



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Ausprägung von Resilienzfaktoren  
in der allgemeinen Bevölkerung

Verfasser

Holger Kekeisen

Angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: 298  
Studienrichtung: Psychologie  
Betreuer: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster



**Jede Krise birgt nicht nur Risiken, sondern auch Chancen in sich, so man sie nur wahrnimmt.**

(Chinesisches Sprichwort)



## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Personen bedanken, die mich während meiner Studienzeit und bei meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Beginnen möchte ich mit meiner Betreuerin Ass. Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, die mir die Teilnahme am Resilienzprojekt ermöglichte und für vorliegende Forschungsarbeit interessante Anregungen und hilfreiche Rückmeldungen gab.

Des Weiteren danke ich allen Personen, die meinen Fragebogen ausgefüllt bzw. zu dessen Verbreitung beigetragen haben. Hier möchte ich meine Eltern Jürgen und Maria Kekeisen, meine Schwestern Silvia und Simone Kekeisen, meine Arbeitskollegen, meine Freunde und nicht zuletzt Sabine Konyen, die mir durch ihren engagierten Einsatz bei der Verteilung und Retournierung der Fragebögen in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis zu zahlreichen ausgefüllten Fragebogen verholfen hat, dankend erwähnen. Einen herzlichen Dank möchte ich auch jenen Personen aussprechen, die sich die Mühe gemacht haben diese Arbeit Korrektur zu lesen.

Ganz besonderer Dank gilt aber meiner Freundin Claudia Konyen, die mir bereits seit Jahren liebevoll zur Seite steht und von der ich auch in schwierigen Zeiten die Unterstützung erfahre, die ich benötige, um die Doppelbelastung von Arbeit und Studium zu bewältigen.



## **Hintergrund der Forschungsarbeit**

Die folgende wissenschaftliche Arbeit entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Universität Wien unter der Leitung von Ass. Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster und Mag. Dr. Ulrich Tran, an dem insgesamt fünf Studierende beteiligt waren. Ziel des Projektes ist es, das Konstrukt Resilienz in verschiedenen Populationsgruppen zu untersuchen. In den drei klinischen Forschungsarbeiten wurde Resilienz bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen, Multiple Sklerose und Morbus Chron untersucht. Die vorliegende Arbeit widmet sich dabei der Aufdeckung von Resilienzfördernden Faktoren an einer nicht klinischen bzw. der allgemeinen Bevölkerung und vergleicht die Höhe der Resilienzwerte mit jenen von Testpersonen, die an Multiple Sklerose erkrankt sind. Eine weitere Untersuchung beschäftigte sich ebenfalls mit der Untersuchung einer nicht klinischen Population und verglich die Höhe der Resilienz-Scores mit jenen Probanden, die an Morbus Chron erkrankt sind.

## **Anmerkung zur Lektüre**

Zugunsten der flüssigeren Lesbarkeit wurde auf eine genderspezifische Schreibweise verzichtet und stattdessen das generische Maskulinum verwendet. Ist in den folgenden Zeilen also von Personen, Individuen, Menschen etc. die Rede, so sollen sich Personen beiderlei Geschlechts gleichermaßen angesprochen fühlen.



## **Abstract (deutsch)**

Das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit war es das Konstrukt Resilienz an Personen aus der allgemeinen Bevölkerung zu erforschen um herauszufinden welche Faktoren für Resilienz von Bedeutung sind. Dazu wurden Persönlichkeitsfaktoren, externe Unterstützungssysteme und soziodemographische Merkmale der Probanden untersucht. Zudem wurde überprüft, ob der angenommene negative Zusammenhang zwischen Resilienz und den psychopathologischen Symptomen Depressivität, Ängstlichkeit und Fatigue bestätigt werden kann, oder ob Alexithymie als Mediatorvariable diesen Zusammenhang vermittelt. Zuletzt wurde untersucht, ob sich die Probanden vorliegender Untersuchung, mit einer bereits im Vorfeld erforschten Stichprobe von Multiple Sklerose Erkrankten Personen, in der Höhe ihrer Resilienzwerte unterscheiden.

Es zeigte sich, dass die Variable Selbstwirksamkeit sehr bedeutend für Resilienz ist. Neben Faktoren mit moderatem Einfluss auf Resilienz wie Extraversion und Offenheit für Erfahrungen, erwiesen sich besonders die Variablen Heiterkeit und soziale Unterstützung als wichtige Faktoren der Resilienz. Der negative Zusammenhang zwischen Resilienz und oben genannten psychopathologischen Phänomenen konnte nur hinsichtlich Fatigue nicht bestätigt werden. Alexithymie konnte als Vermittler zwischen Resilienz und Depressivität/Ängstlichkeit/Fatigue ausgeschlossen werden. Im Vergleich konnte zwischen Personen aus der allgemeinen Bevölkerung und Personen die an Multiple Sklerose erkrankt sind, kein signifikanter Unterschied in der Höhe ihrer Resilienzwerte festgestellt werden.

## **Abstract (english)**

The aim of this research was to investigate the construct of resilience among members of the general population in order to determine which factors are important for resilience. For this purpose personality factors, external support systems and the socio-demographic characteristics of the participants were studied. Further, it was investigated as to whether the assumed negative relationship between resilience and the psychopathological symptoms depression, anxiety and fatigue could be confirmed, or whether alexithymia constituted the mediating variable in these symptoms. Furthermore, it was investigated as to whether the level of resilience in the participants in this study differed from a clinical sample of individuals who suffer from multiple sclerosis, examined in the run-up to this study.

Results showed that the variable self-efficacy is very important for resilience. In addition to factors with moderate influence on resilience, such as extraversion and openness to experience, the variables cheerfulness and social support proved to be particularly important factors for resilience. The negative correlation between resilience and the psychopathological phenomena was confirmed for all of the symptoms except fatigue. Alexithymia could be excluded as a mediating factor between resilience and depression, anxiety and fatigue. The comparison between members of the general population and those suffering from multiple sclerosis revealed no significant differences in the levels of resilience in these groups.

# Inhaltsverzeichnis

<b>I. EINLEITUNG.....</b>	<b>13</b>
<b>II. THEORETISCHER TEIL .....</b>	<b>15</b>
<b>1 Resilienz.....</b>	<b>15</b>
1.1 Konzeptualisierung .....	15
1.2 Aspekte von Resilienz in der allgemeinen Bevölkerung .....	18
1.3 Resilienzfaktoren .....	20
1.3.1 Persönlichkeitsfaktoren.....	21
1.3.1.1 Selbstwirksamkeitserwartung.....	21
1.3.1.2 Big-Five Persönlichkeitsmerkmale .....	22
1.3.1.3 Positive Emotionen und Heiterkeit .....	23
1.3.2 Externe Unterstützungssysteme .....	25
1.3.2.1 Soziale Unterstützung .....	25
1.3.2.2 Glaube und Religiosität .....	26
1.3.3 Soziodemographische Faktoren .....	27
1.3.3.1 Einkommen .....	27
1.3.3.2 Bildung .....	28
1.3.3.3 Sport .....	28
1.4 Resilienz als Schutz vor psychopathologischen Symptomen und Erkrankungen .....	29
1.5 Messbarkeit und Vergleich von Resilienz in unterschiedlichen Populationen.	31
<b>2 Alexithymie .....</b>	<b>33</b>
<b>3 Multiple Sklerose .....</b>	<b>35</b>
<b>III. EMPIRISCHER TEIL.....</b>	<b>37</b>
<b>4 Zielsetzung .....</b>	<b>37</b>
<b>5 Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>37</b>
<b>6 Methode.....</b>	<b>40</b>
6.1 Untersuchungsdurchführung und Stichprobenkonstruktion .....	40
6.2 Messinstrumente .....	41
6.2.1 Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K).....	41
6.2.2 State-Trait-Heiterkeits-Inventar (STHI-T-Cheerfulness subscale).....	42
6.2.3 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) .....	43
6.2.4 The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).....	44
6.2.5 Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14 (F-SozU-K-14)	45
6.2.6 Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D).....	45
6.2.7 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) .....	46
6.2.8 Fatigue Severity Scale (FSS) .....	47

6.2.9	Toronto Alexithymie Skala (TAS-20) .....	47
<b>7</b>	<b>Statistische Verfahren zur Auswertung der Daten.....</b>	<b>48</b>
<b>8</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>49</b>
8.1	Beschreibung der Stichprobe .....	49
8.2	Deskriptivstatistische Beschreibung der Messinstrumente und Skalen.....	51
8.3	Ergebnisse der Hypothesentestungen .....	54
8.3.1	Ergebnisse der ersten Fragestellung: Welche Persönlichkeitsfaktoren sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend? .....	54
8.3.2	Ergebnisse der zweiten Fragestellung: Welche externen Unterstützungssysteme sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend? .....	56
8.3.3	Ergebnisse der dritten Fragestellung: Welche soziodemographischen Merkmale sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?.....	57
8.3.4	Ergebnisse der vierten Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei Personen aus der allgemeinen Bevölkerung?.....	58
8.3.4.1	Ist Alexithymie als Mediatorvariable für den Zusammenhang von Resilienz und Depressivität/Ängstlichkeit/Fatigue verantwortlich? .	58
8.3.5	Ergebnisse der fünften Fragestellung: Unterscheiden sich Personen, die an Multiple Sklerose erkrankt sind, von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung in der Höhe ihrer Resilienzwerte? .....	60
8.4	Weitere Ergebnisse.....	61
<b>9</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>63</b>
9.1	Persönlichkeitsfaktoren als Prädiktoren für Resilienz.....	63
9.2	Externe Unterstützungssysteme als Prädiktoren für Resilienz.....	65
9.3	Bedeutende soziodemographische Merkmale für Resilienz.....	66
9.4	Auswirkungen geringer Resilienz.....	67
9.5	Resilienz in unterschiedlichen Populationen .....	68
<b>10</b>	<b>Kritik und Ausblick.....</b>	<b>70</b>
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>72</b>
<b>12</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>80</b>
<b>13</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>81</b>
<b>14</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>82</b>
14.1	Fragebogen.....	82
14.2	Lebenslauf .....	97

# I. EINLEITUNG

Liegen die Ursprünge der Resilienzforschung, die in den 1950er Jahren ihren Anfang nahm bereits weit zurück, so entwickelte sich das Konstrukt Resilienz vor allem in den letzten Jahren zu einem gängigen Begriff, der Einzug in unseren Sprachgebrauch fand (Werner, 2012).

Die Resilienzforschung ging ursprünglich aus der Entwicklungspsychopathologie hervor. Gegenstand der Untersuchung waren zunächst Kinder, die unter Risikobedingungen aufwuchsen und dennoch zu gesunden und leistungsfähigen Individuen heranreiften (Werner, 2005). Über das Konzept der Salutogenese von Aron Antonovsky entfaltete sich die Resilienzforschung von anfänglich pathologischen Konzepten hin zu einer ressourcenorientierten Perspektive (Kluge, 2004). Inzwischen liegt der Interessensschwerpunkt auf Ressourcen und Schutzfaktoren, die Individuen im Kampf gegen verschiedenste Stressoren und Widrigkeiten des Lebens einzusetzen in der Lage sind (Davey, Eaker, & Walters, 2003).

Das Konzept der Resilienz hat sich gleichzeitig in mehreren wissenschaftlichen Disziplinen wie der Psychologie, der Pädagogik, der Psychiatrie sowie der Sozialarbeit entwickelt (Atkinson, Martin, & Rankin, 2009), und ist durch seine mediale Präsenz längst zu einem Modebegriff avanciert. Dies lässt bei den Meisten mehr Verwirrung als Klarheit darüber zurück, was unter dem Konstrukt der Resilienz zu verstehen ist (Atkinson, et al. 2009).

Diese Forschungsarbeit gibt zunächst über das gegenwärtige Konzept der Resilienz Auskunft. Anschließend werden unterstützende, fördernde bzw. begleitende Faktoren der Resilienz diskutiert, der Zusammenhang von Resilienz zu psychopathologischen Erscheinungsbildern untersucht und überprüft, ob Alexithymie zwischen diesen beiden Größen vermittelt. Daraus werden Fragestellungen abgeleitet, die Ergebnisse der Hypothesentestungen präsentiert, die Ergebnisse anhand aktueller Forschungsliteratur diskutiert und Abschließend wird die Forschungsarbeit kritisiert und ein Ausblick auf weitere zu erforschende Themengebiete der Resilienzforschung gegeben. Diese Arbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit sondern versucht herauszufinden, welche persönlichen,

sozialen und demographischen Merkmale dazu beitragen, die Resilienz von Menschen aus der allgemeinen Bevölkerung zu fördern bzw. mit ihr einhergehen.

Die Untersuchung wurde an Personen aus der allgemeinen Bevölkerung durchgeführt. Nicht in die Stichprobe aufgenommen wurden Personen, die an einer chronischen, schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, welche mit der Krankheit Multiple Sklerose vergleichbar ist. Dies war insofern wichtig, da die Stichprobe der vorliegenden Forschungsarbeit mit der Multiple Sklerose Stichprobe anhand ihrer Resilienzwerte verglichen wurde, um zu sehen, welche Population über höhere Resilienzwerte verfügt.

## II. THEORETISCHER TEIL

### 1 Resilienz

#### 1.1 Konzeptualisierung

Der Begriff Resilienz kommt ursprünglich aus dem Lateinischen. Das Wort *resilire* kann mit zurückspringen oder abprallen übersetzt werden. Die anfängliche Verwendung stammt aus der Physik und bezeichnet die Fähigkeit eines Stoffes, sich verformen zu lassen und anschließend wieder in die ursprüngliche Form zurückzukehren. Auf den Gesundheitsbereich bezogen, wurde der Begriff zunächst in der Medizin gebraucht und erst später in die Psychologie übertragen (Zolkoski & Bullock, 2012).

Die Erforschung von Resilienz begann Mitte der 1950er Jahre und konzentrierte sich zu Beginn auf Kinder, die unter einschneidenden Bedingungen wie Armut, elterlicher Psychopathologie, Scheidung der Eltern etc. aufwuchsen. Dabei entdeckten die Resilienzforscher, dass sich einige Kinder trotz widriger Umstände zu gesunden und aktiven Individuen entwickelten (Werner, 2005). Damit kam Resilienz erstmals wissenschaftliche Aufmerksamkeit zu und es wurde sich mit der Frage befasst worum es sich bei Resilienz handelt.

Zunächst ist es wichtig Resilienz vom Begriff *Coping* abzugrenzen. Obwohl beide Begriffe in einem ähnlichen Kontext verwendet werden, sind sie konzeptuell zu unterscheiden. Unter *Coping* versteht man die individuelle Erstreaktion auf einen negativen Stimulus (Folkman & Moskowitz, 2004), während Resilienz aus mehreren Prozessen besteht, die beeinflussen wie eine Person über einen längeren Zeitraum stressreiche Situationen bewältigt (Ng, Ang, & Ho, 2012).

Resilienz wird seit über einem halben Jahrhundert erforscht. Seitdem wurden viele Versuche unternommen, den Begriff Resilienz genauer zu konzeptualisieren bzw. zu definieren. Dadurch, dass sich das Konzept der Resilienz gleichzeitig in mehreren wissenschaftlichen Disziplinen entwickelte, gibt es keine einheitliche Definition und ebensowenig universale Faktoren, die das Konstrukt Resilienz eindeutig bestimmen (Atkinson et al., 2009). Die Meinungen verschiedener Wissenschaftler weichen daher stark voneinander ab. Bis heute sind sich Resilienzforscher darüber uneinig, ob Resilienz eine Persönlichkeitseigenschaft ist, die über die Zeit relativ stabil bleibt, oder ob es sich um einen dynamischen Prozess

handelt, der sich zu jeder Zeit entwickeln und je nach Kontext verändern kann (Jacelon, 1997). Die Mehrheit der Forscher betrachtet Resilienz als einen dynamischen Prozess, der aus einer Reihe wechselseitiger Transaktionen zwischen Individuum und Umwelt besteht (Masten, 2001). Obwohl Persönlichkeitsmerkmale die Bewältigung von widrigen Umständen oder belastenden Ereignissen positiv beeinflussen können, werden sie dennoch von kontextuellen Faktoren beeinflusst und können nicht allein der Person zugeschrieben werden (Luthar & Chicchetti, 2000). Für die meisten Forscher ist Resilienz daher mehr als ein Konzept, das nur durch einen einzelnen Indikator bestimmt wird, sondern ein Konstrukt, das den Einbezug von verschiedenen Bereichen erfordert (Kinard, 1998). Dennoch sind monokausale Ansätze, die jeweils nur soziale, biologische oder psychologische Faktoren der Resilienz berücksichtigen, nach wie vor gängig. Allerdings vernachlässigen diese den multifaktoriellen Zusammenhang menschlicher Gesundheit. Mildernde, vermittelnde und wechselseitige Effekte werden dabei vernachlässigt (Norcross & Goldfried, 2005).

Neuere Konzepte thematisieren Resilienz auf mehreren Ebenen und fokussieren die Aufmerksamkeit auf die Dynamik, der Anpassung und Veränderung in Systemen. Resilienz wird als umfangreiches Konstrukt gesehen, in dem Menschen in dynamischen Systemen Störungen standhalten oder sich von diesen erholen (Masten, 2007). Diesen dynamischen Ansatz, in dem Resilienz aus vielen verschiedenen Prozessen besteht, greifen Davydov, Ritchie und Chaudieu (2010) in ihrem mehrstufigen biopsychosozialen Konstrukt auf. In ihrem Entwurf vergleichen sie den Menschen mit dem körperlichen Immunsystem insofern, als dass auch er über Schutzmechanismen verfügt, um mit psychischen Belastungen fertig zu werden. Ihrer Vorstellung nach aktivieren diese Schutzmechanismen Ressourcen, die zum einen angeboren sind, zum anderen durch individuelle Anpassung natürlich oder auch künstlich durch die Gesellschaft aufgebaut wurden. In diesem Modell reagiert der Mensch entweder spezifisch oder unspezifisch auf psychische Stressoren. Unter spezifischer Reaktion ist zu verstehen wie eine Person implizit oder durch Prägung gelernt hat auf Stress zu reagieren und wie sie es schafft, ihre Emotionen und ihr Verhalten zu regulieren. Eine unspezifische Reaktion meint alle phänotypischen Vorteile, also personenspezifische Merkmale, die ein Mensch nutzen kann um Stress zu bewältigen. Je nachdem wie stark ein Mensch von Stressoren belastet ist, haben diese Ressourcen eine schützende, unterstützende, abschwächende oder

schadensreduzierende Wirkung und helfen die Gesundheit eines Menschen zu erhalten oder wiederherzustellen (Davydov et al., 2010).

Obwohl sich die meisten Forscher darüber einig sind, dass Resilienz ein dynamischer Prozess ist an dem viele Faktoren beteiligt sind, gibt es Unterschiede in der Klassifizierung bzw. Annäherung von Resilienz. Patel und Goodman (2007) nähern sich dem Konzept der Resilienz über Schutzfaktoren, die helfen die Gesundheit zu erhalten und die Wahrscheinlichkeit senken eine psychische Störung zu erleiden, wenn Menschen mit verschiedenen Stressoren konfrontiert werden. Andere Forscher legen ihren Fokus auf die gesundheitsfördernden Mechanismen von Resilienz, die den Schutzfaktoren ähnlich sind und Einfluss auf den Resilienzprozess nehmen. Vertreter dieses Ansatzes konnten nachweisen, dass positive Emotionen die Reaktivität auf Stress mildern und die Fähigkeit fördern sich von Stress erfolgreich zu erholen (Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006; Fredrickson, 2001). Andere Forscher wiederum nähern sich der Resilienz über das Konzept der Schadensverminderung. Dieser Ansatz geht davon aus, dass es bereits zu einer gesundheitlichen Störung einer Person kam. Resilienz bezeichnet hier die Fähigkeit auf ein ursprüngliches bzw. erhöhtes Niveau der Reaktionsfähigkeit gegen Stress zurückzukehren (Davydov et al., 2010; Richardson, 2002).

Wie bereits erwähnt, reicht es nicht aus Resilienz lediglich auf die Persönlichkeit eines Menschen zu reduzieren (Brodsky et al., 2011). Resilienz wurde zuletzt in Gruppen, Teams und Familien untersucht (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche, & Pfefferbaum, 2008; Morgan, Fletcher, & Sarkar, 2013; Benzie & Mychasiuk, 2009). Resilienz in Teams oder Gruppen umfasst verschiedene Prozesse, in denen die Mitglieder ihre individuellen und kollektiven Ressourcen nutzen um sich widrigen Situationen anzupassen (Morgan et al., 2013).

Die verschiedenen Ansätze, Konzepte und Klassifizierungen von Resilienz verweisen auf die Notwendigkeit Klarheit darüber zu schaffen, was eine Vielzahl der Forscher unter dem Konstrukt Resilienz versteht. Die Mitglieder des *Resilience and healthy Ageing Network* schlagen folgende Definition von Resilienz vor (Windle, Bennett, & Noyes, 2011):

Resilience is the process of effectively negotiating, adapting to, or managing significant sources of stress or trauma. Assets and resources within the individual, their life and environment facilitate this capacity for adaptation and 'bouncing back' in the face of adversity. Across the life course, the experience of resilience will vary. (Windle, 2011, S. 163)

Diese Definition wurde aus der Analyse von über 270 Forschungsartikeln abgeleitet und soll im Folgenden für das Konzept Resilienz dienen (Windle et al., 2011).

## **1.2 Aspekte von Resilienz in der allgemeinen Bevölkerung**

Über die gesamte Lebensspanne hinweg ist nahezu jeder Mensch mit der schmerzlichen Realität konfrontiert, dass ein geliebter Mensch stirbt oder er sich einem anderen potentiell traumatisierenden Ereignis ausgesetzt sieht. (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007). Um von Resilienz sprechen zu können, erscheint es einigen Forschern wichtig, dass ein Individuum einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war und eine Anpassung an dieses Ereignis stattgefunden hat (Luthar & Cicchetti, 2000; Richardson, 2002; Masten 2001). Anderenfalls wäre es nicht möglich Resilienz von anderen sozialen Prozessen und Persönlichkeitseigenschaften zu unterscheiden (Luthar & Cicchetti, 2000). Nach Davey et al. (2003) gelten bereits der Beginn, das Durchlaufen und das Ende der Pubertät für jede Person als Widrigkeiten, die es zu bewältigen gilt, so dass auch bei relativ risikofreien Lebensverläufen durchaus von Resilienz gesprochen werden kann. Dieser Meinung schließt sich Masten (1994) an, indem sie die Adoleszenz als die herausforderndste Phase auf dem Entwicklungsweg eines Individuums beschreibt.

