

8. H 1: Es gibt Unterschiede zwischen traumatisierten Männern und Frauen im Ausmaß der PTSD- Beeinträchtigung.

UV: Geschlecht

AV: Ausmaß der PTSD- Beeinträchtigung

N: alle mit Kriegstraumatischem Erleben

9. H 1: Es gibt einen Unterschied in der Erinnerungsleistung der durch positive und negative Reizwörter hervorgerufen wird.

UV: Qualität des Reizwortes (positiv/negativ)

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: Alle

10. H 1: Die allgemeine Gedächtnisleistung hat einen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsspezifität.

UV: allgemeine Gedächtnisleistung

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: Alle

11. H 1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert der PCLC und der autobiographischen Erinnerungsspezifität.

UV: PCLC- Gesamtwert

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: alle mit Traumaerleben

12. H 1: Es gibt Unterschiede in der autobiographische Gedächtnisleistung zwischen aktiven und passiven Kriegsteilnehmer.

UV: Qualität des Kriegserlebens (aktiv/passiv)

AV: autobiographische Erinnerungsspezifität

N: alle mit Kriegserlebnissen

13. H 1: Es gibt Unterschiede in den Copingstilen zwischen aktiven/ passiven Kriegsteilnehmern.

UV: Qualität des Kriegserlebens (aktiv/passiv)

AV: Copingstile

N: alle mit Kriegserlebnissen

14. H 1: Es gibt Unterschiede bei Depression zwischen aktiven/passiven Kriegsteilnehmern.

UV: Qualität des Kriegserlebens (aktiv/passiv)

AV: Depression

N: alle mit Kriegserlebnissen

2.4 Zusammensetzung und Beschaffenheit der Stichprobe

Die Stichprobe sollte sich aus Männern und Frauen zusammensetzen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung (Frühjahr 2007) mindestens 65 Jahre alt sind. Somit wurden alle Geburtsjahrgänge bis 1941 eingeschlossen. Eine eventuell vorhandene Demenzerkrankung musste auszuschließen sein, da die Ergebnisse sonst keine Aussagekraft besitzen würden. Die Spezifität beziehungsweise Unspezifität der autobiographischen Erinnerung wäre bei kognitiver Beeinträchtigung weder auf Trauma in Verbindung mit PTSD noch Depression zurückführbar.

Nach Maercker (2002) wurden somit Probanden des dritten (60- 75 Jahre) und vierten Lebensalters (ab 76) in die Untersuchung aufgenommen. Da laut definiertem Einschlusskriterium (Mindestalter 65) die Altersspanne nach Maercker (2002) nicht genau eingehalten werden konnte wurden in der vorliegenden Untersuchung die Kohorten in <70 Jahre, zwischen 70–80 Jahren und >80 Jahre modifiziert.

2.4.1 Größe der Stichprobe

Für den Nachweis eines mittleren Effektes müsste bei zwei Freiheitsgraden die jeweilige Größe der drei Untersuchungsgruppen bei 50 Personen liegen. Es ergäbe sich demnach ein anzustrebender Umfang von insgesamt 150 Personen.

Von 166 interviewten Probanden erfüllten schließlich 136 die für diese Untersuchung notwendigen Kriterien.

2.4.2 Untersuchungsgruppen

Es handelt sich bei der Stichprobe um eine natürlich gewachsene. Es wurde angenommen, dass der Frauenteil aufgrund des fortgeschrittenen Lebensalters deutlich höher sein würde als der Anteil männlicher Probanden.

Es handelt sich um eine quantitative Feldstudie, die den Zustand zum Untersuchungszeitpunkt widerspiegelt. Die Versuchsbedingung ist als quasiexperimentell zu deklarieren, da im Vorhinein nicht zu einer bestimmten Untersuchungsgruppe zugewiesen werden konnte.

Folgende Gruppen ergaben sich aus den vorab definierten Fragestellungen:

1. Die Gruppe derjenigen Probanden, die keine Kriegstraumatischen Erlebnisse hatte;
2. Die Gruppe jener Probanden, die Kriegstraumatische Erlebnisse hatte jedoch ein negatives PTSD- Screening aufweist (VG 1);
3. Die Gruppe derjenigen Probanden, die Kriegstraumatische Erlebnisse hatte und ein positives PTSD- Screening zeigt (VG 2);

Da in dieser Untersuchung auch die damalige Zivilbevölkerung eingeschlossen ist ergaben sich aus den Fragestellungen noch weitere zwei Gruppen:

1. Die Gruppe jener Teilnehmer, die aktiv am Kriegsgeschehen beteiligt war (Krieg aktiv);
2. Die Gruppe der Teilnehmer, die während des Krieges zur Zivilbevölkerung gehörte (Krieg passiv);

2.5 Methode

2.5.1 Darstellung der Untersuchungsinstrumente

Soziodemographische Daten

Mini Mental State Examination (MMSE)

Zehn-Wort-Merkliste

Autobiographischer Gedächtnistest (AMT)

TLEQ- (Fragen über Art und Charakteristik des Traumas)

PTSD- Checklist civilian version (PCL - C)

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Soziodemographische Daten

Um Risikofaktoren für PTSD und übergeneralisierten Erinnerungsstil zu finden, wurde neben Alter und Geschlecht auch der Bildungsstand erhoben. Zudem wurde erhoben, ob die Person momentan pensioniert ist, verwitwet ist, und ob sie zurzeit an Krankheiten leidet. Auch die aktuelle Medikamenteneinnahme wurde erfragt.

Mini Mental State Examination (MMSE)

Dieses Instrument dient zur Abklärung einer eventuellen dementiellen Erkrankung. Dieser wurde verwendet, da die Möglichkeit bestand, Ergebnisse, die von Institutionen über die Personen schon bestanden, heranzuziehen, unter der Voraussetzung, dass diese Ergebnisse nicht älter als 6 Monate sind. Der Mini Mental ist außerdem sehr ökonomisch. Die Interraterreliabilität ist als hoch zu bezeichnen; Folstein et al. (1975) geben den Korrelationskoeffizienten nach Pearson mit $r = .827$ bei Messwiederholung durch einen zweiten Tester innerhalb von 24 Stunden an. Die Wiederholungszuverlässigkeit liegt bei $r = .887$.

Nach Folstein et al. (1975), ist die kriterienbezogene Validität, welche über den Wechsler Intelligenztest ermittelt wurde, für den Verbal IQ mit $r = .776$ ($p < .001$) und für den Handlungs- IQ mit $r = .660$ ($p < .001$) festzusetzen.

Sowohl die Validität als auch die Reliabilität sind als hinreichend gut zu bezeichnen.

Zehn-Wort-Merkliste mit Imaginations-Einspeicherhilfe (Reischies, Kühl & Krebs, 2000)

Es handelt sich um ein klinisches Verfahren, das als „bedside testing“ einzusetzen ist. Die Aufgabe für die Personen besteht darin, sich zehn Wörter zu merken, verbunden mit der Instruktion, sich den vom Wort abgebildeten Begriff vorzustellen. Diese Vorstellung wird erzeugt, indem die Testperson gefragt wird, ob der zu merkende Gegenstand z.B. kleiner oder größer als ein Tisch ist. Durch den Größenvergleich wird die Imagination über den Gegenstand hergestellt.

Es wurde getestet, wie gut sich eine Person bildliche Vorstellungen merken kann.

Die Zehn-Wort-Merkliste überprüft sehr valide die Merkfähigkeit, da die Wortliste lang genug ist und zuverlässig die episodische Gedächtnisleistung differenzieren kann. Zusätzlich zu der verbalen Gedächtnisspur wird der Testperson durch die bildliche Vorstellung zu einer visuell- räumlichen Gedächtnisspur verholten. Der Test ist ökonomisch und stellt keine zu hohe Belastung für die Probanden dar. Es liegen Normen für ältere Probanden vor. Die konkurrente Validität des Verfahrens ist hoch ($r = 0.75$).

Autobiographischer Gedächtnistest (AMT)

Die Versuchspersonen müssen in einer Zeit von 60 Sekunden zu verbalen Stimuli spezifische autobiographische Erinnerungen generieren, die mindestens ein Jahr zurückliegen und diese nennen oder zu Papier bringen. Folgende Reizwörter werden vorgegeben: freundlich, sinnleer, streitsüchtig, glücklich, deprimiert, gefährlich, erfreulich, schwermütig, wütend, angenehm, freudlos und brutal. Der Proband wird aufgefordert, ein Erlebnis aufzuschreiben an das er sich erinnern kann, an dem er sich besonders glücklich, sinnleer etc. gefühlt hat. Diese Technik des freien Abrufs nennt man in der Literatur des ABG oft Crovitz- und Schiffman- Reizwort Technik. Die erste Erinnerung, die dem Probanden dann in den Sinn kommt, soll aufgeschrieben werden.

Bei generellen autobiographischen Erinnerungen kommt es zu kategorischen Zusammenfassungen von wiederholten Ereignissen. Kategorielle Erinnerungen werden als Summe von wiederholten Ereignissen (z.B.: „Ich feierte jedes Jahr Geburtstag.“) gesehen und sind ein Zeichen für ein übergeneralisiertes autobiographisches

Gedächtnis. Spezifische Erinnerungen beziehen sich auf Erinnerungen an Ereignissen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt und an einem bestimmten Ort stattgefunden haben.

Es wird dabei die Variante des AMT verwendet, indem das Ereignis mindestens 1 Jahr lang her sein sollte, denn Mackinger meint in einer E-mail an meine Kollegin Sophie Pfaffstaller:

“.. das ist eine sehr gute Ergänzung, weil die Suchaufgabe viel anspruchsvoller wird und damit besser zwischen den Personen differenziert.“ Bei der Auswertung wird nur die erste Erinnerung, die dem Probanden einfällt, berücksichtigt, da nach mehreren Versuchen fast jeder Proband zu einer spezifischen Erinnerung gelangt. Die erste Erinnerung ist die sensitivste Messung (McNally et al., 1995).

Die Vorgabe erfolgt vor dem PTSD- Fragebögen, da sonst die Antworten auf das Trauma hin verzerrt wären.

Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen (TLEQ)

Beim TLEQ handelt es sich um ein Messinstrument (Checkliste) zur Selbstbeurteilung des Erlebens traumatischer Erfahrungen über die Lebensspanne.

Diese wurde benötigt, um zu erfahren, welche Traumaerfahrungen gemacht wurden, bzw. ob überhaupt welche erlebt wurden. Die einzelnen Erlebnisse werden aufgelistet. Der Test ist im deutschsprachigen Raum bekannt und wurde in Studien zur Frage nach der Art des Traumas genutzt.

Der Fragebogen erhebt das Alter in dem das traumatische Erlebnis stattfand und wie oft es auftrat, da diese Faktoren (Alter bei Trauma; Häufigkeit des Traumas) zu den Risikofaktoren gehören. Die Checkliste umfasst 19 Items, welche von weniger persönlichen zu sehr persönlichen Ereignissen reichen (z.B. Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, plötzlicher Tod eines geliebten Menschen, Raubüberfälle, körperliche Angriffe, schwere körperliche Bestrafung/ Gewalt in der Kindheit, sexuelle Missbrauchserfahrungen, Kriegstraumatische Erfahrungen). Den theoretischen Hintergrund für die Itemgenerierung bildeten verschiedene Quellen: bestehende Instrumente (THQ), Literatur zu traumatischem Stress, offene Antworten aus einer Vorläuferversion des TLEQ sowie Expertenurteile über die Güte der Items.

Die deutsche Version stammt von Teegen (2003). Das Antwortformat ist gestuft (nie/

1-mal/ mehr als 5-mal) und es werden zusätzliche Informationen zu dem DSM-IV Kriterium A2 der PTSD und Dauer seit der Traumatisierung erhoben. Es wird außerdem erfragt, welches der Ereignisse als das am stärksten Belastende erlebt wurde.

Verschiedene Reteststudien mit Probanden (z.B. Alkoholranke, Kriegsveteranen, misshandelte Frauen), die unterschiedliche Traumatisierungserfahrungen aufwiesen, ergaben gute Retestreliabilitäten für die meisten berichteten Ereignisse. So stimmten beispielsweise die Nennungen traumatischer Ereignisse von Vietnamveteranen bei einem Intervall von 17,5 Tagen durchschnittlich zu 84% überein.

Die Traumata, welche im Fragebogen vorgegeben sind, wurden für die Auswertung in „menschlich verursacht“ vs. „nicht menschlich verursachte“ Traumata unterteilt.

PTSD- checklist civilian version (PCL-C)

Die PTSD Checklist wurde 1993 von Weathers, Litz, Huska, Herman und Keane vom National Center of PTSD in den USA entwickelt.

Die PCL -C wurde kürzlich (2006) von Mag. Pöll ins Deutsche übersetzt und neu validiert. Im Gegensatz zu den meisten anderen PTSD- Fragebögen liegt hier seit kurzem eine Normierung vor. Hier sollte die deutsche Version nun zum Einsatz kommen um PTSD Symptome nach Selbstbeurteilung zu erfragen. Mit der PCL-C erfährt man nicht nur ob PTSD Symptome vorhanden sind, sondern auch das Ausmaß der individuellen Beeinträchtigung.

Das Selbstbeurteilungsverfahren basiert auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV. Die PCL - C umfasst 17 Items, die sich auf die drei Symptomgruppen Wiedererleben, Vermeidung/emotionale Taubheit und Hyperarousal beziehen.

Davon erfassen fünf der Items die Symptomgruppe Wiedererleben, sieben messen Vermeidung/emotionale Taubheit und fünf erfassen Hyperarousal (Smith, Redd, DuHamel, Johnson-Vickberg & Ricketts, 1999). Die Probanden werden in der Instruktion gefragt, wie oft sie im vergangenen Monat jedes der Symptome als störend empfunden haben.

Auf einer fünfstufigen Likert-Skala muss dies wie folgt beurteilt werden: „1“ für gar nicht, „2“ für ein wenig, „3“ für mittelmäßig, „4“ für etwas und „5“ für äußerst

(Weathers et al., 1993). Den Autoren entsprechend beziehen sich die Fragen auf eine „belastende Erfahrung aus der Vergangenheit“.

Das Auswertungsschema ergibt: PTSD- vollausgebildet; PTSD- partiell und keine PTSD

In der vorliegende Studie wurde nur zwischen vollausgebildeter (Cut Off: 44, positives Screening auf PTSD) und keiner PTSD (Cut OFF < 44, negatives Screening auf PTSD) unterschieden.

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS, Endler & Parker, 1990)

Das Coping Inventory for Stressful Situations 21 (Version für Erwachsene) ist ein valides Instrument zur Erfassung der drei Arten von Copingstrategien in Stresssituationen:

Aufgabenorientiertes (problemorientiertes) Coping: Versuche der direkten Problemlösung bzw. der Planung von geeigneten Schritten gegen die stressverursachende Bedingung;

Emotionsorientiertes Coping: auf die eigene Person bezogene, emotionale Reaktionen;

Vermeidungsorientiertes Coping: Vermeidung der Auseinandersetzung mit Stress-Situationen;

Das Vermeidungsorientierte Coping könnte weiter unterteilt werden in:

3a) Sozial-ablenkungsorientiertes Coping: Ablenkung von Problem-Situationen mittels Suche von sozialen Kontakten und

3b) Zerstreuungsorientiertes Coping: Allgemeine Ablenkung von Problem-Situationen.

Die adaptierte deutsche Kurzform basiert auf 21 Items, die aus der 49 Items umfassenden Langform aufgrund von Datenanalysen und inhaltlichen Überlegungen ausgewählt wurden. Auf einer 5-stufigen Likert- Skala sollen die Probanden angeben, was sie üblicherweise tun, um mit Stress umzugehen. Ein hoher Wert auf der jeweiligen Skala besagt, dass das jeweilige Coping-Verhalten stark ausgeprägt ist. Das CISS bietet 3 Skalen zum Coping-Verhalten an. Die Dauer der Vorgabe beträgt ungefähr 10 Minuten. Das Verfahren besitzt eine lange Forschungstradition und Ergebnisse sind mit vielen internationalen Studien, welche das CISS verwendeten, vergleichbar. Sowohl im

Original als auch in der deutschsprachigen Version zeichnet sich das CISS durch seine hohe psychometrische Qualität aus:

Zuverlässigkeit: Die internen Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs Alpha) liegen bei einer Stichprobe junger Erwachsener ($N = 1.394$) für jede der 3 Skalen bei $r = .78$. Die Testwiederholungsreliabilitäten liegen für dieselbe Stichprobe ($N = 675$) im Abstand eines Jahres zwischen $r = .48$ (Zerstreuungsorientiertes Coping) und $r = .65$ (Emotionsorientiertes Coping).

Gültigkeit: Es existieren verschiedene Untersuchungen, in denen die faktorielle Validität des CISS – im Vergleich zur Originalversion – bestätigt werden konnte.

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Da Depression als Moderatorvariable Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsleistung haben kann, wurde auch abgeklärt, ob eine depressive Störung vorliegt. Der Fragebogen musste aufgrund der Größe der Testbatterie kurz und schonend für den Probanden sein. Die Geriatric Depression Scale ist mit 15 Items in der Kurzform und einem altersangepassten Format sehr geeignet. Bei der Entwicklung der Geriatric Depression Scale wurden zahlreiche Aspekte berücksichtigt, um speziell auf die besondere Situation älterer Menschen einzugehen. Es bestehen keinerlei Fragen über somatische Symptome, die bei älteren Menschen nicht nur durch Depression erzeugt werden können. Es wurden Fragen ausgeschlossen, welche bei jüngeren Personen sinnvoll sind, jedoch bei älteren Personen zu Unklarheiten oder Schwierigkeiten führen könnten. Es wurde ein einfaches „Ja-Nein“-Antwortformat gewählt. Die Kurzform mit 15 Items, die in der vorliegenden Studie verwendet wird, zeigt eine hohe Korrelation zur langen Version. Überraschenderweise konnten weder in Reviews noch in Übersichtsarbeiten eindeutige Informationen zu der Kriteriumsvalidität gefunden werden. Die einzige deutschsprachige Studie zur Validität der GDS von Gauggel und Birkner (1999) schloss viele psychiatrische Patienten in die Stichprobe mit ein. Die relativ hohen Validitätskennwerte der deutschen Version (Sensitivität: 84%, Spezifität: 88%), könnten dahingehend verzerrt sein, dass Patienten in psychiatrischen Einrichtungen häufiger schwerere Depression haben, als Personen in nicht-psychiatrischen Einrichtungen.

Wancata et. al. (2006) empfehlen eine Überprüfung an einer nicht-psychiatrischen Stichprobe.

2.6 Statistische Verfahren

2.6.1 Varianzanalyse

Die Varianzanalyse ist eine Verallgemeinerung des T-Tests. Sie ist sowohl univariat als auch multivariat einsetzbar. Bei einer Varianzanalyse werden Fragestellungen untersucht, die zeigen wollen ob drei oder mehrere Mittelwerte von Teilstichproben aus der gleichen Grundgesamtheit stammen.

Nach signifikanter Varianzanalyse darf man zwar annehmen, dass es zwischen den Gruppen Unterschiede gibt, man weiß aber nicht, zwischen welchen Gruppen im Genauen.

Es können Post-Hoc- Tests durchgeführt werden. Diese Verfahren vergleichen durch multiple Paarvergleiche jede Gruppe signifikanzstatistisch miteinander, wobei die Alpha-Kumulierungsproblematik berücksichtigt wird.

Auswertung der Hypothesen bezüglich der Unterschiede zwischen den zwei Versuchsgruppen und der Kontrollgruppe und der Anwendung bestimmter Copingstrategien wurde mittels univariater Varianzanalyse durchgeführt.

2.6.2 Regressionsanalyse

Bei der Regressionsanalyse handelt es sich um ein statistisches Verfahren, bei dem die Werte einer Zielvariable mit Hilfe der Werte einer oder mehrerer unabhängiger Variablen vorhergesagt werden. Die Regressionsanalyse wird meistens als ein inferenzstatistisches Modell eingesetzt, um Hypothesen über eine "Grundgesamtheit" mit Hilfe einer "Stichprobe" von "Untersuchungseinheiten" zu überprüfen. Dabei wird in den meisten Fällen ein linearer Zusammenhang untersucht.

Die Linearitätsannahme besagt, dass die Zielvariable immer um den gleichen Betrag zu- oder abnimmt, wenn sich die unabhängige Variable um eine Einheit ändert, unabhängig davon, welchen konkreten Wert sie aufweist. Man nimmt an, dass die Zielvariable neben den unabhängigen Variablen auch von anderen Faktoren bzw. Einflüssen abhängt, die nicht erhoben werden können. Zudem macht man wahrscheinlich bei der Erhebung der abhängigen Variablen Messfehler. Somit bleibt für jede Untersuchungseinheit ein unbekannter Rest. Mit Hilfe des geschätzten Regressionskoeffizienten kann man durch das Einsetzen in die Regressionsgleichung

für jeden Wert der unabhängigen Variable eine entsprechende Vorhersage für die Zielvariable treffen.

2.6.3 Chi-Quadrat-Test

Der Chi-Quadrat-Test untersucht, ob eine empirische, bivariate Verteilung von einer hypothetischen, theoretischen Verteilung abweicht.

2.6.4 Produkt-Moment-Korrelation

Sie beschreibt die Enge des linearen Zusammenhangs zwischen zwei intervallskalierten Variablen durch den Koeffizienten r , ähnlich der Kovarianz, nur mit dem Unterschied, dass beide Variablen am Produkt der ihrer Standardabweichungen relativiert und somit unempfindlich gegen Maßstabs bzw. Varianzunterschiede zwischen den beiden Variablen sind.

2.7 Ergebnisse

2.7.1 Stichprobenbeschreibung

In die vorliegende Untersuchung sind 136 Personen eingeschlossen, 102 (75%) der Stichprobe sind weiblich, 34 (25%) weisen männliches Geschlecht auf. Der Frauenanteil in dieser Studie ist somit drei Mal so hoch wie jener der Männer.

Das durchschnittliche Alter über alle Personen liegt bei 76,45 ($S=7,58$) Jahren. Der Median wird mit 77 Jahren berechnet. Die jüngste Person ist zum Zeitpunkt der Befragung 65 Jahre alt, die älteste Person 94. In Abbildung 1 ist die Altersverteilung bezogen auf die gesamte Stichprobe graphisch dargestellt.