Lange Zeit ist man davon ausgegangen, dass das Ausbleiben von Stress und Schwierigkeiten optimal für die menschliche Entwicklung sei. Inzwischen gibt es vermehrt Hinweise darauf, dass mäßiger Stress die Entwicklung von Resilienz sogar fördern kann. Erfahrungen von Stress während der Kindheit und Adoleszenz können in einigen Fällen resistenzfördernd sein und damit helfen, stressige Situationen besser zu bewältigen (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006). Richardson (2002) teilt diese Auffassung und beschreibt in seinem metatheoretischen Resilienzmodell, dass Menschen, die sich in einem geistigen, körperlichen und spirituellen Gleichgewicht befinden, immer wieder von inneren und äußeren Stressoren bedroht werden. Wie bedrohlich Stress oder gewisse Lebensereignisse (z.B. Kündigung, Trauerfall etc.) für ein Individuum sind, hängt unter anderem von seinen resilienten Qualitäten, sowie erfolgreich bewältigten vorhergehenden Krisen ab. Zu einer Unterbrechung des inneren Gleichgewichts kann es kommen, wenn die Schutzfaktoren einer Person oder der Umgebung nicht ausreichen um mit der aktuellen Belastung fertig zu werden. Mit der Zeit beginnt für die Person ein Reintegrationsprozess, zurück zum inneren Gleichgewicht. Im besten Fall kommt es zu einer resilienten Reintegration,

was bedeutet, dass die betroffene Person durch die Störung neue Erkenntnisse bzw. Wachstum erlangt hat. Damit verfügt sie über mehr Fähigkeiten um mit künftigen stressvollen Lebensereignissen umgehen zu können (Richardson, 2002). Rutter (2009) spricht in diesem Zusammenhang von Härtungseffekten und meint damit, dass zeitweise auftretender Stress die Resistenz gegenüber später auftretendem Stress erhöht. Auch Davydov et al. (2010) gehen davon aus, dass die erfolgreiche Erholung von stressenden Ereignissen zu einer Stärkung gegenüber zukünftigen Stressoren führen kann. Sie sprechen in diesem Zusammenhang vom Erlangen stressorspezifischer sowie stressorunspezifischer Fähigkeiten, die eingesetzt werden können um die eigene Gesundheit zu schützen. Allerdings kann zu viel Stress einen Menschen überfordern und zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen. Entsprechend des *Challenge model* von Garmezy, Masten und Tellegen (1984) wird zwischen Stress und Kompetenz ein kurvilinearere Zusammenhang angenommen. Stress wirkt in diesem Modell potentiell kompetenzfördernd solange eine Person nicht davon überfordert wird. Wenn stressige Lebensereignisse und Risikofaktoren gegenüber den Schutzfaktoren überwiegen, kann selbst ein sehr resilienter Mensch psychische Probleme entwickeln (Werner, 1989).

War man zu Beginn der Resilienzforschung der Ansicht, Resilienz sei etwas Außergewöhnliches und betreffe nur wenige Individuen, so sind heute einige Forscher anderer Meinung. Bonanno (2004) ist der Ansicht, dass eine resiliente Anpassung an stressige Lebensereignisse weitaus öfter vorkommt als viele Forscher annehmen. Das Problem sieht er darin, dass Forschung über Traumatisierung und Verlust nur jene Personen einschließt, die Behandlung suchen. Über den Resilienzprozess bei Erwachsenen, welche nicht in Behandlung sind, ist wenig bekannt. Die Häufigkeit resilienter Anpassung wird dadurch unterschätzt (Bonanno, 2004).

Bonanno's (2004) Konzept zufolge ist Resilienz die Fähigkeit, trotz traumatischer Erfahrungen, einen relativ gesunden und stabilen psychischen Zustand aufrecht zu erhalten. Er geht davon aus, dass Resilienz nicht lediglich ein Persönlichkeitsmerkmal ist, das ein Mensch entweder besitzt oder nicht besitzt, sondern es durch mehrere Schutzfaktoren gefördert wird, um schwierige Situationen zu bewältigen. Patel und Goodman (2007) schließen sich dem Ansatz der schützenden und unterstützenden Faktoren an und betonen die Wichtigkeit der Erforschung dieser Faktoren, um gesundheitliche Probleme zu verstehen und psychische Gesundheit zu schützen. Schutzfaktoren dienen nicht nur dazu

gefährdete Menschen vor negativen Folgen zu schützen, sondern senken Risiken, mildern die Effekte von Risikofaktoren oder verbessern die Bewältigungseigenschaften von Personen (Masten, Best, & Garmezy, 1990). Schutzfaktoren sind nicht nur im Individuum verankert, sondern auch vom Kontext und der Situation abhängig (Johnson & Wiechelt, 2004). Häufig erwähnte Faktoren sind beispielsweise Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen (Richardson, 2002), soziale Unterstützung, Glaubenssysteme (Benzies & Mychasiuk, 2009), und Humor (Martin & Lefcourt, 1983). Zudem sind protektive Faktoren notwendig um einen Resilienzprozess überhaupt in Gang zu setzen. Die Anpassung an schwierige Situationen gelingt aber nur dann, wenn eine Person dazu fähig ist, verschiedene verfügbare Strategien im Sozialen sowie im kognitiven Bereich anzuwenden (Dyer & McGuinness, 1996). Um von Schutzfaktoren sprechen zu können müsste man allerdings wissen, ob die entsprechenden Faktoren bereits vor dem Erleben eines traumatischen oder stressvollen Ereignisses gegenwärtig waren. Nur wenn diese Schutzfaktoren nachvollziehbar schlimmere Folgen verhindern, ist es zulässig von Schutzfaktoren zu sprechen. Andererseits sind sie lediglich als ein Korrelat von Resilienz zu betrachten (Tran, Glück, & Lueger-Schuster, 2013).

### **1.3 Resilienzfaktoren**

Bisher wurden Resilienzfaktoren hauptsächlich in klinischen Populationen untersucht, der allgemeinen Bevölkerung wurde nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Zu den resilienzfördernden bzw. begleitenden Faktoren gehören neben persönlichen Merkmalen, wie Selbstwirksamkeit (Hamill, 2011), positive Emotionen und Heiterkeit (Fredrickson, 2001; Haußer, 1999 zitiert nach Ruch & Zweyer, 2001, S. 20-21), Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Watson & Hubbard, 1996; Riolli, Savicki, & Cepani, 2002; Davey et al., 2003) auch externe Unterstützungssysteme wie Glaube und Religiosität (Patterson, 2002; Black & Ford-Gilboe, 2004) und soziale Unterstützung (Scudder, Sullivan, & Copeland-Linder, 2008; Ungar, 2012; Rutter, 2007).

Auch soziodemographische Faktoren wie Nettoeinkommen (Campbell-Sills, Forde, & Stein, 2009), Bildung (Dainese et al., 2011; Campbell-Sills et al., 2009) und Sport (Galli & Vealey, 2008; Trang, 2011) werden für Resilienz als wichtig erachtet.

Im Folgenden wird auf Persönlichkeitsfaktoren, externe Unterstützungssysteme und soziodemographische Merkmale, die Resilienz fördern bzw. begleiten genauer eingegangen. Da im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit nicht alle möglichen Faktoren von Resilienz diskutiert werden können, werden im Anschluss nur jene Faktoren besprochen, die auch durch die Hypothesen überprüft werden.

### **1.3.1 Persönlichkeitsfaktoren**

Wie bereits weiter oben erwähnt, sind an der Entwicklung und Entfaltung von Resilienz viele Faktoren beteiligt. Nach Nakaya, Oshio und Kaneko (2006) sind die Persönlichkeitsfaktoren eines Individuums hierfür jedoch besonders wichtig.

#### **1.3.1.1 Selbstwirksamkeitserwartung**

Rutter (1987) sieht in der Gründung und Aufrechterhaltung von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit einen der wichtigsten Faktoren für Resilienz. Der Begriff Selbstwirksamkeitserwartung wurde von Albert Bandura in den 1970er Jahren geprägt und meint den Glauben (zukünftige) Anforderungen aufgrund eigener Fähigkeiten bewältigen zu können (Bandura, 1994). Nach Ozer und Bandura (1990) reguliert der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeit motivationale, kognitive, affektive und selektive Prozesse, führt zu emotionalem Wohlbefinden, und zu grundlegendem menschlichem Funktionieren. Wird eine Person mit einer schwierigen Situation konfrontiert, hängt es entscheidend davon ab, ob sie glaubt über Gedanken, Handlungen, etc. Einfluss auf die Situation ausüben zu können. Jenen Personen, die über eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung verfügen, gelingt es im Allgemeinen besser negative Gedanken und fragwürdige Fähigkeiten zur eigenen Person zurückzuweisen, als den Individuen, die nicht daran glauben Kontrolle über bestimmte Situationen und Geschehnisse zu haben. Auch Bandura, Barbaranelli, Caprara und Pastorelli (2001) sind davon überzeugt, dass es die wahrgenommene Selbstwirksamkeitserwartung einer Person ist, die ihr Flexibilität und Anpassungsfähigkeit in widrigen Situationen verleiht. Individuen mit hoher wahrgenommener Selbstwirksamkeitserwartung haben in schwierigen Situationen mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, sind mehr an herausfordernden Aufgaben interessiert, setzen sich selbst höhere Ziele und erholen sich schneller von Rückschlägen (Luszczynska, Gutiérrez-Dona, & Schwarzer, 2005). Daher stellt Selbstwirksamkeit einen wichtigen Faktor bei der Entwicklung von Kompetenz dar

und hilft Personen Schwierigkeiten konstruktiv zu bewältigen (Hamill, 2011). Des Weiteren zeigte sich, dass resiliente Erwachsene schon seit ihrer Kindheit davon überzeugt sind alle Umstände bewältigen zu können und innere Ressourcen besitzen um erfolgreich zu sein (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993).

#### 1.3.1.2 Big-Five Persönlichkeitsmerkmale

Aus der psychometrischen Forschung entwickelte sich eine Fünf-Faktoren-Struktur der Persönlichkeit, die heute in der Wissenschaft und der Testdiagnostik als die *Big-Five*<sup>1</sup> Persönlichkeitsfaktoren bekannt sind. Dazu zählen die Faktoren Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Neurotizismus (Bidjerano & Yun Dai, 2007). Nach Davey et al. (2003) sind die Persönlichkeitseigenschaften Verträglichkeit, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit Teil einer Konstellation von innerpersönlichen Charakteristiken, die für Resilienz von Bedeutung sind. Auch Watson und Hubbard (1996) halten diese Persönlichkeitsfaktoren für äußerst wichtig um zu bestimmen, wie Individuen sich an traumatische Ereignisse, aber auch an permanenten Alltagsstress anpassen. Davey et al. (2003) stellten sich sogar die Frage ob Persönlichkeit nicht einfach als eine Art Stellvertreter von Resilienz anzusehen ist. Die Studie von Riolli et al. (2002) bestätigt ein resilientes Persönlichkeitsprofil, das auf den Big Five Persönlichkeitsmerkmalen beruht. Individuen zeigten gegenüber den nicht resilienten Personen signifikant höhere Ausprägungen in den Eigenschaften Optimismus, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit und *control coping* (Latack, 1986), den problemfokussierten Bemühungen Stress zu reduzieren. Eine signifikant niedrigere Ausprägung wurde in der Big Five Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus gefunden. Sie ist ein Konstrukt, das negative Gefühle, geringe Bewältigungsfähigkeiten und schwierige Kontrollimpulse umfasst (Campbell-Sills et al., 2006). Bezüglich des Persönlichkeitsfaktors Verträglichkeit konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden (Riolli et al., 2002). In der Untersuchung wurde weiterhin deutlich, dass resiliente Individuen über Persönlichkeitseigenschaften verfügen, die ihnen eine positivere Sichtweise erlaubt, eine Empfänglichkeit für neue Erfahrungen beschert, mehr Tendenz verleiht andere zu kontaktieren, ihnen hilft sich disziplinierter und organisierter zu verhalten und sie unterstützt ein aktives

---

<sup>1</sup> Für eine ausführliche Beschreibung der *Big-Five* Faktoren siehe Kapitel 6.2 Messinstrumente

Bewältigungsverhalten zu zeigen (Rioli et al., 2002). Auch in anderen Untersuchungen ließ sich ein ähnliches Persönlichkeitsprofil resilienter Individuen erkennen. Eine von Nakaya et al. (2006) durchgeführte Studie an 130 japanischen Studenten zeigte ebenfalls einen negativen Zusammenhang von Resilienz und Neurotizismus. Zudem konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und den Faktoren Extraversion, Offenheit für Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit festgestellt werden. Einzig für den Faktor Verträglichkeit war kein signifikanter Zusammenhang feststellbar. Auch Campbell-Sills et al. (2006) konnten an einer Gruppe von College Studenten den Zusammenhang zwischen den Big-Five Persönlichkeitsfaktoren und Resilienz nachweisen. Die Korrelationen zwischen Resilienz und den Big-Five Persönlichkeitsfaktoren zeigten, dass Resilienz eine starke inverse Beziehung zu Neurotizismus sowie einen starken Zusammenhang zu Extraversion und Gewissenhaftigkeit aufweist. Ein kleiner doch signifikanter Zusammenhang ließ sich zwischen Resilienz und Offenheit für Erfahrungen erkennen. Nur für die Persönlichkeitsvariable Verträglichkeit konnte in dieser Studie kein signifikanter Zusammenhang zu Resilienz gefunden werden.

#### 1.3.1.3 Positive Emotionen und Heiterkeit

Zur Förderung von Resilienz sind positive Emotionen von großer Bedeutung, wie einige Studien beweisen (Fredrickson, 2001; Tugade & Fredrickson, 2004). Nach Fredrickson (2001) helfen positive Emotionen sich zu entfalten. Dies, so Fredrickson, sei kein auf den Augenblick beschränktes Phänomen, sondern ein über längere Zeit anhaltender Zustand. Sie betrachtet es als äußerst wertvoll positive Emotionen wo immer möglich zu fördern, da diese nicht nur zu besserem Wohlbefinden führen, sondern ein wichtiges Mittel sind psychologisches Wachstum zu begünstigen. Um die Effekte positiver Emotionen besser verstehen zu können, entwickelte Barbara Fredrickson (2001) die *broaden-and-build theory of positive emotions*. Darin stellt sie die Hypothese auf, dass positive Emotionen die Fähigkeit haben das Gedanken-Handlungsrepertoire eines Menschen zu erweitern und sogar dauerhaft intellektuelle, physische, soziale und psychologische Ressourcen aufzubauen. Im Gegensatz zu negativen Emotionen, die schnell und direkt zur Anpassung in lebensbedrohlichen Situationen beitragen, ist das erweiterte Gedanken-Handlungsrepertoire, das durch positive Emotionen ausgelöst wird, auf andere Art und Weise förderlich. Es bringt indirekt und langfristig anwendbare Vorteile mit sich, da die Erweiterung des

Gedanken-Handlungsrepertoires persönliche Ressourcen aufbaut, die einer Person als Reserve dienen um spätere Bedrohungen zu meistern. Nach Fredrickson können Menschen in verschiedenen emotionalen Zuständen und in unvermeidlichen Gefahren und Bedrohungen auf diese Ressourcen zugreifen (Fredrickson, 2001). Die *broaden-and-build theory of positive emotions* wurde mehrfach durch verschiedene Versuche bestätigt (Fredrickson & Branigan, 2005).

In ihrer postulierten *undoing hypothesis* beschreibt Fredrickson (2001) wie durch positive Emotionen andauernde negative Emotionen, die das Gedanken-Handlungsrepertoire einschränken, bereinigt werden können. Die erweiternde Funktion von positiven Emotionen könnte ihrer Meinung nach hier eine entscheidende Rolle spielen. Durch die momentane Erweiterung des Gedanken-Handlungsrepertoires einer Person, könnte eine positive Emotion den Einfluss, den eine negative Emotion über den Körper und Geist dieser Person gewonnen hat, freimachen. Fredrickson stellt damit die Hypothese auf, dass positive Emotionen die Kraft haben Nachwirkungen von negativen Emotionen ungeschehen zu machen (Fredrickson, 2001). Auch die von B. Fredrickson aufgestellte *undoing hypothesis* konnte von Fredrickson und Levenson (1998) bestätigt werden. Es zeigte sich, dass sich Personen, die vermehrt positive Emotionen empfanden am schnellsten von angstauslösenden Situationen erholten. B. Fredrickson kommt zu der Überzeugung, dass Menschen ihr psychisches sowie körperliches Wohlbefinden verbessern könnten, wenn sie die Erfahrung von positiven Emotionen fördern würden. So könnten auch negative Erfahrungen besser bewältigt werden (Fredrickson, 2000a, zitiert nach Fredrickson, 2001, S. 222).

Zahlreiche Studien beweisen, dass positive Emotionen zu Resilienz beitragen (Tugade & Fredrickson, 2004) und Resilienz fördern (Fredrickson, 2001). Entsprechend der *broaden-and-build theory of positive emotions* führen positive Emotionen zu einer erweiterten Aufmerksamkeit und Wahrnehmung und fördern somit die Bewältigung von Not und Elend (Fredrickson, 2001).

Bereits in den 80er Jahren untersuchten Martin und Lefcourt (1983) den Einfluss von Humor auf die Stimmung von Personen, die einem kritischen Lebensereignis ausgesetzt waren. Ihre Ergebnisse stützen die Vermutung, dass Humor den Einfluss von Stress abpuffert. Um nachzuprüfen ob hohe *Trait-Heiterkeit* (Ruch, Köhler, & Van Thriel, 1996), also einer der Persönlichkeit inhärenten Heiterkeit, dazu führt, dass eine heitere Stimmung auch bei negativen Lebensereignissen bewahrt wird, unternahmen Forscher weitere Untersuchungen. Es wurde bei 69 Personen das

Ausmaß und die Anzahl belastender und negativer Lebensereignisse über einen Zeitraum von einem Jahr hinweg gemessen. Dabei zeigte sich, dass Personen mit hoher *Trait-Heiterkeit* selbst bei einer größeren Anzahl negativer Lebensereignisse auf dem gleichen Niveau ihrer heiteren Stimmung blieben. Bei Personen mit niedriger *Trait-Heiterkeit* nahm jedoch mit zunehmender Anzahl negativer Lebensereignisse die heitere Stimmung deutlich ab (Haußer, 1999 zitiert nach Ruch & Zweyer, 2001, S. 20-21).

### **1.3.2 Externe Unterstützungssysteme**

#### **1.3.2.1 Soziale Unterstützung**

Bei Prozessen, die mit Resilienz assoziiert werden, hängt es sehr stark von den Eigenschaften der Umwelt ab, ob sie einem Individuum Schutz und förderliche Bedingungen zu seiner Entwicklung bereitstellen (Ungar, 2012). Aber auch persönliche Charakteristiken wie kognitive Funktionen und ein umgängliches Naturell sind besonders wichtig. Besondere Qualitäten eines Menschen wirken auf andere Personen anziehend und erleichtern es enge Beziehungen einzugehen. Erst die Interaktion eines Menschen mit seiner Umwelt schafft die Bedingungen welche Wachstum und Entwicklung entweder fördern oder hemmen (Condly, 2006). Bereits sehr früh erkannten Resilienzforscher wie wichtig ein reagierendes und unterstützendes soziales Umfeld für die normale Entwicklung einer Person ist. Es erleichtert die Entwicklung und trägt zur Abnahme von Risikofaktoren bei (Brazelton, 1986 zitiert nach Dyer & McGuinness, 1996, S. 281). Nicht nur für die Entfaltung von Kindern und Jugendlichen sind unterstützende und fürsorgliche Beziehungen wichtig. Sie sind in allen Lebensphasen für die Entwicklung zu einem gesunden Individuum unerlässlich (Scudder et al., 2008). Besonders Familien erfüllen für ihre Mitglieder wichtige Funktionen. Sie erziehen und sozialisieren sie, bieten Schutz für gefährdete Mitglieder und gewähren ihnen ökonomische Unterstützung (Ooms, 1996). Aber auch das Umfeld außerhalb der Familie stellt einen bedeutenden Schutz dar, welches das Individuum in seinem Resilienzprozess unterstützt. Unterstützende Beziehungen können in den verschiedensten Kontexten, wie in der Nachbarschaft, einer religiösen Gemeinschaft, in der Schule oder am Arbeitsplatz gefunden werden. Bei Personen, die auch außerhalb der Familie Unterstützung erfahren, ist die Wahrscheinlichkeit höher, im Bedarfsfall resilient zu reagieren (Scudder et al., 2008).

In einer Nachfolgestudie von Collishaw et al. (2007), der *Isle of Wight study* (Rutter, Tizard, Yule, Graham, & Whitmore, 1976) konnte nachgewiesen werden, dass Individuen mit guten zwischenmenschlichen Beziehungen physischen oder sexuellen Missbrauch besser verarbeiten konnten. Folgende Bereiche gelungener Beziehungen wurden angegeben: Hohe elterliche Fürsorge, normale gleichaltrige Beziehungen, gute erwachsene Freundschaften, unterstützende erste Partner, stabile Beziehungsvorgeschichte. Das Ausmaß psychiatrischer Störungen bei Personen, die sexuellen oder körperlichen Missbrauch erlitten, zeigte ab etwa drei Bereichen gelungener Beziehungen einen deutlichen Rückgang. Bei mindestens vier Bereichen von gelungenen Beziehungen tendierte das Störungsniveau gegen null und lag unter dem Störungsniveau von nicht missbrauchten Personen (Collishaw et al., 2007). Bonanno et al. (2007) bestätigen soziale Unterstützung als Prädiktor von Resilienz. In einer qualitativen Längsschnittstudie von Banyard und Williams (2007) wurden 80 Frauen, die sexuellen Missbrauch erlitten, untersucht. Mit einer gelungenen Anpassung dieser Frauen wurden gute soziale Beziehungen sowie soziale Rollenzufriedenheit und eine positive Wahrnehmung von Gemeinschaft in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse bestätigen die positive Funktion gut funktionierender Beziehungen zur Förderung von Resilienz (Rutter, 2007).