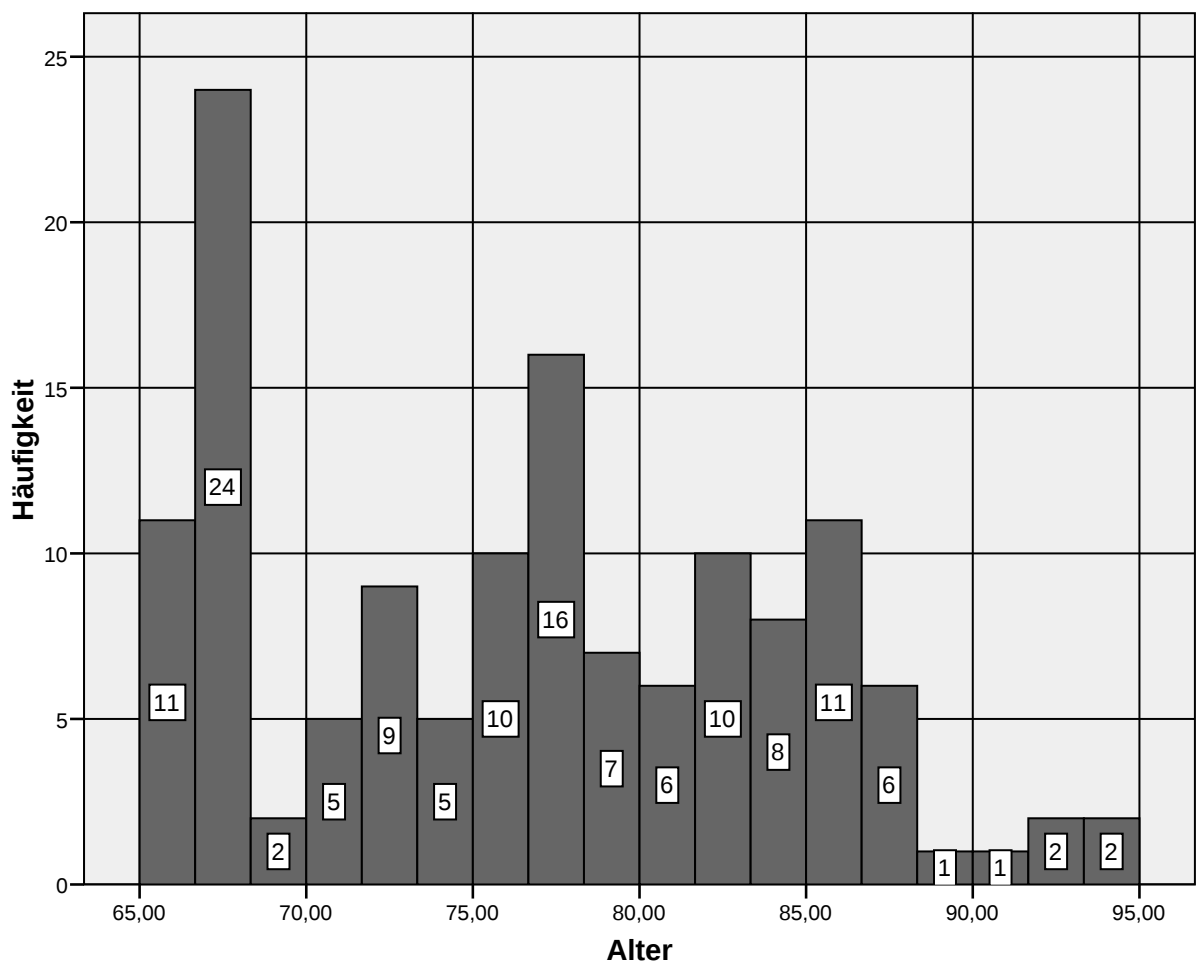


Abbildung 1: Altersverteilung (Histogramm); gesamte Stichprobe $n=136$

Zwischen den Geschlechtern lässt sich kein signifikanter Unterschied bezüglich des Alters ($F(1,163)=0,038$; $p=0,846$) feststellen. Frauen sind durchschnittlich 76,38

(S=7,46) Jahre alt, männliche Stichprobenteilnehmer haben ein durchschnittliches Alter von 76,67 (S=8,03) Jahre.

Der Großteil von 106 (77,9 %) Personen der Stichprobe kommen aus einer städtischen Wohnumgebung, nur 30 (22,1 %) leben auf dem Land. Zusammenhänge von Wohnumgebung und Geschlecht existieren nicht ($\chi^2(1) = 1,62$; $p=0,20$), 81% der Frauen leben in einer Stadt, bei den Männern sind es 72%. Auch bezüglich des Alters finden sich keine Unterschiede zwischen den städtischen Probanden und den ländlichen ($F(1,163)=0,62$; $p=0,43$). Die Stadtbewohner der vorliegenden Stichprobe sind durchschnittlich 73,68 (S=8,69) Jahre alt, das durchschnittliche Alter der Landbewohner liegt bei 75,00 (S=9,19) Jahren.

Nach der Schulbildung der Probanden ergibt sich folgendes Ergebnis: 33 (24%) der Personen in dieser Stichprobe weisen einen Volksschul- bzw. Hauptschulabschluss auf, 61 (45%) haben einen Lehre absolviert oder eine Berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen. Weitere 42 (31%) der Stichprobe verfügen über Matura bzw. haben ein Studium abgeschlossen.

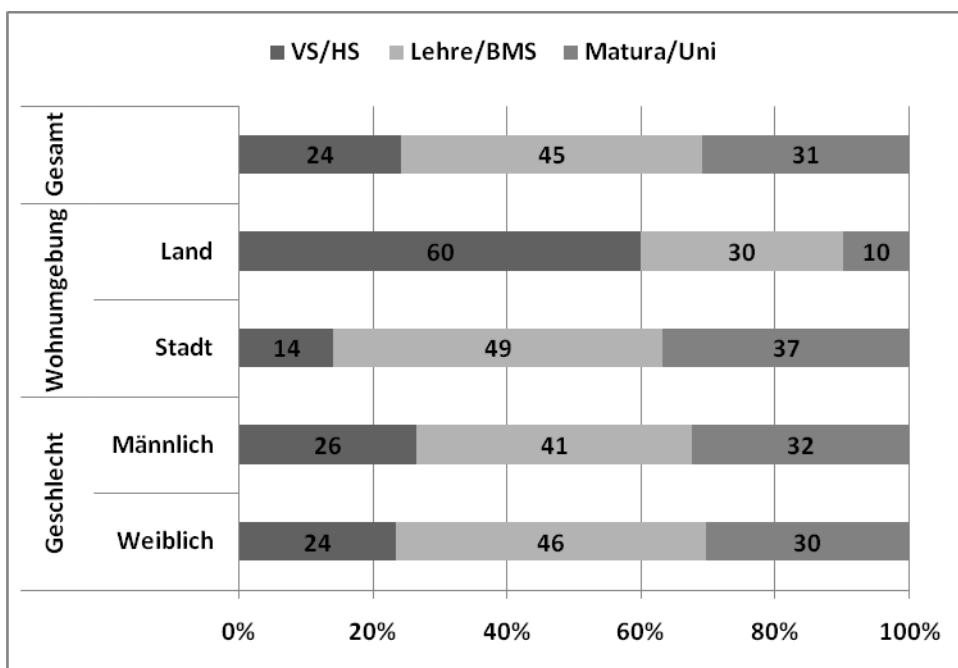


Abbildung 2: Schulbildung der Stichprobe (gesamt, getrennt nach Geschlecht und Wohnumgebung), Angaben in Prozent (n=136) VS: Volksschule; HS: Hauptschule; BMS: Berufsbildende Schule

Zwischen Männern und Frauen besteht kein Unterschied in der Bildung ($\chi^2(2)=,0259$; $p=0,878$). Signifikant sind die Unterschiede jedoch zwischen Stadt- und Landbewohnern ($\chi^2(2)=27,585$; $p<0,001$). Bei den Landbewohnern ist der Anteil von Personen mit niedriger Schulbildung deutlich höher als bei den Stadtbewohnern. So haben rund 60% der Landbewohner maximal einen Hauptschulabschluss, unter den Stadtbewohnern sind es nur 14%.

Bezüglich der Bildung sind keine signifikanten Altersunterschiede gegeben ($F(2,133)=0,317$; $p=0,729$). Die Mittelwerte mit dazugehörigen Standardabweichungen sind in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen des Alters, getrennt nach Schulbildung der Probanden (n=136) HS: Hauptschule; BMS: Berufsbildende Schule

	N	M	SD
HS	33	77,27	7,31
Lehre/BMS	61	75,97	8,59
Matura	42	76,52	6,22
Gesamt	136	76,46	7,58

129 (95%) Personen der vorliegenden Stichprobe sind ausschließlich Pensionistinnen und Pensionisten, 6 (4%) sind in Pension, gehen jedoch einer geringfügigen Beschäftigung nach und eine Probandin gibt an, zum Zeitpunkt der Untersuchung noch berufstätig zu sein.

Rund 32% der Befragten leben in einer Partnerschaft oder sind verheiratet, 52% sind verwitwet, 9% sind ledig und 7% sind geschieden.

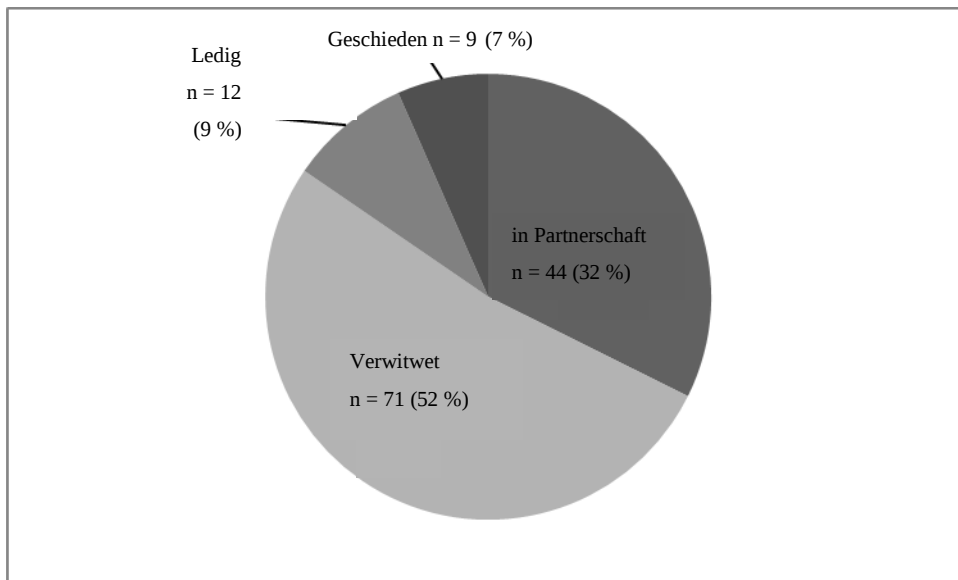


Abbildung 3: Familienstand der Untersuchungsgruppe (Angaben in Prozent, n=136)

2.7.2 Traumaerlebnisse

Bei den Traumaerlebnissen, die nicht Menschen evoziert sind, kommt am häufigsten das Ereignis „Unerwarteter Tod“ vor, 71% der gesamten Stichprobe geben an, ein solches Erlebnis bereits einmal erlebt zu haben. Einen Verkehrsunfall mit medizinischer Behandlung erlitten 39% der Befragten. Unfälle mit tödlichem Ausgang bzw. schwerer Verletzung werden von 21% berichtet. Eine erlebte Naturkatastrophe wurde von 14% angeführt.

Bei den von Menschen evozierten Erlebnissen ist das meist genannte der Krieg. 54% geben an, in Kriegsgebieten gelebt, gearbeitet oder gekämpft zu haben. Einschüchterungen oder Verfolgungen mussten 21% erleben, körperliche Angriffe werden von 18% berichtet. Alle weiteren Ereignisse sind in Abbildung 4 graphisch dargestellt.

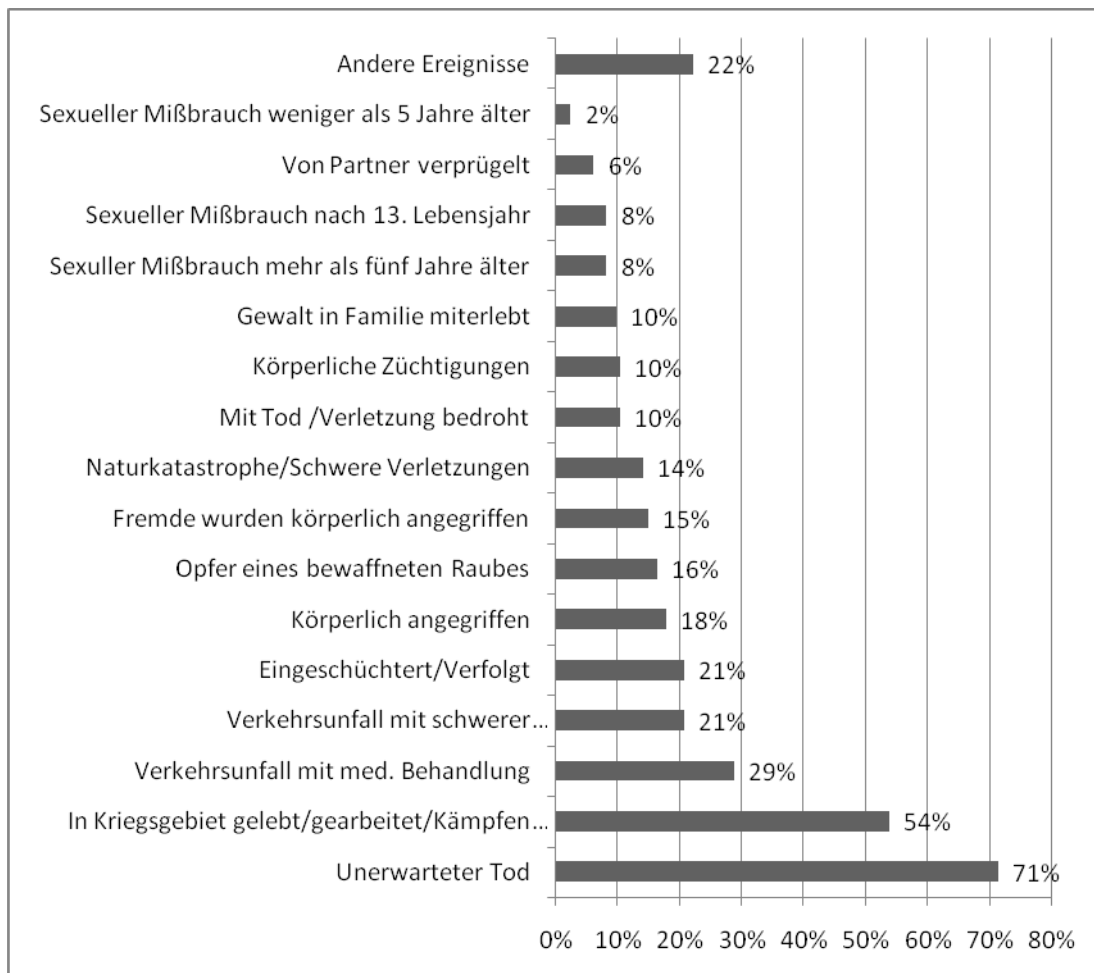


Abbildung 4: Von Menschen und nicht von Menschen evozierte traumatische Ereignisse (Angaben in Prozent (n=136))

Fasst man die unterschiedlichen einzelnen Ereignisse zu einem Summenwert zusammen, so ergibt sich ein Mittelwert von 7,73 ($S=6,86$). Im Durchschnitt hat also jeder Proband knapp acht traumatische Ereignisse erlebt. Die genaue Verteilung, bezogen auf die gesamte Stichprobe, ist in Abbildung 5 dargestellt.

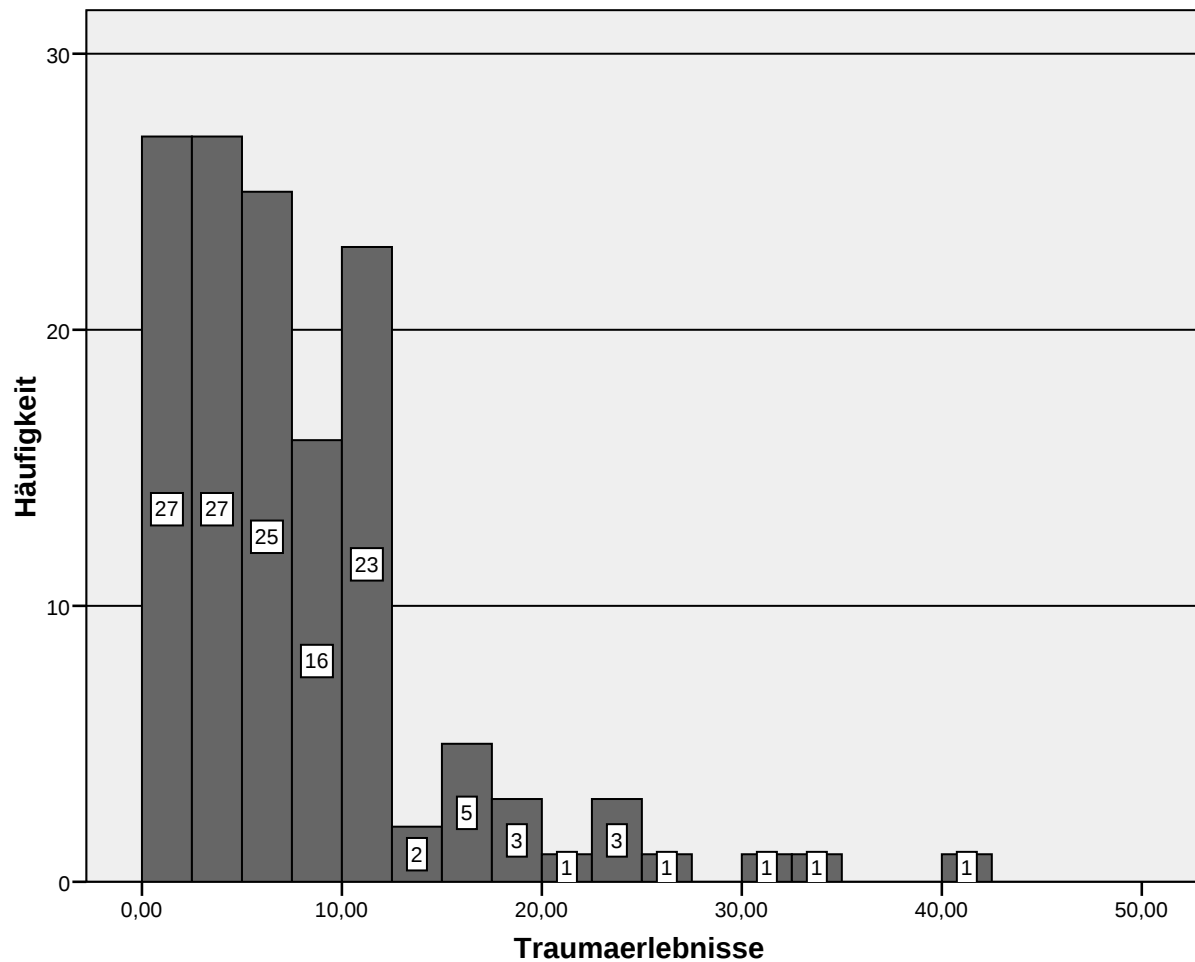


Abbildung 5: Verteilung Anzahl traumatischer Ereignisse (Histogramm) n= 136

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse ($F(1,134)=3,390$; $p=0,068$). Es ist ein tendenzieller Unterschied feststellbar. Bei den Frauen werden durchschnittlich 7,11 ($S=6,31$) traumatische Ereignisse gezählt, bei den Männern sind es 9,59 ($Sd=8,14$). Daraus ist zu erkennen, dass Männer mehr traumatische Erlebnisse aufweisen als Frauen.

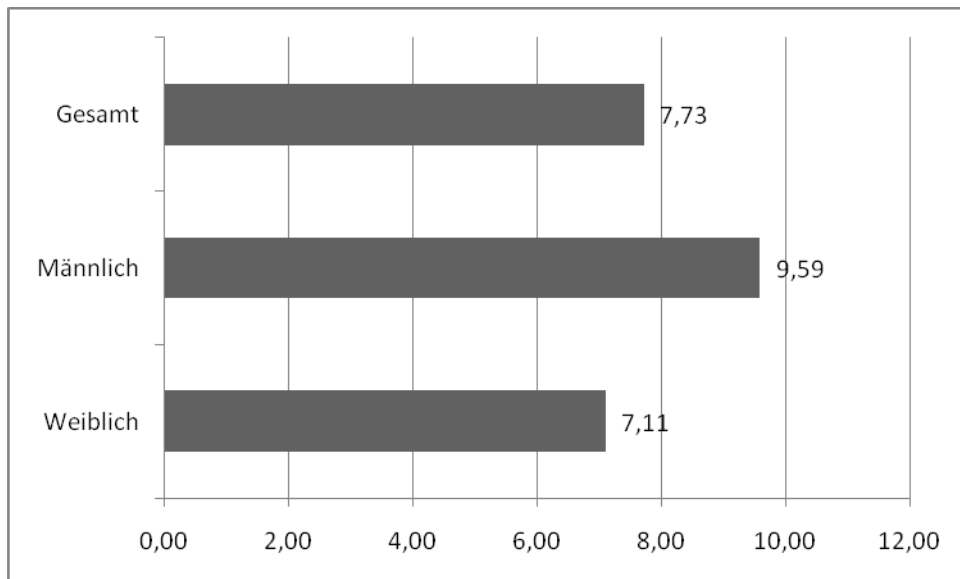


Abbildung 6: Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse (Mittelwert), getrennt nach Geschlecht und gesamter Stichprobe (n=136)

In Abhängigkeit von der Wohnumgebung finden sich keine signifikanten Unterschiede ($F(1,134)=0,652$; $p=0,421$). Der Mittelwert für Stadtbewohner liegt bei 7,98 ($S=7,32$), für Landbewohner ergibt sich ein Mittelwert von 6,88 ($S=4,93$). Auch in Abhängigkeit der Bildung ist ein tendenziell signifikanter Unterschied bei der Anzahl erlebter Ereignisse gegeben ($F(2,133)=2,96$; $p=0,055$). Die meisten traumatischen Erlebnisse verzeichnen dabei die Probanden mit mittlerer Schulbildung, die wenigsten die Studienteilnehmer mit Pflichtschulabschluss.