#### 1.3.2.2 Glaube und Religiosität

Eine weitere Möglichkeit Resilienz zu fördern, besteht durch die Beteiligung an einer religiösen Gemeinschaft. Viele Erwachsene gaben an, dass ihnen ihr Glaube den Halt und die Hoffnung gewährte um erfolgreich schwierige Zeiten zu überstehen. Andere berichteten, dass ihnen speziell der Glaube an Gott half schwierige Gegebenheiten zu bewältigen und waren der Meinung, dass sie es ohne diesen nicht geschafft hätten die widrige Situation zu meistern (Katz, 1997; Werner, 1989, 1993 zitiert nach Condly, 2006, S. 228). In einer anderen Studie konnte Werner (1993) aufzeigen, dass religiöses Engagement und religiöse Einbindung Individuen hemmt Straftaten zu begehen. Darüber hinaus gaben resiliente Jugendliche an, dass ihr Glaube sie befähigte die Wahrnehmung traumatischer Erfahrungen aus ihrer Kindheit oder Jugend konstruktiv zu bewältigen. Auch Juby und Rycraft (2004) sehen in der Spiritualität einen wichtigen Faktor zur Bewältigung von schwierigen Ereignissen. Der speziellen Situation wird so Bedeutung und Zweck zugesprochen. Einige Forscher gehen davon aus, dass nicht nur wenige spezielle Glaubensinhalte,

sondern vielmehr verschiedene Glaubenssysteme als Schutzfaktor im Resilienzprozess beteiligt sind (Patterson, 2002; Black & Ford-Gilboe, 2004). Nicht alle Schutzfaktoren wirken sich in jeder Kultur gleich aus. Grotberg (1995) wies darauf hin, dass Glaube in einigen Kulturen als Schutzfaktor wirkt, während es in anderen Kulturen weniger der Fall ist. Javanmard (2013) untersuchte an 160 Studienteilnehmern die Beziehung zwischen religiösen Vorstellungen und Resilienz. Er fand einen positiven signifikanten Zusammenhang zwischen der Ausübung religiösen Glaubens und Resilienz. Zudem brachte eine lineare Regression zum Vorschein, dass 25 % der Varianz von Resilienz durch die Ausübung religiösen Glaubens erklärt werden können.

### **1.3.3 Soziodemographische Faktoren**

Bisher haben sich Resilienzforscher hauptsächlich psychologischen und sozialen Faktoren von Resilienz gewidmet. Den soziodemographischen Faktoren wurde relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ein Ziel dieser Forschungsarbeit ist es zu einem besseren Verständnis von Resilienz beizutragen. Daher werden auch Faktoren untersucht, die in der Resilienzforschung bisher wenig erforscht wurden.

#### **1.3.3.1 Einkommen**

Hohes Einkommen stellt für Menschen eine wichtige Ressource dar und bietet neben der Erfüllung hedonistischer Wünsche auch eine gewisse Befriedigung von Sicherheitsbedürfnissen. Campbell-Sills et al. (2009) konnten in ihrer Studie, in der sie Personen aus der allgemeinen Bevölkerung über mögliche demographische Resilienzfaktoren untersuchten, einen signifikanten Effekt von der Einkommenshöhe einer Person auf den Grad der Resilienz feststellen. Die Ergebnisse einer Varianzanalyse zeigten, dass mit zunehmender Einkommenshöhe der Personen simultan ihre Resilienzwerte anstiegen. Die Faktoren Geschlecht, Bildungsstatus und Einkommenshöhe konnten einen kleinen Teil der Gesamtvarianz von Resilienz erklären. Auch Bonanno et al. (2007) fanden Zusammenhänge zwischen demographischen Variablen und Resilienz. Die Ergebnisse einer logistischen Regression zeigten, dass es für Personen mit einem Jahreseinkommen von

mindestens 100.000 \$, mehr als die Hälfte wahrscheinlicher ist ( $OR^2 = 1.55$ ) resilient zu reagieren in Relation zu Menschen, die weniger als 20.000 \$ pro Jahr verdienen. Bei jenen Personen, die einen Einkommensrückgang zu beklagen hatten, lag die Wahrscheinlichkeit dazu bei etwas weniger als die Hälfte ( $OR = .44$ ) im Vergleich zu denjenigen ohne Einkommenseinbußen. Nach dem *model of conservation of resources* (Hobfoll, 1989) verursacht der Verlust einer Ressource Stress. In diesem Modell erklärt Hobfoll, dass Menschen danach streben Ressourcen aufzubauen und zu behalten und der antizipierte oder tatsächliche Verlust einer Ressource beängstigend wirkt (Hobfoll, 1989).

### 1.3.3.2 Bildung

Die Studie von Dainese et al. (2011) zeigt, dass sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit eines Individuums mit dessen Bildungsniveau in Beziehung steht. Auch andere wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Bildung mit einem höheren Grad an Wissen über Gesundheit und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen einhergeht (Lima de Melo Ghisi, Abdallah, Grace, Thomas, & Oh, 2014). Bildung steht auch direkt mit Resilienz in Zusammenhang, wie die Studie von Campbell-Sills et al. (2009) beweist. Es zeigte sich, dass mit zunehmendem Ausbildungsniveau von Personen ihre Resilienzwerte anstiegen. In der Studie von Brewin, Andrews und Valentine (2000) wurden in einer Metaanalyse 14 Risikofaktoren für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung untersucht. Der Mangel an Bildung erwies sich als konstanter Prädiktor für die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Je nach untersuchter Population in unterschiedlichem Ausmaß.

### 1.3.3.3 Sport

Während die körperlichen Vorteile von Sport gut belegt sind, ist der Zusammenhang von Sport und seelischem Wohlbefinden weniger oft dokumentiert. Allerdings scheint die Beziehung zwischen körperlicher Aktivität und der psychischen Verfassung hinsichtlich möglicher Reaktionen komplexer zu sein als dies bei körperlicher Aktivität und physischer Gesundheit der Fall ist (Scully, Kremer, Meade, Graham, & Dudgeon, 1998). Dennoch gibt es Studien, welche die positiven Aspekte

---

<sup>2</sup> OR = odds ratio

von Sport auf das psychische Wohlbefinden belegen. Einige Sportpsychologen sehen im Treiben von Sport ein wichtiges Fundament um resiliente Qualitäten zu entwickeln (Galli & Vealey, 2008). Auch Trang (2011) sieht Sport als ideale Plattform um eigene Stärken zu finden und Selbstvertrauen zu entwickeln. In seiner Studie untersuchte er bei Jugendlichen den Einfluss von Sport auf Wohlbefinden und Resilienz. Seine Erforschungen zeigten bei ihnen allerdings nur ein durchschnittliches Wohlbefinden. Dies führt er auf den niedrigen sozioökonomischen Hintergrund der Jugendlichen zurück. Dennoch zeigte sich, dass Sport als Plattform für sie diente, in der sie miteinander interagierten, Problemlösungsfähigkeiten erwarben und ihre Kommunikation untereinander verbesserten. Dies sind wichtige Kernkompetenzen für spätere Entwicklungsschritte. Außerdem können die durch sportliche Aktivitäten erworbenen Fähigkeiten auch auf andere Lebensbereiche angewandt werden und dabei behilflich sein Herausforderungen und Schwierigkeiten im Leben zu meistern (Trang, 2011). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie von Galli und Vealey (2008), in der Sportler ihre Anstrengungen nicht nur als Qual empfanden. Sie erlebten sie als wichtige Erfahrung, die ihre persönlichen Ressourcen erweiterten und Mut für die Zukunft machten. In einer Studie von Asztalos et al. (2009) wurden 1919 Teilnehmer zwischen 20 und 65 Jahren auf Zusammenhänge zwischen physischer Aktivität und psychischer Verfassung untersucht. Es zeigte sich, dass sportliche Betätigung negativ mit Stress und Leid verbunden war.

#### **1.4 Resilienz als Schutz vor psychopathologischen Symptomen und Erkrankungen**

Mehrere Studien bestätigen den Zusammenhang von Resilienz mit einer gelungenen Anpassung an widrige Umstände. Darüber hinaus kommen folgende Studien zu der Erkenntnis, dass Resilienz auch vor ernsthaften psychiatrischen Symptomen und Erkrankungen schützen kann (Campbell-Sills et al., 2006). Individuen, die während ihrer Kindheit emotional vernachlässigt wurden, entwickelten nur dann psychiatrische Symptome, wenn sie über niedrige Resilienz verfügten. Diejenigen unter ihnen mit hohen Resilienzwerten berichteten im Erwachsenenalter über fast keine psychiatrischen Symptome (Campbell-Sills et al., 2006). Ng et al. (2012) erforschten, wie Jugendliche Angst, Depression, Ärger und Aggression bewältigten. Dafür entwickelten sie ein Modell, das erklärt wie Individuen

Resilienzprozesse nutzen um mit ihren Befindlichkeitszuständen umzugehen. Ihrer Meinung nach beeinflusst Resilienz den Prozess der Bewältigung von Angst und Depression. Dabei unterscheiden sie zwischen zwei Bewältigungsversuchen. Zum einen den *approach coping-psychopathology*, der für die direkte Auseinandersetzung mit der betrüblichen Angelegenheit durch logische Analysen und positiver Neubewertung steht. Zum anderen den *avoidance coping-psychopathology*, welcher negative Emotionen, die in Zusammenhang mit dem Stressor stehen, minimiert. Beispiele hierfür sind Verhaltensweisen, wie der Konsum von Alkohol oder Drogen, die nicht zur Lösung von Problemen beitragen. Es zeigte sich, dass *approach coping* über Resilienzprozesse zum Nachlassen von Angst und Depression bei den Betroffenen führte. Besonders positives Denken und aktives Um-Hilfe-suchen führte zum *approach coping* und somit zur Abschwächung von Angst und Depression (Ng et al., 2012). Die Ergebnisse bekräftigen das Konzept der Resilienz als eine Reihe von Fähigkeiten, die benutzt werden können um psychopathologische Phänomene abzuschwächen (Banyard et al., 2007). Auch andere Studien konnten den angst- und depressionsreduzierenden Einfluss von Resilienz bestätigen. In einer USA-weiten Studie wurden Krankenpfleger und -schwestern untersucht, bei welchen hohe Arbeitsbelastung immer wieder zu psychischen Störungen führt. Dabei wurden jene Personen als hoch resilient bezeichnet, die in der *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003) einen Wert von  $\geq 92$ , bei einer höchst Punktzahl von 100, erreichten. Es zeigte sich, dass nur 2% der hoch resilienten, aber 14% der nicht resilienten Individuen Symptome einer Depression aufwiesen. Außerdem waren nur 8% der hoch resilienten Personen, aber 21% der nicht resilienten Individuen von Angstsymptomen betroffen (Mealer et al., 2012). In einer Untersuchung an australischen Jugendlichen wurde ebenfalls ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und Angst festgestellt (Benetti & Kambouropoulos, 2006).

Auch bezüglich Fatigue gibt es Studien, die einen inversen Zusammenhang von Fatigue und Resilienz berichten (Robottom et al., 2012; Strauss et al., 2007). Fatigue wird als überwältigendes Gefühl von Müdigkeit, Mangel an Energie und einem Gefühl der Erschöpfung mit beeinträchtigter physischer und/oder kognitiver Funktionsfähigkeit definiert (Shen, Barbera, & Shapiro, 2006). Besonders häufig tritt Fatigue bei Personen mit onkologischen sowie neurologischen Erkrankungen auf (Pfeffer, 2010). In einer Studie von Strauss et al. (2007) wurden krebserkrankte Personen, die sich einer Strahlentherapie unterzogen, untersucht. Dabei interessierte die Forscher welchen Einfluss Resilienz auf die Fatigueerscheinungen einer Person

hat. Dazu maßen sie die Resilienz- und Fatigewerte der Patienten jeweils zu Beginn und zum Ende der Strahlentherapie. Sie verzeichneten einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und Fatigue zu Beginn und am Ende der Therapie. Zudem konnten sie den Faktor Resilienz neben anderen, wie Krankheitsfortschritt, Behandlungsziel und Hb-Status, als stärksten Prädiktor für Fatigue ausmachen. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass Fatigue unter anderem durch die psychologische Kapazität einer Person mit Stress umzugehen, bestimmt wird (Strauss et al., 2007). Auch in einer Studie von Robottom et al. (2012), in der Parkinson Patienten auf Resilienzfaktoren untersucht wurden, zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und Fatigue.

## **1.5 Messbarkeit und Vergleich von Resilienz in unterschiedlichen Populationen**

Der verstärkte Fokus auf Resilienz führte dazu, dass sich ein Teil der Aufmerksamkeit, der sich bisher auf Störungen und die Behandlung von Störungen konzentrierte, zu Prozessen die das Wohlbefinden fördern, verschob (Ungar, 2012). Die perspektivische Neuorientierung bedeutete auch, dass neue und geeignete Messinstrumente zur Erfassung des Konstrukts Resilienz nötig waren. (Windle et al., 2011). Da Resilienz ein multidimensionaler Prozess ist, der zwischen Personen und Situationen beträchtlich variiert, gestaltete sich die Entwicklung eines zuverlässigen und genauen Messinstruments umso schwieriger. Connor und Davidson (2003) ist mit der Entwicklung der *Connor-Davidson Resilience Scale* ein Messinstrument gelungen, das sowohl im klinischen als auch im wissenschaftlichen Bereich anwendbar ist und über gute psychometrische Kennwerte verfügt. Die Ergebnisse ihrer Entwicklungsstudie zeigten, dass Resilienz quantitativ bestimmbar ist und durch den Gesundheitsstatus beeinflusst wird (Connor & Davidson, 2003).

Das Konstrukt der Resilienz wird in der *Connor-Davidson Resilience Scale* durch zahlreiche Charakteristiken bestimmt. Von Kobasa (1979) wurde das Konzept *hardiness* entwickelt und von Connor und Davidson (2003) in die Skala integriert. Es besteht aus dem Engagement bedeutungsvolle Ziele im Leben zu finden, dem Glauben Einfluss auf seine Umgebung und den Ausgang von Ereignissen zu haben sowie die Einstellung an positiven wie negativen Lebenserfahrungen wachsen zu können (Bonanno, 2004). Von Rutters Konzept der Resilienz wurden Charakteristiken, wie etwa die Unterstützung von Anderen in Anspruch zu nehmen,

das Gefühl von Selbstwirksamkeit, der stärkende Einfluss von Stress, der Sinn für Humor und die Anpassungsfähigkeit an Veränderungen, integriert (Rutter, 1985). Aus der Resilienzforschung von Lyons (1991) wurden die Merkmale Ausdauer und die Fähigkeit Stress oder Schmerz auszuhalten übernommen. Als weitere Quelle resilienter Charakteristiken dienten Informationen über eine gefährliche Expedition von Sir Edward Shackleton in die Antarktis. Die Merkmale Glaube und Optimismus schienen für das Überleben der Expedition besonders wichtig und waren für Connor und Davidson Anlass dafür, diese in die *Connor-Davidson Resilience Scale* zu integrieren (Connor & Davidson, 2003).

Bei der Entstehung der *Connor-Davidson Resilience Scale* gelang es Connor und Davidson (2003) Referenzwerte in verschiedenen Populationen zu definieren. Das Messinstrument wurde bei der Entwicklung in verschiedenen klinischen Stichproben und der allgemeinen Bevölkerung eingesetzt. Es zeigte sich, dass die Stichprobe der allgemeinen Bevölkerung deutlich höhere Resilienzwerte als die klinischen Stichproben (Personen mit medizinischer Grundversorgung, ambulant psychiatrische Patienten, Patienten mit einer generalisierten Angststörung sowie Personen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung) aufwies. Auch Bonanno et al. (2007) bestätigten in ihrer Untersuchung, dass Resilienz vom Gesundheitszustand abhängt. Ihre Studie ergab, dass Menschen ohne chronische Erkrankungen resilienter sind als Menschen, die an einer oder zwei chronischen Erkrankungen leiden. Menschen mit mehr als zwei chronischen Erkrankungen wiesen die geringste Resilienz auf.

## 2 Alexithymie

Alexithymie ist ein Konstrukt, das in in der allgemeinen Bevölkerung relativ häufig vorkommt (Franz et al., 2008) und immer wieder mit psychopathologischen Symptomen wie Ängstlichkeit, Depressivität (Eizaguirre, Saenz de Cabezón, Ochoa de Alda, Olariaga, & Juaniz, 2004; Romoli, Bernini, Cosci, & Berrocal 2011) und Fatigue (Bodini et al., 2008) in Verbindung gebracht wird. Für diese Forschungsarbeit ist es von Interesse, ob eine geringe Ausprägung von Resilienz oder eine starke Ausprägung von Alexithymie für die schlechte psychische Befindlichkeit einer Person verantwortlich ist. Aus diesem Grund wird das Konstrukt Alexithymie im Folgenden kurz vorgestellt und im Zusammenhang mit häufigen Begleiterkrankungen beschrieben.

Personen, die an Alexithymie leiden, berichten über Schwierigkeiten Gefühle zu identifizieren, sie zu kennzeichnen und zu beschreiben. Außerdem haben sie zumeist Probleme zwischen Gefühlen und den körperlichen Empfindungen einer emotionalen Erregung zu unterscheiden (Taylor, Bagby, & Parker, 1997 zitiert nach Kreitler, 2002, S. 394). Einige Forscher vermuten, dass diese Charakteristiken Defizite in der geistigen Repräsentation von Emotionen widerspiegeln und in der Fähigkeit Emotionen durch kognitive Prozesse zu regulieren (Parker, Taylor, & Bagby, 1998).

Die Prävalenz von Alexithymie in der allgemeinen Bevölkerung schwankt je nach Kultur zwischen 8,2% und 8,9% bei Frauen und zwischen 11,1% und 12,8% bei Männern (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000; Franz et al., 2008). In einer anderen Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung waren die Prävalenzwerte von Alexithymie sogar noch höher. Die Prävalenz von Alexithymie lag bei Frauen bei 9,6% und bei Männern bei 16,6% (Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka, & Kauhanen, 1999). Honkalampi et al. (2000) vermuten, dass die teilweise sehr hohe Prävalenzrate von Alexithymie in früheren Studien durch die Nichtberücksichtigung der Variable Depression verzerrt wurde.

In verschiedenen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Depression und Alexithymie nachgewiesen werden. Honkalampi et al. (2000) entdeckten, dass alexithyme Personen signifikant häufiger unter Depressionen litten. Auch Duddu, Isaac und Chaturvedi (2003) konnten in ihrer Studie, in der sie Personen mit einer somatoformen Störung, Personen mit einer depressiven Störung und Personen ohne

Störung untersuchten, einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Alexithymie und Depression nachweisen. Andere Studien berichten über einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Angst (Eizaguirre et al., 2004). Romoli et al. (2011) untersuchten onkologische und gesunde Personen auf Alexithymie. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass Individuen mit einem höheren Wert von Alexithymie, unabhängig von einer Krebsdiagnose, höhere Werte für Angst und Depression zeigten und höhere dysfunktionale Bewältigungsstrategien aufwiesen. Die Autoren schlossen daraus, dass Alexithymie die Entwicklung von Depressionen und Angststörungen stärker beeinflusst als die Tatsache an Krebs erkrankt zu sein.

Obwohl in zahlreichen Studien über einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Depression/Angst berichtet wurde, sind sich Forscher nicht über die Richtung des Zusammenhangs einig (Eizaguirre et al., 2004). Einige Forscher sind davon überzeugt, dass Alexithymie ein Persönlichkeitsmerkmal ist das Angst und Depression begünstigt, da Personen Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation haben (Martínez-Sánchez, Ato-García, Adam, Medina, & Espana, 1998). Andere Autoren betrachten Alexithymie als Zustand der durch Angst oder Depression verursacht wird. Das wiederum könnte eine Reaktion auf Stress darstellen (Corcos et al., 2000). Um einen kausalen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Depression bzw. Alexithymie und Angst zu eruieren, bedarf es jedoch weiterer Forschung (Taylor, 2000).

Auch zwischen Alexithymie und Fatigue wurden bereits Zusammenhänge berichtet. Bordini et al. (2008) untersuchten an Multiple Sklerose erkrankten Patienten unter anderem den Zusammenhang zwischen Alexithymie und Fatigue. Sie fanden heraus, dass alexithyme Multiple Sklerose Patienten höhere Fatigue-Werte hatten als nicht alexithyme Personen. Der Zusammenhang zwischen Fatigue und Alexithymie bestand unabhängig vom Grad der körperlichen Beeinträchtigung einer Person.

Emotionale Intelligenz ist ein weiteres Konstrukt das einen engen aber inversen Zusammenhang mit Alexithymie aufweist (Parker, Taylor, & Babgy, 2001). Armstrong, Galligan und Critchley (2011) gehen davon aus, dass Emotionale Intelligenz, die unter anderen mit den Faktoren emotionale Selbsterkenntnis und emotionales Erkennen anderer Personen zusammenhängt, mit dem Konstrukt der Resilienz verbunden ist. Die Autoren argumentieren, dass emotional intelligentes Verhalten in stressigen Situationen die Anpassung fördert. Salovey und Kollegen bestätigen diese Aussage und postulieren, dass Menschen mit höherer emotionaler

Intelligenz besser stressige Begebenheiten bewältigen. Sie können ihre Emotionen genau beurteilen und erkennen, ihre Stimmungslage kontrollieren und wissen wann und wie sie am besten ihre Gefühle zum Ausdruck bringen (Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999, zitiert nach Armstrong, et al., 2011, S. 331).

### **3 Multiple Sklerose**

Wie bereits in den einleitenden Worten erwähnt, ist diese Forschungsarbeit Teil eines Projektes in der Resilienz in verschiedenen Populationen untersucht wird. Es werden die Resilienzwerte - gemessen durch die Connor und Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003) - der vorliegenden Arbeit mit den Resilienzwerten der Multiple Sklerose Stichprobe verglichen. Daher wird das Krankheitsbild Multiple Sklerose kurz vorgestellt und häufig damit einhergehende psychische Komorbiditäten genannt.

Multiple Sklerose ist eine chronisch entzündliche Entmarkungserkrankung des Zentralen Nervensystems (Crayton & Rossman, 2006). Dies kann alle Bereiche des Zentralen Nervensystems betreffen. Größtenteils sind aber der Hirnstamm, das Mark in den zerebralen Hemisphären, das Zerebellum, die optischen Nerven und die Wirbelsäule von entzündlichen Herden befallen (Skokou, Soubasi, & Gourzis, 2012). Die Symptome sind vielfältig und reichen von Sinnesveränderungen, wie z.B. Taubheitsgefühle und Schmerzen (Compston & Coles, 2008) über Veränderungen des Sehvermögens, wie beispielsweise Doppelbilder und verschwommenes Sehen (Swingler & Compston, 1992) bis zu motorischen Veränderungen, wie z.B. Gleichgewichtsverlust, Schwäche und Steifheit (Compston & Coles, 2008). Auch Funktionsstörungen der Blase und des Darmtrakts sind häufig (Crayton & Rossman, 2006). Oftmals führt dies bei den Erkrankten zu eingeschränkten sozialen Aktivitäten in ihrem täglichen Leben, was zusätzlichen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen ausübt (Ziemssen, 2011).

Neben den neurologischen Auffälligkeiten leiden viele Personen auch unter psychiatrischen Symptomen (Diaz-Olavarrieta, Cummings, Velazquez, & Garcia de al Cadena, 1999). Bis zu 50% der an Multiple Sklerose Erkrankten entwickeln im Verlauf ihrer Erkrankung eine Depression (Minden, 1987). Ebenfalls sehr häufig, doch oftmals übersehen, ist die Wahrscheinlichkeit eine Angststörung zu entwickeln.