Tabelle 2: Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse (Mittelwert), getrennt nach Schulbildung VS: Volksschule; HS: Hauptschule; BMS: Berufsbildende Schule.

	M	SD
VS/HS	5,67	4,31
Lehre/BMS	9,15	8,17
Matura	7,29	6,02
Gesamt	7,73	6,86

Zwischen der Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse und dem Alter ist kein signifikanter Zusammenhang gegeben ($r=0,02$; $p=0,93$).

Abschließend wird berichtet, welches der Erlebnisse als am stärksten belastend empfunden wurde. Am häufigsten genannt werden „unerwarteter Tod“ (26 Nennungen) und „Erlebnisse aus der Kriegszeit“ (19 Nennungen). Mit einigem Abstand folgen „Verkehrsunfall mit medizinischer Behandlung“ (7 Nennungen) sowie „Einschüchterungen/Verfolgungen mit 6 Nennungen. 11 Probanden benennen andere Ereignisse als am stärksten belastend.

Tabelle 3: Stärkstes belastendes Ereignis (Angaben in absoluten Zahlen und in Prozent) N=136

Traumatische Erlebnisse	Häufigkeit	Prozent
Unerwarteter Tod	26	19
Kriegserlebnisse	19	14
Andere Ereignisse	11	8
Verkehrsunfall mit med. Behandlung	7	5
Eingeschüchtert/Verfolgt	6	4
Verkehrsunfall mit schwerer Verletzung/tödlichem Ausgang	4	3
Sexueller Missbrauch > fünf Jahre	4	3
Sexueller Missbrauch > 13. Lebensjahr	3	2
Körperliche Züchtigungen	2	1
Naturkatastrophe/Schwere Verletzungen	1	1
Fremde wurden körperlich angegriffen	1	1
Mit Tod /Verletzung bedroht	1	1
Keine Angabe	51	37

Auf die Frage, wann dieses Ereignis war, geben 51 (37%) keine Antwort. Für 35 (26%) war dieses Ereignis in der Kindheit bzw. im Jugendalter, für 34 (25%) im mittleren Erwachsenenalter und für 16 (12%) im hohen Erwachsenenalter.

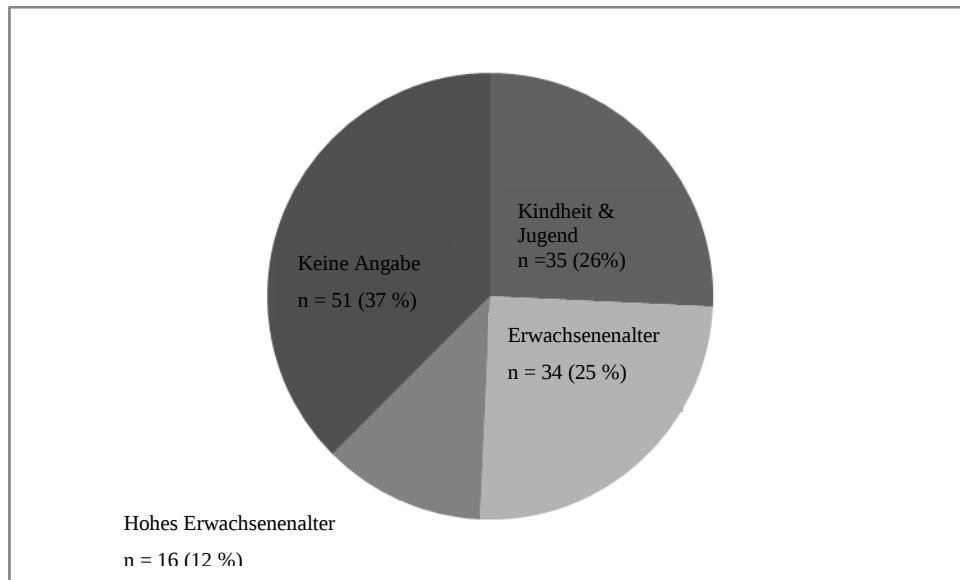


Abbildung 7: Zeitpunkt des stärksten belastenden Ereignisses, n= 136

2.8 Verwendete Fragebögen

2.8.1 CISS

Der vermeidende Bewältigungsstil weist den höchsten Mittelwert auf, er liegt bei 2,23 ($S=1,04$). Für den emotionalen Copingstil ergibt sich ein Mittelwert von 1,75 ($S=0,98$) und der problemorientierte Copingstil weist einen Mittelwert von 1,47 ($S=0,93$) auf. Ein Signifikanztest mittels Varianzanalyse für Messwiederholungen zeigt, dass sich die drei Mittelwerte signifikant von einander unterscheiden ($F(2,270)=27,896$; $p<0,001$; $\eta^2=0,171$). Kontrasttests, bei denen der Copingstil „Vermeidend“ mit den beiden anderen verglichen wird, zeigen, dass der vermeidende Stil signifikant stärker ausgeprägt ist als die beiden anderen (Emotional vs. Vermeidend: ($F(1,135)=57,188$; $p<0,01$; $\eta^2=0,298$); Vermeidend vs. Problemorientiert: $F(1,135)=21,426$; $p<0,001$; $\eta^2=0,0137$). Der Kontrasttest des Vergleichs „problemorientiert“ vs. „emotional“ ist ebenfalls signifikant ($F(1,135)=7,001$; $p=0,009$; $\eta^2=0,049$).

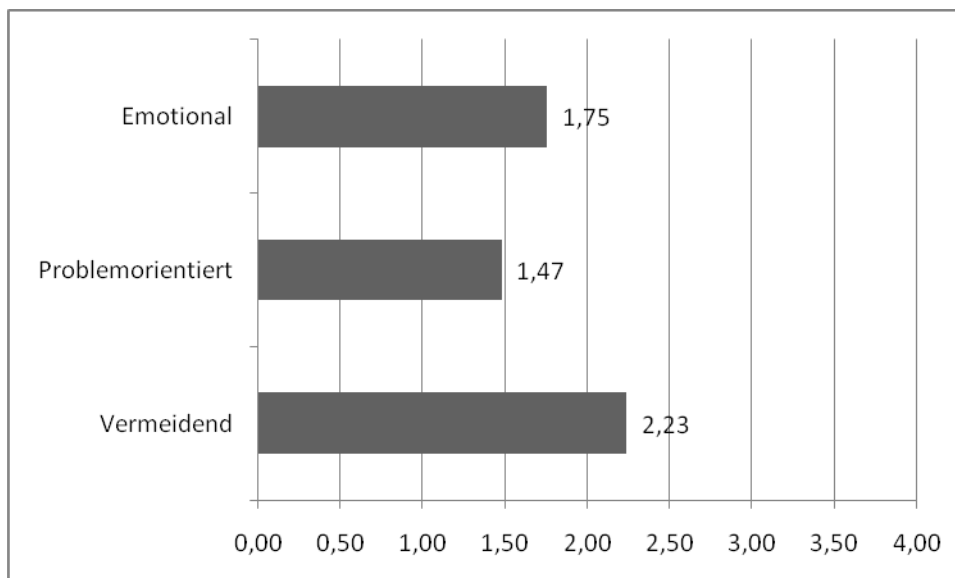


Abbildung 8: Mittelwert für die Copingstrategien, gesamte Stichprobe

Beim Vergleich von Männern und Frauen bezüglich der Ausprägung des Copingstils ist bei Vermeidung ($F(1,134)=0,186$; $p=0,679$) und Problemorientierung ($F(1,134)=0,029$; $p=0,855$) kein signifikanter Unterschied gegeben. Beim emotionalen Copingstil liegen tendenziell signifikante Unterschiede vor ($F(1,134)=3,281$; $p=0,072$). Frauen haben mit 1,84 ($SD=0,99$) einen höheren Mittelwert als Männer ($MW=1,49$, $SD=0,91$).

Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Copingstrategien, getrennt nach Geschlecht

	Frauen		Männer	
	MW	SD	MW	SD
Vermeidend	2,21	1,07	2,30	0,93
Problemorientiert	1,48	0,94	1,45	0,90
Emotional	1,84	0,99	1,49	0,91

In Abhängigkeit von der Wohnumgebung sind bei der vermeidenden Copingstrategie ($F(1,134)=0,459$; $p=0,499$) und der problemorientierten ($F(1,134)=1,66$; $p=0,200$) keine signifikanten Ergebnisse zu finden. Bei der emotionalen Strategie kann ein tendenziell signifikanter Unterschied angenommen werden ($F(1,134)=2,182$; $p=0,096$). Der emotionale Copingstil ist bei Städtern ($MW=1,82$) etwas höher ausgeprägt als bei Menschen, die am Land leben ($MW=1,49$).

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen der Copingstrategien, getrennt nach Wohnumgebung

	Stadt		Land	
	MW	S	MW	S
Vermeidend	2,20	1,02	2,35	1,11
Problemorientiert	1,42	0,91	1,67	0,96
Emotional	1,82	1,01	1,49	0,81

Auch in Abhängigkeit von der Schulbildung lassen sich bei keiner Copingstrategie signifikante Unterschiede feststellen.

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der Copingstrategien, getrennt nach Schulbildung

	VS/HS		Lehre/BMS		Matura/Uni		Teststatistik	
	MW	S	MW	S	MW	S	F(1,133)	p
Vermeidend	2,25	1,12	2,21	0,83	2,23	1,02	0,01	0,99
Problemorientiert	1,44	0,88	1,87	1,08	1,40	0,91	1,77	0,17
Emotional	1,72	1,02	1,71	0,66	1,79	1,03	0,10	0,90

Zwischen den Copingstrategien und dem Alter finden sich zwar signifikante Korrelationen, dennoch sind die Zusammenhänge als eher gering zu bezeichnen. So existiert zwischen vermeidendem Stil und Alter eine positive Korrelation von 0,26 ($p=0,003$). Mit zunehmendem Alter gewinnt diese Strategie immer mehr an Bedeutung. Die beiden anderen Copingstrategien korrelieren negativ mit dem Alter, dass heißt, sie werden geringer, je älter man wird. Der emotionale Copingstil korreliert mit dem Alter mit $r=-0,18$; ($p=0,036$). Die Korrelation des problemorientierten Copingstils ist nur tendenziell signifikant ($r=-0,16$; $p=0,056$).

Tabelle 7: Korrelationsmatrix Alter mit Copingstilen

	r	p
Vermeidend	0,26	0,003
Problemorientiert	-0,16	0,056
Emotional	-0,18	0,036

2.8.2 Depression (GDS)

Für die gesamte Stichprobe ergibt sich ein Depressionsscore von 2,67 (S=2,15). Der Median liegt bei 2,00. Die Spannweite reicht von 0 bis 9 Punkte.

Zwischen Männern und Frauen finden sich keine signifikanten Unterschiede ($F(1,133)=0,046$; $p=0,853$). Auch in Abhängigkeit von der Wohnumgebung sind keine signifikanten Unterschiede zwischen Stadt- und Landbewohnern gegeben ($F(1,133)=2,749$; $p=0,100$). In Abhängigkeit vom Bildungsniveau bestehen tendenziell signifikante Unterschiede ($F(4,133)=3,003$; $p=0,053$). Probanden mit Lehre/BMS zeigen dabei eine höhere Ausprägung der Depression als die beiden andern Bildungsgruppen

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichung des Depressionsscores, getrennt nach Geschlecht, Wohnumgebung und Ausbildung; VS: Volksschule; HS: Hauptschule; BMS: Berufsbildende Schule.

		MW	SD
Geschlecht	Weiblich	2,673	2,155
	Männlich	2,765	2,119
Wohnumgebung	Stadt	2,538	2,071
	Land	3,276	2,313
Ausbildung	VS/HS	2,667	2,157
	Lehre/BMS	3,824	2,270
	Matura/Uni	2,410	2,011

Zwischen Alter und Depression ist ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang gegeben ($r=0,09$; $p=0,328$). Das Ausmaß der Depressivität ist vom Alter unabhängig.

2.8.3 Wortliste

Bei der Wortliste ergibt sich ein Mittelwert von 7,24 (SD=1,54), der Median liegt bei 7,50. Die Spannweite reicht von 5 bis 10 Punkte. Es gibt keine Geschlechtsunterschiede ($F(1,134)=0,498$; $p=0,482$), auch zwischen Stadt- und Landbewohnern ist kein statistisch nachweisbarer Unterschied gegeben ($F(1,134)=0,920$; $p=0,339$). Die Mittelwerte nach Ausbildungsniveau sind als gleich zu bewerten ($F(1,133)=,844$; $p=0,432$).

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichung Wortliste, getrennt nach Geschlecht, Wohnumgebung und Ausbildung; VS: Volksschule; HS: Hauptschule; BMS: Berufsbildende Schule.

		MW	SD
Geschlecht	Weiblich	7,39	1,57
	Männlich	7,18	1,45
Wohnumgebung	Stadt	7,41	1,58
	Land	7,10	1,40
Ausbildung	VS/HS	7,53	1,44
	Lehre/BMS	7,12	1,32
	Matura/Uni	7,21	1,68

Es besteht allerdings eine signifikante Korrelation von Wortliste mit dem Alter ($r=-0,24$; $p<0,0051$). Inhaltlich bedeutet dieser negative Korrelationskoeffizient, dass mit zunehmendem Alter der Rohscore der Wortliste geringer wird.

2.8.4 PCL- C

(PCL – C, deutsche Version)

Rohscores:

Der Mittelwert für den PCL- C - Gesamtwert liegt bei 29,17 (S=10,46), der Median nimmt einen Wert von 27,00 an. Die Spannweite des Rohscores reicht von 17 bis zu 72 Punkten.

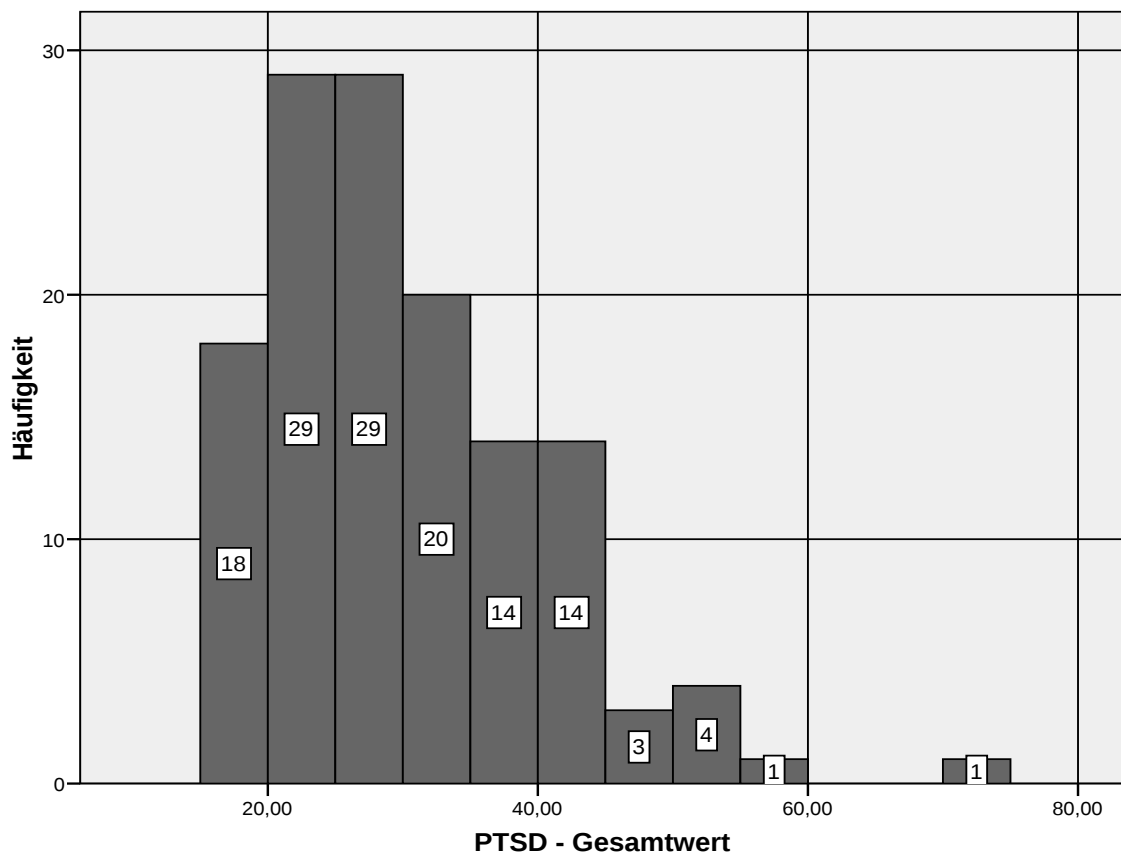


Abbildung 9: Verteilung PCL- C - Gesamtwert, gesamte Stichprobe

Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung	Median
8,51	5,00	25,00	4,20	7,00
10,99	6,00	24,00	3,93	10,00
10,17	5,00	23,00	3,91	10,00

Für die PCL- C Skala Intrusion ergibt sich ein Mittelwert von 8,51 (S=4,20). Der höchste Wert, der in dieser Skala erreicht wird, liegt bei 25, der niedrigste bei 5 Punkten. Für die Skala Vermeidung wird ein Mittelwert von 10,99 (S=3,93) berechnet.

Das Minimum der Verteilung der Skala Vermeidung liegt bei 6 Punkten, das Maximum bei 24 Punkten. Für die PCL- C- Dimension Arousal ergibt sich ein Mittelwert von 10,17 (S=3,91). Die Spannweite reicht von 5 Punkten bis 23 Punkte. Ein Signifikanztest ist wegen der unterschiedlichen Itemanzahl in den drei Subskalen nicht angebracht.

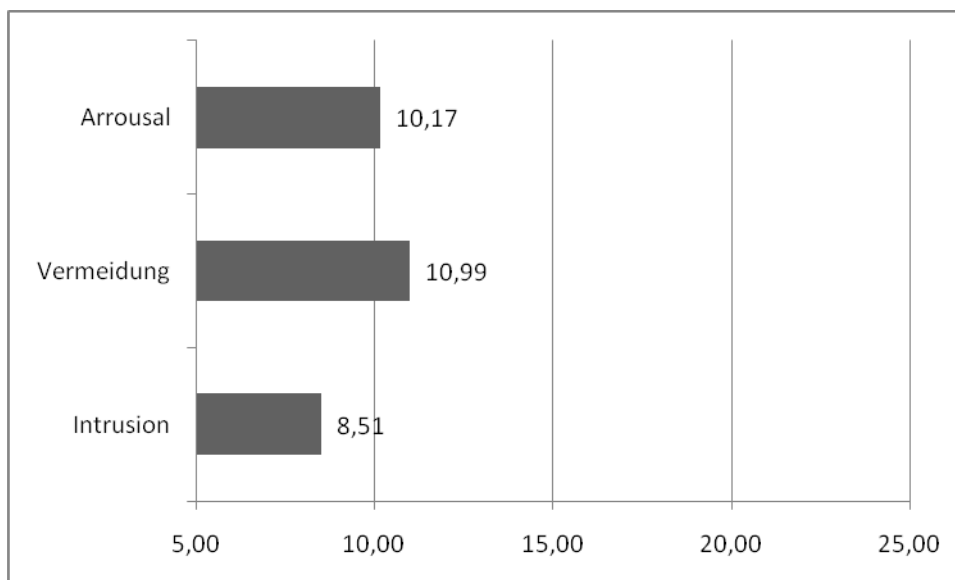


Abbildung 10: Mittelwert für die PCL- C Subskalen, gesamte Stichprobe

Geschlechtsunterschiede sind weder beim Gesamtwert noch bei den einzelnen Subscores der PCL- C gegeben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichung PTSD –Gesamtwert sowie Subtests, getrennt nach Geschlecht

	Frauen		Männer		F (1,131)	p
	MW	S	MW	S		
Gesamtwert	29,96	10,17	28,91	9,32	0,272	0,603
Intrusion	8,49	4,43	8,59	3,44	0,015	0,904
Vermeidung	11,09	4,06	10,68	3,51	0,259	0,612
Arousal	10,36	3,98	9,62	3,68	0,908	0,342

Zwischen Stadt und Landbewohnern ist beim PCL- C– Gesamtwert ein signifikanter Unterschied gegeben ($F(1,131)=9,289$; $p=0,003$; $\eta^2=0,066$). Der Mittelwert für Stadtbewohner liegt bei 28,39, für Landbewohner ergibt sich ein Mittelwert von 34,64. Das bedeutet, dass die Ausprägung des PCL- C bei Landbewohnern signifikant höher ist als bei Stadtbewohnern. Ebenfalls signifikant ist der Mittelwertsunterschied zwischen Menschen, die in der Stadt leben und jenen, die am Lande leben, bei der Skala Intrusion ($F(1,131)=5,976$; $p=0,027$; $\eta^2=0,043$). Landbewohner weisen wieder einen höheren Mittelwert auf, als Personen, die in der Stadt leben. Die Unterschiede bei der Dimension Vermeidung sind ebenfalls signifikant ($F(1,131)=5,02838$; $p=0,027$; $\eta^2=0,037$), wieder haben Städter eine niedrigere Ausprägung in dieser Skala. Bei der Skala Arousal ist auch ein signifikanter Unterschied zu finden ($F(1,131)=8,210$; $p=0,005$; $\eta^2=0,058$). Insgesamt kann behauptet werden, dass die Bewohner in städtischen Gebieten eine niedrigere Ausprägung der PTSD im gesamten als auch in den einzelnen Subskalen haben.

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichung PCL-C– Gesamtwert sowie Subtests, getrennt nach Wohnumgebung, Teststatistiken

	Stadt		Land		Teststatistik		
	MW	S	MW	S	$F(1,131)$	p	η^2
Gesamtwert	28,39	8,46	34,64	13,26	9,289	0,003	0,066
Intrusion	8,06	3,69	10,17	5,45	5,976	0,016	0,043
Vermeidung	10,61	3,70	12,48	4,48	5,028	0,027	0,037
Arousal	9,68	3,68	11,97	4,26	8,210	0,005	0,058

In Abhängigkeit von der Schulbildung sind nur tendenziell signifikante Unterschiede beim PCL- C– Gesamtwert ($F(2,130)=3,031$; $p=0,052$) gegeben. Personen mit höherer Schulbildung weisen geringere Gesamtwerte auf als die beiden anderen Bildungsgruppen. Bei der PCL- C– Subskala Intrusion ($F(2,130)=1,083$; $p=0,342$) sind keine Unterschiede in Abhängigkeit der Schulbildung der Probanden feststellbar.

Signifikant sind die Unterschiede in der Skala Vermeidung ($F(2,130)=3,143$; $p=0,046$; $\eta^2=0,046$). Posthoc Tests belegen dabei, dass sich die Probanden mit Matura bzw. Uniabschluss signifikant von den beiden anderen Gruppen unterscheiden.

Bei der Skala Arousal ist ein ebenfalls signifikanter Unterschied ($F(2,130)=3,936$; $p=0,022$; $\eta^2=0,056$) gegeben. Dabei ist festzustellen, dass Personen mit Matura die niedrigsten Werte aufweisen. Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass Personen mit höherer Schulbildung weniger häufig betroffen sind von der Ausprägung einer posttraumatischen Belastung

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichung PTSD –Gesamtwert sowie Subtests, getrennt nach Schulbildung; VS: Volksschule; HS: Hauptschule; BMS: Berufsbildende Schule.

	VS/HS		Lehre/BMS		Matura/Uni		Teststatistik		
	MW	S	MW	S	MW	S	$F(1,130)$	p	η^2
Gesamtwert	32,12	9,99	30,38	11,13	26,70	7,10	3,031	0,052	0,045
Intrusion	8,94	4,52	8,82	4,49	7,70	3,38	1,083	0,342	0,016
Vermeidung	12,22	4,14	11,05	4,35	9,93	2,66	3,143	0,046	0,046
Arousal	11,27	3,53	10,47	4,39	8,88	3,11	3,936	0,022	0,056

Der Gesamtwert der PCL- C korreliert nicht signifikant mit dem Alter ($r=-0,10$; $p=0,257$), auch die Subskalen Intrusion ($r=0,02$, $p=0,834$) und Vermeidung ($r=-0,09$; $p=0,316$) stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit dem Alter. Ein statistisch belegbarer negativer Zusammenhang ist mit der Skala Arousal gegeben ($r=-0,21$, $p=0,017$). Je höher das Alter der Probanden, desto geringer ist die Ausprägung in der Skala Arousal. Der Zusammenhang ist allerdings als eher klein zu interpretieren.

Tabelle 13: Korrelation Alter mit PTSD –Gesamtwert sowie Subtests

	r	p
Gesamtwert	-0,10	0,257
Intrusion	0,02	0,834
Vermeidung	-0,09	0,316
Arousal	-0,21	0,017

Cut-Off Kriterium:

Bei der Einteilung nach dem Cut-Off Wert von 44 Punkten sind 11 (8%) der befragten Personen mit einem Posttraumatischen Syndrom belastet. Dabei sind Männer und Frauen in gleicher Weise Syndromträger ($\chi^2(1)=0,033$; $p=0,856$). Bezüglich Schulbildung sind tendenziell statistisch belegbare Unterschiede festzustellen ($\chi^2(2)=5,359$; $p=0,069$). Bei deskriptiver Betrachtung ist zu sehen, dass in der Gruppe mit höhere Bildung niemand belastet ist; Personen mit VS/HS-Abschluss zu 12% und Personen mit Lehre/BMS zu 11%. Fasst man daher die beiden höheren Bildungsstufen zusammen und vergleicht sie mit den anderen Gruppen ist ein signifikanter Unterschied festzustellen ($\chi^2(2)= 6,28$; $p=0,04$). Personen mit geringer Bildung sind somit häufiger von einer posttraumatischen Störung betroffen als höher gebildete Personen.

Weiters kann gezeigt werden, dass innerhalb der Gruppe der Landbewohner der Anteil von Syndromträgern tendenziell signifikant höher ist als bei den Stadtbewohnern ($\chi^2(1)=3,381$; $p=0,051$).

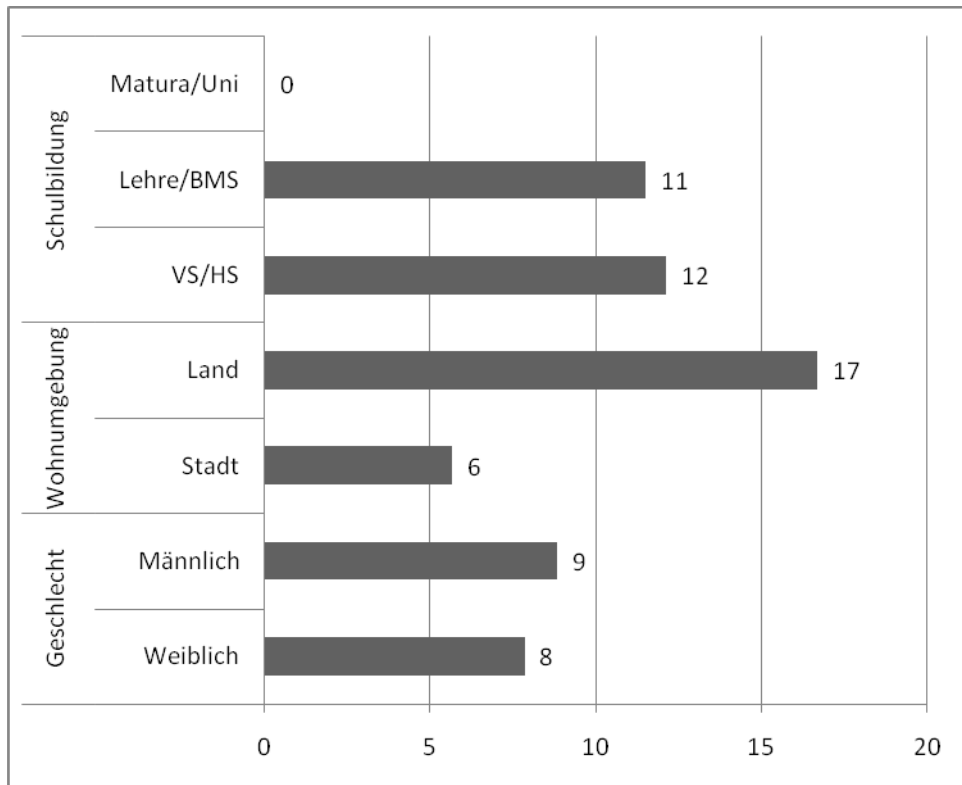


Abbildung 11: Ausprägung eines posttraumatischen Syndroms getrennt nach Geschlecht, Schulbildung und Wohnumgebung (Angaben in Prozent)

Personen, die eine posttraumatische Störung entwickelt haben unterscheiden sich altersmäßig nicht von Personen die keine posttraumatische Störung ausgebildet haben ($F(1,163)=0,02$; $p=0,968$). Der Altersmittelwert für Personen mit einem Rohwert von 44 und größer liegt bei 76,55 ($S=7,15$), bei unbelasteten Personen wird ein Mittelwert von 76,45 ($S=7,64$) errechnet.

2.8.5 AMT

Der AMT - Gesamtwert für spezifische Ereignisse liegt bei 5,32 ($S=2,87$), der Median liegt bei 5,00. Die Spannweite des Rohscores reicht von 0 erinnerten autobiografischen Ereignissen und hat 11 als Maximum.

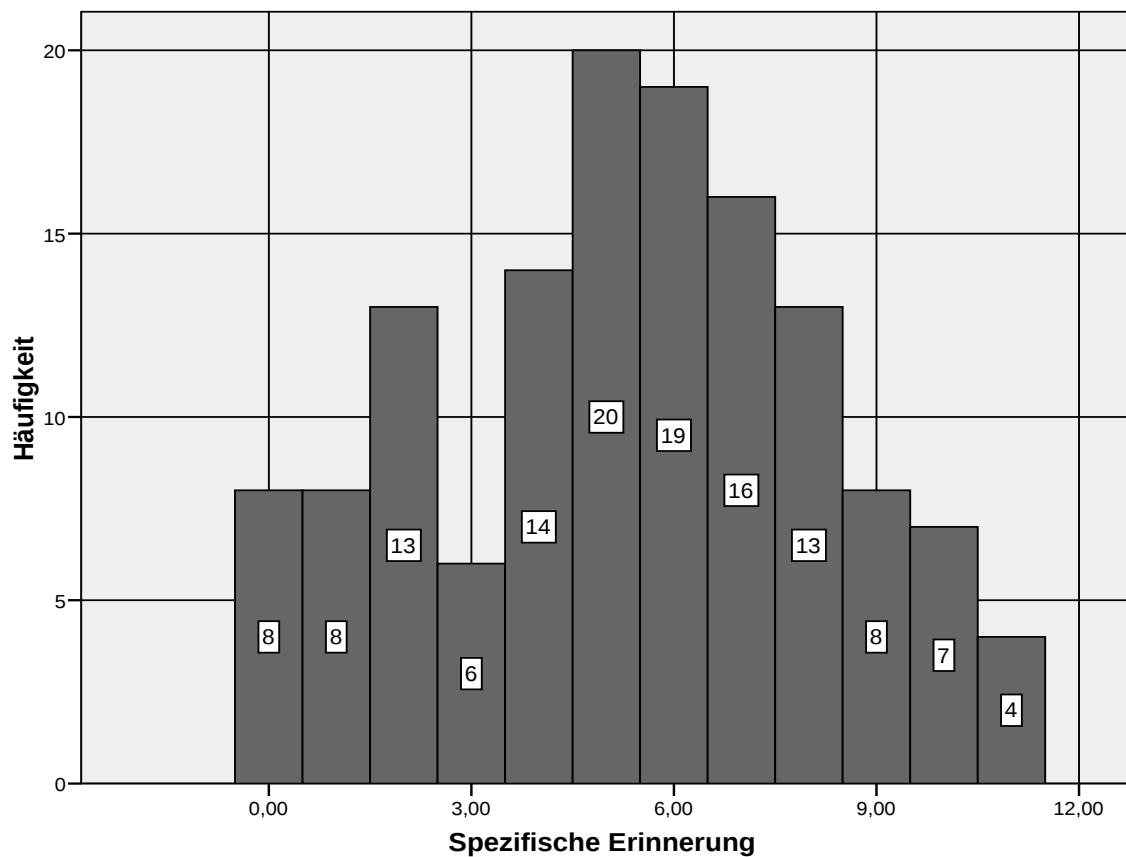


Abbildung 12: Verteilung spezifische Erinnerung (AMT - Gesamtwert), gesamte Stichprobe n=136

In Abbildung 13 sind die Mittelwerte der Subtests dargestellt. Inwieweit die Reizvorgabe einen signifikanten Einfluss auf die Erinnerungsleistung hat, wird im Kapitel Hypothesen erörtert.

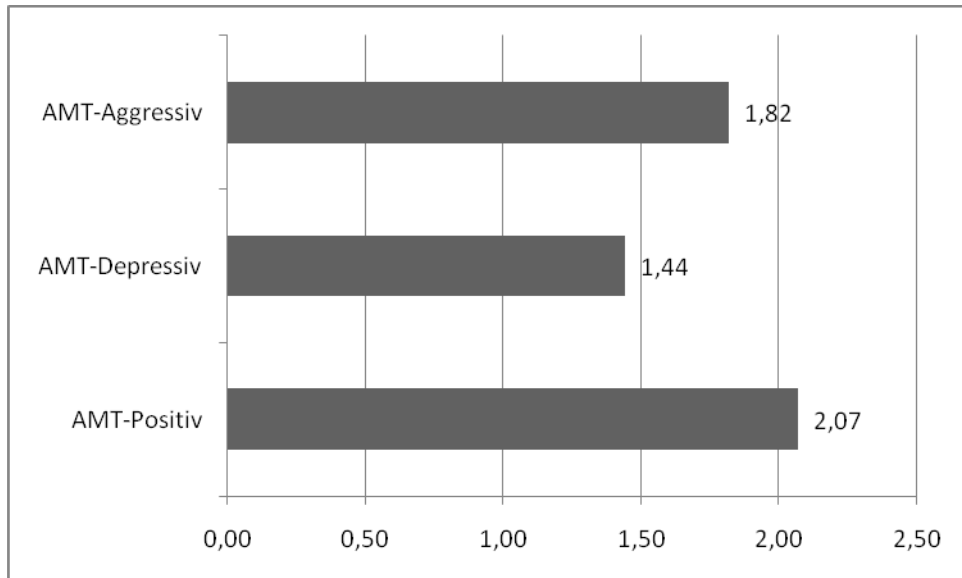


Abbildung 13: Mittelwerte der AMT – Subskalen (spezifische Ereignisse)

Bei der Auswertung nach Geschlechtsunterschieden ist nur beim Subtest „Aggressiv“ ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen zu finden ($F(1,134)=3,706$; $p=0,056$). Männer erinnern dabei mehr aggressiv behaftete autobiografische Erlebnisse als Frauen. Die anderen Subskalen bzw. der Gesamtwert an spezifischer Erinnerung ist nicht signifikant (Siehe Mittelwerte, Standardabweichungen und Teststatistiken in Tabelle 14).

Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichung AMT-Spezifische Erinnerung sowie Subscores, getrennt nach Geschlecht

	Frauen		Männer		Teststatistik	
	MW	S	MW	S	F(1,164)	p
Spezifische Erinnerung	5,15	2,81	5,85	3,05	1,544	0,216
AMT-Positiv	2,07	1,34	2,06	1,28	0,001	0,970
AMT-Depressiv	1,37	1,10	1,65	1,10	1,593	0,209
AMT-Aggressiv	1,71	1,12	2,15	1,26	3,706	0,056

Stadt– Landunterschiede sind weder beim Gesamtwert noch bei den Subskalen des AMT gegeben (Siehe Mittelwerte, Standardabweichungen und Teststatistiken in Tabelle 15), Es finden sich jedoch tendenzielle Unterschiede beim Gesamtwert ($p=0,075$) und den Subskalen Positiv ($p=0,085$) sowie Aggressiv ($p=0,093$). Die Erinnerungsleistung der Stadtbewohner ist in den angesprochenen Skalen eher höher ausgeprägt.

Tabelle 15: Mittelwerte und Standardabweichung AMT-Spezifische Erinnerung sowie Subscores, getrennt nach Wohnumgebung

	Stadt		Land		Teststatistik	
	MW	S	MW	S	F(1,164)	p
Spezifische Erinnerung	5,56	2,73	4,50	3,27	3,210	0,075
AMT-Positiv	2,17	1,28	1,70	1,42	3,017	0,085
AMT-Depressiv	1,48	1,06	1,30	1,24	0,632	0,428
AMT-Aggressiv	1,91	1,18	1,50	1,11	2,856	0,093

Auch in Abhängigkeit von der Bildung sind keine signifikanten Unterschiede, weder beim Gesamtwert noch bei den drei Subtests, gegeben (Siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Mittelwerte und Standardabweichung AMT-Spezifische Erinnerung sowie Subscores, getrennt nach Schulbildung; VS: Volksschule; HS: Hauptschule; BMS: Berufsbildende Schule;

	VS/HS		Lehre/BMS		Matura/Uni		Teststatistik	
	MW	S	MW	S	MW	S	F(1,133)	p
Spezifische Erinnerung	4,67	3,39	5,34	2,71	5,81	2,63	1,473	0,233
AMT-Positiv	1,70	1,49	2,07	1,25	2,36	1,23	2,366	0,098
AMT-Depressiv	1,27	1,26	1,51	1,09	1,48	0,99	0,517	0,597
AMT-Aggressiv	1,70	1,24	1,77	1,16	1,98	1,14	0,608	0,546

Das Alter der Versuchspersonen steht mit der Nennung von autobiografischen Ereignissen in keinem signifikanten Zusammenhang. Weder die Korrelation für den Gesamtwert noch für die Subscores ist signifikant.

Tabelle 17: Korrelation von Alter AMT - Spezifische Erinnerung sowie Subscores,

	r	p
Spezifische Erinnerung	0,08	0,329
AMT-Positiv	0,10	0,265
AMT-Depressiv	0,07	0,437
AMT-Aggressiv	0,04	0,682

2.8.6 Bildung der unabhängigen Variablen

Setzt man PTSD und das Erleben von kriegstraumatischen Ereignissen in Beziehung, so lassen sich folgende Gruppen bilden: Die erste Gruppe, aus 63 (46%) Personen bestehend, beinhaltet jene Personen, die durch keine Kriegserlebnisse beeinträchtigt waren. Die zweite Gruppe, die aus 65 (48%) Personen besteht, hat zwar Kriegsereignisse erlebt, weist aber einen unauffälligen PTSD- Gesamtwert auf. Die dritte Gruppe, die aus 8 Personen (6%) besteht, hat sowohl Kriegserlebnisse erlebt und ist auch beim Gesamtwert der PCL- C im auffälligen Bereich.

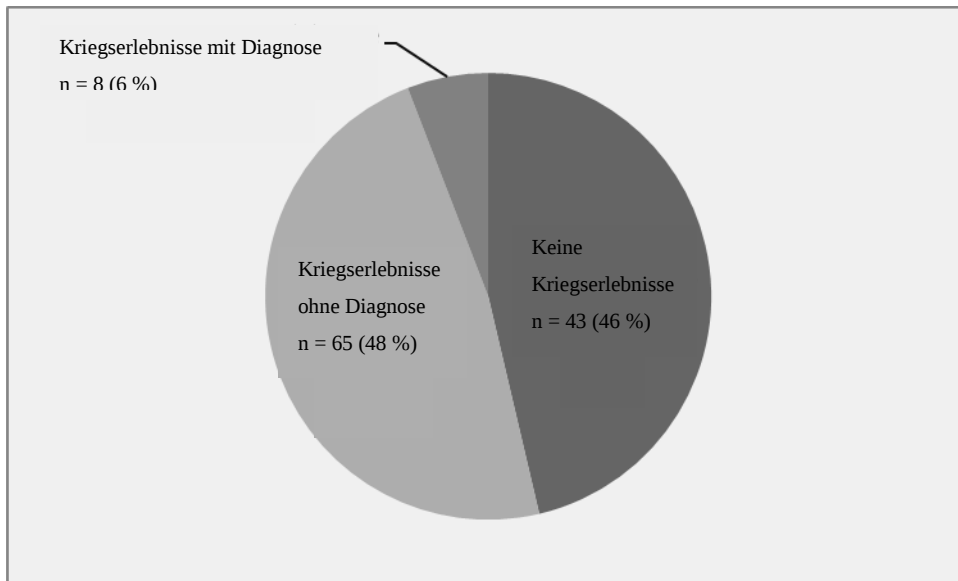


Abbildung 14: Beschreibung der unabhängigen Variablen (Personen ohne Kriegserlebnisse, Personen mit Kriegserlebnissen jedoch keine Störung, Personen mit Kriegserlebnissen und Störung) n=136

Die zweite unabhängige Variable, die in dieser Auswertung in der Hypothesenformulierung verwendet wird, setzt sich zusammen aus den 63 (47%) Personen, die keine Kriegserlebnisse hatten, 11 (8%) Probanden, die den Krieg aktiv erlebten und 60 (45%), die den Krieg passiv erlebten.

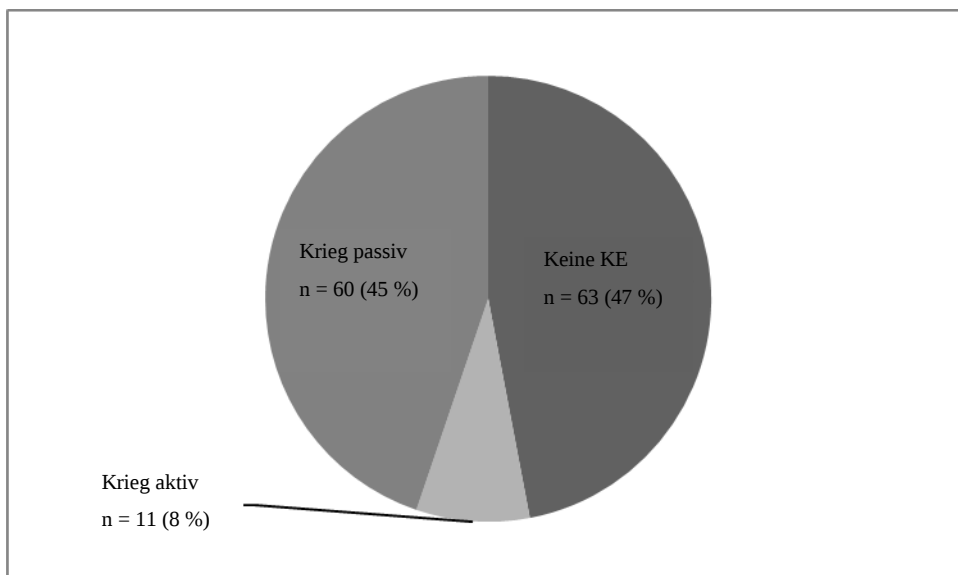


Abbildung 15: Aktive vs. passive Beteiligung am Kriegsgeschehen, bzw. keine Involvierung (n=134)

2.9 Hypothesenprüfung

Hypothese 1

H0: Es besteht kein Unterschied zwischen den 3 Gruppen (keine Kriegserlebnisse / Kriegserlebnisse ohne PTSD Symptome / Kriegserlebnisse mit PTSD Symptomen) im autobiographischen Erinnerungsstil.

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen den 3 Gruppen (keine Kriegserlebnisse / Kriegserlebnisse ohne PTSD Symptome / Kriegserlebnisse mit PTSD Symptomen) im autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Kriegserlebnisse, PTSD Symptome

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität

N: Alle

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgt mittels einfaktorieller Varianzanalyse da die Voraussetzungen (Normalverteilung der abhängigen Variablen in jeder Ausprägung der unabhängigen, Varianzhomogenität und Intervallskaleneigenschaft der abhängigen Variablen) gegeben ist.

Das Ergebnis der Varianzanalyse ist nur tendenziell signifikant ($F(2,133)=2,487$; $p=0,087$). Die Gruppe der Personen ohne Kriegserlebnisse weist einen Mittelwert von 5,12 ($S=3,10$) autobiografisch erinnerten Ereignissen auf. Für die Gruppe, die mit Kriegsereignissen, die jedoch keine PTSD ausgebildet hat, ergibt sich der höchste Mittelwert von 5,74 ($S=2,53$). Die Erinnerungsleistung ist am geringsten, wenn Kriegsereignisse vorliegen und eine PTSD ausgebildet ist: Personen, für die dieser Sachverhalt zutrifft, erinnern durchschnittlich nur 3,50 ($S=3,16$) Erlebnisse präzise.