Korostil und Feinstein (2007) entdeckten, dass 35,7% der an Multiple Sklerose Erkrankten im Laufe ihres Lebens unter einer Angststörung leiden. Noch mehr leiden jedoch die meisten Multiple Sklerose Erkrankten Personen an Fatigue. Zwischen 50 und 80 % der Personen, die an Multiple Sklerose erkranken, werden durch Fatigue Symptome beeinträchtigt (Krupp, 2006; Lerdal, Celius, Krupp, & Dahl, 2007).

Wie sehr man unter den Folgen einer Multiple Sklerose Erkrankung leidet, hängt wesentlich von den Fähigkeiten der Betroffenen ab sich an die veränderten Lebensbedingungen anzupassen, also wie resilient eine Person ist. Mohr et al. (1999) entdeckten, dass Personen, die ihre Krankheit relativ gut bewältigen über eine größere Anzahl an engen Beziehungen, erhöhtem Interesse an Spiritualismus und einer größeren Wertschätzung gegenüber dem Leben verfügen (Mohr et al., 1999).

### III. EMPIRISCHER TEIL

#### 4 Zielsetzung

Auf den theoretischen Hintergrund aufbauend ist das Ziel dieser Arbeit herauszufinden, welche Persönlichkeitsfaktoren, externen Unterstützungssysteme und soziodemographischen Merkmale eines Individuums zum Resilienzprozess beitragen, und ihm damit helfen mit unterschiedlichsten Stressoren zurechtzukommen. Des Weiteren versucht diese Forschungsarbeit den angenommenen negativen Zusammenhang von Resilienz und den psychopathologischen Erscheinungsbildern Depressivität, Ängstlichkeit und Fatigue zu bestätigen bzw. herauszufinden ob sich Alexithymie als Mediatorvariable dafür verantwortlich zeigt. Zuletzt wird der Frage nachgegangen, ob sich die Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung von der Stichprobe der an Multiple Sklerose Erkrankten in der Höhe ihrer gemessenen Resilienzwerte signifikant voneinander unterscheiden.

#### 5 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die Fragestellungen und dazugehörigen Forschungshypothesen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, angeführt. Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit werden nur die Alternativhypothesen formuliert.

##### I. Fragestellung

Welche Persönlichkeitsfaktoren sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?

##### Hypothesen zur ersten Fragestellung

H1: Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

H2: Je heiterer eine Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

Welche Big-Five Persönlichkeitsfaktoren sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?

- H3: Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Big Five Persönlichkeitsfaktor Extraversion.
- H4: Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Big Five Persönlichkeitsfaktor Offenheit für Erfahrungen.
- H5: Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Big Five Persönlichkeitsfaktor Verträglichkeit.
- H6: Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Big Five Persönlichkeitsfaktor Gewissenhaftigkeit.
- H7: Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Big Five Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus.

## **II. Fragestellung**

Welche externen Unterstützungssysteme sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?

### Hypothesen zur zweiten Fragestellung

- H8: Je besser die soziale Unterstützung einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.
- H9: Je stärker der Glaube einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

## **III. Fragestellung**

Welche soziodemographischen Merkmale sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?

### Hypothesen zur dritten Fragestellung

- H10: Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Einkommen.
- H11: Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Grad der Bildung.
- H12: Es besteht ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und sportlicher Betätigung.

#### **IV. Fragestellung**

Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei Personen aus der allgemeinen Bevölkerung?

##### Hypothesen zur vierten Fragestellung

H13: Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie eine Depression entwickelt.

H14: Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie eine Angststörung entwickelt.

H15: Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie Fatigue-Erscheinungen empfindet.

Ist Alexithymie als Mediatorvariable für den Zusammenhang zwischen Resilienz und Depressivität/Ängstlichkeit/Fatigue verantwortlich?

H16: Alexithymie mediiert den Zusammenhang zwischen Resilienz und Depressivität.

H17: Alexithymie mediiert den Zusammenhang zwischen Resilienz und Ängstlichkeit.

H18: Alexithymie mediiert den Zusammenhang zwischen Resilienz und Fatigue.

#### **V. Fragestellung**

Unterscheiden sich Personen, die an Multiple Sklerose erkrankt sind, von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung in der Höhe ihrer Resilienzwerte?

##### Hypothese zur sechsten Fragestellung

H19: Personen aus der allgemeinen Bevölkerung haben durchschnittlich höhere Resilienzwerte als Personen, die an Multiple Sklerose erkrankt sind.

## **6 Methode**

### **6.1 Untersuchungsdurchführung und Stichprobenkonstruktion**

Die Erhebung der Daten erfolgte durch eine Paper-Pencil-Fragebogenbatterie, die bereits im Rahmen des Resilienzprojekts von Prof. Lueger-Schuster und Dr. Tran erstellt worden war und nur geringfügig im demographischen Teil verändert wurde. Es wurden die Fragen „Treiben Sie regelmäßig Sport“ und „Wenn ja, welche Art von Sport“ hinzugenommen, um mögliche resilienzförderliche Aspekte von Sport untersuchen zu können. Zudem wurde der Teil des Fragebogens, der Angaben zur Erkrankung von Multiple Sklerose durch eine frühere Forschungsarbeit erhob, durch die Fragen „Leiden Sie an einer chronischen, schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung“, „Wenn ja, an welcher“ und „Wurde bei Ihnen jemals die Erkrankung Multiple Sklerose diagnostiziert“ ausgetauscht. Erhoben wurde im Zeitraum vom 10.01.13 bis 22.04.13.

Die Stichprobengewinnung geschah nach dem Schneeballprinzip im eigenen Freundes-, Verwandten- und Bekanntenkreis. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte entweder durch eine persönliche Übergabe, einer postalischen Zustellung oder der Zusendung per E-Mail, mit der Bitte diese auch an andere Personen zwischen 18 und 75 Jahren zu verteilen. Bei der Verteilung der Fragebögen wurde im Vorhinein darauf geachtet, dass vor allem Personen mit ähnlichen soziodemographischen Merkmalen wie in der bereits vorausgegangenen Multiple Sklerose Stichprobe erreicht wurden, um die angestrebte Vergleichbarkeit beider Stichproben zu ermöglichen. Es wurde eine möglichst große Anzahl vollständig ausgefüllter Fragebögen angestrebt, um die anschließende Parallelisierung nach den soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung und Beziehungsstatus möglichst genau durchführen zu können. Aus der Multiple Sklerose Stichprobe, deren ursprüngliche Größe aus 90 Personen bestand, mussten 8 aufgrund fehlender Altersangaben ausscheiden. Nur so ist ein objektiver Vergleich zwischen den beiden Stichproben gewährleistet. Es ergab sich also eine Stichprobengröße von 82 Personen.

## 6.2 Messinstrumente

Zur Datenerhebung diente eine zwölfseitige Paper-Pencil-Fragebogenbatterie, die aus 13 psychologischen Testverfahren sowie einem demographischen Teil bestand. Nach erfolgter Erläuterung über das Forschungsvorhaben und kurzer Mitteilung zu Rechten und Datenschutz der Studienteilnehmer, sowie einem vorweggenommenen Dank für die Teilnahme am Forschungsprojekt, gelangten die Probanden zu den psychologischen Verfahren, die mit knappen Instruktionen für die Selbstbewertung versehen waren. Den psychologischen Verfahren folgte ein demographischer Teil, in dem das Bestehen schwerwiegender Erkrankungen erfragt wurde und des Weiteren um die Angabe soziodemographischer Merkmale gebeten wurde. Am Ende wurde den Studienteilnehmern erneut für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie gedankt. Im Folgenden ist die genaue Beschreibung der Messinstrumente zu sehen.

### 6.2.1 Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K)

Zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften wurde die deutsche Kurzversion des *Big Five Inventory* herangezogen. Diese beruht auf dem Big Five Persönlichkeitsmodell und gilt als äußerst ökonomisches Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsdimensionen *Extraversion*, *Verträglichkeit*, *Gewissenhaftigkeit*, *Neurotizismus* und *Offenheit für Erfahrungen*. Nachfolgend werden die einzelnen Skalen einschließlich einiger Beispiellitems nach Borkenau und Ostendorf (1993) dargestellt.

Personen mit hohen Werten in der Skala **Extraversion** neigen dazu aktiv, gesprächig, herzlich, heiter und optimistisch zu sein. Außerdem mögen sie aufregende Aktivitäten und sind an der Gesellschaft anderer Menschen interessiert. Folgende Beispiellitems können für die Skala Extraversion genannt werden: „Ich bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen“, „Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig“.

Menschen, die hohe Ausprägungen in der Skala **Verträglichkeit** aufweisen, zeigen sich altruistisch, begegnen anderen mit Wohlwollen, Mitgefühl und Verständnis, sind harmoniebedürftig, hilfsbereit, nachgiebig und neigen zu kooperativem Verhalten. Die Skala Verträglichkeit beinhaltet Items wie: „Ich neige dazu, andere zu kritisieren“, „Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen“.

Individuen mit hohen Werten in der Skala **Gewissenhaftigkeit** gelten als zuverlässig, ordentlich, pünktlich, zeigen sich als willensstark, ausdauernd, genau, zielstrebig und ehrgeizig, wohingegen Personen mit niedrigeren Werten ihre Ziele mit geringem Engagement verfolgen und insgesamt eher nachlässig und unbeständig sind. Beispielitems für die Skala Gewissenhaftigkeit sind: „Ich bin tüchtig und arbeite flott“, „Ich erledige Aufgaben gründlich“, „Ich mache Pläne und führe sie auch durch“.

Die Skala **Neurotizismus** erfasst Unterschiede in der emotionalen Stabilität bzw. emotionalen Labilität. Personen mit einer hohen Ausprägung in dieser Skala geben häufig an, unsicher, nervös, verlegen, ängstlich sowie traurig zu sein, berichten über viele Sorgen, sind leicht aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen und sind kaum dazu in der Lage ihre Bedürfnisse zu kontrollieren. Menschen mit niedrigen Werten auf der Skala Neurotizismus berichten wenig über diese Probleme, da sie insgesamt ruhiger und ausgeglichener sind. Die Skala beinhaltet Items wie: „Ich werde leicht nervös und unsicher“, „Ich mache mir viele Sorgen“, „Ich werde leicht deprimiert, niedergeschlagen“.

Auf der Skala **Offenheit für Erfahrungen** werden Interesse und Ausmaß bezüglich der Beschäftigung mit neuen Erfahrungen, Eindrücken und Erlebnissen erfasst. Individuen mit hohen Werten auf dieser Skala beschreiben sich als wissbegierig, experimentierfreudig, phantasievoll, verhalten sich öfters unkonventionell, hinterfragen bestehende Normen meist sehr kritisch und mögen Abwechslung. Folgende Beispielitems können genannt werden: „Ich bin vielseitig interessiert“, „Ich bin tief sinnig, denke gerne über Sachen nach“, „Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll“.

Die Bewertung erfolgt über eine fünfstufige Likert-Skala, mit den Ausprägungen *sehr unzutreffend*, *eher unzutreffend*, *weder noch*, *eher zutreffend* und *sehr zutreffend*. Mit seinen 21 Items erweist sich das *BFI-K* nicht nur als äußerst ökonomisches, sondern auch als hinreichend valides sowie reliables Verfahren. Die internen Konsistenzen betragen für die Skalen *Extraversion*  $\alpha = .81$ , *Verträglichkeit*  $\alpha = .67$ , *Gewissenhaftigkeit*  $\alpha = .62$ , *Neurotizismus*  $\alpha = .65$  und *Offenheit für Erfahrungen*  $\alpha = .70$  (Rammstedt & John, 2005).

### **6.2.2 State-Trait-Heiterkeits-Inventar (STHI-T-Cheerfulness subscale)**

Für die Messung von Heiterkeit, wurde aus der *Trait-Version* des *STHI* (Ruch et al., 1996) die Subskala Heiterkeit verwendet. Nach Ruch und Zweyer (2001) ist

Heiterkeit ein affektives Persönlichkeits- bzw. Temperamentsmerkmal und geht mit einer herabgesetzten Schwelle für das Auslösen von Lachen und Erheiterung einher. Ihrer Meinung nach, charakterisieren folgende Eigenschaften eine habituell heitere Person: häufige und lang andauernde fröhliche, vergnügte, heitere und lustige Stimmung, häufiges Lächeln, schnell zum Lachen zu bringen, eine dem Leben gegenüber unbeschwerte und positive Grundeinstellung, widrigen Umständen gelassen zu begegnen, reagiert häufig und intensiv auf unterschiedliche Reize mit Lachen, befindet sich gerne und häufig in scherzenden und spaßenden Gesellschaften, gute Laune anderer wirkt ansteckend und demonstriert gerne eigene Fähigkeiten Heiterkeit selbst zu produzieren.

Die Skala umfasst 20 Aussagen zur Selbsteinschätzung und beinhaltet Items wie: „Mein Alltag bietet mir oft Anlass zum Lachen“, „Ich gehe unbeschwert durchs Leben“, „Ich bin ein lustiger Mensch“.

Das Rating wird auf einer vierstufigen Skala mit den Antwortmöglichkeiten *trifft gar nicht zu*, *trifft eher nicht zu*, *trifft etwas zu* und *trifft sehr zu* vorgenommen. In der deutschen Stichprobe verfügt die Skala Heiterkeit mit einer inneren Konsistenz von  $\alpha = .93$  und einer Retest-Reliabilität von  $r_{tt} = .84$  über gute psychometrische Kennwerte (Ruch et al., 2001).

### **6.2.3 Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)**

Die Selbstwirksamkeitserwartung, also die Überzeugung bestimmte Anforderungen eigenständig bewältigen zu können, wobei Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird, wurde mittels der *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* von Schwarzer und Jerusalem (1999) erhoben. Dieses Selbstbeurteilungsverfahren besteht aus zehn Items, die durch ankreuzen auf einer vier-stufigen Likert-Skala mit den Ausprägungen *stimmt nicht* (1), *stimmt kaum* (2), *stimmt eher* (3) und *stimmt genau* (4) zu beantworten sind und enthält Aussagen wie: „Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen“, „Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern“, „Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer Vertrauen kann“.

Die *SWE* stellt mit einer internen Konsistenz des Skalenwertes von  $\alpha = .92$  ein sehr messgenaues Verfahren dar. Zudem wurde anhand konfirmatorischer

Faktorenanalysen die Eindimensionalität der Skala nachgewiesen (Hinz, Schumacher, Albani, Schmid, & Brähler, 2006).

#### 6.2.4 The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Zur Erfassung von Resilienz wurde die *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003) herangezogen. Diese besteht aus 25 Items mit folgenden Dimensionen:

1. **Persönliche Kompetenz, hohe Standards und Hartnäckigkeit** (Beispielitems: „Ich arbeite um meine Ziele zu erreichen und lasse mich nicht davon beirren, wenn mir Steine in den Weg geworfen werden“, „Ich gebe stets mein Bestes, unabhängig davon wie die Situation endet“, „Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung meine Ziele erreichen zu können“).
2. **Vertrauen in die eigenen Instinkte, Toleranz negativer Gefühle, Wachsen an Belastungen** (Beispielitems: „Der Umgang mit Stress kann mich stärken“, „Ich bin fähig mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen“, „Ohne zu wissen wieso, muss man im Umgang mit den Problemen im Leben manchmal mit einer gewissen Vorahnung handeln“).
3. **Positive Akzeptanz von Veränderungen, stabile Beziehungen** (Beispielitems: „Ich bin fähig mich anzupassen, wenn sich etwas verändert“, „Ich habe mindestens eine enge und sichere Bindung zu jemandem, die mir als Unterstützung dient, wenn ich unter Stress stehe“).
4. **Persönliche Kontrolle** (Beispielitems: „Mein Leben habe ich unter Kontrolle“, „Während einer stressreichen Zeit oder Krise weiß ich, wohin ich mich wenden muss um Hilfe zu bekommen“).
5. **Spirituelle Orientierung** (Items: „Wenn es keine klaren Lösungen für meine Probleme gibt, kann mir manchmal mein Glaube oder Gott helfen“, „Egal ob gut oder schlecht, ich glaube, dass die meisten Ereignisse im Leben einen Sinn haben“).

Das Rating erfolgt durch eine fünfstufige Skala mit den Antwortmöglichkeiten *überhaupt nicht wahr* (0), *selten wahr* (1), *manchmal wahr* (2), *oft wahr* (3) und *fast immer wahr* (4). Die interne Konsistenz für die Gesamtskala der allgemeinen Bevölkerung beträgt  $\alpha = .89$  (Connor & Davidson, 2003).

### 6.2.5 Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14 (F-SozU-K-14)

Die wahrgenommene bzw. antizipierte soziale Unterstützung wurde durch die *Kurzform K-14* von Fydrich, Sommer, Tydecks und Brähler (2009) erhoben. Die für diese Forschungsarbeit verwendete Kurzform des *Fragebogen zur sozialen Unterstützung* beinhaltet die drei Bereiche:

- **Emotionale Unterstützung** (Gefühle mitteilen können, von anderen akzeptiert und gemocht werden, Teilnahme erleben) Beispielitems: „Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit“, „Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann“.
- **Praktische Unterstützung** (praktische Ratschläge erhalten, von Aufgaben entlastet werden, praktische Hilfen bei alltäglichen Problemen erhalten können) Beispielitems: „Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen“, „Wenn ich krank bin, kann ich ohne zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen“.
- **Soziale Integration** (gemeinsame Unternehmungen durchführen, zu einem Freundeskreis gehören, Menschen mit ähnlichen Interessen kennen) Beispielitems: „Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe“, „Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme“ (Fydrich et al., 2009).

Für die vorliegende Arbeit wurde jedoch ausschließlich die Gesamtskala verwendet, da aufgrund der geringen Itemanzahl ohnehin von einer Differenzierung der Skalen abgeraten wird (Fydrich, Sommer, & Brähler, 2007). Das Rating der Items erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala mit den Antwortmöglichkeiten *trifft überhaupt nicht zu*, *trifft ein wenig zu*, *trifft etwas zu*, *trifft ziemlich zu* und *trifft genau zu*. Der Fragebogen zeichnet sich durch eine interne Konsistenz von  $\alpha = .94$  und einer Retest-Reliabilität (1 Woche) von  $r_{tt} = .96$  durch sehr gute psychometrische Kennwerte aus (Fydrich et al., 2009).

### 6.2.6 Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D)

Das *Systems of Belief Inventory* besteht in der deutschen Kurzform aus 15 Items, die spirituelle und religiöse Überzeugungen von Individuen erhebt. Entwickelt wurde das Inventar von Holland et al. (1998) und durch Albani et al. (2002) wurde es in seine deutsche Form übersetzt. Das Inventar beinhaltet folgende zwei Unterskalen:

- **Religiöse Überzeugungen und Praktiken** (Vorhandensein und Bedeutung religiöser und spiritueller Überzeugungen und Verhaltensweisen) Beispielitems: „Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben“, „Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert“.
- **Soziale Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft** (Ausmaß an sozialer Unterstützung durch eine spirituelle/religiöse Gemeinschaft) Beispielitems: „Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen“, „Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören“.

Das Rating erfolgt über eine vierstufige Likert-Skala mit den Ausprägungen *trifft gar nicht zu*, *trifft eher/teilweise nicht zu*, *trifft teilweise/etwas zu* und *trifft vollständig zu*. In einer gesunden Stichprobe wurde für die beiden Subskalen sowie für die Gesamtskala mit  $\alpha \geq .89$  eine ausgezeichnete interne Konsistenz ermittelt. Zudem konnte das Inventar zwischen religiösen und nicht religiösen Individuen unterscheiden und zeigte Hinweise auf diskriminante sowie konvergente Validität (Zwingmann, 2005).

### 6.2.7 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Das *Brief Symptom Inventory 18* wurde von Derogatis (2001) entwickelt um die psychische Belastung von Personen innerhalb der vergangenen sieben Tage zu messen. Das Inventar beinhaltet drei Faktoren und einen globalen Kennwert aller 18 Items. Nachfolgend sind die drei Dimensionen des Inventars mit einigen Beispielitems aufgelistet:

- **Somatisierung** (Beispielitems: „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter Ohnmachts- oder Schwindelgefühle“, „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen“).
- **Depressivität** (Beispielitems: „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren“, „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter dem Gefühl, wertlos zu sein“).
- **Ängstlichkeit** (Beispielitems: „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein“, „Wie sehr

litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter Schreck- oder Panikanfällen“).

Mit Reliabilitätskoeffizienten von  $\alpha = .79$  für Depressivität,  $\alpha = .63$  für Somatisierung und  $\alpha = .68$  für Ängstlichkeit, getestet an nicht klinischen Probanden einer deutschen Stichprobe, verfügt das *BSI-18* in den Faktoren Somatisierung und Ängstlichkeit über eine dürftige Messgenauigkeit (Spitzer et al., 2011). Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden jedoch ohnehin nur die Skalen Ängstlichkeit und Depressivität verwendet. Die drei Faktoren des Tests konnten durch eine konfirmatorische sowie explorative Faktorenanalyse bestätigt werden (Franke et al., 2011).

### 6.2.8 Fatigue Severity Scale (FSS)

Die *Fatigue Severity Scale* wurde von Krupp, LaRocca, Muir-Nash und Steinberg (1989) entwickelt. Sie misst den Schweregrad einer Fatigue und ermöglicht zudem Fatigue von affektiven, kognitiven und somatisierenden Dysfunktionen zu unterscheiden (Pfeffer, 2010). Die *FSS* besteht aus neun Items, wovon acht Items sich auf körperliche Aspekte von Fatigue beziehen (Beispielitem: „Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit“) und nur ein Item kognitive Aspekte betont (Beispielitem: „Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin“) (Amtmann et al., 2012).

Das Selbstbeurteilungsinstrument besteht aus einer siebenstufigen Skala mit Ausprägungen von *trifft nicht zu* bis *trifft voll zu*. Die *FSS* verfügt über eine hohe Test-Retest-Reliabilität und einer sehr guten internen Konsistenz (Valko, Bassetti, Bloch, Held, & Baumann, 2008).

### 6.2.9 Toronto Alexithymie Skala (TAS-20)

Mit der deutschen, 20 Items umfassenden Version der *Toronto Alexithymie Skala* wird Alexithymie durch folgende drei Faktoren gemessen:

- **Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen und Diskrimination** (Beispielitems: „Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe“, „Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin“).

- **Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen** (Beispielitems: „Mir fällt es schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden“, „Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde“).
- **Extern orientierter Denkstil** (Beispielitems: „Ich unterhalte mich mit anderen nicht gern über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen“, „Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken“).