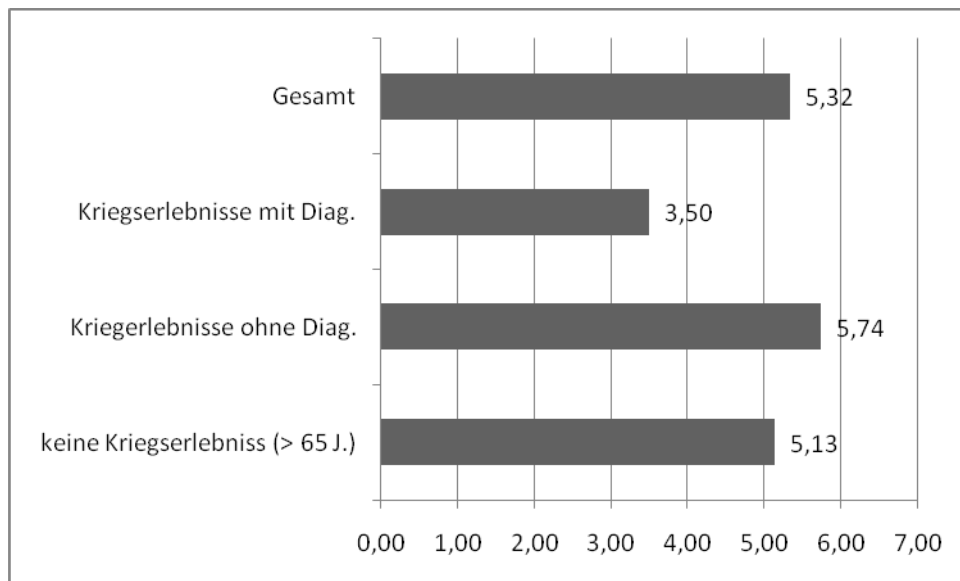


Abbildung 16: Mittelwerte AMT – Gesamtwert (spezifische Erinnerungen) getrennt nach Untersuchungsgruppen

Betrachtet man die einzelnen Subtests, so sind signifikante Unterschiede nur bei den aggressiv erinnerten Erlebnissen zu finden ($p=0,019$). Es gilt, dass Personen mit Kriegsereignissen und PTSD niedrigere Erinnerungswerte haben, sie unterscheiden sich insbesondere von der Gruppe mit Kriegserlebnissen, die aber einen PTSD– Gesamtwert unter dem Cut-Off aufweisen.

Bei dem Subtest mit positiven Erinnerungen ist ein tendenziell signifikantes Ergebnis zu finden ($p=0,092$). Wieder zeigen Personen mit Kriegserlebnissen und traumatischer Störung geringere Erinnerungsleistungen. Beim Subtest Depressiv sind die Unterschiede nicht signifikant ($p=0,933$).

Tabelle 18: Mittelwerte, Standardabweichungen Amt– Subscores, getrennt nach Untersuchungsgruppen, sowie Teststatistiken

	Keine KE		KE/PTS -		KE/PTS +		Teststatistik		
	MW	S	MW	S	MW	S	F	p	eta
AMT-Positiv	2,05	1,37	2,20	1,23	1,13	1,36	2,433	0,092	0,035
AMT-Depressiv	1,41	1,17	1,48	1,05	1,38	1,06	0,069	0,933	0,001
AMT-Aggressiv	1,67	1,24	2,06	1,01	1,00	1,31	4,076	0,019	0,058

Hypothese 2

H1: Die Charakteristik des Traumaerlebnisses (Man-made vs. Nature made) hat einen Einfluss auf den autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Charakteristik des Traumaerlebnisses

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität (Gesamtwert)

N: Nur die Traumatisierten (VG1 und VG2)

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgt mittels zweifaktorieller Varianzanalyse, da die Voraussetzungen gegeben sind. Der erste Faktor ist eine Einteilung nach Traumata, die man-made sind, der zweite Unabhängige Faktor beinhaltet die Einteilung nach Traumen, die nature-made sind.

Der Faktor „man made“ ist nicht signifikant ($F(1,132)=1,722$; $p=0,192$), ebenso nicht signifikant ist der Faktor „nature made“ ($F(1,132)=2,374$; $p=0,126$). Schließlich ist auch noch die Wechselwirkung aus den beiden Faktoren nicht signifikant ($F(1,132)=1,099$; $p=0,296$). Die Charakteristik des Traumaereignisses hat somit keinen Einfluss auf den autobiografischen Erinnerungsstil.

Tabelle 19: Autobiografische Gedächtnisleistung getrennt nach Charakteristik des Traumaereignisses

		Trauma „man made“					
		nein		Ja		gesamt	
		M	SD	M	SD	M	SD
Trauma „nature made“	Nein	3,44	3,24	5,33	3,31	4,52	3,34
	Ja	5,17	3,15	5,53	2,71	5,47	2,77
	Gesamt	4,59	3,23	5,50	2,77	5,32	2,87

Hypothese 3

H1: Der Copingstil hat einen Einfluss auf den autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Copingstrategien

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität (Gesamtwert und Subscores)

N: Alle

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgt mittels multipler Regression, die drei Copingstrategien sind die Prädiktoren für das Kriterium autobiografische Gedächtnisspezifität.

Das Regressionsmodell ist signifikant ($F(1,134)=5,233$; $p=0,024$). Signifikant ist nur der vermeidende Copingstil. Es ergibt sich ein Beta von 0,19 ($C=4,12$; $B=0,538$; $t=2,03$; $p=0,04$). Inhaltlich bedeutet dieses Ergebnis, dass mit höheren Werten in der vermeidenden Copingstrategie auch mehr autobiografische Erinnerungen einhergehen. Es können jedoch nur rund 3% an Varianz erklärt werden. Das heißt, es handelt sich nur um einen sehr geringen Zusammenhang.

Berechnet man Regressionen auf die Subscores des AMT, so ist weder bei den positiv erinnerten Erlebnissen ($F(3,132)=1,787$; $p=0,153$), den depressiven Erlebnissen ($F(3,132)=2,67$; $p=0,088$) noch bei den aggressiv erlebten Inhalten ($F(3,132)=1,146$; $p=0,333$) ein signifikantes Regressionsmodell gegeben. Die Subscores des AMT lassen sich durch die Copingstrategien nicht vorhersagen.

Hypothese 4

H1: Depression hat einen Einfluss auf den autobiographischen Erinnerungsstil.

UV: Depression

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität (Gesamtwert und Subscores des AMT)

N: Alle

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgt mittels Produktmomentkorrelationen.

Der Depressionsscore korreliert nur tendenziell signifikant negativ mit dem Gesamtwert des AMT ($r=-0,16$; $p=0,063$). Mit dem Subtest depressive Reizwörter ($r=-0,18$; $p=0,037$) ist ein signifikanter Korrelationskoeffizient gegeben. In beiden Fällen bedeutet dies, dass mit steigendem Depressionsscore die autobiografische Erinnerungsleistung (Gesamt als auch depressiv erinnerte Erlebnisse) zurückgeht. Es können jedoch jeweils

nur unter 4% an Varianz der abhängigen Variablen aufgeklärt werden. Es ist nur von einem geringen Zusammenhang auszugehen.

Tabelle 20: Korrelationen Depressivität mit AMT Gesamtwert sowie Subskalen

	r	p
Spezifische Erinnerung	-0,16	0,063
AMT-Positiv	-0,11	0,211
AMT-Depressiv	-0,18	0,037
AMT-Aggressiv	-0,10	0,235

Hypothese 5

H0: Es besteht kein Unterschied zwischen Kriegstraumatisierten Menschen unterschiedlichen Traumatisierungsalters in der Entwicklung einer PTSD.

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen Kriegstraumatisierten Menschen unterschiedlichen Traumatisierungsalters in der Entwicklung einer PTSD.

(Kindheit und Jugendalter, Mittleres Erwachsenenalter, Hohes Erwachsenenalter)

UV= Traumatisierungsalter

AV=PTSD

N = Nur die Kriegstraumatisierten

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgt mittels χ^2 -Tests für bivariate Häufigkeitsverteilungen.

Die Hypothese kann nicht beibehalten werden, das Ergebnis des χ^2 -Tests ist nicht signifikant ($\chi^2(2)=0,86$; $p=0,719$). Deskriptiv kann aber festgestellt werden, dass wenn das am stärksten belastende Ereignis im hohen Erwachsenenalter vorgefallen ist, die Ausprägung einer PTSD häufiger vorkommt (14%) als in jüngeren Jahren (6 bzw. 9%).

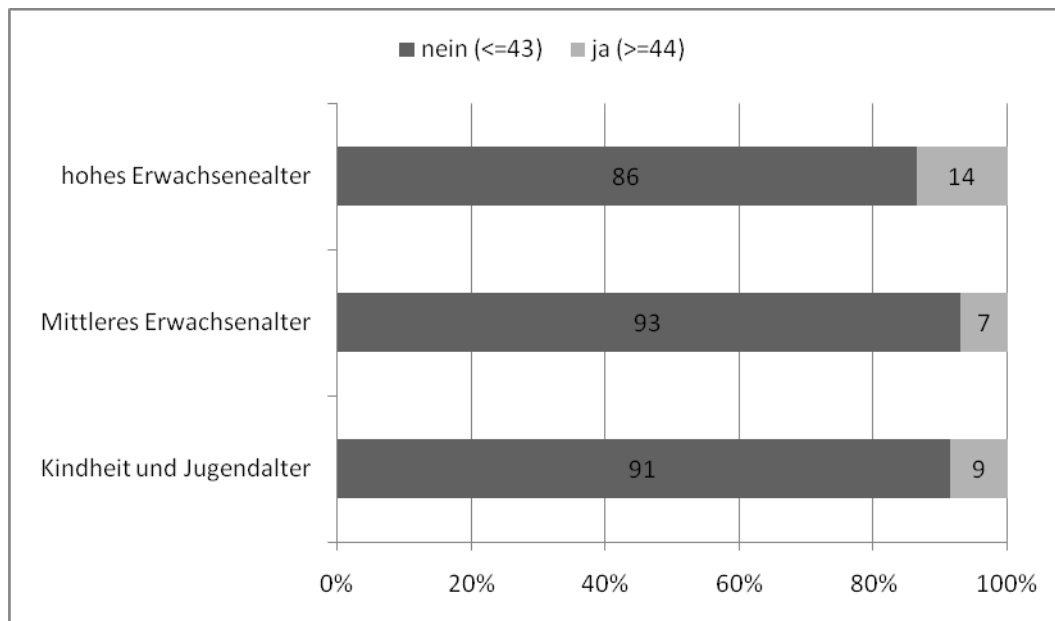


Abbildung 17: Traumatisierungsalter und Entwicklung einer PTSD (Angaben in Prozent; n=85)

Hypothese 6

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen den Alterskohorten der alten Personen, betreffend einer PTSD.

UV: Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung

AV: PTSD

N: Alle

Es lässt sich kein Zusammenhang zwischen den Alterskohorten und einer Entwicklung einer PTSD finden ($\chi^2(2)=0,736$; $p=0,692$). Bei den Probanden, die 70-Jahre oder jünger sind, entwickeln 5% eine PTSD, in den beiden anderen Altersgruppen liegt der Anteil bei 10% bzw. bei 9% bei den über 80-Jährigen.

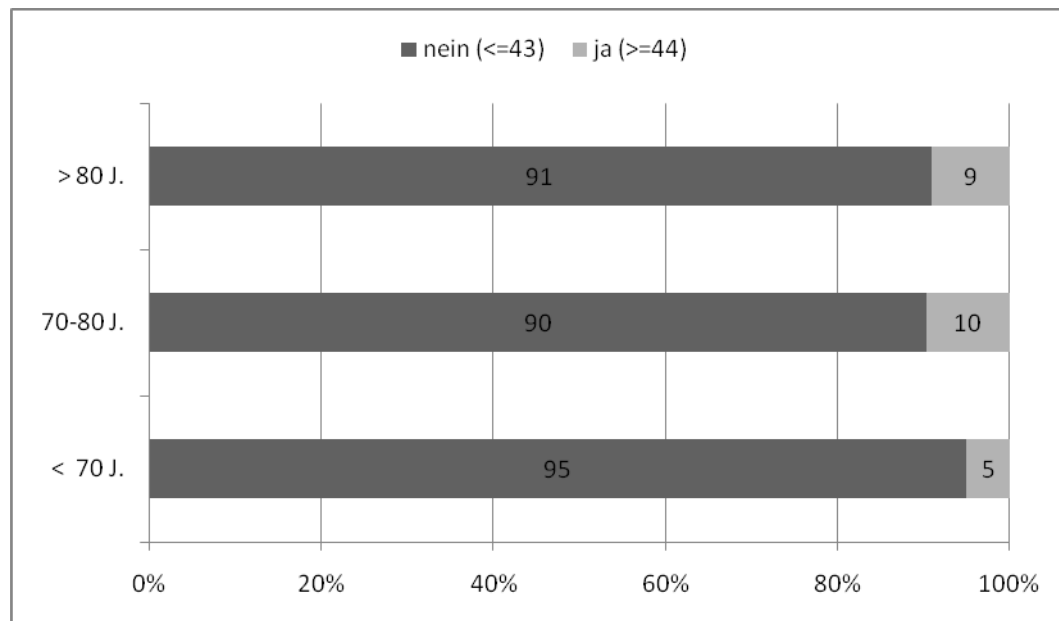


Abbildung 18: Altersgruppe und Ausprägung einer PTSD

Hypothese 7

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen traumatisierten Menschen höheren Lebensalters und nicht- traumatisierten Menschen höheren Lebensalters in der Summe der traumatischen Ereignisse.

UV= Summe der traumatischen Ereignisse

AV= PTBS- Beeinträchtigung (→ traumatisiert vs. Nicht- traumatisiert)

Da die Voraussetzungen gegeben sind, erfolgt die Auswertung der Hypothese mittels einfaktorieller Varianzanalyse.

Bezüglich der Gesamtanzahl unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ($F(1,134)=0,925$; $p=0,338$). Von Personen ohne PTSD werden im Durchschnitt 7,56 traumatische Ereignisse berichtet, von Personen mit einer PTSD 9,64. Auch bei den Traumata, die nicht von Menschen evoziert wurden, zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($F(1,134)=0,690$; $p=0,408$). Hier ergibt sich für Personen, die keine PTSD haben, ein Mittelwert von 2,34, für die Probanden mit einer PTSD wird ein Mittelwert bei 2,91 errechnet.

Bei der Anzahl von Menschen evozierten Traumen sind ebenfalls keine Unterschiede zu finden ($F(1,134)=0,599$; $p=0,440$). Personen mit einer PTSD weisen einen Mittelwert von 6,73 auf, Personen die keine PTSD zeigen, haben einen Mittelwert von 5,45.

Deskriptiv sind zwar durchgehend höhere Mittelwerte feststellbar, die Ergebnisse sind jedoch statistisch nicht bedeutsam, die Hypothese muss deswegen verworfen werden.

Tabelle 21: Mittelwerte (Standardabweichung) Anzahl Traumaerlebnisse (Gesamt, Nicht Menschen evoziert und Menschen evoziert, getrennt nach Ausprägung einer PTSD

	Keine PTSD		PTSD	
	MW	S	MW	S
Gesamtanzahl	7,56	6,78	9,64	7,86
Anzahl Trauma Nicht Menschen Evoziert	2,34	2,16	2,91	2,55
Anzahl Trauma Menschen Evoziert	5,22	6,19	6,73	6,00

Hypothese 8

H1: Es gibt Unterschiede zwischen traumatisierten Männern und Frauen im Ausmaß der PTSD Beeinträchtigung.

UV= Geschlecht (Männer und Frauen)

AV= Ausmaß der PTBS- Beeinträchtigung

N= VG1, VG2

Die Auswertung der Hypothese erfolgt mittels einfaktorieller Varianzanalyse, da die Voraussetzungen gegeben sind.

Traumatisierte Männer unterscheiden sich nicht signifikant von traumatisierten Frauen in der Ausprägung des PTSD-Gesamtscores ($F(1,69)=0,01$; $p=0,922$). Frauen weisen einen Mittelwert von 30,48 ($S=11,25$) auf, bei den Männern liegt der Mittelwert bei 30,18 ($S=9,89$).

Hypothese 9

H1: Es gibt einen Unterschied in der Erinnerungsleistung der durch positive und negative Reizwörter hervorgerufen wird.

UV: pos. vs. neg. Reizwörter

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität

N: Alle

Die Auswertung erfolgt mittels Varianzanalyse für Messwiederholungen.

Die Anzahl der erinnerten Ereignisse nach Positiv, Aggressiv und Depressiv ist signifikant unterschiedlich ($F(2,270)= 17,269$; $p<0,001$). Am häufigsten werden positive autobiografische Erlebnisse erinnert, der Unterschied zu den Ereignissen mit aggressivem Inhalt ist statistisch signifikant ($F(1,135)=4,752$; $p=0,031$; $\eta^2=0,034$). Am wenigsten oft werden depressive autobiografische Ereignisse erinnert. Diese Gruppe von Ereignissen unterscheidet sich ebenfalls signifikant von den aggressiven autobiografischen Ereignissen. ($F(1,135)= 14,041$; $p<0,001$; $\eta^2=0,094$).

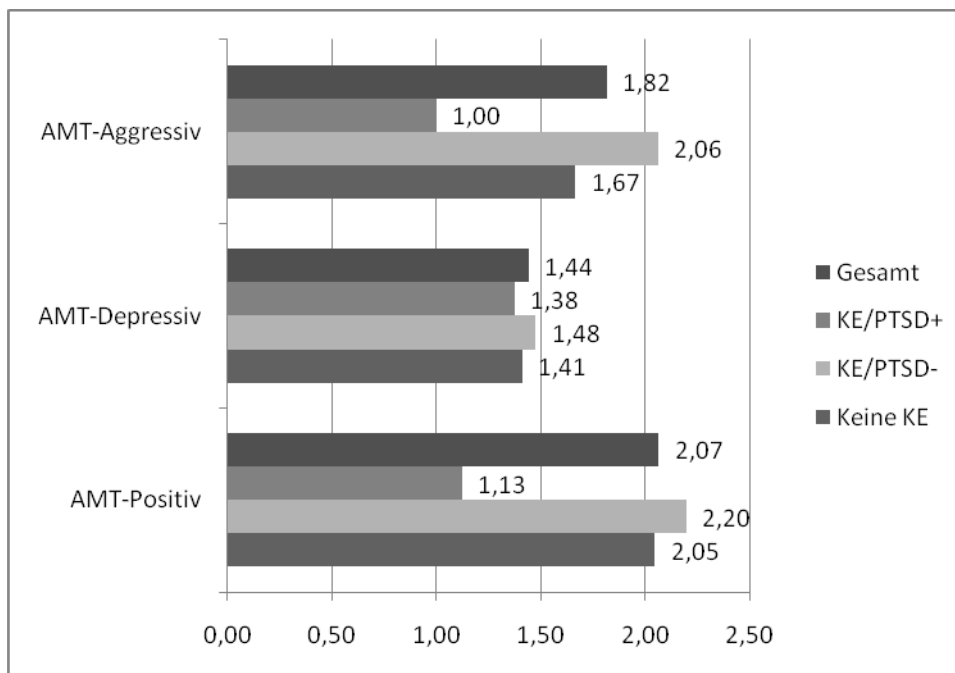


Abbildung 19: Mittelwerte der AMT – Subskalen (spezifische Ereignisse), gesamt so wie getrennt nach Untersuchungsgruppen

Hypothese 10

H1: Die allgemeine Gedächtnisleistung hat Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsspezifität.

UV: Gedächtnisleistung

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität (Gesamtwert und Subscores)

N: Alle

Die Auswertung dieser Hypothese erfolgt mittels Produktmomentkorrelation.

Die Hypothese kann nicht beibehalten werden. Die allgemeine Gedächtnisleistung korreliert nicht mit der autobiografischen Gedächtnisspezifität. Weder der Gesamtscore noch die durch die Reizvorgabe bedingten Subscores weisen einen statistisch bedeutsamen Korrelationskoeffizienten auf.

Tabelle 22: Korrelationsmatrix von AMT-Gesamtwert und Subscores mit Wortliste (allgemeine Gedächtnisleistung)

	r	p
Spezifische Erinnerung	0,10	0,244
AMT-Positiv	0,06	0,501
AMT-Depressiv	0,13	0,119
AMT-Aggressiv	0,06	0,522

Hypothese 11

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des PCL- C und der autobiografischen Gedächtnisspezifität

UV: PCL- C-Gesamtwert

AV: Autobiographische Gedächtnisspezifität (Gesamtwert und Subscores)

N: VG1+VG2

Die Auswertung der Hypothese erfolgt mittels Produktmomentkorrelation

Es findet sich mit dem Gesamtwert des AMT keine signifikante Korrelation ($r=-0,11$; $p=0,190$). Tendenziell signifikant ist die Korrelation mit den positiv erinnerten Ereignissen ($r=-0,15$; $p=0,076$). Die Erinnerungsleistung wird höher, wenn der Gesamtwert der PCL- C sinkt.

Bei den aggressiven und den depressiven Ereignissen besteht kein statistisch belegbarer Zusammenhang (Siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Korrelationsmatrix von PCLC – Gesamtwert mit AMT-Gesamtwert und AMT-Subscores

	r	p
Spezifische Erinnerung	-0,11	0,190
AMT-Positiv	-0,15	0,076
AMT-Depressiv	-0,06	0,503
AMT-Aggressiv	-0,05	0,575

Hypothese 12

H1: Es gibt Unterschiede in der autobiographischen Gedächtnisleistung zwischen aktiven / passiven Kriegsteilnehmern.

UV: aktiv / passiv

AV: Gedächtnisspezifität

N: VG1, VG2

Die Auswertung erfolgt mittels einfaktorieller Varianzanalyse.

Bezüglich der Gesamtleistung des AMT sind signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von aktiver oder passiver Kriegsteilnahme zu finden ($p=0,045$). Ein Blick auf die Mittelwerte zeigt, dass Personen, die passiv am Kriegsgeschehen beteiligt waren, eine geringere spezifische Gedächtnisleistung aufweisen. Bei der positiven Subskala sind keine Unterschiede statistisch belegbar ($p=0,104$). Knapp nicht signifikant ist jedoch das Ergebnis bei der Subskala Depressiv ($p=0,050$). Auch hier zeigen passive Kriegsteilnehmer eine geringere Erinnerungsleistung. Der Subtest Aggressiv ist wiederum nicht signifikant ($p=0,263$),

Tabelle 24: AMT-Erinnerungsleistung, getrennt nach aktiver/passiver Teilnahme am Kriegsgeschehen.

	Aktiv		Passiv		Teststatistik		
	M	SD	M	SD	F (1,69)	p	eta
Spezifische Erinnerung	6,91	2,84	5,15	2,58	4,182	0,045	0,057
AMT-Positiv	2,64	1,12	1,95	1,29	2,713	0,104	0,038
AMT-Depressiv	2,00	1,26	1,33	0,97	3,996	0,050	0,055
AMT-Aggressiv	2,27	1,19	1,87	1,08	1,272	0,263	0,018

Hypothese 13

H1: Es gibt Unterschiede in den Copingstilen zwischen aktiven/ passiven Kriegsteilnehmern.

UV: aktiv/ passiv

AV: Copingstile

N: VG1, VG2

Bei den Copingstrategien sind keine Unterschiede zwischen aktiven und passiven Kriegsteilnehmern zu finden. Mittelwerte und Teststatistiken in nachfolgender Tabelle.

Tabelle 25: Copingstile, getrennt nach aktiver/passiver Teilnahme am Kriegsgeschehen.

	passiv		aktiv		Teststatistik		
	M	SD	M	SD	F (1,69)	p	eta
Vermeidend	2,73	0,87	2,23	1,07	2,144	0,148	0,030
Problemorientiert	1,13	0,86	1,34	0,88	0,525	0,471	0,008
Emotional	1,48	0,95	1,78	1,07	0,773	0,382	0,011

Hypothese 14

H1: Es gibt Unterschiede bei Depression zwischen aktiven/ passiven Kriegsteilnehmern.

UV: aktiv/ passiv

AV: Depression

N: VG1, VG2

Auch bezüglich Depression sind keine Unterschiede zwischen Personen, die am Krieg aktiv teilgenommen haben und jenen, die ihn passiv erlebten, zu finden ($F(1,68)=0,515$, $p=0,475$). Der Mittelwert für aktive Teilnehmer am Krieg liegt bei 2,91; für passiv Betroffene ergibt sich ein Mittelwert von 2,46 ($SD=1,91$).

3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen sowie Ansätze für weiterführende Forschung

3.1 Soziodemographie

Die vorliegende Stichprobe setzt sich zu drei Viertel aus Frauen und zu einem Viertel aus Männern zusammen und wurde in Wien und in Niederösterreich zu ihren traumatischen Erfahrungen befragt. Der hohe Frauenanteil ist einerseits durch die höhere Lebenserwartung von Frauen und andererseits durch den 2. Weltkrieg, aus welchem viele Männer nicht mehr zurückkehrten, zu erklären.

Es gibt keine Unterschiede bezüglich des Alters, Teilnehmer weiblichen und männlichen Geschlechts sind rund 76,5 Jahre alt.

Im Bereich Bildung weisen jene Teilnehmer, welche in einem städtischen Umfeld aufwuchsen, eine höhere Schulbildung auf. Früher fehlten Bildungsstätten auf dem Land oder waren nur schwer zu erreichen, was diesen Unterschied erklären dürfte.

95% der Probanden sind zum Zeitpunkt der Untersuchung ausschließlich im Ruhestand, die restlichen 5% gehen in der Pension einer geringfügigen Beschäftigung nach.

3.2 Traumaerlebnisse

3.2.1 Nicht von Menschen verursachte Traumata

Am Häufigsten berichten die Probanden vom Erleben des unerwarteten Todes eines nahe stehenden Menschen, 71% der Teilnehmer haben dieses Trauma bereits erlebt, was durch das hohe Lebensalter der Studienteilnehmer nicht ungewöhnlich erscheint.

Unfälle mit darauf folgender medizinischer Behandlung werden von 39% der Befragten angegeben.

Schwere Verletzungen bzw. Unfälle mit tödlichem Ausgang einer nahe stehenden Person werden von 21% berichtet. 14% berichten über das Erleben einer Naturkatastrophe.

Es ist zu sehen, dass verkehrsbedingte Unfälle mit/ ohne medizinischer Behandlung oder fatalerem Ausgang, die häufigsten Unfallarten darstellen. Schwere Naturkatastrophen gibt es in Mitteleuropa eher selten, was sich im Erleben der Probanden widerspiegelt.

3.2.2 Von Menschen verursachte Traumata

Am zweithäufigsten werden durch Menschen verursachte Traumata rund um den

2. Weltkrieg genannt– 54%, also mehr als die Hälfte der Stichprobe, musste Kriegstraumata erleben, bei welchen Menschen mit dem Tod bedroht, aus der Heimat vertrieben, verletzt, oder getötet wurden. Vor allem in den letzten Kriegswochen fanden viele Kampfhandlungen in Niederösterreich und damit auch rund um Wien statt, was den hohen Anteil an Kriegserlebnissen der Probanden erklärt.

Sexueller Missbrauch wurde insgesamt von 10% der Teilnehmer berichtet, wobei bei 8% der Täter um mehr als fünf Jahre älter war als die missbrauchte Person. Gemessen an der Stichprobengröße ist dieser Wert als sehr hoch zu bezeichnen, rund 14 der 136 Teilnehmer mussten diese Erfahrung machen.

3.2.3 Anzahl der traumatischen Erlebnisse

In der vorliegenden Studie erlebten die Teilnehmer im Mittel knapp acht Traumata. Dieser Wert kann als sehr hoch bezeichnet werden. Signifikante Geschlechtsunterschiede gibt es hierbei nicht, die Männer erlebten tendenziell mehr Traumata, bedingt durch die aktive Kriegsteilnahme. Vergleicht man dieses Ergebnis mit anderen Studien zur gleichen Thematik, so ist Trauma in dieser Stichprobe nicht überrepräsentiert. Werden die Teilnehmer mit PTSD und jene ohne PTSD hinsichtlich der Summe der erlebten Traumata verglichen (Hypothese 7), so unterscheiden sie sich nicht signifikant voneinander. Demnach ist es für die Entstehung einer PTSD nicht ausschlaggebend, wie viele Traumata jemand erlebt hat.

Teegen & Meister, (2000), zeigen durch ihre Studie, dass die Teilnehmer im Mittel mit fünf Traumaerlebnissen während der Flucht vor dem Kriegsgeschehen des 2. Weltkrieges konfrontiert waren. Über die Lebensspanne hinweg summierte sich die Anzahl der erlebten Traumata auf durchschnittlich sieben.

Teegen & Cismic (2003) konnten anhand ihrer Untersuchung zeigen, dass die Probanden im Durchschnitt mit vier Extremlastungen während des bisherigen Lebens

konfrontiert waren, wobei mehr als drei Viertel der Befragten von Kriegserlebnissen berichteten (Teegen & Cismic, 2003).

In Abhängigkeit vom Wohnort (Stadt/Land) unterscheiden sich die Probanden nicht signifikant hinsichtlich der Anzahl erlebter Traumata.

Beim Faktor Bildung zeigte sich die schwache Tendenz, dass je höher das Bildungsniveau liegt desto weniger Traumata erlebt wurden. Dies stützt den von Brewin et al. (2000) postulierten Risikofaktor „niedrige Bildung“ in der Entwicklung einer PTSD.

3.2.4 Am stärksten belastendes Ereignis

Am Häufigsten werden der unerwartete Tod nahe stehender Personen (19%) sowie Erlebnisse aus der Kriegszeit angeführt (14%). Hier gibt es wiederum weitestgehend eine Deckung mit den Ergebnissen der Studien von Teegen & Meister, (2000) sowie mit den Ergebnissen von Teegen & Cismic, (2003).

26% der Teilnehmer geben an, dass dieses Erlebnis im Kindes bzw. Jugendalter passiert ist, bei 25% fand es im mittleren Erwachsenenalter statt und schließlich für 12% im hohen Erwachsenenalter. Betrachtet man die Gruppe der Kriegstraumatisierten mit positivem PTSD- Screening, so lässt sich kein Alter identifizieren (Kindheit und Jugend; mittleres Erwachsenenalter; hohes Erwachsenenalter), welches das Entstehen einer PTSD nach einem Trauma begünstigt (Hypothese 5). Auf deskriptiver Ebene zeigt sich jedoch der Trend, dass ein Trauma im hohen Alter häufiger zu einer PTSD Symptomatik führen könnte. Bedenkt man die oben erwähnte Anzahl von Traumata über die bisherige Lebensspanne, so könnte dieser Trend durch eine Traumareaktivierung beziehungsweise eine Re- Traumatisierung durch ein zusätzliches Trauma im höheren Alter (z.B der Tod einer nahe stehenden Person) begründet sein. Auf diese Möglichkeit weist auch Heuft (1999) hin, der alte Menschen als Risikogruppe für die Entstehung einer PTSD sieht.

Ein großer Teil des Samples- 37%- kann auf die Frage nach dem am stärksten belastenden Ereignis keine Antwort geben, damit einhergehend auch nicht, wann dieses Erlebnis in ihrem Leben stattgefunden hat. Der Grund hierfür dürfte in der nicht gegebenen Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Erlebnisse liegen. Es fällt Personen schwer, den unerwarteten Tod des Partners oder einen eventuellen sexuellen Missbrauch oder Kriegserlebnisse als schwerwiegender einzustufen.

3.2.5 Coping

In Bezug auf die Problembewältigung zeigte sich, dass ältere Menschen häufiger den vermeidenden Bewältigungsstil zur Problemlösung benutzen. Dieser aus der Literatur als ungünstig bewertete Bewältigungsstil – so in Kahana et al., (1988) und Kleber & Brom, (1992), zitiert aus Kurtovic, (2006) - ist in dem interviewten Sample signifikant stärker ausgeprägt als die beiden anderen erfragten Copingstile (problemorientiert/emotional).

Im Geschlechtervergleich zeigte sich bei den Frauen die Tendenz, im fortschreitenden Alter vermehrt den emotionalen Copingstil zur Bewältigung von Problemen heranzuziehen. Brewin et al. (2000) nennen weibliches Geschlecht als einen Risikofaktor bei der Entwicklung einer PTSD und der Aufrechterhaltung der Symptomatik– die hier gefundene Tendenz der vermehrt emotionalen Problembewältigung könnte einen Erklärungspunkt hierfür bedeuten.

Der problemorientierte Bewältigungsstil wird am wenigsten häufig benutzt, wobei dieser Stil sich auf den Verlauf einer PTSD als günstig erweisen würde. Mit zunehmendem Alter zeigt sich die Tendenz, diesen Bewältigungsstil weniger zu benutzen.

Bezüglich des Bildungsniveaus ließen sich keine signifikanten Unterschiede in den Copingstilen finden.

In Abhängigkeit von der Wohnumgebung zeigten Städter die Tendenz, vermehrt emotional an die Bewältigung von Problemen heranzugehen.

Vergleicht man die Gruppe der aktiven Kriegsteilnehmer mit jener der passiven, (Hypothese 13) so lassen sich keine Unterschiede im Copingstil finden.

3.2.6 Depression

Im untersuchten Sample ist der allgemeine Depressionsscore als niedrig zu bezeichnen. Diese Ergebnis geht konform mit den Ergebnissen von Knight et al. (2002) die angeben, dass die Prävalenz einer voll ausgeprägten Depression im hohen Lebensalter zurückgeht. Ebenso gibt es bei diesem Punkt eine Deckung mit den Ergebnissen von Kessler et al. (2009), die in ihrer Untersuchung die niedrigste Prävalenz von Major Depression in der ältesten Gruppe der Gesamtstichprobe fanden.

Signifikante Geschlechtsunterschiede konnten ebenso wenig identifiziert werden wie Unterschiede in Abhängigkeit des Lebensalters sowie in Abhängigkeit von der Lebensumgebung. Zieht man den Vergleich zwischen der Gruppe der aktiven versus der passiven Kriegsteilnehmer (Hypothese 14) so sind auch bei dieser Aufteilung keine signifikanten Unterschiede auffindbar.

Einzig beim Faktor Bildung zeigte sich eine erwähnenswerte Tendenz dahingehend, dass Probanden mit niedrigem Bildungsniveau sowie jene mit hohem Bildungsniveau eine niedrigere Ausprägung im Depressionsscore zeigten.

3.2.7 Gedächtnis allgemein

Von den zehn vorgegebenen Wörtern erinnerten die Probanden im Durchschnitt sieben Wörter. Teilnehmer, die im Gesamtscore weniger als die Hälfte der Wörter erinnerten wurden von der weiteren Befragung ausgeschlossen, da bei diesen Probanden trotz vorhergehendem Demenzscreening mit dem MMSE eine Demenzerkrankung nicht mehr ausgeschlossen werden konnte.

Die allgemeine Gedächtnisleistung zeigte keine signifikanten Zusammenhänge in Bezug auf Geschlecht, Wohnumgebung sowie Bildung.

Setzt man die allgemeine Gedächtnisleistung in Beziehung zur Erinnerungsspezifität zeigt sich, dass diese beiden Faktoren unabhängig voneinander sind (Hypothese 10). Der Gesamtscore des AMT kann demnach nicht durch eine erhöhte oder herabgesetzte Leistung der allgemeinen Gedächtniskapazität erklärt werden. Wessel et al. (2002) führen in ihrer Untersuchung das gleiche Ergebnis an.

Eine signifikant negative Korrelation zeigte sich in der Auswertung bei dem Faktor Alter, was bedeutet, dass die Gedächtnisleistung mit höherem Alter generell abnimmt.

3.2.8 PCL- C und Posttraumatische Belastung

In Anlehnung an Weathers et al. (1993) wurde der Cut-Off Wert zur Unterscheidung von einer vorhandenen PTSD versus keine vorhandene PTSD bei 44 Punkten festgelegt. In der ursprünglichen Fassung der PCL- C von Weathers et al. (1993) entspricht dieser Wert jenem, der zum Einsatz kommt, um bei Zivilisten den Grad vorhandener PTSD-Symptome nach einem Motorradunfall zu screenen.

Der hohe Cutt- Off Wert kann als streng konservativ bezeichnet werden, was erklärt, warum in der gesamten Stichprobe nur acht Probanden einen derart hohen Wert aufzeigten. Im Geschlechtervergleich zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Gruppe der positiv auf PTSD getesteten Teilnehmer (Hypothese 8).

Aufgrund des hohen Altersschnitts der Stichprobe könnte man nun folgern, dass es für alte Menschen zum Alltag gehöre, mit einer traumatischen Vergangenheit zu leben. Die vergangene Zeit zwischen Trauma und Jetztzeit dürfte wohl zur Heilung positiv beigetragen haben. Zudem ist die Skala Vermeidung im vorliegenden Sample am stärksten ausgeprägt, was auch ein Mitgrund sein könnte, warum PTSD Symptome nur bedingt aufgefunden werden konnten.

Die am zweitstärksten ausgeprägte Symptomgruppe von PTSD in dieser Stichprobe ist Arousal. Am schwächsten sind die Symptome in Bezug auf die Skala Intrusion. Dieses Ergebnis widerspricht der These, dass Intrusionen das valideste Mittel seien, um PTSD vorherzusagen.

Stadtbewohner zeigen in den drei Subskalen der PCL- C sowie auch im Gesamtwert signifikant niedrigere Ausprägungen bezüglich PTSD als Landbewohner.

Das Bildungsniveau betreffend kann angeführt werden, dass tendenziell Probanden mit hoher Schulbildung (Matura; Universitätsabschluss) einen geringeren Gesamtwert in der PCL- C erreichen. Sie sind demzufolge weniger durch PTSD Symptome belastet. Dieses Ergebnis stützt den Risikofaktor „niedrige Bildung“ nach Brewin et al. (2000).

Setzt man den Gesamtwert der PCL- C mit dem Alter in Beziehung, so zeigt sich, dass es keinen signifikanten Zusammenhang gibt (Hypothese 6). Maercker (2003) führt das Alter als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTSD an. Im vorliegenden Sample kann dieser Faktor nicht unterstützt werden. Mit allen Einbußen (physischer sowie psychischer Natur), die das Altern bringt, so könnte es auch bedingt durch die mannigfachen Erfahrungen sein, dass dieser Erfahrungsschatz eine Ressource darstellt, die als Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer PTSD wirkt.

Betrachtet man das Alter, in dem das Trauma stattfand (Hypothese 5), gibt es keinen Unterschied in der Entwicklung einer PTSD.

Ein weiterer Risikofaktor für die Entwicklung einer PTSD ist nach Brewin et al. (2000) das weibliche Geschlecht. Im vorliegenden Sample kann dieses Postulat nicht unterstützt werden. In der kleinen Gruppe der Syndromträger lassen sich statistisch keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht finden.

3.2.9 Autobiographisches Gedächtnis

Im Mittel erinnerten die Probanden bei 12 gestellten Aufgaben fünf Erlebnisse spezifisch. Eklatante Defizite in der Erinnerungsleistung der alten Menschen zeigten sich nicht, wobei es keinem der 136 Teilnehmer gelang, alle 12 Aufgaben spezifisch zu erinnern.

Geschlechtsunterschiede in der Erinnerungsleistung über die Gesamtvorgabe konnten nicht gefunden werden. Im Vergleich der Subtests des AMT zeigte sich die Tendenz, dass Männer mehr aggressiv gefärbte Erlebnisse spezifisch erinnern. Dieses Ergebnis könnte im Zusammenhang mit der Kriegsteilnahme stehen.

Generell konnte festgestellt werden, dass es den Probanden am leichtesten fiel, sich an positive Erlebnisse spezifisch zu erinnern und es ihnen am schwersten fiel, sich an depressiv gefärbte Erlebnisse zu erinnern. Hier könnte der Copingstil eine Rolle spielen, der im untersuchten Sample weitgehend durch Vermeidung gekennzeichnet war. Setzt man die Copingstile als Prädiktoren für den Erinnerungsstil ein (Hypothese 3), so zeigt sich ein schwach signifikantes Ergebnis beim vermeidenden Copingstil. Geht man wiederum in die Subscores des AMT, so verschwindet der Zusammenhang. Die Subscores des AMT lassen sich durch die Copingstile nicht vorhersagen.

Vergleicht man die drei Versuchsgruppen hinsichtlich der Unterschiede in der Beschaffenheit der Reizwörter (Hypothese 9), so ist anzumerken, dass wieder am besten die Erlebnisse mit positivem Inhalt erinnert werden und zwar signifikant besser als jene mit negativen Inhalten.

Unterschiede in Abhängigkeit von der Wohnumgebung waren nur tendenziell vorhanden.

Stadtbewohner zeigten in den Subskalen „positiv“ und „aggressiv“ sowie in Bezug auf den Gesamtwert etwas höhere Erinnerungsleistungen.

Bei den Faktoren Bildung und Alter zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Setzt man die autobiographische Erinnerungsspezifität in Beziehung zum Ausmaß einer etwaig vorhandenen PTSD (Hypothese 11), so zeigt sich über den Gesamtscore der PCL- C keine signifikante Korrelation.

Geht man in die Subscores des AMT und vergleicht hier, so lässt sich eine tendenziell signifikant negative Korrelation mit dem Subscore AMT- Positiv finden. Inhaltlich meint dies, dass die spezifische Erinnerungsleistung im genannten Subscore steigt, je niedriger der Gesamtscore in der PCL- C wird.

Auch die Charakteristik des Traumas (man-made versus nature-made) beeinflusst das spezifische Erinnern nicht (Hypothese 2).

3.2.10 Haupthypothesen

Setzt man den spezifischen autobiographischen Erinnerungsstil in Beziehung mit den sich ergebenden drei Gruppen der Stichprobe (Hypothese 1), so lässt sich ein tendenziell signifikantes Ergebnis finden. Es kann angemerkt werden, dass die Gruppe der Teilnehmer ohne Kriegserlebnisse und die Gruppe der Probanden mit Kriegserlebnissen und positivem PTSD- Screening (Gesamtwert 44 und höher bei der PCL- C) schlechtere spezifische Erinnerungsleistung zeigen als die Gruppe jener Probanden, die sowohl Kriegserlebnisse als auch Traumaerfahrung haben, jedoch negativ auf PTSD gescreent wurden. Zusammengefasst lässt sich somit sagen, dass die Kombination aus Kriegstrauma und vorhandener PTSD Symptomatik die spezifische Erinnerungsleistung tendenziell sinken lässt, während die kriegstraumatische Erfahrung ohne darauf folgende PTSD die Erinnerungsleistung steigen lässt.

Betrachtet man die Subtests des AMT, so zeigt sich die gleiche Tendenz, wobei der Subtest „aggressiv“ ein signifikantes Ergebnis zeigt: Probanden mit Kriegserfahrungen und positivem PTSD- Screening erinnern signifikant weniger spezifisch als jene Teilnehmer mit Kriegserlebnissen und Traumaerfahrung jedoch negativem PTSD- Screening.

Entwickelt sich nach dem Trauma eine PTSD, so scheint sich diese negativ auf das autobiographische Gedächtnis auszuwirken, es zeigen sich weniger spezifische Erinnerungen.

Das gefundene Ergebnis unterstützt die Resultate einiger Forscher zur gleichen Thematik, so sehen zum Beispiel Kuyken & Brewin (1995), Mc Nally et al. (1995) und Wessel et al.(2002) eine vorhandene PTSD als einen wichtigen Faktor im Entstehen

eines übergeneralisierten Erinnerungsstils. Brewin et al., (1999), postulieren in diesem Zusammenhang, dass die PTSD Symptomatik die gesamte kognitive Kapazität aufbraucht und für spezifisches Erinnern keine Ressource mehr vorhanden sei.

Die traumatische Erfahrung allein scheint keinen negativen Einfluss auf die autobiographische Erinnerungsspezifität zu nehmen, gegen die Erwartung scheint sie diese sogar zu erhöhen. Hier gibt es eine Deckung mit den Ergebnissen von Kleim und Ehlers. (2008) die anführen, dass das Erleben eines Traumas allein nicht notwendigerweise zu einem übergeneralisierten Erinnerungsstil führt. Der übergeneralisierte Erinnerungsstil sei vielmehr ein Charakteristikum, welches Menschen auszeichnet, die nach einem Trauma eine PTSD entwickelten (Kleim & Ehlers, 2008; Moore & Zoellner, 2007).