Die Zustimmung zu den Items erfolgt über eine fünfstufige Likert-Skala die von der Ausprägung *trifft gar nicht zu* bis zur Ausprägung *trifft völlig zu* reicht. Mit der internen Konsistenz von  $\alpha = .70$  für die Gesamtskala einer allgemeinen Stichprobe aus Österreich, verfügt die *TAS-20* über gute psychometrische Kennwerte (Taylor, Bagby, & Parker, 2003).

## 7 Statistische Verfahren zur Auswertung der Daten

Die Berechnungen der vorliegenden Diplomarbeit wurden mittels der Statistik-Software SPSS Version 20 und Version 21 durchgeführt. Neben einer deskriptivstatistischen Beschreibung der Stichprobe, erfolgte eine deskriptivstatistische Darstellung der verwendeten Instrumente und Skalen.

Für die Überprüfung der Hypothesen wurden inferenzstatistische Methoden verwendet. Als Entscheidungsgrundlage wurde das Signifikanzniveau auf  $\alpha = .05$  festgelegt. Im Zuge der Hypothesentestung kamen bivariate Korrelationen, Multiple Regressionen, Mediatoranalysen und ein T-Test für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Für die Erhebung weiterer demographischer Merkmale wurden T-Test's für unabhängige Stichproben sowie einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet.

Alle für diese Forschungsarbeit verwendeten Instrumente sowie deren Skalen wurden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Die Voraussetzungen zur Durchführung der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson wurden durch den Kolmogorov-Smirnov Test (Normalverteilung) und den Levene Test (Homogenität der Varianzen) geprüft. Außerdem kann als weitere Voraussetzung für eine Korrelation nach Pearson von einem Intervalskalenniveau ausgegangen werden, da es sich bei allen Tests um standardisierte und normierte Testverfahren handelt. Waren die Voraussetzungen für eine Produktmomentkorrelation verletzt, wurde auf eine Rangkorrelation nach Spearman ausgewichen.

Um die Richtung und die Höhe des Zusammenhangs von Persönlichkeitsfaktoren, externen Unterstützungssystemen sowie Soziodemographischen Variablen und Resilienz zu ermitteln, wurden bivariate Korrelationen berechnet. Um herauszufinden durch welche Faktoren Resilienz am Besten vorausgesagt werden kann, wurden Multiple Regressionen gerechnet. Zusammenhänge zwischen Resilienz und psychopathologischen Erscheinungsbildern wurden mittels bivariaten Korrelationen berechnet. Für die Erklärung, welchen Einfluss Alexithymie auf psychopathologische Erscheinungsbilder haben könnte, wurde eine Mediatoranalyse gerechnet. Um Unterschiede in der Höhe der Resilienzwerte zwischen der Stichprobe der vorliegenden Forschungsarbeit und der Multiple Sklerose Stichprobe zu ermitteln, wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet.

## **8 Ergebnisse**

Bevor die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden, erfolgt die Beschreibung der Stichprobe und die deskriptivstatistische Beschreibung der verwendeten Messinstrumente und Skalen.

### **8.1 Beschreibung der Stichprobe**

Die Fragebogenbatterie wurde insgesamt von 212 Personen ausgefüllt. Nachdem diese Personen hinsichtlich demographischer Daten mit der Multiple Sklerose Stichprobe parallelisiert wurden, ergab sich schließlich eine Stichprobengröße von 82 Personen. Aus der Multiple Sklerose Stichprobe konnten 82 Personen zum Vergleich mit der Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung verwendet werden. Die Anzahl der Personen in der Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung reduzierte sich dementsprechend auf 82 Personen. Dies ermöglichte nun den Vergleich der Resilienzwerte beider Stichproben. Zudem wurden nur jene Probanden für die vorliegende Forschungsarbeit herangezogen, die an keiner chronischen, schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung litten, die in ihrer Schwere und Intensität mit der Erkrankung Multiple Sklerose vergleichbar ist. Außerdem wurden Personen, bei denen die Krankheit Multiple Sklerose diagnostiziert wurde, ausgeschlossen.

Die Stichprobe setzt sich aus 56 (68,3%) weiblichen sowie 26 (31,7%) männlichen Teilnehmern zusammen, von denen die älteste Person zum Zeitpunkt der Befragung 75 und die jüngste Person 19 Jahre alt ist. Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 48,96 Jahre (SD = 12,08). 74 Personen (90,2%) sind aus Österreich, sieben (8,5%) aus Deutschland und eine (1,2%) Person ist aus Italien.

Tabelle 1: Demographische Daten der Stichprobe

	Häufigkeit	Prozent
<u>Höchste abgeschlossene Schulausbildung</u>		
Pflichtschule	3	3,7
Lehrabschluss	23	28,0
Meisterprüfung	6	7,3
berufsbildende mittlere Schule	17	20,7
Hochschulreife	18	22,0
Bachelor	4	4,9
Master/Diplom	10	12,2
PhD/Doktorat	1	1,2
<u>Beziehungsstatus</u>		
Single	15	18,3
In einer Beziehung	19	23,2
Verheiratet	39	47,6
Getrennt	3	3,7
Verwitwet	4	4,9
Anderes	2	2,4
<u>Erwerbstätigkeit</u>		
Vollzeitbeschäftigung	44	53,7
Teilzeitbeschäftigung	12	14,6
geringfügig beschäftigt	7	8,5
keine Erwerbstätigkeit	8	9,8
andere Erwerbstätigkeit	11	13,4
<u>Monatliches Nettoeinkommen</u>		
0 bis 499 Euro	3	3,7
500 bis 999 Euro	9	11,0
1000 bis 1499 Euro	15	18,3
1500 bis 1999 Euro	22	26,8
2000 bis 2999 Euro	18	22,0
3000 bis 4999 Euro	4	4,9
5000 Euro oder mehr	1	1,2
<u>Religionsbekenntnis</u>		
Katholisch	31	37,8
Evangelisch	16	19,5
Muslimisch	1	1,2
Anderes Religionsbekenntnis	12	14,6
Atheistisch	2	2,4
kein Religionsbekenntnis	20	24,4

## 8.2 Deskriptivstatistische Beschreibung der Messinstrumente und Skalen

### Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K)

Für die Berechnung der Kennwerte über die einzelnen Skalen mussten zunächst die negativ formulierten Items (1, 2, 8, 9, 11, 12, 17, 21) rekodiert werden. Danach wurde aus der Summe der zu einer Skala gehörenden Items der Mittelwert gebildet.

Tabelle 2: Deskriptivstatistische Kennwerte der Kurzform des *Big Five Inventory* (BFI-K)

	Itemanzahl	MW	SD	Cronbach $\alpha$
Extraversion	4	3.48	.90	.80
Verträglichkeit	4	3.15	.71	.42
Gewissenhaftigkeit	4	3.89	.59	.46
Neurotizismus	4	2.83	.85	.74
Offenheit für Erfahrungen	5	3.74	.81	.74
Gesamtskala	21			.62

### State-Trait-Heiterkeits-Inventar (STHI-T-Heiterkeits-Unterskala)

Tabelle 3: Deskriptivstatistische Kennwerte der Skala Heiterkeit des *State-Trait-Heiterkeits-Inventar* (STHI-T)

	Itemanzahl	MW	SD	Cronbach $\alpha$
Heiterkeit (Skala)	20	3.09	.51	.94

### Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Tabelle 4: Deskriptivstatistische Kennwerte der *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE)

	Itemanzahl	MW	SD	Cronbach $\alpha$
SWE (Gesamtskala)	10	2.94	.44	.88

## Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Für die vorliegende Untersuchung wurden einzelne Skalen nicht berücksichtigt und Berechnungen nur durch die Gesamtskala vorgenommen.

Tabelle 5: Deskriptivstatistische Kennwerte der *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*

Skalen	Item-anzahl	MW	SD	Cronbach $\alpha$
Persönliche Kompetenz/hohe Standards/Hartnäckigkeit	8	2.91	.58	.80
Vertrauen in die eigenen Instinkte/Toleranz negativer Gefühle/ Wachsen an Belastungen	7	2.56	.67	.79
Positive Akzeptanz von Veränderungen/Stabile Beziehungen	5	3.08	.50	.59
Persönliche Kontrolle	3	3.02	.59	.27
Spirituelle Orientierung	2	2.68	1.09	.60
Gesamtskala	25	2.84	0.46	.87

## Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14 (F-SozU-K-14)

Aufgrund der linksschiefen Verteilung der Gesamtskala Soziale Unterstützung wurden als Kennwerte der Median und die Quartilabstände verwendet.

Tabelle 6: Deskriptivstatistische Kennwerte des *Fragebogens zur sozialen Unterstützung K-14 (F-SozU-K-14)*

	Itemanzahl	Median	Q1	Q3	Cronbach $\alpha$
Soziale Unterstützung (Gesamtskala)	14	4.57	4.07	4.93	.95

## Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D)

Für die vorliegende Untersuchung wurden Berechnungen nur durch die Gesamtskala vorgenommen.

Tabelle 7: Deskriptivstatistische Kennwerte des *Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D)*

	Itemanzahl	MW	SD	Cronbach $\alpha$
Spirituelle/religiöse Überzeugungen (Gesamtskala)	15	2.45	1.06	.98

## Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Aufgrund der rechtsschiefen Verteilung der einzelnen Skalen sowie der Gesamtskala wurden als Kennwerte der Median und die Quartilabstände herangezogen. Für die vorliegende Untersuchung wurden nur die Skalen Depressivität und Ängstlichkeit verwendet.

Tabelle 8: Deskriptivstatistische Kennwerte des *Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)*

	Itemanzahl	Median	Q1	Q3	Cronbach $\alpha$
Somatisierung	6	.17	.00	.50	.75
Depressivität	6	.17	.00	.50	.85
Ängstlichkeit	6	.17	.00	.50	.71
Gesamtskala	18	.17	.06	.50	.91

## Fatigue Severity Scale (FSS)

Tabelle 9: Deskriptivstatistische Kennwerte der *Fatigue Severity Scale (FSS)*

	Itemanzahl	MW	SD	Cronbach $\alpha$
FSS (Gesamtskala)	9	3.23	1.28	.91

## Toronto Alexithymie Skala (TAS-20)

Die negativ formulierten Items (4, 5, 10, 18, 19) mussten zunächst rekodiert werden um anschließend aus der Summe der zu einer Skala gehörenden Items den Mittelwert bilden zu können. Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden Berechnungen nur anhand der Gesamtskala vorgenommen.

Tabelle 10: Deskriptivstatistische Kennwerte der *Toronto Alexithymie Skala (TAS-20)*

	Itemanzahl	MW	SD	Cronbach $\alpha$
Schwierigkeiten Gefühle zu identifizieren und Diskrimination körperlicher Sensationen	7	2.00	.68	.82
Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen	5	2.43	.79	.75
Extern orientierter Denkstil	8	2.27	.58	.66
Gesamtskala	20	2.25	.52	.84

Bis auf wenige Ausnahmen verfügen die Messinstrumente und Skalen über eine gute bis sehr gute interne Konsistenz. Lediglich die Reliabilität der Skalen *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* der Kurzversion des *Big Five Inventory*, sowie

die Skala *Kontrolle* der *Connor-Davidson Resilience Scale*, ist sehr niedrig und die weitere Berechnung und Interpretation mit diesen ist daher nur mit Einschränkung vorzunehmen. Hinsichtlich der *Connor-Davidson Resilience Scale* wurden wie weiter oben bereits vermerkt, Berechnungen ohnehin nur durch die Gesamtskala vorgenommen.

### 8.3 Ergebnisse der Hypothesentestungen

#### 8.3.1 Ergebnisse der ersten Fragestellung: Welche Persönlichkeitsfaktoren sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?

Die Variablen Resilienz und Selbstwirksamkeit korrelieren signifikant mit  $r(80) = .76$ ,  $p < .001$ . Ebenfalls einen stark signifikanten Zusammenhang zeigte sich zwischen den Variablen Resilienz und Heiterkeit  $r(80) = .69$ ,  $p < .001$ .

Um zu bestimmen welchen Beitrag die Variablen Selbstwirksamkeit und Heiterkeit zur Vorhersage von Resilienz leisten, wurde eine multiple Regression nach der *Stepwise-Backward* Methode gerechnet. Wie der Tabelle 11 zu entnehmen ist, erklären die Persönlichkeitsfaktoren Selbstwirksamkeit und Heiterkeit 68 % der Gesamtvarianz von Resilienz.

Tabelle 11: Multiple Regression (Prädiktoren: Selbstwirksamkeit, Heiterkeit)

	B	SE B	$\beta$
Konstante	0.08	0.22	
Selbstwirksamkeit	0.56	0.08	<b>.54***</b>
Heiterkeit	0.36	0.07	<b>.39***</b>

Anmerkung:  $R^2 = .68$  (\*\*\*)  $p < .001$

Welche Big-Five Persönlichkeitsfaktoren sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?

Zwischen den Variablen Resilienz und Extraversion zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang von  $r(80) = .41, p < .001$ . Ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen den Variablen Resilienz und Offenheit für Erfahrungen ( $r(80) = .33, p < .01$ ) gefunden werden. Keine signifikante Korrelation zeigte sich zwischen den Variablen Resilienz und Verträglichkeit ( $r(80) = -.07, p > .05$ ). Zwischen den Variablen Resilienz und Gewissenhaftigkeit war ein signifikanter Zusammenhang erkennbar ( $r(80) = .19, p < .05$ ). Ein signifikanter negativer Zusammenhang wurde zwischen den Variablen Resilienz und Neurotizismus ( $r(80) = -.58, p < .001$ ) gefunden.

Um zu testen welchen Beitrag die Big-Five Persönlichkeitsfaktoren zur Vorhersage von Resilienz leisten, wurde eine multiple Regression nach der *Stepwise-Backward* Methode gerechnet. Es zeigte sich, dass die Faktoren Extraversion, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrungen unter Kontrolle der Variablen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit 53 % der Gesamtvarianz von Resilienz erklären.

Tabelle 12: Multiple Regression (Prädiktoren: Extraversion, Neurotizismus, Offenheit für Erfahrungen)

	B	SE B	$\beta$
Konstante	2.49	0.37	
Extraversion	0.13	0.04	<b>.25**</b>
Verträglichkeit	-0.07	0.05	-.10
Gewissenhaftigkeit	0.07	0.06	.09
Neurotizismus	-0.28	0.05	<b>-.52***</b>
Offenheit für Erfahrungen	0.17	0.05	<b>.30***</b>

Anmerkung:  $R^2 = .53$  (\*\*p < .001, \*\*p < .01)

Um zu bestimmen welchen Beitrag alle für diese Forschungsarbeit verfügbaren Persönlichkeitsfaktoren zur Vorhersage von Resilienz leisten, wurde eine multiple Regression nach der *Stepwise-Backward* Methode berechnet. Es zeigte sich, dass die Persönlichkeitsfaktoren Selbstwirksamkeit, Heiterkeit, Extraversion und Offenheit für Erfahrungen unter Kontrolle der Variablen Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus 72 % der Gesamtvarianz von Resilienz erklären.

Tabelle 13: Multiple Regression (Prädiktoren: Selbstwirksamkeit, Heiterkeit, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen)

	B	SE B	$\beta$
Konstante	0.30	0.42	
Selbstwirksamkeit	0.50	0.09	<b>.47***</b>
Heiterkeit	0.23	0.08	<b>.25**</b>
Extraversion	0.07	0.04	<b>.14*</b>
Verträglichkeit	-0.03	0.04	-.05
Gewissenhaftigkeit	0.02	0.05	.02
Neurotizismus	-0.07	0.05	-.12
Offenheit für Erfahrungen	0.09	0.04	<b>.16*</b>

Anmerkung:  $R^2 = .72$  (\*\*p < .001, \*p < .01, \*p < .05)

### 8.3.2 Ergebnisse der zweiten Fragestellung: Welche externen Unterstützungssysteme sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?

Zwischen den Konstrukten Resilienz und soziale Unterstützung zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang von  $r_s(80) = .46$ ,  $p < .001$ . Keine signifikante Korrelation war zwischen den Variablen Resilienz und spirituelle/religiöse Überzeugungen erkennbar ( $r(80) = .025$ ,  $p > .05$ ).

Mit den Variablen soziale Unterstützung und spirituelle/religiöse Überzeugungen wurde nach der *Stepwise-Backward* Methode eine multiple Regression berechnet. Wie der Tabelle 14 zu entnehmen ist, erklärt soziale Unterstützung unter Kontrolle der Variable spirituelle/religiöse Überzeugungen 14 % der Gesamtvarianz von Resilienz.

Tabelle 14: Multiple Regression (Prädiktor: Soziale Unterstützung)

	B	SE B	$\beta$
Konstante	1.78	0.31	
Soziale Unterstützung	0.23	0.06	<b>.38**</b>
Spirituelle/religiöse Überzeugungen	0.03	0.05	0.06

Anmerkung:  $R^2 = .14$  (\*\*p < .01)

Um zu bestimmen welchen Beitrag alle für diese Arbeit verfügbaren Faktoren zur Vorhersage von Resilienz leisten, wurde wiederum eine multiple Regression nach der *Stepwise-Backward* Methode berechnet. Das Ergebnis der multiplen Regression zeigt, dass die Faktoren Selbstwirksamkeit, Heiterkeit, Offenheit für Erfahrungen, soziale Unterstützung und spirituelle/religiöse Überzeugungen unter Kontrolle der Variablen Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus 75 % der Gesamtvarianz von Resilienz erklären.

Tabelle 15: Multiple Regression (Prädiktoren: Selbstwirksamkeit, Heiterkeit, Offenheit für Erfahrungen, Soziale Unterstützung, Spirituelle-/ religiöse Überzeugungen)

	B	SE B	$\beta$
Konstante	-0.11	0.42	
Selbstwirksamkeit	0.54	0.09	<b>.52***</b>
Heiterkeit	0.19	0.08	<b>.20*</b>
Extraversion	0.06	0.03	.11
Verträglichkeit	-0.05	0.04	-.07
Gewissenhaftigkeit	0.01	0.05	.01
Neurotizismus	-0.06	0.04	-.11
Offenheit für Erfahrungen	0.08	0.04	<b>.14*</b>
Soziale Unterstützung	0.10	0.04	<b>.16*</b>
Spirituelle/religiöse Überzeugungen	0.06	0.03	<b>.13*</b>

Anmerkung:  $R^2 = .75$  (\*\*p < .001, \*p < .05)

### **8.3.3 Ergebnisse der dritten Fragestellung: Welche soziodemographischen Merkmale sind für die Resilienz von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung besonders bedeutend?**

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen Resilienz und Einkommen ( $r_s(80) = .16$ ,  $p > .05$ ) gefunden werden. Auch zwischen den Variablen Resilienz und Bildungsgrad ( $r_s(80) = -.00$ ,  $p > .05$ ), ließ sich kein signifikanter Zusammenhang entdecken. Ebenso zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen Resilienz und sportliche Betätigung ( $r_s(80) = .13$ ,  $p > .05$ ).

### **8.3.4 Ergebnisse der vierten Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine geringe Resilienz bei Personen aus der allgemeinen Bevölkerung?**

Es zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den Variablen Resilienz und Depressivität von  $r_s(80) = -.48, p < .001$ . Zwischen den Variablen Resilienz und Ängstlichkeit wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang von  $r_s(80) = -.32, p < .01$  gefunden. Kein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen den Variablen Resilienz und Fatigue ( $r(80) = -.17, p > .05$ ) nachgewiesen werden.

#### **8.3.4.1 Ist Alexithymie als Mediatorvariable für den Zusammenhang von Resilienz und Depressivität/Ängstlichkeit/Fatigue verantwortlich?**

Wie zu sehen ist korrelieren die Variablen Resilienz und Depressivität sowie Resilienz und Ängstlichkeit negativ miteinander. Zudem wurde ebenfalls weiter oben berichtet, dass Alexithymie des Öfteren mit Ängstlichkeit, Depressivität und Fatigue-Erscheinungen einhergeht. Daher wird in den folgenden Mediatoranalysen getestet, ob Alexithymie für die Depressivität, Ängstlichkeit bzw. Fatigue-Erscheinungen einer Person verantwortlich ist.

Nach Baron und Kenny (1986) sowie Holmbeck (1997) sind folgende vier Bedingungen zu erfüllen, damit eine Variable als Mediatorvariable charakterisiert werden kann:

1. Der Prädiktor (X) muss signifikant mit dem Mediator (Z) zusammenhängen.
2. Der Prädiktor (X) muss im Regressionsmodell, ohne durch den Einfluss der Mediator-Variablen kontrolliert zu sein, einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable (Y) ausüben.
3. Der Mediator (Z) muss signifikant mit der abhängigen Variable (Y) zusammenhängen.
4. Der Einfluss des Prädiktors (X) auf die abhängige Variable (Y) muss verringert sein, wenn der Mediator (Z) in einer multiplen Regression als zusätzlicher Prädiktor aufgenommen wird.

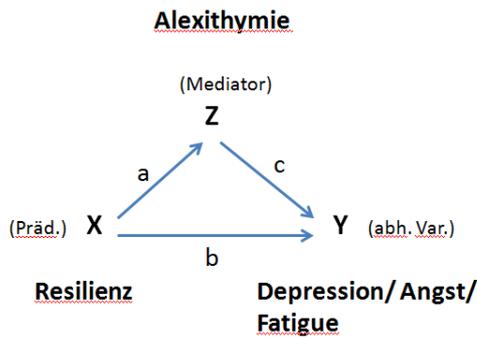


Abbildung 1: Interaktionsschema Resilienz - Alexithymie - Depressivität/ Ängstlichkeit/ Fatigue

Tabelle 16: Interkorrelationen (Alexithymie, Depressivität, Ängstlichkeit und Fatigue)

	Alexithymie	Depressivität	Ängstlichkeit	Fatigue
Resilienz	-.34*	-.48**	-.32*	-.17
Alexithymie		.38**	.39**	.19
Depressivität			.61**	.41**
Ängstlichkeit				.43**

Anmerkung: (\*\*p < .001, \*p < .01)

Die notwendigen Bedingungen „1“ und „3“ nach Baron und Kenny (1986) für die folgenden Mediatoranalysen können der Tabelle 16 entnommen werden.

Um zu untersuchen ob der Zusammenhang zwischen Resilienz und Depressivität durch den Mediator Alexithymie vermittelt wird, wurde eine Mediatoranalyse nach Baron und Kenny (1986) durchgeführt. Resilienz als alleiniger Prädiktor sagte Depressivität signifikant voraus ( $\beta = -.32$ ,  $t(80) = -3.00$ ,  $p = .004$ ). Bei Hinzunahme der Variable Alexithymie konnte weiterhin ein signifikanter Zusammenhang zwischen Resilienz und Depressivität ( $\beta = -.27$ ,  $t(79) = -2.42$ ,  $p = .018$ ) festgestellt werden. Alexithymie konnte Depressivität nicht signifikant voraussagen ( $\beta = .14$ ,  $t(80) = 1.20$ ,  $p = .233$ ). Alexithymie kann damit als Mediatorvariable zwischen Resilienz und Depressivität ausgeschlossen werden.