Wurde ein Trauma in angemessener Art bearbeitet und verarbeitet, so könnte dies die Bereitschaft erhöhen, genauer in die eigene Biographie einzutauchen und sich auch an unangenehme Erlebnisse detailreich zu erinnern. Ruft man sich in diesem Zusammenhang das Modell der sequentiellen Traumatisierung nach Keilson (1979) ins Gedächtnis, so könnte der **Schlüssel im Verarbeiten des Erlebten** liegen und damit einhergehend im sozialen Umfeld. Keilson vertrat die Ansicht, dass die dritte Phase im Traumatisierungsprozess (Erholungsphase) jene ist, die für eine Genesung bzw. für das nicht Entstehen einer PTSD am wichtigsten sei. Das Ergebnis der Studie von Bauer (2009) sei an dieser Stelle ebenfalls erwähnt, da sie zeigen konnte, dass ehemalige Kriegskinder, die ein stützendes und beschützendes familiäres Umfeld hatten, trotz erlebter Kriegstraumen weniger häufig posttraumatische Symptome zeigten. Zudem führt Bauer (2009) an, dass jene Kriegskinder von damals im späteren Leben oft mit ihren Partnern und eigenen Kindern über ihre Kriegserlebnisse sprachen. Sie sieht im Mitteilen der Erlebnisse einen zentralen, protektiven Faktor gegen die Entwicklung einer PTSD (Bauer, 2009).

Dem Autor scheint dieser Punkt Anlass genug um hier auf einen Ansatzpunkt für zukünftige Forschung hinzuweisen.

Vergleicht man die spezifische Gedächtnisleistung der Gruppe der aktiven Kriegsteilnehmer mit jener Gruppe, die den Krieg als Zivilisten erlebten (Hypothese 12), so zeigt sich über den Gesamtscore des AMT ein signifikantes Ergebnis. Zivilisten erreichen hier weniger spezifische Erinnerungen als aktive Kriegsteilnehmer. Ein Blick

auf die Subscores des AMT zeigt, dass die Skala „positiv“ und die Skala „aggressiv“ nicht signifikant sind, jedoch die Skala „depressiv“ in Richtung signifikant geht.

Dies könnte auf die vielfältigen negativen Erfahrungen durch den Kampfeinsatz zurückzuführen sein. Mc Nally et al. (1995) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass Veteranen positive und negative Inhalte gleich schlecht erinnerten. Unter den Veteranen, die zusätzlich an PTSD litten, wurden überproportional oft spezifische Inhalte aus dem Krieg erinnert.

Williams et al., (2007) erwähnen in diesem Zusammenhang, dass Personen mit traumatischen Erlebnissen sowie mit Depression häufiger negativ behaftete Erinnerungen wiedergeben.

Weiters könnte das tendenziell bessere Erinnern negativer Inhalte durch die Identität der aktiven Kriegsteilnehmer begründet sein (der Krieg als Teil der eigenen Identität). Barclay (1986) meint hierzu, dass die Störung der Konstanz der Lebensereignisse eine Störung im autobiographischen Erinnerungssystem zur Folge hätte. Dieser Ausführung folgend wäre es verständlich, dass vermehrt negative Komponenten abgerufen würden, wenn positive fehlen.

Inwieweit der Krieg als zentrales Lebensereignis empfunden wurde und inwieweit die Kriegszeit als identitätsgebend angesehen wurde, wurde von den Probanden nicht erfragt und wäre wiederum ein wichtiger Ansatzpunkt für zukünftige Forschung.

Abschließend seien die wichtigsten Ergebnisse noch einmal kurz zusammengefasst:

Durchschnittlich erlebte die Generation 65+ über die Lebensspanne acht Traumata, wobei anzumerken ist, dass Männer im Durchschnitt neun traumatische Erlebnisse hatten, wofür der 2. Weltkrieg verantwortlich sein dürfte.

Probanden mit traumatischen Kriegserlebnissen und positivem PTSD- Screening zeigten die Tendenz, weniger spezifisch zu erinnern als die beiden anderen Gruppen.

Personen mit traumatischen Kriegserlebnissen und negativem PTSD- Screening erzielten die höchste Erinnerungsspezifität.

Ein bestimmtes Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, welches als Vulnerabilitätsfaktor für das Entstehen einer PTSD angegeben werden könnte, zeigte sich nicht.

Passive Kriegsteilnehmer zeigten in der spezifischen Erinnerung die Tendenz weniger genau zu erinnern als aktive Kriegsteilnehmer.

Bei den verschiedenen Copingstilen konnte tendenziell festgestellt werden, dass im höheren Alter vermehrt der vermeidende Stil zum Einsatz kommt.

Der Copingstil eignet sich als Prädiktor für den Grad der Erinnerungsgenauigkeit ebenso wenig wie die allgemeine Gedächtnisleistung.

Aus den Ergebnissen kann gesagt werden, dass nicht das Erleben eines Kriegstraumas sondern eine eventuell darauf entwickelte PTSD die Spezifität der Erinnerung negativ beeinflusst. Die positive Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses dürfte ein wesentlicher Schutzfaktor gegen die Entstehung eines übergeneralisierten Erinnerungsstiles sein.

4 Reflexion

Die vorliegende empirische Studie brachte verwertbare Ergebnisse in Bezug auf die Generation der alten Menschen hinsichtlich erlebter Kriegstraumata in Verbindung mit dem autobiographischen Gedächtnis sowie hinsichtlich der Verarbeitungsstile.

Es handelte sich um eine quasiexperimentelle Untersuchung, da vorab nicht zu einer Versuchs bzw. Kontrollgruppe zugeordnet werden konnte.

Die Stichprobe ist eine natürlich gewachsene, sie besteht zu drei Viertel aus Frauen und zu einem Viertel aus Männern. Die Rekrutierung der Teilnehmer gestaltete sich einfach, sofern die Institutionen, in welchen viele alte Menschen leben, den Zugang für die Untersuchungsleiter nicht verwehrten. Durchgeführt wurde die Erhebung im Frühjahr 2007. Auffällig war das rege Interesse der alten Menschen, wobei es wichtig ist zu erwähnen, dass doch viele bei näherer Erläuterung der Thematik (mitunter negative Erinnerungen aus der Vergangenheit in Verbindung mit Erlebnissen aus dem 2. Weltkrieg) nicht mehr bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Somit liegt ein selbstsülegiertes Sample vor, was ein Mitgrund für die geringe Anzahl der Personen mit positivem PTSD- Screening sein könnte. Durch diesen Umstand könnte die Prävalenz der PTSD in dieser Stichprobe unterschätzt worden sein.

Eine etwas größere Stichprobe als $N = 136$ wäre von Vorteil gewesen. Jedoch wurde diese Studie in Zusammenarbeit mit der Kollegin Pfaffstaller durchgeführt, deren Schwerpunkt auf allgemeinen traumatischen Erlebnissen lag. In ihre Studie konnten alle 166 Interviewten eingeschlossen werden – aufgrund des Schwerpunktes der vorliegenden Diplomarbeit zur Kriegsthematik mussten 30 Probanden wegen zu geringen Alters ausgeschlossen werden.

Funktionelle Störungen einiger Teilnehmer (Hör- und Sehbehinderungen, Behinderungen der Feinmotorik) wurden von den Untersuchungsleitern gut aufgefangen, indem laut gesprochen, vorgelesen und im Bedarfsfall mitgeschrieben wurde. Die Teilnehmer reagierten gut auf die Fragen und der Austausch zwischen Jung und Alt war ein gegenseitig bereichernder.

Stellte sich beim Demenzscreening heraus, dass eine Person aus der weiteren Untersuchung ausgeschlossen werden musste, so wurde dennoch an das

Demenzscreening ein kurzes Gespräch mit Fragen zur Biographie angehängt und nicht gleich abgebrochen.

Traumatische Erinnerungen waren häufig begleitet von starken Emotionen, die durch die Testleiter gut aufgefangen wurden.

Wie oben angemerkt wurde die Untersuchung vom Autor gemeinsam mit der Kollegin Pfaffstaller geplant und durchgeführt, dies im Rahmen eines Forschungsschwerpunktes der Abteilung für klinische Psychologie der Universität Wien. Der Schwerpunkt der Untersuchung der Kollegin Pfaffstaller lag auf allgemeinen traumatischen Erlebnissen in Verbindung mit autobiographischer Erinnerung und hohem Lebensalter.

Die Auswertungen wurden von beiden Testleitern kontrolliert und rückkontrolliert.

Der Durchführungs- und Handhabungsstandard des AMT wurde eingehalten und erlaubt so einen Vergleich mit den Ergebnissen anderer Studien. Standards und Einschlusskriterien nach Moore & Zoellner (2007) wurden erfüllt.

Der Wahrheitsgehalt der angegebenen Erinnerungen konnte nicht überprüft werden. Die Studie hat generell einen retrospektiven Charakter.

Es könnte sein, dass Teilnehmer aufgrund des sich Bewusstwerdens eines schlechten Gedächtnisses Inhalte erfunden haben. Auf der anderen Seite könnten sie Inhalte erfunden haben, da subjektives Interesse an ihrer Biographie gezeigt wurde, das heißt, Testleitereffekte können nicht ausgeschlossen werden.

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich, dass der vorherrschende Bewältigungsstil der Vermeidende ist und zwar umso häufiger, je älter Personen sind. Hier gäbe es auch einen weiteren Bedarf an Forschung unter Einbindung des Copingverhaltens, da die Ergebnisse dieser Studie darauf hindeuten, dass sich über die Lebensspanne der Stil ändert, was wiederum für die Entstehung einer PTSD, speziell im fortgeschrittenen Lebensalter, bedeutend sein könnte.

PTSD wurde mittels der PCL– C Civilian Version erhoben. Es wäre der Thematik dieser Arbeit möglicherweise dienlicher gewesen, die Militärversion der PCL– C einzusetzen. Da es sich bei beiden Studien (Pfaffstaller und Hromatka) um Pilotprojekte handelte und Trauma auch im allgemeinen erhoben werden sollte, entschieden sich die

Autoren für den Einsatz der Civilian Version, zumal diese zum Untersuchungszeitpunkt bereits in deutscher Übersetzung und Validierung vorlag und ebenfalls explizit nach kriegstraumatischen Erlebnissen fragt.

Der konservative Cutt– Off Wert wurde bewusst hoch angesetzt, um PTSD nicht zu überschätzen, dies aufgrund der Beschaffenheit der Stichprobe und den möglicherweise Dekaden zurückliegenden Traumata.

Zurückliegende bewältigte Traumata wurden nicht erfragt. Die Fragestellung erforderte dies nicht. Die Angaben bezogen sich auf den jetzigen Belastungsdruck und die momentane Symptomatik.

Den Ergebnissen dieser Studie zufolge gäbe es diesbezüglich einen Ansatzpunkt für hinkünftige Forschung, da sich zeigte, das Kriegstrauma ohne folgende PTSD Erkrankung die autobiographische Erinnerungsspezifität steigen lässt. Die erfolgreiche Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses könnte sich somit auf das autobiographische Gedächtnis positiv auswirken – Stichwort „Post – Traumatic Growth“.

Durch diese Studie sollte auf die oft traumatische Vergangenheit der heute gealterten Menschen aufmerksam gemacht werden. Gerade in ländlichen Gebieten gibt es oft weniger psychosoziale Versorgungseinrichtungen, der Hausarzt ist dort für physische wie psychische Probleme Ansprechpartner Nummer eins. Traumatische Erlebnisse in Verbindung mit PTSD Symptomatik sollten wenigstens als mögliche Ursache für psychosomatische Erkrankungen in Betracht gezogen werden, speziell in der Differentialdiagnostik. Auch wenn der letzte Krieg, der Österreich direkt betraf, schon 64 Jahre her ist, so denke man an den Zuzug aus Ex-Jugoslawien sowie aus anderen Teilen der Welt, wo viele Menschen vor Krieg, Folter und Verfolgung nach Österreich flüchten und auch irgendwann in psychologische, psychiatrische und medizinische Behandlung kommen.

5 Literaturverzeichnis

Aarts, P.G.H. & Op den Velde, W. (2000). Eine früher erfolgte Traumatisierung und der Prozess des Alterns: Theorie und klinische Implikationen. In Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (Hrsg.). *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 289- 309). Paderborn: Junfermann Verlag.

Adam, C. (1998). Depressive Störungen im Alter: Epidemiologie und soziale Bedingungen. München: Juventa.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. rev.). Washington, DC American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC American Psychiatric Association.

Anderson, S.J. & Conway, M.A. (1997). Representations of autobiographical memories. In M.A. Conway (Ed.), *Cognitive models of memory* (pp. 217-246). Cambridge, MA: MIT Press.

Baddeley, A.D. (1992). What is autobiographical memory? In M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 13-29). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Barclay CR. 1986. Schematization of autobiographical memory. In *Autobiographical Memory*, Rubin DC (ed.). Cambridge University Press: New York; pp.82-99.

Barclay CR. 1988. Truth and accuracy in autobiographical memory. In *Practical Aspects of Memory: Current Research and Issues: Vol. 1: Memory in Everyday Life*, Gruneberg MM, Morris PE, Sykes RN (eds). John Wiley: New York; 289-294.

Bartlett FC. 1932. *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge University Press: Cambridge. Neisser U. 1988. What is ordinary memory the memory of? In *Remembering Reconsidered: Ecological and Traditional Approaches to the Study of Memory*, Neisser U , Winograd E (Eds). Cambridge University Press: New York; 356-373

Bauer, A. (2009), *Kriegskindheit im Zweiten Weltkrieg und heutige psychosomatische Belastung durch posttraumatische und komorbide Symptome*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität zu München. letzter Aufruf vom 03.01.2012 unter: http://edoc.ub.uni-muenchen.de/9834/1/Bauer_Andrea.pdf

Berntsen, D., Thomsen, D. K., Personal Memories for Remote Historical Events: Accuracy and Clarity of Flashbulb Memories Related to World War II. *Journal of Experimental Psychology: General*, Vol 134(2), May 2005, 242-257. (Abstract) doi: [10.1037/0096-3445.134.2.242](https://doi.org/10.1037/0096-3445.134.2.242), letzter Aufruf vom 30.10.2011 unter: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-04168-007>

Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). Flashbulb Memories and Posttraumatic Stress Reactions Across the Life Span: Age- Related Effects of the German Occupation of Denmark During World War II. *Psychology and Aging*, 2006, Vol. 21, No 1, 127- 139.

Borrini, G., Dall'Ora, P., Della Sala, S., Marinelli, L. & Spinnler, H. (1989). Autobiographical memory. Sensitivity to age and education of a standardized enquiry. *Psychological Medicine*, 19, 215-224.

Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.

Bramsen, I., van der Ploeg, H.M., Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors, *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Volume 100, Issue 5](#), pages 350–358, November 1999, letzter Aufruf vom 24.11.2011 unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10878.x/abstract>

Brand, M. & Markowitsch, H.J. (2003). The Principle of Bottleneck Structures. In R.H. Kluwe, G. Lüer, F. Rösler (Eds.), *Principles of Learning and Memory* (pp. 171-184). Basel: Birkhäuser

Bremner, J.D., Scott, T.M., Delaney, R.C., Southwick, S.M., Mason, J.W., Johnson, D.R., Innis, R.B., Mc Carty, G. & Charney, D.S. (1993). Deficits in short-term memory in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1015-1019.

Brewer, W.F. (1986). What is autobiographical memory? In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 25-49). New York: Cambridge University Press.

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

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.

Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or Trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118–121

Bruce, M., (2006). A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clinical Psychology Review* 26 (2006) 233– 256

Children and War, Arthur T. Jersild und Margaret F. Meigs, *Psychological Bulletin* Vol. 40, No. 8, October 1943.

Christianson, S.-A., Loftus, E.F., Hoffman, H. & Loftus, G.R. (1991). Eye fixations and memory for emotional events. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 17 (4), 693-701.

Cohen, E., Dekel, R., Solomon, Z., & Lavie, T. (2003). Posttraumatic stress symptoms and fear of intimacy among treated and non-treated survivors who were children during the Holocaust. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 611- 617

Conway, M.A. (1992). A structural model of autobiographical memory. In M.A. Conway, D.C. Rubin, H. Spinnler & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 167-221). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

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

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

Davis, P. (1999). Gender differences in autobiographical memory for childhood emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (3), 498-510.

Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 17 vom 29.04.2005, Seite A-1190 / B-994 / C-938
THEMEN DER ZEIT ; letzter Aufruf am 13.12.2007 unter:
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=46532>

Dorn, C. und Novoa, M. (2003) Wissenswertes über Trauma. letzter Aufruf am 03.01.2012 unter: <http://www.themenpool-migration.eu/download/dtraum01.pdf>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). “Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation.” *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.

Engdahl, Brian E.; Eberly, Raina E.; Blake, Julie D., (1996). Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in World War 2 Veterans. *Psychological Assessment*, Volume 8 (4), December 1996, pp. 445-449.

Evans, J., Williams, J. M. G., O'Loughlin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399–405.

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. *J. Psychiat. Res.* 12, 189- 198.

Friedmann A. (2004), *Psychotrauma- die Posttraumatische Belastungsstörung*, S 11; S.18.

Gaugel, S., Birkner, B.,(1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 28, 18-27

G. Heuft, *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 32:225–230 (1999) © Steinkopff Verlag 1999.

Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 609–616

Goldenberg, G. (2002). *Neuropsychologie. Grundlagen, Klinik, Rehabilitation* (3., aktualisierte und erweiterte Aufl.). München: Urban und Fischer.

Granzow, S. (1994). *Das autobiographische Gedächtnis: Kognitionspsychologische und psychoanalytische Perspektiven*. Berlin: Quintessenz.

Green, B., Korol, M., Grace, M. C., & Vary, M. G. (1991). Children and disaster: Age, gender and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 945-951.

Heiß, C. (2002). *Autobiographische Gedächtnisleistungen von Patienten mit Alzheimer Demenz*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

Hermans, D., Defranc, A., Raes, F., Williams, J.M. & Eelen, P. (2005). Reduced autobiographical memory specificity as an avoidant coping style. *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (4), 583-588.

Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma- Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32 (4), S. 225-230, Steinkopp- Verlag

Heuft, G., Deutsches Ärzteblatt 97, Ausgabe 36 vom 08.09.2000, Seite A-2310 / B-2000 / C-1755).

Howe, M. L., & Courage, M. L. (1993). On resolving the enigma of infantile amnesia. *Psychological Bulletin*, 113, 305-326.

Hutchings, J., Nash, s., Williams, J.M.G., & Nightingale, D. (1998). Parental autobiographical memory: Is this a helpful clinical measure in behavioural child management? *British journal of clinical psychology*, 37, 303-312./

Joffe, C., Brodaty, H., Luscombe, G., & Ehrlich, F. (2003). The Sydney Holocaust Study: Posttraumatic stress disorder and other psychosocial morbidity in an aged community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 39- 47.

Jong-Meyer, R. de & Barnhofer, T. (2002). Unspezifität des autobiographischen Gedächtnisses bei Depressiven. Ein Phänomen, seine möglichen Ursachen und einige Konsequenzen. *Psychologische Rundschau*, 53 (1), 23-33.

Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern- deskriptiv- klinische und quantifizierend- statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Stuttgart: Enke.

Kessler, R.C. et al. (1995), Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 1048-1060.

Kleim, B. und Ehlers, A. (2008). Reduced Autobiographical Memory Specificity Predicts Depression and Posttraumatic Stress Disorder After Recent Trauma. *J Consult Clin Psychol.* 2008 April; 76(2): 231–242. doi: [10.1037/0022-006X.76.2.231](https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.231). letzter Aufruf am 26.11.2011 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672050/>

Kurtovic, V.,(2006), Diplomarbeit: Psychische Störungen bei Folterüberlebenden und Flüchtlingen aus Bosnien und Herzegowina.

Kuyken, W. and Brewin, C.R., 1995. Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology* 104, pp. 585–591

Lahousen, T., Bonelli, R.M. & Hofmann, P. (2004). Biologische Aspekte der posttraumatischen Belastungsstörung. In Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D. (Hrsg.). *Psychotrauma- Die posttraumatische Belastungsstörung* (S. 39 - 49). Wien, New York: Springer – Verlag

Levine, B., Svoboda, E., Hay J., Winocur G., Moscovitch, M., (2002), Aging and Autobiographical Memory: Dissociating Episodic from Semantic Retrieval, *American Psychological Association*, Volume 17(4), pp. 677-689.

Ludwig Boltzmann Institut für Kriegsfolgen- Forschung, Graz- Wien- Klagenfurt. Ein Institut des Geschichte-Clusters der Ludwig Boltzmann Gesellschaft: Bilanzen des Zweiten Weltkrieges, Sammlung verschiedener Angaben.

Lueger- Schuster, B. (1998). Psychotraumatologie. In Kryspin-Exner, I., Lueger-Schuster, B. & Weber, G. *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie- Postgraduale Aus- und Weiterbildung* (S. 100–120). Wien: Universitätsverlag.

Lueger- Schuster, B. (2004). Trauma- aus der Sicht der Psychologie. In Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D. (Hrsg.) *Psychotrauma- Die posttraumatische Belastungsstörung* (S. 49 – 59). Wien, New York: Springer-Verlag.

- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality & Social Psychology*, 75, 166-177
- March, J.S. (1993) What constitutes a stressor ? The criterion A issue. In J. Davidson & E. Foa (Eds), *Posttraumatic stress disorder: DSM- IV and beyond* (pp.37-54). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Maercker, A., Herrle, J., Grimm, I. (1999). Dresdener Bombennachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12 (3), 1999, 157-167.
- Maercker, A., Ehrlert, U., (2001), *Psychotraumatologie*. Hogrefe Verlag für Psychologie. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle
- Maercker A.(Hrsg.). (2002). *Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer
- Maercker, A.,(2003), *Alterspsychotherapie*, *Psychotherapeut*, 48, S.132-149.
- Markowitsch, H.J. & Welzer, H. (2005). *Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Markowitsch, H.J. (2002c). *Dem Gedächtnis auf der Spur. Vom Erinnern und Vergessen*. Darmstadt: Primus Verlag
- McCann IL, Pearlman LA. (1990). *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy, and Transformation*. Brunner/Mazel: New York
- McCraine, E. W., & Hyer, L. A., (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms in Korean Conflict and World War 2 combat veterans seeking outpatient treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 427- 439.

McNally, R. J., Litz, B. T., Prassas, A., Shin, L. M., & Weathers, F. W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, 8, 351–367.

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

Menschen und Mächte: Kriegsgefangenschaft, Information unter: <http://kundendienst.orf.at/programm/fernsehen/orf2/menschen.html>, letzter Aufruf am 2.11.2011

Moore, S.A., Zoeller, L. A., 2007. Overgeneral Autobiographical Memory and Traumatic Events: An Evaluative Review. *Psychological Bulletin*, Vol.133, No.3, 419-437. letzter Aufruf am 18.11.2011 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2665927/>

Orbach, Y., Lamb, M.E., Sternberg, K.J., Williams, J.M.G. and Dawud-Noursi, S., (2001). The effect of being a victim or witness of family violence on the retrieval of autobiographical memories. *Child Abuse and Neglect* 25, pp. 1427–1437

Piefke, M. (2003). *Neural correlates and contents of emotional autobiographical memory: Functional neuroimaging results and behavioral perspectives*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bielefeld. letzter Aufruf am 14.11.2007 unter: <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/268/index.html>.

Pillemer, D.B., Wink, P., DiDonato, T.E. & Sanborn, R.L. (2003). Gender differences in autobiographical memory styles of older adults. *Memory*, 11 (6), 525-532.

Pohl, R.(2007). Das autobiographische Gedächtnis. Die Psychologie unserer Lebensgeschichte. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Pöll, N.,(2005). Diplomarbeit: Teststatistische Überprüfung der PCL- C, Universität Wien

Radebold, H. (2005). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit: Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege*. Stuttgart: Klett- Cotta.

Raes, F., Hermans, D., Decker, A. de, Eelen, P. & Williams, J.M.G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation. An experimental approach. *Emotion*, 3 (2), 201-206.

Reddemann, L., (2010) Die psychodynamisch–imaginative Traumatherapie nach Luise Reddemann. Vortrag im Rahmen der Tagung Psychotraumatologie in Bad Herrenalb am 12.11.2010. letzter Aufruf am 03.01.2012 unter: <http://www.claravita.net/pdf/veranstaltungen/trauma/UReddemann-Vortrag.pdf>

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*, Vol.13, No.1, 30-37

Reviere, S., Bakeman R., (2001), The Effects of Early Trauma on Autobiographical Memory and Schematic Self-Representation, *Applied Cognitive Psychology*, 15, 89-100.

Ruben,D.C., Berntsen, D., und Johansen, M.K., (2008). A Memory Based Model of Posttraumatic Stress Disorder: Evaluating Basic Assumptions Underlying the PTSD Diagnosis. *Psychol Rev.* 2008 October; 115(4): 985–1011. doi: 10.1037/a0013397. letzter Aufruf am 24.11.2011 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762652/>

Rubin, D.C. (Ed.) (1996). *Remembering our past. Studies in autobiographical memory*. New York: Cambridge University Press

Rybash, J.M., & Hrub, K. L. (1997). Psychometric and psychodynamic correlates of first memories in younger and older adults. *The Gerontologist*, 37, 581-587.

Rybash, J. (1999). Aging and Autobiographical Memory: The Long and the Bumpy Road. *Journal of Adult Development*, Vol. 6; No.1, 1-10.

Rybash, J. M., & Monaghan, B. E. (1999). Episodic and semantic contributions to older adults' autobiographical recall. *Journal of General Psychology*, Jan; 126 (1):85-96. (Special Issue: Aging in the 21st Century)

Sigal, J.J., & Weinfeld, M. (2001). Do children cope better than adults with potentially traumatic Stress? A 40- year follow- up of Holocaust survivors. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 64, 69–80.

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.

Staudinger, U.M., Freund, A.W., Lieden, M & Maas, J. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter. Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer & P.B. Baltes, (Hrsg.) *Die Berliner Alterstudie* (S.151 – 183). Berlin: Akademie Verlag

Stöger C., 2006, Auswirkungen von Traumatisierungen bei Menschen höheren Lebensalters auf die Lebensqualität (Diplomarbeit, FB Psychologie, Liebiggasse)

Strube, G. & Weinert, F.E. (1987). Autobiographisches Gedächtnis: Mentale Repräsentation der eigenen Biographie. In G. Jütemann & H. Thomae (Hrsg.), *Biographie und Psychologie* (S. 151-167). Berlin: Springer.

Stuber, M. L., Kazak, A. E., Meeske, K., Barakat, L., Guthrie, D., Garnier, H., et al.(1997) Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. *Pediatrics*, 100, 958- 964.

Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz– Prävention– Behandlung*. Bern: Huber. (Die deutsche Übersetzung des TLEQ nach Teegen ist im Anhang zu finden)

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

Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13(3/4), S. 112 - 124. Bern: Hans Huber.

Terr, L. C. (1991), Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10– 20.

Thompson, C.P. (1985). Memory for unique personal events: Effects of pleasantness. *Motivation and Emotion*, 9 (3), 277-289.

Tulving, E. (1999). Episodic versus. semantic memory. In R.A. Wilson & C. Frank (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences* (pp. 278-280). Cambridge, MA: MIT Press.

Vogel, J.M., Vernberg, E. M., (1993). Part I: Children`s psychological response to disasters. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 464 – 484.

Watkins, E., Teasdale, J. D., & Williams, R. M. (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 30, 911-920.

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, October, 1993

Weber, A. (2001). Autobiographisches Gedächtnis. In N. Pethes & J. Ruchatz (Hrsg.), *Gedächtnis und Erinnerung. Ein interdisziplinäres Lexikon* (S. 67-70). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Welzer, H. & Markowitsch, H.J. (2005). Towards a bio-psycho-social model of autobiographical memory. *Memory*, 13 (1), 63-78.

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

Wessel, I., Merckelbach, H., und 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*, Vol.15, No.3, 227-234.

Wilhelm, S., McNally, R.J., Baer, L. and Florin, I., (1997). Autobiographical memory in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology* 36, pp. 21–31.

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

Williams, H. W., Williams, J. M., & Ghadiali, E. J. (1998). Autobiographical memory in traumatic brain injury: Neuropsychological and mood predictors of recall. *Neuropsychological Rehabilitation*, 8, 43-60.

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). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1988). Emotional disturbance and specificity of autobiographical memory *Cognition and Emotion* (2), pp. 221–234.

Williams, J. M. G., & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689–695.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*, (2nd ed.). Chichester, England: Wiley.

Williams, J. M., & Dritschel, B. H. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 391-410). Dordrecht: Kluwer.

Williams, J.M.G., Stiles, W.B. and Shapiro, D.A., (1999). Cognitive mechanisms in the avoidance of painful and dangerous thoughts: elaborating the assimilation model. *Cognitive Therapy and Research* 23, pp. 285–306.

Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., Segal, Z.V. and Soulsby, J., (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology* 109, pp. 150–155.

Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. und Dalgleish, T., (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychol Bull.* 2007 January; 133(1): 122–148. doi: [10.1037/0033-2909.133.1.122](https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122), letzter Aufruf am 13.8.2011 unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2834574/>

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

6 Anhang

Einleitung

Menschen höheren Lebensalters besitzen meist einen sehr großen Schatz an verschiedensten Erfahrungen und Erinnerungen an ihr bisheriges Leben.

Ziel der hier durchgeführten Erhebung ist es, die momentane Verfassung unter dem Blickpunkt auf vergangene Lebensereignisse zu ermitteln. Ergebnisse dieser Studie könnten in Zukunft helfen, die psychologische Versorgung von Menschen im fortgeschrittenen Alter zu optimieren.

Indem Sie an dieser wissenschaftlichen Arbeit als Proband/In teilnehmen, leisten Sie einen wichtigen Beitrag und wir bedanken uns für Ihre Teilnahmebereitschaft.

Im Folgenden bitten wir Sie, eine Reihe von Fragen schriftlich zu beantworten, beziehungsweise stehen wir Ihnen als Schreibhelfer zur Verfügung, falls Sie dies wünschen. Es ist wichtig, alle Fragen vollständig zu beantworten.

Weiters sind Erinnerungen aus der Vergangenheit relevant. Auf Fragen nach diesen bitten wir Sie, jeweils die erste Erinnerung, welche Ihnen in den Sinn kommt, in Ihren eigenen Worten zu notieren. Dabei kann man nichts richtig oder falsch machen.

Die Befragung wird ca. fünfzig Minuten lang dauern. Ihre Teilnahme erfolgt selbstverständlich freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Ihre Anonymität wird gewahrt, Ihr Name wird nirgends aufscheinen. Angaben, die Sie uns gegenüber tätigen, unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Nochmals ein Dankeschön für Ihre Teilnahmebereitschaft; Sie ermöglichen dadurch nicht nur das Projekt einer Diplomarbeit sondern tragen auch zur weiteren Forschung im Bereich der Lebensspannenbezogenen Erinnerung bei.

Sophie Pfaffstaller, Roland Hromatka

(Diplomanden der Fakultät für Psychologie an der Universität Wien)

Code:

I. Soziodemographische Daten

Persönliche Daten

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsjahr (Alter) :

Wo haben Sie Ihr bisheriges Leben größtenteils verbracht? ☐ Stadt ☐ Land

Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung:

☐ Volksschule ☐ Matura

☐ Hauptschule ☐ Hochschulabschluss (Universität)

☐ Lehre

Berufsstand:

Pensionist/ in ☐

Pensionist/ in mit geringfügiger Nebenbeschäftigung ☐

Berufstätig ☐

Derzeitiger Familienstand:

☐ verheiratet od. in Partnerschaft lebend

☐ verwitwet

☐ ledig

Leiden Sie zurzeit an bestimmten Krankheiten, wenn ja an welchen?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente, wenn ja welche?

In welcher Form (aktiv im Kriegsgeschehen / als Zivilperson) haben Sie den 2. Weltkrieg miterlebt?

Gibt es ein persönliches Erlebnis aus dem Krieg/ der Besatzungszeit, welches Ihnen noch besonders gut im Gedächtnis ist?

II. 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!)

III. 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.

IV.

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.

Bitte stellen Sie Fragen bei etwaigen Unklarheiten!

V.

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 ☐

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 ☐

5) 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 ☐

6) 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 ☐

7) 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 ☐

8) 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 ☐

9) 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. ☐)

VI. 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	Ziemlich	Äußerst
1.	Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
2.	Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
3.	Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie Sie Wiedererleben würden)?	1	2	3	4	5
4.	Sich sehr 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 damit zusammenhängen?	1	2	3	4	5

7.	Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

		Gar Nicht	Ein Wenig	Mittel Mäßig	Ziemlich	Äußerst
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
-----	--	---	---	---	---	---

VII. CISS 21

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 Lösung 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.					

VIII. 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	JA	NEIN

haben als andere Leute Ihres Alters?		
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

AMT AUSWERTUNGSSCHLÜSSEL

Typen	Code
No recall = Keine Erinnerung	0
Specific recall = Spezifische Erinnerung: innerhalb eines Tages, wiederholt sich nicht regelmäßig	1
Categoric Description = Kategorische Beschreibung: wiederholte Ereignisse, zusammengehörige Gruppen, gilt als generell	2
Extended Description = Ausgedehnte Beschreibung: länger als 1 Tag, gilt als generell	3
Location / Person only = Nur Orts- oder Personenangabe	4
Nonautobiographical = Nichtautobiographische Angabe	5
Recall < 1 = Erinnerung, die kürzer als 1 Jahr her ist	6

Beispiele:

Spezifische Erinnerung: 1

Freundlich

„Bei meiner Englandsprachreise vor 6 Jahren war die Gastfamilie sehr freundlich zu mir am 1. Tag.“

Deprimiert

„Ich war deprimiert, als ich erfuhr, dass meine Oma gestorben ist...“

Gefährlich

„Brasilienurlaub - wir, mein Freund und ich, fahren mit dem Reisebus in der Nacht. Plötzlicher Stopp - Militärpolizei durchsucht den Bus, alle sprechen auf Portugiesisch und ich versuche zu verstehen, es gelingt mir aber nicht...“

Kategorische Beschreibung: 2

jedes Mal... immer...

„Frau K. war immer freundlich, wenn ich bei ihr Süßigkeiten kaufte...“

„Ich habe jedes Mal beim Tennis-Junior-Turnier gewonnen...“

Ausgedehnte Beschreibung: 3

„Bei meinem Urlaub in Spanien war ich sehr glücklich...“

„Schwermütig fühlte ich mich in den Tagen, nachdem mein Hund gestorben war...“

Nur Personen- oder Ortsangabe: 4

„Streitsüchtig ist mein Mann.“

Nichtautobiographische Angabe: 5

„Brutal sind für mich Kriegsbilder in der Zeitung.“

„Der Tag, an dem Kennedy erschossen wurde.“

„Sinnleer...der Terroranschlag auf das World Trade Center.“

Erinnerung, die kürzer als 1 Jahr her ist: 6

„Vor 6 Wochen war ich glücklich, weil...“

Spuren von Trauma im Autobiographischen Gedächtnis bei alten Menschen

Sophie Pfaffstaller, Roland Hromatka; Institut für Klinische Psychologie, Wien

Ziele der Studie

Der Einfluss von erlittenen Belastungen und deren Auswirkungen, auf das autobiographische Gedächtnis wird angesichts des Fokus auf die alternde Generation untersucht. Unter Betracht des allgemeinen Bewältigungsstils der Personen wird untersucht, ob Traumata und/oder PTSD und/oder Depression die derzeitige Spezifität der autobiographischen Erinnerung beeinflussen.

Instrumentarium

1. Soziodemographische Daten
2. Mini Mental State Examination (MMSE),
3. Zehn-Wort-Merkliste
4. Autobiographischer Gedächtnistest
5. TQL- mit Fragen über Art und Charakteristika der Traumata
6. PTSD checklist civilian version
7. Coping Fragebogen (Endler und Parker)
8. Geriatrische Depressionsskala

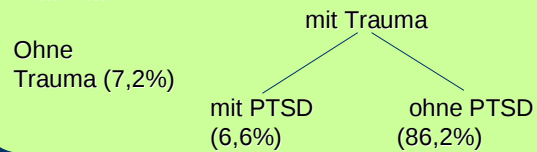
Stichprobe

166 Personen über 60 Jahren ohne Demenz aus mehreren Pensionistentreffen in Wien und Niederösterreich.

Durchschnittsalter: 73,9 Jahre

74% w. 26% m.

Natürlich gewachsene Stichprobe durch das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Traumas

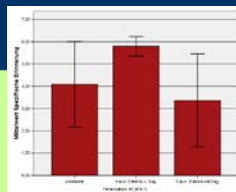


Fragestellungen

Besteht ein Unterschied zwischen den 3 Gruppen im autobiog. Gedächtnisstil?

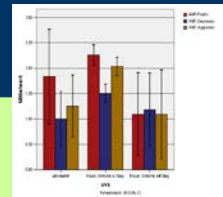
Kann der Copingstil die autobiographische Gedächtnisleitung vorhersagen?

Ergebnisse



	B	SE	Beta	T	p
(Konstante)	5,11	0,58		8,85	<0,001
Depression	-0,21	0,10	-0,35	-2,08	0,04
Problemorientiert	0,43	0,23	0,15	2,03	0,05

Abh. Variable: Autobiogr. Ged.



- Die Traumatisierten mit PTSD konnten sign. weniger spezifisch erinnern
- Die Traumatisierten mit PTSD erinnerten sign. Weniger spezifisch bei der Vorgabe von pos. Und aggr. Wörtern
- PTSD konnte durch Depression und einen vermeidenden Copingstil vorhergesagt werden

• Je mehr problemorientierter Copingstingstil desto spezifischer kann erinnert werden

• Je weniger Depression desto spezifischer kann erinnert werden

Resümee:

Es ist **nicht** das Trauma ausschlaggebend für die Entwicklung eines unspezifischen Gedächtnisstiles, sondern die daraufhin entwickelte PTSD. Dies könnte durch die Theorien der Affektregulierung (Williams, 1996) und der Cognitive Resource Allocation (Brewin et al., 1999) erklärt werden.

Kontakt

Sophie Pfaffstaller, Roland Hromatka
Institut für Klinische Psychologie, Universität Wien
E-mail: sophie@pfaffstaller.com
a9804969@unet.univie.ac.at

Traumatic experiences during World War 2 and the aftermath to Autobiographical Memory

Abstract:

A sample of 136 people born before 1942 was asked about their traumatic experiences during World War 2 and other traumatic experiences across their life span, about their memory specificity concerning their own biography, about their coping behaviour and their emotional well being. The following group of tests were used:

AMT (Autobiographical Memory Test, Williams and Broadbent, 1986), the TLEQ (Traumatic Life Event Questionnaire, Teegen, 2003), the PCL- Civilian Version (PTSD- Checklist, Weathers et al. 1993, German adaptation from Pöll, 2006), the CISS (Coping Inventory for Stressful Situations, Endler and Parker, 1990) and the GDS (Geriatric Depression Scale, German adaptation, Gaugel and Birkner, 1999).

With this test battery, the author investigated the question if exposure to traumatic events associated with World War 2 and with a following PTSD pathology is linked to unspecific autobiographical memory.

Coping behaviour was assessed to commend the question how older people react to adverse experiences as well as to investigate if a special style of coping is linked to unspecific autobiographical memory.

Findings show that older people on average experienced eight traumatic events across their life span. Trauma exposure associated with war was linked by trend to a higher specificity in autobiographical memory whereas a following PTSD pathology worsened the exact memory of the own biography. This sample showed that older people mainly use the avoidant coping style to come to terms with occurring problems. Coping showed no predictive value for the quality of autobiographical memory (specific/unspecific).

Keywords: Autobiographical memory; PTSD; Coping; Depression; Old age; World War 2;

Im 2. Weltkrieg erlebte Kriegstraumata und deren Auswirkung auf die autobiographische Erinnerungsspezifität

Eine Stichprobe von 136 Personen welche vor dem Jahr 1942 geboren wurde, wurde zu kriegstraumatischen Erlebnissen sowie allgemeinen Traumaerlebnissen während des bisherigen Lebens befragt. Weitere Punkte der Erhebung bezogen sich auf das Problembewältigungsverhalten sowie auf den aktuellen Gemütszustand.

Die Hauptfrage dieser Untersuchung bezog sich auf den eventuellen Zusammenhang zwischen Traumaerlebnissen beziehungsweise einer darauf entwickelten Posttraumatischen Belastungsstörung und einem unspezifischen autobiographischen Erinnerungsstil. Die Testbatterie setzte sich aus dem AMT (Williams und Broadbent, 1986), dem TLEQ (Traumatic Life Event Questionnaire, Teegen 2003), der PCL-C in einer deutschen Adaption von Pöll, (2006), dem CISS (Fragebogen zum Coping-Verhalten nach Endler und Parker, 1990) und der GDS (Geriatrische Depressionsskala in deutsch adaptierter Form nach Gaugel und Birkner, 1999) zusammen.

Die Ergebnisse dieser Stichprobe zeigten, dass alte Menschen in ihrem bisherigen Leben durchschnittlich acht Traumaerlebnisse hatten.

Probanden mit traumatischen Kriegserlebnissen zeigten die Tendenz spezifischer zu erinnern als Teilnehmer mit traumatischen Kriegserlebnissen und zusätzlicher PTSD Symptomatik.

Der vorherrschende Bewältigungsstil war der vermeidende. Die Art des Bewältigungsstiles konnte die Spezifität der autobiographischen Erinnerungen nicht vorhersagen.

Schlüsselwörter: autobiographisches Gedächtnis; PTSD; Bewältigungsstrategie; Alter; 2. Weltkrieg;

Roland Hromatka

Telefon +43 650 / 95 07 224

e-mail: R.Hromatka@gmx.at

Lebenslauf

Name: Roland Hromatka

Geburtsdatum: 24. Mai 1978

Geburtsort: St. Pölten, Österreich

Staatsangehörigkeit: Österreich

Schulbildung: 1988 – 1997: Realgymnasium und Oberstufenrealgymnasium am BRG/BORG St. Pölten, Schulring 16, 3100 St. Pölten

Abschluss: Reifeprüfung

Seit dem Wintersemester 1998/99 Studium der Psychologie an der Universität Wien
(Beendigung des Grundstudiums im WS 2007, aktuell Arbeit an der Diplomarbeit)

Seit dem Wintersemester 2007/08 inskribiert im Diplomstudium Rumänisch

Berufliche Tätigkeiten

seit dem Jahr 2002 in den Sommermonaten als kaufmännisch Angestellter in der Firma Techem/ Thermomatik, Universumstraße 31 in 1200 Wien tätig;

seit dem Jahr 2002 Mitarbeiter im Publikumsdienst des Wiener Konzerthauses,
Lothringerstraße 20 in 1030 Wien;

ebenda seit Herbst 2006 Angestellter in der Publikumsdienstleitung

Zivildienst, Praktika, Weiterbildungen und sonstige Tätigkeiten

6/1997 – 5/1998: **Zivildienst** beim Roten Kreuz Herzogenburg als Sanitäter

6/1998 – 8/2002: Ehrenamtliche Tätigkeit beim Roten Kreuz Herzogenburg als
Sanitäter sowie im Leitstellendienst

12/2003 - 4/2004: Klinisch – Psychologisches **Praktikum** am **Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital mit psychiatrischem Pflegezentrum auf der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik 19/3**

Tätigkeitsbereich: klinisch -psychologische Diagnostik in PP

Moderation der psychologischen Gruppengespräche

Einzelgespräche und Erstinterviews mit Patienten

Rehacom– Gedächtnistraining mit Patienten

Dokumentationsarbeit

Teilnahme an multiprofessionellen Teambesprechungen

10/2004 – 06/2005: Kurs „ Autogenes Training“ bei Anne Weber im Hinblick auf das psychotherapeutische Propädeutikum;

04/2006: Gruppenselbsterfahrung „ Autogenes Training und Katathym- imaginatives Bildererleben“ bei Anne Weber (21 Std.) im Hinblick auf das Propädeutikum;

10/2007 + 4/2008: **Mitarbeit beim Suchtpräventionsprojekt „Cejnz“**

Tätigkeitsbereich: Verhaltensbeobachtung sowie Interviewtätigkeit zum Trinkverhalten von

Jugendlichen

seit 09/2011 laufende Mitarbeit beim Verein „ Jung & Alt“

Tätigkeitsbereich: wöchentliche Besuchsdienste bei an Demenz erkrankten Menschen;
Validation und Biographiearbeit;

Fremdsprachenkenntnisse:

Englisch (fließend und Fachsprache)

Französisch (Grundkenntnisse)

Rumänisch (fortgeschritten)