Tabelle 17: Mediatoranalyse (Alexithymie als Mediator zwischen Resilienz und Depressivität)

	B	SE B	$\beta$
<b>Schritt 1</b>			
Konstante	1.53	.38	
Resilienz	-.39	.13	<b>-.32**</b>
<b>Schritt 2</b>			
Konstante	1.04	.56	
Resilienz	-.34	.14	<b>-.27*</b>
Alexithymie	.15	.12	.14

Anmerkung:  $R^2 = .10$  Schritt 1,  $R^2 = .12$  Schritt 2 (\*\*p < .01, \*p < .05)

In einer weiteren Mediatoranalyse wurde erforscht ob Alexithymie den Zusammenhang zwischen Resilienz und Ängstlichkeit vermittelt. Als alleiniger Prädiktor sagte Resilienz, Ängstlichkeit signifikant voraus ( $\beta = -.29$ ,  $t(80) = -2.66$ ,  $p = .009$ ). Durch Hinzunahme des Mediators Alexithymie ließ sich weiterhin ein signifikanter Zusammenhang zwischen Resilienz und Ängstlichkeit feststellen ( $\beta = -.24$ ,  $t(80) = -2.10$ ,  $p = .039$ ). Alexithymie konnte Ängstlichkeit nicht signifikant voraussagen ( $\beta = .14$ ,  $t(80) = 1.24$ ,  $p = .218$ ) und kann daher als Mediatorvariable zwischen Resilienz und Ängstlichkeit ausgeschlossen werden.

Tabelle 18: Mediatoranalyse (Alexithymie als Mediator zwischen Resilienz und Ängstlichkeit)

	B	SE B	$\beta$
<b>Schritt 1</b>			
Konstante	1.18	.30	
Resilienz	-.27	.10	<b>-.29**</b>
<b>Schritt 2</b>			
Konstante	.78	.44	
Resilienz	-.23	.11	<b>-.24*</b>
Alexithymie	.12	.10	.14

Anmerkung:  $R^2 = .08$  Schritt 1,  $R^2 = .10$  Schritt 2 (\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ )

Zuletzt sollte überprüft werden ob Alexithymie zwischen Resilienz und Fatigue vermittelt. Wie der Tabelle 16 zu entnehmen ist, ließ sich zwischen Alexithymie und Fatigue, sowie zwischen Resilienz und Fatigue in dieser Stichprobe kein Zusammenhang erkennen. Alexithymie kann somit als Mediatorvariable zwischen Resilienz und Fatigue ausgeschlossen werden.

### **8.3.5 Ergebnisse der fünften Fragestellung: Unterscheiden sich Personen, die an Multiple Sklerose erkrankt sind, von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung in der Höhe ihrer Resilienzwerte?**

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen brachte hervor, dass sich die beiden Stichproben bezüglich ihrer Varianz signifikant voneinander unterscheiden. Um Unterschiede zwischen den beiden Stichproben feststellen zu können, wurde daher der Welch-Test (modifizierter T-Test) gerechnet.

Im Durchschnitt zeigten die Personen aus der Stichprobe der allgemeinen Bevölkerung höhere Resilienzwerte ( $M = 2.84$ ,  $SD = 0,46$ ,  $SE = 0.05$ ) als die

Individuen der Multiple Sklerose Stichprobe ( $M = 2.72$ ,  $SD = 0.58$ ,  $SE = 0.06$ ). Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $t(154) = 1.49$ ,  $p > .05$ ) und entsprach einem kleinen Effekt von  $r = .12$ .

## 8.4 Weitere Ergebnisse

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich bezüglich der demographischen Merkmale Unterschiede in der Ausprägung der Resilienzwerte zeigten. Hinsichtlich des Merkmals Geschlecht wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet, da diesbezüglich die Voraussetzung (Normalverteilung der Varianzen) gegeben war.

Durchschnittlich zeigten Männer höhere Resilienzwerte ( $M = 2.96$ ,  $SD = 0.42$ ,  $SE = 0.08$ ) als Frauen ( $M = 2.79$ ,  $SD = 0.47$ ,  $SE = 0.06$ ). Der Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $t(80) = -1.57$ ,  $p > .05$ ).

Hinsichtlich der Variable Sportlichkeit, wurde ebenfalls ein T-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Die Gruppe der Sportler wies tendenziell höhere Resilienzwerte auf ( $M = 2.91$ ,  $SD = 0.50$ ,  $SE = 0.08$ ), als die Gruppe derjenigen die keinen Sport treiben ( $M = 2.78$ ,  $SD = 0.42$ ,  $SE = 0.06$ ). Es konnte jedoch kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ( $t(80) = -1.18$ ,  $p > .05$ ).

Da bei einigen demographischen Variablen mehr als zwei Gruppen vorhanden sind, wurden folgende Varianzanalysen durchgeführt, um Unterschiede in der Ausprägung der Resilienzwerte feststellen zu können:

Bezüglich der Variable Nationalität konnte kein signifikanter Effekt auf Resilienz festgestellt werden ( $F(2, 79) = 0.31$ ,  $p = .74$ ).

In Bezug auf das Religionsbekenntnis konnte ein signifikanter Effekt auf Resilienz festgestellt werden ( $F(5, 76) = 3.04$ ,  $p < .05$ ). Im Post Hoc Test nach Duncan zeigte sich, dass die Gruppe der Atheisten ( $M_{\text{Atheistisch}} = 3.60$ ) höhere Resilienzwerte als alle anderen Gruppen ( $M_{\text{Katholisch}} = 2.67$ ,  $M_{\text{Evangelisch}} = 2.84$ ,  $M_{\text{Anderes}} = 2.92$ ,  $M_{\text{Keines}} = 3.00$ ) haben.

Hinsichtlich der Variable momentaner Beziehungsstatus ließ sich kein signifikanter Effekt auf Resilienz erkennen ( $F(5, 76) = 1.46$ ,  $p = .21$ ).

Auch in Bezug auf die Variable Schulausbildung konnte kein signifikanter Effekt auf Resilienz beobachtet werden ( $F(7, 74) = 1.30$ ,  $p = .26$ ).

Im Hinblick auf die Variable Erwerbstätigkeit ließ sich ein signifikanter Effekt auf Resilienz feststellen  $F(4, 77) = 2.62, p < .05$ . Im Post Hoc Test nach Duncan war zu erkennen, dass sich die Gruppe der nicht Erwerbstätigen ( $M_{\text{nicht erwerbstätig}} = 2.51$ ) von den geringfügig Beschäftigten ( $M_{\text{geringfügig beschäftigt}} = 3.03$ ) sowie von jenen, die anderes ( $M_{\text{anderes}} = 3.01$ ) als Tätigkeit angaben unterscheiden, nicht aber von jenen Personen die einer Teilzeitbeschäftigung ( $M_{\text{Teilzeitbeschäftigung}} = 2.72$ ) oder Vollzeitbeschäftigung ( $M_{\text{Vollzeitbeschäftigung}} = 2.84$ ) nachgehen. Auch die Gruppe der Teilzeitbeschäftigten ( $M_{\text{Teilzeitbeschäftigung}} = 2.72$ ) sowie die Gruppe der Vollzeitbeschäftigten ( $M_{\text{Vollzeitbeschäftigung}} = 2.84$ ) unterscheiden sich von der Gruppe der geringfügig Beschäftigten ( $M_{\text{geringfügig beschäftigt}} = 3.03$ ) als auch von der Gruppe die anderes ( $M_{\text{anderes}} = 3.01$ ) als Beschäftigung angaben.

In Bezug auf die Variable Nettoeinkommen, konnte wiederum kein signifikanter Effekt auf Resilienz festgestellt werden  $F(6, 65) = .56, p = .76$ .

Bezüglich der Variablen Rauchgewohnheiten, konnte kein signifikanter Effekt auf Resilienz beobachtet werden  $F(3, 78) = 2.65, p = .054$ .

Auch bezüglich der Variablen Trinkgewohnheiten, konnte kein signifikanter Effekt auf Resilienz festgestellt werden  $F(4, 76) = 1.05, p = .39$ .

Ebenso konnte kein signifikanter Effekt zwischen Personen, die noch nie in psychischer Behandlung waren, die früher in psychischer Behandlung waren und jenen die sich aktuell in psychischer Behandlung befinden auf Resilienz festgestellt werden  $F(2, 78) = .64, p = .53$ .

## 9 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorliegender Forschungsarbeit wiedergegeben und anhand aktueller Literatur diskutiert.

### 9.1 Persönlichkeitsfaktoren als Prädiktoren für Resilienz

Auf die erste Fragestellung eingehend zeigte sich, dass Selbstwirksamkeit den bedeutendsten Einfluss auf Resilienz hat. Dass Selbstwirksamkeit ein wichtiger Faktor für Resilienz ist, wurde bereits in anderen Studien berichtet (Rutter, 1987; Benight & Bandura, 2004). Selbstwirksamkeit ist der Flexibilität und Anpassungsfähigkeit dienlich (Bandura et al., 2001) und hilft Schwierigkeiten konstruktiv zu bewältigen (Hamill, 2011). Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung sind davon überzeugt, dass sie Einfluss auf zu bewältigende Situationen haben, indem sie ihren Fokus auf die eigenen Fähigkeiten legen (Ozer & Bandura, 1990).

Auch Heiterkeit konnte als wichtiger Faktor für Resilienz bestätigt werden und steht damit im Einklang mit vorausgehender Forschung. Es konnte nachgewiesen werden, dass Personen mit einer hohen Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals Heiterkeit auch dann in einer heiteren Stimmung blieben, wenn sie mit mehreren negativen Lebensereignissen konfrontiert waren (Fredrickson, 2001; Tugade & Fredrickson, 2004; Haußer, 1999 zitiert nach Ruch & Zweyer, 2001, S. 20-21). Vorhergehende Forschung und die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen, dass Heiterkeit ein wichtiger Faktor für Resilienz ist, der es einer Person ermöglicht Stress durch heitere Stimmung und Humor abzapfen. Des Weiteren spielt für die Erklärung von Resilienz die *broaden and build theory* von Fredrickson (2001) eine wichtige Rolle, wonach Personen positive Emotionen nutzen um Ressourcen aufzubauen um diese gegen spätere Stressoren anzuwenden. Ein weiterer Erklärungsansatz wird über die *undoing hypothesis* (Fredrickson, 2001) geliefert, worin B. Fredrickson beschreibt wie positive Emotionen andauernde negative Emotionen bereinigen und eingeengte Gedanken- und Handlungsrepertoires erweitern.

Bezüglich der Big-Five Persönlichkeitsmerkmale ließ sich der größte Zusammenhang zwischen Resilienz und Neurotizismus erkennen. Ein Konstrukt, welches die Neigung zu Unsicherheit, Ängstlichkeit, Verlegenheit, Nervosität und

einer Unfähigkeit eigene Bedürfnisse zu kontrollieren, umfasst (Borkenau & Ostendorf, 1993). Die hohe negative Korrelation zwischen den beiden Variablen wird durch vorangehende Studien gestützt (Campbell-Sills et al., 2006; Nakaya et al., 2006) und legt nahe, dass neurotische Menschen anfälliger für seelische Belastungen sind (Kling, Ryff, Love, & Essex, 2003).

Zwischen den Variablen Extraversion und Resilienz zeigte sich eine mittlere Korrelation. Dieses Ergebnis ist mit der Untersuchung von Nakaya et al. (2006) vergleichbar, in welcher ein ähnlich hoher Zusammenhang zwischen den Variablen Resilienz und Extraversion gefunden wurde. Einen stark korrelativen Zusammenhang zwischen Resilienz und Extraversion konnten Campbell-Sills et al. (2006) in ihrer Studie feststellen. Die Neigung extravertierter Menschen die Gesellschaft anderer Personen aufzusuchen (Borkenau & Ostendorf, 1993), könnte ihnen in schwierigen Zeiten Zugang zu schützenden Faktoren wie z.B. sozialer Unterstützung bieten (Scudder et al., 2008).

Ein mittelmäßiger Zusammenhang ließ sich zwischen den Variablen Offenheit für Erfahrungen und Resilienz erkennen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch andere Forscher (Rioli et al., 2002; Campbell-Sills et al., 2006; Nakaya et al., 2006). Dies führt zu dem Schluss, dass unter anderem das Interesse an neuen Erfahrungen, unkonventionelles Verhalten und das Ausprobieren von neuen Handlungsweisen (Borkenau & Ostendorf, 1993) für Resilienz bedeutsame Eigenschaften sind.

Zwischen den Variablen Verträglichkeit und Resilienz konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Nach Rutter (1985) und Werner (1994) stellt Verträglichkeit eine innerpersönliche Charakteristik dar, die für die Resilienz einer Person bedeutsam ist. Trotzdem konnte in den Studien von Nakaya et al. (2006) und Campbell-Sills et al. (2006) kein signifikanter Zusammenhang zwischen Resilienz und Verträglichkeit festgestellt werden. Zudem ist die interne Konsistenz der Skala Verträglichkeit mit  $\alpha = .42$  zu niedrig, als dass fundierte Aussagen durch diesen Faktor möglich wären.

Zwischen den Variablen Resilienz und Gewissenhaftigkeit zeigte sich lediglich ein schwacher Zusammenhang. Campbell-Sills et al. (2006) sowie Nakaya et al. (2006) berichten in ihren Studien über mittelstarke Korrelationen zwischen Resilienz und Gewissenhaftigkeit. Allerdings ist die interne Konsistenz der Skala Gewissenhaftigkeit in dieser Forschungsarbeit mit  $\alpha = .46$  zu niedrig, als dass gesicherte Aussagen gemacht werden könnten. Eine weitere Möglichkeit für den ungewöhnlich schwachen Zusammenhang zwischen Resilienz und

Gewissenhaftigkeit in dieser Forschungsarbeit könnte in kulturellen Unterschieden liegen, bzw. in den unterschiedlichen Populationen die untersucht wurden. In den Studien von Campbell-Sills et al. (2006) und Nakaya et al. (2006) wurden amerikanische bzw. japanische Studenten auf ihre Resilienz untersucht, während in der vorliegenden Forschungsarbeit überwiegend Probanden aus Österreich mit mittlerem bis niedrigem Bildungsniveau erforscht wurden. Daher ist es wichtig mögliche gemeinsame Aspekte von Resilienz von jenen die sich bezüglich kultureller Gruppierungen oder im sozialen Kontext unterscheiden, zu trennen (Ungar, 2011).

Die Persönlichkeitsfaktoren Selbstwirksamkeit, Heiterkeit, Extraversion, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrungen erwiesen sich in dieser Forschungsarbeit als bedeutende Faktoren für Resilienz.

## **9.2 Externe Unterstützungssysteme als Prädiktoren für Resilienz**

Die Ergebnisse der zweiten Fragestellung zeigten, dass soziale Unterstützung ein wichtiger Prädiktor für Resilienz ist. Auch andere Studien konnten soziale Unterstützung als Prädiktor (Bonanno et al., 2007) und resilienzfördernden Faktor (Rutter, 2007) identifizieren. Einige andere Studien weisen darauf hin, dass die soziale Unterstützung, die ein Individuum durch die Familie, Bekannte und Freunde erhält, von großer Wichtigkeit sein kann und im Bedarfsfall eine resiliente Reaktion unterstützt (Scudder et al., 2008). Unterstützende Beziehungen können in verschiedenen Bereichen, wie der Schule, in der Nachbarschaft, bei der Arbeit oder religiösen Gemeinschaften gefunden werden (Scudder et al., 2008).

Die spirituellen/religiösen Überzeugungen von Personen erwiesen sich für Resilienz in dieser Stichprobe als nicht bedeutend. In der Studie von Javanmard (2013) wurde eine mittlere Korrelation zwischen Resilienz und der Ausübung religiösen Glaubens gefunden. Außerdem konnte der Prädiktor Ausübung religiösen Glaubens einen beträchtlichen Anteil der Gesamtvarianz von Resilienz erklären. Ein vergleichbares Ergebnis konnte in dieser Forschungsarbeit nicht entdeckt werden. Eine mögliche Erklärung liefert Grotberg (1995), indem er postuliert, dass sich nicht alle Schutzfaktoren in jeder Kultur gleich auswirken. Er meint, dass der Glaube den Menschen in einigen Kulturen durchaus als Schutzfaktor dient, dies in anderen Kulturen aber nicht zwangsläufig der Fall sein muss.

### 9.3 Bedeutende soziodemographische Merkmale für Resilienz

Zwischen dem Einkommen von Personen und ihrer Resilienz konnte in dieser Forschungsarbeit kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von früheren Studien, in denen ein hohes Einkommen eine resiliente Reaktion wahrscheinlicher werden ließ (Bonanno et al., 2007; Campbell-Sills et al., 2009). Allerdings waren in der Studie von Bonanno et al. (2007) traumatisierte Personen das primäre Untersuchungsziel und es gab im Durchschnitt zwischen Personen, die eine resiliente Reaktion zeigten und jenen, die nicht resilient reagierten, große Einkommensdifferenzen. In der Untersuchung von Campbell-Sills et al. (2009) erklärte das Einkommen, neben anderen Variablen nur einen kleinen Teil der Gesamtvarianz von Resilienz.

Auch zwischen den Variablen Bildung und Resilienz konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Das Ergebnis unterscheidet sich von dem was Campbell-Sills et al. (2009) in ihrer Studie fanden, in der das Bildungsniveau von den Individuen mit Resilienz korrelierte. Allerdings lässt sich hinsichtlich des Bildungsniveaus ein deutlicher Unterschied zwischen den Stichproben erkennen. Während die Personen aus der Studie von Campbell-Sills et al. (2009) durchschnittlich über ein sehr hohes Bildungsniveau verfügen, beschränkt sich dies in vorliegender Forschungsarbeit auf etwa ein fünftel der Probanden. Zudem fanden andere Forscher gegenteilige Beweise. Resilienz ist nach ihnen umso wahrscheinlicher, je weniger gebildet eine Person ist. In der Studie von Bonanno et al. (2007) zeigte der Vergleich verschiedener Bildungsniveaus, dass Personen mit einem Hochschulabschluss mit geringerer Wahrscheinlichkeit resilient reagieren als Individuen, welche die *high-school* nicht abgeschlossen hatten.

Ein Zusammenhang zwischen sportlicher Betätigung und Resilienz konnte durch diese Forschungsarbeit nicht bestätigt werden. Sie ist also nicht mit den Meinungen einiger Forscher konform, die in der sportlichen Betätigung ein wichtiges Fundament sehen um resiliente Qualitäten zu entwickeln (Galli & Vealey, 2008). Scully et al. (1998) meinen jedoch, dass die Beziehung zwischen körperlicher Aktivität und der psychischen Verfassung, bezüglich möglicher Reaktionen, komplex ist, was die Messbarkeit von Resilienz erschwert. Auch Trang (2011) konnte in seiner Studie, über den Einfluss von Sport auf Wohlbefinden, nur ein durchschnittliches Wohlbefinden bei den untersuchten Jugendlichen feststellen.

## 9.4 Auswirkungen geringer Resilienz

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen, dass Resilienz einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Menschen hat. Besonders Depressivität aber auch Ängstlichkeit werden durch eine geringe Resilienz beeinflusst. Dies steht mit bisherigen Forschungsergebnissen im Einklang, die zeigen, dass geringe Resilienzwerte sowohl mit höherer Ängstlichkeit als auch mit höherer Depressivität in Zusammenhang stehen (Benetti & Kambouropoulos, 2006; Mealer et al., 2012). Resilienz hatte in dieser Forschungsarbeit keinen Einfluss auf Fatigue und widerspricht damit der Forschung von Strauss et al. (2007) sowie Robottom et al. (2012). Diese beiden Studien untersuchten allerdings klinische Populationen, in denen zum einen an Krebs und zum anderen an Parkinson erkrankte Personen auf Resilienz untersucht wurden. Fatigue ist zudem ein Konstrukt, das häufig mit körperlicher Behinderung in Verbindung steht (Pittion-Vouyovitch et al., 2006).

Dass Alexithymie mit den Konstrukten Ängstlichkeit (Eizaguirre et al., 2004; Romoli et al., 2011), Depressivität (Honkalampi et al., 2000; Duddu et al., 2003) und Fatigue (Bodini et al., 2008) korreliert, konnten frühere Studien beweisen. Ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Depressivität sowie Alexithymie und Ängstlichkeit ließ sich auch in dieser Forschungsarbeit erkennen. Die berechneten Mediatoranalysen zeigten, dass Alexithymie weder zwischen den Variablen Resilienz und Depressivität noch zwischen den Variablen Resilienz und Ängstlichkeit vermittelt. Ängstlichkeit wie auch Depressivität sind durch eine geringe Resilienz beeinflusst. Die Ansicht einiger Forscher, welche Alexithymie als ein Persönlichkeitsmerkmal ansehen, das Angst und Depression begünstigt (Martínez-Sánchez et al., 1998), kann durch diese Forschungsarbeit nicht bestätigt werden. Es ist wahrscheinlicher, dass typische Probleme mit der Emotionsregulation, die im Rahmen der Alexithymie auftreten, eher durch Angst und Depression verursacht werden. Dies ist mit der Ansicht von Corcos et al. (2000) konform, die Alexithymie als Zustand betrachten, der durch Angst und Depression verursacht wird. In dieser Forschungsarbeit wurde im Gegensatz zur Studie von Bodini et al. (2008) kein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Fatigue gefunden. Dies spricht für die Ansicht, dass Alexithymie ein Zustand ist, der durch Angst und Depression verursacht wird und kein Persönlichkeitsmerkmal, das gewisse psychopathologische Symptome begünstigt. Außerdem untersuchten Bodini et al. (2008) Alexithymie an Multiple Sklerose erkrankten Personen. In dieser Population klagen Personen im

Gegensatz zur allgemeinen Bevölkerung häufig über Fatigue-Erscheinungen (Branas, Jordan, Fry-Smith, Burls, & Hyde, 2000) und leiden vielfach unter Depressivität (Minden, 1987) und Ängstlichkeit (Korostil & Feinstein, 2007).

## 9.5 Resilienz in unterschiedlichen Populationen

Das Ergebnis der fünften Fragestellung zeigt, dass die Resilienzwerte aus der Stichprobe der allgemeinen Bevölkerung nicht signifikant über den Resilienzwerten der Multiple Sklerose Stichprobe liegen. Dies ist nicht mit der Studie von Connor & Davidson (2003) konform, in der Probanden aus der allgemeinen Bevölkerung über deutlich höhere Resilienzwerte verfügten als Personen aus verschiedenen klinischen Populationen. Allerdings vergleichen Connor & Davidson (2003) in ihrer Studie Personen aus der allgemeinen Bevölkerung mit Personen, die hauptsächlich unter psychischen Störungen (ambulant psychiatrische Patienten, Personen mit generalisierter Angststörung und Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung) leiden. Auch Bonanno et al. (2007) entdeckten in ihrer Studie, dass Resilienz vom Gesundheitszustand abhängt und Menschen ohne chronische Erkrankungen resilienter sind als jene, die unter einer chronischen Krankheit leiden. Dazu ist aber anzumerken, dass Resilienz in dieser Stichprobe anders gemessen wurde als dies in der Stichprobe von Bonanno und seinen Kollegen der Fall war. Während man in der Stichprobe von Bonanno et al. (2007) Resilienz als die Anwesenheit von höchstens einem posttraumatischen Belastungssymptom versteht, wurde in vorliegender Stichprobe Resilienz über die *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003) gemessen, in der Resilienz durch Merkmale wie Selbstwirksamkeit, *hardiness*, Sinn für Humor etc. definiert wird. Die verschiedenen Ansätze und die daraus resultierenden unterschiedlichen Definitionen und Messinstrumente für Resilienz, führen zur Uneinheitlichkeit des Resilienzkonstrukts (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Dies hat zur Folge, dass die Bezeichnung von Resilienz über Forscher und Studien hinweg beträchtlich variiert und den Vergleich zwischen verschiedenen Forschungsstudien erheblich erschwert. Dies ist selbst dann der Fall wenn dieselben Populationen untersucht werden (Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008).

Eine weitere Erklärung dafür, warum sich die Personen der beiden Gruppen (Multiple Sklerose Stichprobe und Stichprobe aus der allgemeinen Bevölkerung) in der Höhe ihrer Resilienzwerte nicht unterscheiden, könnte in der Zusammensetzung

der Multiple Sklerose Stichprobe liegen. Die Multiple Sklerose Stichprobe setzt sich laut Koegel (2013) durch Mitglieder von Multiple Sklerose Selbsthilfegruppen, die freiwillig an der wissenschaftlichen Untersuchung teilnahmen, zusammen. Das Aufsuchen und die Beteiligung an einer Selbsthilfegruppe lässt auf einen aktiven Umgang mit der eigenen Erkrankung schließen. Untersuchungen zeigen, dass Personen, die an einer chronisch fortschreitenden neurologischen Erkrankung leiden und eine hohe Krankheitsanpassung aufweisen, häufiger an sozialen und gemeinschaftlichen Aktivitäten beteiligt sind und seltener einer bezahlten Beschäftigung nachgehen (McCabe & O'Connor, 2012). Dies könnte bedeuten, dass sich vor allem jene an Multiple Sklerose erkrankten Personen in der Stichprobe befinden, die eine besonders gute Krankheitsanpassung aufweisen bzw. über hohe Resilienz verfügen. Zudem zeigten jene Personen mit geringer Krankheitsanpassung die Einstellung, dass sich Andere um ihr Leben kümmern sollen (McCabe & O'Connor, 2012). Dies lässt auf eine geringe Bereitschaft schließen, sich aktiv an einer wissenschaftlichen Studie zu beteiligen. In einer anderen Studie untersuchten Jacobi und MacLeod (2011) wie Personen die an einer chronischen Erkrankung leiden, Sinn für ihr weiteres Leben finden. Viele der Erkrankten berichteten über schmerzhaftes Erinnerungen und Frustration. Dennoch waren sie der Ansicht, dass sie durch die Auseinandersetzung mit schwierigen Zeiten für die Gegenwart gestärkt wurden und nun besser in der Lage waren mit ihrer Erkrankung umzugehen (Jacobi & MacLeod, 2011). Dies stützt die wissenschaftlichen Ergebnisse anderer Studien, die zeigen, dass Stress resistenzfördernd sein kann und die Fähigkeiten zur Bewältigung von zukünftigem Stress erhöht (Campbell-Sills et al., 2006; Rutter, 2009).

Die Ergebnisse zur fünften Fragestellung lassen darauf schließen, dass Resilienz nicht vom körperlichen Gesundheitszustand abhängt, sondern unter anderem von der Fähigkeit und dem Willen sich aktiv mit Schwierigkeiten auseinanderzusetzen.

## 10 Kritik und Ausblick

Zunächst gilt es zu hinterfragen, ob aufgrund der teilweise intimen Fragen und der Verteilung der Fragebögen, unter anderem im Bekannten- und Freundeskreis, stets ehrliche Antworten gegeben wurden oder ob aufgrund möglicher Beschämung die Wahrheit verschwiegen wurde. Außerdem handelt es sich bei dem Fragebogen, der für diese Forschungsarbeit verwendet wurde um ein sogenanntes Selbstbeurteilungsverfahren. Dieses unterliegt, wie alle anderen Selbstbeurteilungsinstrumentarien, dem möglichen Phänomen des sozial erwünschten Antwortverhaltens.

Wie bereits im Diskussionsteil dieser Arbeit angemerkt und in der deskriptivstatistischen Beschreibung der Messinstrumente zu sehen ist, verfügen die Skalen Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit über sehr niedrige interne Konsistenzwerte. Dies geht zu Lasten der Genauigkeit der gemessenen Werte, das erzielte Ergebnis ist daher wenig verlässlich. In vorhergehenden Studien war die Korrelation zwischen den Variablen Gewissenhaftigkeit und Resilienz etwa doppelt so hoch wie in der vorliegenden Arbeit, was auf die niedrige interne Konsistenz der Skala Gewissenhaftigkeit zurückzuführen sein kann. Bezüglich der Skala Verträglichkeit wurden in vorhergehenden Studien teilweise Zusammenhänge mit Resilienz entdeckt, andererseits gab es Studien, die keinen Zusammenhang zwischen Verträglichkeit und Resilienz berichteten. Die Hypothese welche einen Zusammenhang zwischen Resilienz und Verträglichkeit postuliert wurde daher auf der Basis widersprüchlicher Informationen aufgestellt.

Auch die Hypothesen, die sich auf die soziodemographischen Merkmale von Resilienz beziehen, wurden teilweise auf wenig fundierter bzw. kontrovers diskutierter Literatur gegründet. Hier ist weitere Forschung notwendig, um mögliche resilienzfördernde Eigenschaften demographischer Merkmale zu belegen.

Des Weiteren ist es erforderlich, die uneinheitlichen Definitionen des Konstruktes Resilienz, die in wissenschaftlichen sowie in populärpsychologischen Kreisen Anwendung finden, zu thematisieren. Da nach wie vor kein einheitliches Verständnis, des Konstruktes Resilienz besteht und Resilienz folglich durch verschiedene Testverfahren gemessen wird, bleibt eine gewisse Verunsicherung darüber zurück, welche Faktoren das Konstrukt entscheidend bestimmen. Wie die Mehrheit der Studien hat sich auch diese Forschungsarbeit auf die Untersuchung von psychosozialen Faktoren der Resilienz beschränkt (Curtis & Cicchetti, 2003). Der

Resilienz unterliegende biologische Prozesse wurden dabei außer Acht gelassen. Für ein besseres Verständnis von Resilienz ist es jedoch wichtig, die Rolle von biologischen und genetischen Prozessen sowie ihre Interaktion mit der Umwelt in weiteren Studien zu erforschen (Bowes & Jaffee, 2013).

Zuletzt wäre es für zukünftige Forschung interessant zu untersuchen, inwiefern, Menschen durch ihre Erwerbstätigkeit belastet sind. Diese Forschungsarbeit ließ erkennen, dass Vollzeit- sowie Teilzeitbeschäftigte über weniger Resilienz verfügen, als dies bei geringfügig Beschäftigten der Fall ist. Um jedoch detaillierte Aussagen über den Zusammenhang zwischen Resilienz und Erwerbstätigkeit machen zu können, wäre diesbezüglich weitere Forschung notwendig.

## 11 Literaturverzeichnis

- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E. & Grulke, N. (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 306-313.
- Amtmann, D., Bamer, A.M., Noonan, V., Lang, N., Kim, J. & Cook, K.F. (2012). Comparison of the Psychometric Properties of Two Fatigue Scales in Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 57, 159-166.
- Armstrong, A.R., Galligan, R.F. & Critchley, C.R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences*, 51, 331-336.
- Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N., Thomis, M., Duquet, W., Lefevre, J. & Cardon, G. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12, 468-474.
- Atkinson, P.A., Martin, C.R. & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 137-145.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachandran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior* (4, 71-81). New York: Academic Press. Neuauflage in H. Friedman (Hrsg.), *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V. & Pastorelli, C. (2001). Self-Efficacy Beliefs as Shapers of Children's Aspirations and Career Trajectories. *Child Development*, 72, 187-206.
- Banyard, V.L. & Williams, L.M. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31, 275-290.
- Baron, R.B. & Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Benetti, C. & Kambouropoulos, N. (2006). Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41, 341-352.
- Benight, C.C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Benzies, K. & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14, 103-114.
- Bidjerano, T. & Yun Dai, D. (2007). The relationship between the big-five model of personality and self-regulated learning strategies. *Learning and Individual Differences*, 17, 69-81.
- Black, C. & Ford-Gilboe, M. (2004). Adolescent mothers: resilience, family health work and health-promoting practices. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 351-360.
- Bodini, B., Mandarelli, G., Tomassini, V., Tarsitani, L., Pestalozza, I., Gasperini, C., Lenzi, G.L., Pancheri, P. & Pozzilli, C. (2008). Alexithymia in multiple sclerosis: relationship with fatigue and depression. *Acta Neurologica Scandinavica*, 118, 18-23.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucchiarelli, A. & Vlahov, D. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Göttingen: Hogrefe.
- Bowes, L. & Jaffee, S.R. (2013). Biology, Genes, and Resilience: Toward a Multidisciplinary Approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 14, 195-208.
- Branas, P., Jordan, R., Fry-Smith, A., Burls, A. & Hyde, C. (2000). Treatments for fatigue in multiple sclerosis: a rapid and systematic review. *Health Technology Assessment*, 4, 1-71.
- 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.
- Brodsky, A.E., Welsh, E., Carrillo, A., Talwar, G., Scheibler, J. & Butler, T. (2011). Between Synergy and Conflict: Balancing the Processes of Organizational and Individual Resilience in an Afghan Women's Community. *American Journal of Community Psychology*, 47, 217-235.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L. & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Campbell-Sills, L., Forde, D.R. & Stein, M.B. (2009). Demographic and Childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1007-1012.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- Compston, A. & Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *Lancet*, 372, 1502-1517.
- Condly, S.J. (2006). Resilience In Children. A Review of Literature With Implications for Education. *Urban Education*, 41, 211-236.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development Of A New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression And Anxiety*, 18, 76-82.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P. & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93, 263-266.
- Crayton, H.J. & Rossman, H.S. (2006). Managing the Symptoms of Multiple Sclerosis: A Multimodal Approach. *Clinical Therapeutics*, 28, 445-460.
- Curtis, W.J. & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.
- Dainese, S.M., Allemand, M., Ribeiro, N., Bayram, S., Martin, M. & Ehlert, U. (2011). Protective Factors in Midlife. How Do People Stay Healthy? *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24, 19-29.
- Davey, M., Eaker, D.G. & Walters, L.H. (2003). Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research*, 18, 347-362.
- Davydov, D.M., Steward, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review* 30, 479-495.
- Derogatis, L.R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.

- Diaz-Olavarrieta, C., Cummings, J.L., Velazquez, J. & Garcia de al Cadena, C. (1999). Neuropsychiatric Manifestations of Multiple Sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 51-57.
- Duddu, V., Isaac, M.K. & Chaturvedi, S.K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 435-438.
- Dyer, J.G. & McGuinness, T.M. (1996). Resilience: Analysis of the Concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 276-282.
- Eizaguirre, A.E., Saenz de Cabezón, A.O., Ochoa de Alda, I., Olariaga, L.J. & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and ist relationship with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). COPING: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., Jäger, S., Tögel, C., Ulrich, C. & Frommer, J. (2011). Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 82-86.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Scheider, C., Hardt, J., Decker, O. & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 54-62.
- Fredrickson, B.L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L. & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19, 313-332.
- Fredrickson, B.L. & Levenson, R.W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 43-48.
- Galli, N. & Vealey, R.S. (2008). „Bouncing Back“ From Adversity: Athletes´ Experiences of Resilience. *The Sport Psychologist*, 22, 316-335.
- Garnezy, N., Masten, A.S. & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Grotberg, E.H. (1995). A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. *The International Resilience Project from the Early Childhood Development: Practice and Reflections series*. Bernard Van Leer Foundation. Abgerufen von <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>
- Hamill, S.K. (2011). Resilience And Self-Efficacy: The Importance Of Efficacy Beliefs And Coping Mechanisms In Resilient Adolescents. *Colgate University Journal of the Sciences*, 35, 115-130.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52, 26-32.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

- Holmbeck, G.N. (1997). Toward Terminological, Conceptual, and Statistical Clarity in the Study of Mediators and Moderators: Examples From the Child-Clinical and Pediatric Psychology Literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, S., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S.M., Baider, L. & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Jacelon, C.S. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Jacobi, S. & MacLeod, R. (2011). Making sense of chronic illness – a therapeutic approach. *Journal of Primary Health Care*, 3, 136-141.
- Javanmard, G.H. (2013). Religious Beliefs and Resilience in Academic Students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, 744-748.
- Johnson, J.L. & Wiechelt, S.A. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use and Misuse*, 39, 657-670.
- Kinard, E.M. (1998). Methodological Issues in Assessing Resilience in Maltreated Children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 669-680.
- Kling, K.C., Ryff, C.D., Love, G. & Essex, M. (2003). Exploring the Influence of Personality on Depressive Symptoms and Self-Esteem Across a Significant Life Transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 922-932.
- Kluge, A. (2004). Kommentierte Auswahlbibliographie. Resilienzforschung: Aktueller Forschungsstand. Abgerufen von [http://www.equalaeiou.at/Upload/Resilienz\\_Teill\\_Darstellung\\_Dez\\_2004.pdf](http://www.equalaeiou.at/Upload/Resilienz_Teill_Darstellung_Dez_2004.pdf)
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Koegel, J., Hettl, T. & Roupetz, S. (2013). Resilienz bei chronisch erkrankten Personen. Multiple Sklerose. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Universität Wien, Wien.
- Korostil, M. & Feinstein, A. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis Patients. *Multiple Sclerosis*, 13, 67-72.
- Kreitler, S. (2002). The psychosemantic approach to alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 33, 393-407.
- Krupp, L. (2006). Fatigue is intrinsic to multiple sclerosis (MS) and is the most commonly reported symptom of the disease. *Multiple Sclerosis*, 12, 367-8.
- Krupp, L.B., LaRocca, N.G., Muir-Nash, J. & Steinberg, A.D. (1989). The Fatigue Severity Scale. Application to Patients With Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Archives of Neurology*, 46, 1121-1123.
- Latack, J.C. (1986). Coping with Job Stress: Measures and Future Directions for Scale Development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.
- Lerdal, A., Celius, E.G., Krupp, L. & Dahl, A.A. (2007). A prospective study of patterns of fatigue in multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 14, 1338-1343.
- Lima de Melo Ghisi, G., Abdallah, F., Grace, S.L., Thomas, S. & Oh, P. (2014). A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling*, 95, 160-174.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Dona, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 80-89.

- Luthar, S.S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lyons, J.A. (1991). Strategies for Assessing the Potential for Positive Adjustment Following Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93-111.
- Martin, R.A. & Lefcourt, H.M. (1983). Sense of Humor as a Moderator of the Relation Between Stressors and Moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1313-1324.
- Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M., Adam, E.C., Medina, T.B.H. & Espana, J.J.S. (1998). Stability in Alexithymia Levels: A Longitudinal Analysis on Various Emotional Answers. *Personality and Individual Differences*, 24, 767-772.
- Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Hrsg.), *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (S. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic. Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A.S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- Masten, A.S., Best, K.M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- McCabe, M.P. & O'Connor, E.J. (2012). Why are some people with neurological illness more resilient than others? *Psychology, Health & Medicine*, 17, 17-34.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K.K., Rothbaum, B. & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292-299.
- Minden, S.L. (1987). Depression in multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry*, 9, 426-434.
- Mohr, D.C., Dick, L.P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A.C., Likosky, W. & Goodkin, D.E. (1999). The Psychosocial Impact of Multiple Sclerosis: Exploring the Patient's Perspective. *Health Psychology*, 18, 376-382.
- Morgan, P.B.C., Fletcher, D. & Sarkar, M. (2013). Defining and characterizing team resilience in elite sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 14, 549-559.
- Ng, R., Ang, R.P. & Ho, M.R. (2012). Coping with Anxiety, Depression, Anger and Aggression: The Medial Role of Resilience in Adolescents. *Child Youth Care Forum*, 41, 529-546.
- Nakaya, M., Oshio, A. & Kaneko, H. (2006). Correlations For Adolescent Resilience Scale With Big Five Personality Traits. *Psychological Reports*, 98, 927-930.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (2005). The Future of Psychotherapy Integration: A Roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15, 392-471.
- Norris, F.H., Stevens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, K.F. & Pfefferbaum, R.L. (2008). Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41, 127-150.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L. & Wallace, K.A. (2006). Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730-749.

- Ozer, E.M. & Bandura, A. (1990). Mechanisms Governing Empowerment Effects: A Self-Efficacy Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 472-486.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (1998). Alexithymia: Relationship with Ego Defense and Coping Styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Patel, V. & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology*, 36, 703-707.
- Patterson, J.M. (2002). Understanding Family Resilience. *Journal of clinical Psychology*, 58, 233-246.
- Pfeffer, A. (2010). Assessment: Fatigue Severity Scale – Einsatz bei Erschöpfung. *ergopraxis*, 3, 26-27.
- Pittion-Vouyovitch, S., Debouverie, M., Guillemin, F., Vandenberghe, N., Anxionnat, R. & Vespignani, H. (2006). Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *Journal of the Neurological Sciences*, 243, 39-45.
- Rammstedt, B. & John, O.P. (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K): Entwicklung und Validierung eines ökonomischen Inventars zur Erfassung der fünf Faktoren der Persönlichkeit. *Diagnostica*, 51, 4, 195-206.
- Richardson, G.E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal Of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- Riulli, L., Savicki, V. & Cepani, A. (2002). Resilience in the Face of Catastrophe: Optimism, Personality, and Coping in the Kosovo Crisis. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1604-1627.
- Robottom, B.J., Gruber-Baldini, A.L., Anderson, K.E., Reich, S.G., Fishman, P.S., Weiner, W.J. & Shulman, L.M. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism and Related Disorders*, 18, 174-177.
- Romoli, M., Bernini, O., Cosci, F. & Berrocal, C. (2011). The Effect Of Alexithymia On Anxiety, Depression, Coping, And Difficulties In Daily Living In Oncologic Patients. *European Psychiatry*, 26, 983.
- Ruch, W., Köhler, G. & Van Thriel, C. (1996). Assessing the „humorous temperament“: Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory – STCI\*. *Humor*, 9, 303-339.
- Ruch, W. & Zweyer, K. (2001). Heiterkeit und Humor: Ergebnisse der Forschung. Abgerufen von <http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.humorresearch.org%2Ftexte%2FHirsch.doc&ei=4gMoU-D2FlaThQfJ9oDYBg&usq=AFQjCNEonrZHwwesiTF25Ze3-2RFh5dndw>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Rutter, M. (2009). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 44-52.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K. (1976). Isle of Wight Studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332.

- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75-82.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Scudder, L., Sullivan, K.S. & Copeland-Linder, N. (2008). Adolescent Resilience: Lessons for Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 4, 535-543.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R. & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32, 111-120.
- Shen, J., Barbera, J. & Shapiro, C.M. (2006). Distinguishing sleepiness and fatigue: focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 63-76.
- Skokou, M., Soubasi, E. & Gourzis, P. (2012). Depression in Multiple Sclerosis: A Review of Assessment and Treatment Approaches in Adult and Pediatric Populations. *International Scholarly Research Network, ISRN Neurology*, 6
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H.J., Barnow, S., Rose, M., Wingenfeld, K., Freyberger, H.J. & Franke, G.H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 79, 517-523.
- Staudinger, U.M., Masiske, M. & Baltes, P.B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5, 541-566.
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Füller, J., Roehrig, B., Schleussner, C. & Wendt, T.G. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 133, 511-518.
- Swingler, R.J. & Compston, D.A.S. (1992). The morbidity of multiple sclerosis. *Quarterly Journal of Medicine*, 83, 325-337.
- Taylor, G.J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.
- Tran, U.S., Glück, T.M. & Lueger-Schuster, B. (2013). Influence of personal and environmental factors on mental health in a sample of Austrian survivors of World War II with regards to PTSD: is it resilience? *BMC Psychiatry*, 13, 1-10.
- Trang, V.T. (2011). The Effect Of Sports On Youth Resilience And Well-being. *Beyond Social Services*, 1-22.
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 1-17.
- Ungar, M. (2012). Researching and theorizing resilience across cultures and contexts. *Preventive Medicine*, 55, 387-389.
- Valko, P. O., Bassetti, C. L., Bloch, K. E., Held, U. & Baumann, C. R. (2008). Validation of the Fatigue Severity Scale in a Swiss Cohort. *Sleep*, 31, 1601-1607.

- Vanderbilt-Adriance, E. & Shaw, D.S. (2008). Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience Across Levels of Risk, Time, and Domains of Competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 30-58.
- Watson, D. & Hubbard, B. (1996). Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64, 737-774.
- Werner, E.E. (1989). High-Risk Children In Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Werner, E.E. (1993) Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E.E. (1994). Overcoming the odds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 131-136.
- Werner, E. (2005). Resilience And Recovery: Findings From The Kauai Longitudinal Study. Abgerufen von <http://www.pathwaysrtc.pdx.edu/publications?terms=resilience+and+recovery&transition=on&author=&year1=&year2=&pubtype=&hide=hide>
- Werner, E. (2012). Risk, Resilience and Recovery. *Reclaiming Children and Youth*, 21, 18-22.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169.
- Windle, G., Bennett, K.M. & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 1-18.
- Ziemssen, T. (2011). Symptom management in patients with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 311, 48-52.
- Zwingmann, C. (2005). Erfassung von Spiritualität/Religiosität im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 55, 241-246.
- Zolkoski, S.M. & Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Service Review*, 34, 2295-2303.

## 12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demographische Daten der Stichprobe .....	50
Tabelle 2: Deskriptivstatistische Kennwerte der Kurzform des Big Five Inventory (BFI-K) .....	51
Tabelle 3: Deskriptivstatistische Kennwerte der Skala Heiterkeit des State-Trait-Heiterkeits-Inventar (STHI-T).....	51
Tabelle 4: Deskriptivstatistische Kennwerte der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) .....	51
Tabelle 5: Deskriptivstatistische Kennwerte der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISK).....	52
Tabelle 6: Deskriptivstatistische Kennwerte des Fragebogens zur sozialen Unterstützung K-14 (F-SozU-K-14).....	52
Tabelle 7: Deskriptivstatistische Kennwerte des Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D) .....	52
Tabelle 8: Deskriptivstatistische Kennwerte des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) .....	53
Tabelle 9: Deskriptivstatistische Kennwerte der Fatigue Severity Scale (FSS) .....	53
Tabelle 10: Deskriptivstatistische Kennwerte der Toronto Alexithymie Skala (TAS-20) .....	53
Tabelle 11: Multiple Regression (Prädiktoren: Selbstwirksamkeit, Heiterkeit) .....	54
Tabelle 12: Multiple Regression (Prädiktoren: Extraversion, Neurotizismus, Offenheit für Erfahrungen).....	55
Tabelle 13: Multiple Regression (Prädiktoren: Selbstwirksamkeit, Heiterkeit, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen) .....	56
Tabelle 14: Multiple Regression (Prädiktor: Soziale Unterstützung) .....	56
Tabelle 15: Multiple Regression (Prädiktoren: Selbstwirksamkeit, Heiterkeit, Offenheit für Erfahrungen, Soziale Unterstützung, Spirituelle-/ religiöse Überzeugungen) .....	57
Tabelle 16: Mediatoranalyse (Alexithymie als Mediator zwischen Resilienz und Depressivität).....	59
Tabelle 17: Mediatoranalyse (Alexithymie als Mediator zwischen Resilienz und Ängstlichkeit) .....	60

## 13 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Interaktionsschema Resilienz - Alexithymie - Depressivität/ Ängstlichkeit/ Fatige .....	59
---	----

# 14 Anhang

## 14.1 Fragebogen



Universität Wien  
Fakultät für Psychologie

### Information zur Studienteilnahme

Ich studiere Psychologie an der Universität Wien und lade Sie herzlich ein, im Zuge meiner Diplomarbeit an einer psychologischen Studie freiwillig als Versuchsperson teilzunehmen. Es interessiert mich, welche Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften Menschen generell helfen, mit Belastungen umzugehen.

Der folgende Fragebogen beinhaltet verschiedene Fragen zu Ihren persönlichen Einschätzungen bzw. Empfindungen. Bitte lesen Sie sich die Instruktionen der Fragebögen genau durch und beantworten Sie alle Fragen, selbst wenn manche ähnlich klingen.

#### Ihre Rechte:

Selbstverständlich können Sie jederzeit vor und während der Studie weitere Informationen über Zweck, Ablauf usw. der Studie von den Personen erfragen, die die Datenerhebung durchführen. Sie können die Untersuchung jederzeit auch ohne Angabe von Gründen von sich aus abbrechen.

#### Datenschutz:

Sämtliche in dieser Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Anonymität bleibt stets gewahrt. Die Daten werden ausschließlich gruppenbezogen analysiert (keine Diagnostik).

#### Einverständniserklärung:

Durch Ihre Teilnahme bestätigen Sie, dass Sie die vorliegende Versuchspersonen-Information gelesen und verstanden haben. Sie erklären sich mit der Teilnahme an dieser Studie sowie mit der Analyse Ihrer Daten durch befugte Personen einverstanden.

---

### Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Diese Studie wird im Rahmen der Diplomarbeit von Holger Kekeisen durchgeführt.  
Betreuung durch Frau Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuester und Herrn Mag. Dr. Ulrich Tran

Universität Wien, Fakultät für Psychologie  
Institut für Angewandte Psychologie:  
Gesundheit, Entwicklung und Förderung  
Liebiggasse 5, A-1010 Wien

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Kategorie neben der jeweiligen Aussage an.	sehr unzutreffend	eher unzutreffend	weder noch	eher zutreffend	sehr zutreffend
1. Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	1	2	3	4	5
2. Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	1	2	3	4	5
3. Ich erledige Aufgaben gründlich.	1	2	3	4	5
4. Ich werde leicht deprimiert, niedergeschlagen.	1	2	3	4	5
5. Ich bin vielseitig interessiert.	1	2	3	4	5
6. Ich bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	1	2	3	4	5
7. Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	1	2	3	4	5
8. Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	1	2	3	4	5
9. Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	1	2	3	4	5
10. Ich bin tiefsinnig, denke gerne über Sachen nach.	1	2	3	4	5
11. Ich bin eher der „stille Typ“, wortkarg.	1	2	3	4	5
12. Ich kann mich kalt und distanziert verhalten.	1	2	3	4	5
13. Ich bin tüchtig und arbeite flott.	1	2	3	4	5
14. Ich mache mir viele Sorgen.	1	2	3	4	5
15. Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll.	1	2	3	4	5
16. Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	1	2	3	4	5
17. Ich kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten.	1	2	3	4	5
18. Ich mache Pläne und führe sie auch durch.	1	2	3	4	5
19. Ich werde leicht nervös und unsicher.	1	2	3	4	5
20. Ich schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke.	1	2	3	4	5
21. Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	1	2	3	4	5

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen und Beschreibungen auf Sie im Allgemeinen zutreffen.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
1. Auch schwierige Situationen gehe ich leichten Herzens an.	1	2	3	4
2. Mein Alltag bietet mir oft Anlass zum Lachen.	1	2	3	4
3. Ich lächle häufig.	1	2	3	4

4. Die gute Laune anderer wirkt ansteckend auf mich.	1	2	3	4
5. Die kleinen Dinge des Alltags finde ich oft komisch und erheiternd.	1	2	3	4
6. Ich gehe unbeschwert durchs Leben.	1	2	3	4
7. Ich bin oft in heiterer Stimmung.	1	2	3	4
8. Ich bin ein fröhlicher Typ.	1	2	3	4
9. Es fällt mir leicht, gute Laune zu verbreiten.	1	2	3	4
10. Ich lache gerne und viel.	1	2	3	4
11. Ich unterhalte meine Freunde gerne mit lustigen Geschichten.	1	2	3	4
12. Lachen wirkt auf mich sehr ansteckend.	1	2	3	4
13. Ich bin ein lustiger Mensch.	1	2	3	4
14. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass an dem Sprichwort „Lachen ist die beste Medizin“ wirklich etwas dran ist.	1	2	3	4
15. Ich bin ein heiterer Mensch.	1	2	3	4
16. Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	1	2	3	4
17. Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	1	2	3	4
18. Ich bin häufig in einer vergnügten Stimmung.	1	2	3	4
19. Ich habe ein sonniges Gemüt.	1	2	3	4
20. Die kleinen Missgeschicke des Alltags finde ich oft amüsant, selbst wenn sie mich betreffen.	1	2	3	4

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen und Beschreibungen auf Sie im Allgemeinen zutreffen.	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	1	2	3	4
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4

10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Bitte geben Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen über den <b>letzten Monat</b> hinweg mit Ihnen übereinstimmen. Wenn eine bestimmte Situation in letzter Zeit nicht aufgetreten ist, antworten Sie so, wie Sie gefühlt hätten, wenn die Situation aufgetreten wäre.	überhaupt nicht wahr	selten wahr	manchmal wahr	oft wahr	fast immer wahr
1. Ich bin fähig mich anzupassen, wenn sich etwas verändert.	0	1	2	3	4
2. Ich habe mindestens eine enge und sichere Bindung zu jemandem, die mir als Unterstützung dient, wenn ich unter Stress stehe.	0	1	2	3	4
3. Wenn es keine klaren Lösungen für meine Probleme gibt, kann mir manchmal mein Glaube oder Gott helfen.	0	1	2	3	4
4. Ich komme mit allem klar, was sich mir in den Weg stellt.	0	1	2	3	4
5. Erfolge aus der Vergangenheit geben mir Vertrauen, so dass ich mit neuen Herausforderungen und Schwierigkeiten zurecht komme.	0	1	2	3	4
6. Wenn ich mit Problemen konfrontiert bin, versuche ich dies mit Humor zu sehen.	0	1	2	3	4
7. Der Umgang mit Stress kann mich stärken.	0	1	2	3	4
8. Ich neige dazu, mich nach Krankheit, Verletzungen oder anderen Missgeschicken wieder gut zu erholen.	0	1	2	3	4
9. Egal ob gut oder schlecht, ich glaube, dass die meisten Ereignisse im Leben einen Sinn haben.	0	1	2	3	4
10. Ich gebe stets mein Bestes, unabhängig davon wie die Situation endet	0	1	2	3	4
11. Auch wenn es Hindernisse gibt, bin ich der Meinung meine Ziele erreichen zu können.	0	1	2	3	4
12. Auch wenn die Dinge hoffnungslos scheinen gebe ich nicht auf.	0	1	2	3	4
13. Während einer stressreichen Zeit oder Krise weiß ich, wohin ich mich wenden muss um Hilfe zu bekommen.	0	1	2	3	4
14. Wenn ich unter Druck stehe, bleibe ich fokussiert und denke klar.	0	1	2	3	4
15. Ich bevorzuge es die Führung zu übernehmen wenn Probleme gelöst werden müssen, anstatt den anderen alle Entscheidungen zu überlassen.	0	1	2	3	4
16. Wenn ich versage, lasse ich mich nicht leicht entmutigen.	0	1	2	3	4
17. Wenn es um den Umgang mit Herausforderungen des Lebens und allgemeine Schwierigkeiten geht, schätze ich mich als starke Person ein.	0	1	2	3	4
18. Ich bin wenn nötig in der Lage Entscheidungen zu fällen, die andere Menschen betreffen.	0	1	2	3	4
19. Ich bin fähig mit unerfreulichen oder schmerzhaften Gefühlen wie Traurigkeit, Angst und Wut umzugehen.	0	1	2	3	4
20. Ohne zu wissen wieso, muss man im Umgang mit den Problemen im Leben manchmal mit einer gewissen Vorahnung handeln.	0	1	2	3	4

21. Ich habe ein starkes Gefühl in meinem Leben eine Aufgabe zu haben.	0	1	2	3	4
22. Mein Leben habe ich unter Kontrolle.	0	1	2	3	4
23. Ich mag Herausforderungen.	0	1	2	3	4
24. Ich arbeite um meine Ziele zu erreichen und lasse mich nicht davon beirren, wenn mir Steine in den Weg geworfen werden.	0	1	2	3	4
25. Auf das was ich erreiche, bin ich stolz.	0	1	2	3	4

Jedem von uns passieren hin und wieder <b>negative oder unangenehme Ereignisse</b> und jeder reagiert darauf auf seine eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie <i>im Allgemeinen</i> denken, wenn Sie <i>negative oder unangenehme Ereignisse</i> erleben.	(fast) nie	manchmal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
1. Ich denke, dass ich Schuld habe.	1	2	3	4	5
2. Ich denke, dass ich akzeptieren muss, dass dies geschehen ist.	1	2	3	4	5
3. Ich denke darüber nach, wie ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, fühle.	1	2	3	4	5
4. Ich denke an schönere Dinge als an das, was ich erlebt habe.	1	2	3	4	5
5. Ich überlege, was ich am besten tun kann.	1	2	3	4	5
6. Ich denke, dass andere daran Schuld haben.	1	2	3	4	5
7. Ich denke, dass ich derjenige bin, der für das, was passiert ist, verantwortlich ist.	1	2	3	4	5
8. Ich denke, dass ich die Situation akzeptieren muss.	1	2	3	4	5
9. Ich bin eingenommen davon, was ich über das, was ich erlebt habe, denke und fühle.	1	2	3	4	5
10. Ich denke an angenehme Dinge, die nichts damit zu tun haben.	1	2	3	4	5
11. Ich überlege, wie ich am besten mit der Situation umgehen kann.	1	2	3	4	5
12. Ich denke, dass ich aufgrund dessen, was geschehen ist, ein stärkerer Mensch werden kann.	1	2	3	4	5
13. Ich denke, dass andere Menschen viel schlimmere Erfahrungen machen.	1	2	3	4	5
14. Ich denke weiter darüber nach wie schrecklich es ist, was ich erlebt habe.	1	2	3	4	5
15. Ich denke, dass andere für das, was passiert ist, verantwortlich sind.	1	2	3	4	5
16. Ich möchte verstehen, warum ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, so fühle wie ich es tue.	1	2	3	4	5
17. Ich denke an etwas Schönes anstatt an das, was passiert ist.	1	2	3	4	5
18. Ich denke, dass die Situation auch positive Seiten hat.	1	2	3	4	5
19. Ich denke, dass es gar nicht so schlimm war, im Vergleich zu anderen Dingen.	1	2	3	4	5
20. Ich denke, dass das, was ich erlebt habe das Schlimmste ist, was einem passieren kann.	1	2	3	4	5

Jedem von uns passieren hin und wieder <b>negative oder unangenehme Ereignisse</b> und jeder reagiert darauf auf seine eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie <i>im Allgemeinen</i> denken, wenn Sie <i>negative oder unangenehme Ereignisse</i> erleben.	(fast) nie	manchmal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
21. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei mir liegt.	1	2	3	4	5
22. Ich denke, dass ich lernen muss, damit zu leben.	1	2	3	4	5
23. Ich überlege mir einen Plan, wie ich am besten vorgehen kann.	1	2	3	4	5
24. Ich suche nach den positiven Seiten der Angelegenheit.	1	2	3	4	5
25. Ich sage mir, dass es Schlimmeres im Leben gibt.	1	2	3	4	5
26. Ich denke darüber nach, wie fürchterlich die Situation gewesen ist.	1	2	3	4	5
27. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei anderen liegt.	1	2	3	4	5

In diesem Abschnitt geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehung erleben und einschätzen. Kreuzen Sie bitte jene Kategorie an, die Ihrer Zustimmung entspricht. Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von „Menschen“ oder von „Freunden/Angehörigen“ die Rede ist, dann sind <i>die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind</i> .	trifft überhaupt nicht zu	trifft ein wenig zu	trifft etwas zu	trifft ziemlich zu	trifft genau zu
1. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	1	2	3	4	5
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen wie ich bin.	1	2	3	4	5
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	1	2	3	4	5
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	1	2	3	4	5
5. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	1	2	3	4	5
6. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	1	2	3	4	5
7. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	1	2	3	4	5
8. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	1	2	3	4	5
9. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	1	2	3	4	5
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	1	2	3	4	5
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	1	2	3	4	5
12. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	1	2	3	4	5
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	1	2	3	4	5

14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen zu religiösen Überzeugungen und Praktiken sowie zur sozialen Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, wie sehr sie mit Ihrer Meinung übereinstimmt, indem Sie den entsprechenden Wert ankreuzen.	trifft gar nicht zu	trifft eher/teilweise nicht zu	trifft teilweise/etwas zu	trifft vollständig zu
1. Religion spielt eine wichtige Rolle in meinem Alltagsleben.	1	2	3	4
2. Gebet oder Meditation hat mir in Zeiten von Krankheit geholfen, mit meiner Situation zurechtzukommen.	1	2	3	4
3. Ich freue mich, an gesellschaftlichen Zusammenkünften meiner Glaubensrichtung teilzunehmen.	1	2	3	4
4. Ich habe das sichere Gefühl, dass Gott auf irgendeine Art und Weise existiert.	1	2	3	4
5. Wenn ich Ratschläge brauche, wie ich mit Problemen umgehen soll, kenne ich jemanden aus meiner Glaubensgemeinschaft, an den ich mich wenden kann.	1	2	3	4
6. Ich glaube, dass Gott mir keine Last aufbürden würde, die ich nicht tragen kann.	1	2	3	4
7. Ich freue mich, oft Menschen zu treffen oder mit Menschen zu reden, die meinen Glauben teilen.	1	2	3	4
8. In Zeiten der Krankheit ist mein Glaube gestärkt worden.	1	2	3	4
9. Wenn ich mich einsam fühle, kann ich mich auf die Menschen, die meinen Glauben teilen, verlassen.	1	2	3	4
10. Ich habe als Resultat meines Glaubens Hoffnung erfahren.	1	2	3	4
11. Ich habe durch meine Gebete oder Meditation innere Ruhe gefunden.	1	2	3	4
12. Das Leben und der Tod des Menschen wird von Gottes Plan bestimmt.	1	2	3	4
13. Wenn ich Hilfe brauche, suche ich Menschen auf, die meine Wertvorstellungen teilen oder meiner Glaubensgemeinschaft angehören.	1	2	3	4
14. Ich glaube, dass Gott mich vor Schaden schützt.	1	2	3	4
15. In schlechten Zeiten bete ich um Hilfe.	1	2	3	4

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie jede durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie häufig die Feststellung auf Ihr Leben <b>in den letzten 4 Wochen</b> zutrifft. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung das Feld unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und lassen Sie keine Frage aus.	fast nie	manchmal	häufig	meistens
1. Sie fühlen sich ausgeruht.	1	2	3	4
2. Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.	1	2	3	4

3. Sie haben zuviel zu tun.	1	2	3	4
4. Sie haben das Gefühl, Dinge zu tun, die Sie wirklich mögen.	1	2	3	4
5. Sie fürchten, Ihre Ziele nicht erreichen zu können.	1	2	3	4
6. Sie fühlen sich ruhig.	1	2	3	4
7. Sie fühlen sich frustriert.	1	2	3	4
8. Sie sind voller Energie.	1	2	3	4
9. Sie fühlen sich angespannt.	1	2	3	4
10. Ihre Probleme scheinen sich aufzutürmen.	1	2	3	4
11. Sie fühlen sich gehetzt.	1	2	3	4
12. Sie fühlen sich sicher und geschützt.	1	2	3	4
13. Sie haben viele Sorgen.	1	2	3	4
14. Sie haben Spaß.	1	2	3	4
15. Sie haben Angst vor der Zukunft.	1	2	3	4
16. Sie sind leichten Herzens.	1	2	3	4
17. Sie fühlen sich mental erschöpft.	1	2	3	4
18. Sie haben Probleme, sich zu entspannen.	1	2	3	4
19. Sie haben genug Zeit für sich.	1	2	3	4
20. Sie fühlen sich unter Termindruck.	1	2	3	4

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfassen, ob Sie bestimmte Lebenserfahrungen gemacht haben, die das emotionale Wohlbefinden oder die Lebensqualität einer Person langfristig beeinflussen können. Einige der aufgelisteten Erfahrungen kommen viel häufiger vor, als die meisten Menschen glauben.

1. Haben Sie eine Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe oder Erdbeben) miterlebt, wobei
  - a) eine Ihnen nahe stehende Person schwer verletzt oder getötet wurde,
  - b) Sie selbst gefährlich verletzt wurden, oder
  - c) Sie damit gerechnet haben, schwer verletzt oder getötet zu werden?
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
2. Waren Sie jemals in einen Verkehrsunfall verwickelt, woraufhin Sie medizinischen Behandlung brauchten oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
3. Waren Sie in einen Unfall anderer Art verwickelt, bei dem entweder Sie selbst schwer verletzt wurden, oder fast getötet worden wären oder bei dem jemand anderes schwer verletzt oder getötet wurde?
 Nie  1-mal  2-mal  3-mal  4-mal  5-mal  mehr als 5 Mal
4. Haben Sie in einem Kriegsgebiet gelebt oder gearbeitet?
 Ja  Nein

Wenn Ja, waren Sie dabei dem Kriegsgeschehen oder Kämpfen unmittelbar ausgesetzt (z.B. in der Nähe explodierender Bomben oder Schießereien), bei denen Menschen verletzt oder getötet wurden?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Handelte es sich um eine/ einen ...

Fremde/n Ja  Nein

Freund/in oder Bekannte/n Ja  Nein

Verwandte/en Ja  Nein

Partner/in Ja  Nein

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

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

11. Haben Sie als Kind oder Jugendliche/r Gewalt in ihrer Familie miterlebt (z.B. wie Ihr Vater Ihre Mutter schlug, ein Familienmitglied ein anderes zusammenschlug oder Ihm/Ihr blaue Flecken, Verbrennungen oder Schnittwunden beibrachte)?

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

12. Sind Sie jemals von ihrem jetzigen oder einem früheren Partner/in (oder Ehemann/Frau) geschlagen, geprügelt, getreten oder in anderer Weise körperlich verletzt worden?

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

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

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

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

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

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

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

16. Wurden Sie jemals von einer Person verfolgt und/oder in Ihren Handlungen kontrolliert, sodass Sie sich bedroht und eingeschüchtert fühlten und um Ihre Sicherheit fürchteten?

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

Handelte es sich um eine/ einen ...

- Fremde/n Ja  Nein   
 Freund/in Ja  Nein   
 Bekannte/n Ja  Nein   
 Verwandte/en Ja  Nein   
 Partner/in Ja  Nein

17. Haben Sie jemals andere, hier noch nicht aufgeführte Ereignisse erlebt oder miterlebt, die lebensbedrohlich waren, schwere Verletzungen hervorgerufen haben oder extrem verstörend und ängstigend waren (z.B. als Geisel gefangen zu sein, in der Wildnis verloren zu sein, der gewaltsame Tod eines Haustiers, oder von einem Tier schwer verletzt worden zu sein)?

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

Bitte beschreiben Sie diese Erfahrung:

---



---

18. Wenn Sie persönlich irgendeines der oben aufgelisteten Ereignisse miterlebt haben, a) haben Sie während des Ereignisses intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt?

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer : \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, bitte geben Sie an, auf welche Frage/n Sie sich beziehen. Frage/n Nummer: \_\_\_\_\_

c) sind diese Ereignisse/ ist eines dieser Ereignisse:

in den letzten 2 Monaten passiert? Ja  Nein

in den letzten 12 Monaten Passiert? Ja  Nein

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

Bitte geben Sie an, auf welche Frage Sie sich beziehen. Frage Nummer: \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie, als dies das erste Mal passierte? Alter: \_\_\_\_\_

(Keines der Ereignisse war belastend.  )

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 <b>im vergangenen Monat</b> als störend empfunden haben.	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
1. Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?	1	2	3	4	5
3. Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie Sie Wiedererleben würden)?	1	2	3	4	5
4. Sich sehr 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

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 <b>im vergangenen Monat</b> als störend empfunden haben.	Gar nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
6. Vermeiden, über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen?	1	2	3	4	5
7. Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?	1	2	3	4	5
8. Mühe, sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern?	1	2	3	4	5
9. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben?	1	2	3	4	5
10. Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen fühlen?	1	2	3	4	5
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

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar <b>während der vergangenen sieben Tage bis heute. Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...</b>	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
2. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
3. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
4. Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
5. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
6. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
7. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
8. Schwermut	0	1	2	3	4
9. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4

10. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
11. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
12. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
13. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
14. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
15. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
17. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
18. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert auf der rechten Seite an. Damit geben Sie an, wie sehr sie finden, dass diese Aussage auf Sie zutrifft.	Trifft nicht zu	Eher nicht	Ein wenig	Unsicher	Etwas	Trifft zu	Trifft voll zu
1. Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin.	1	2	3	4	5	6	7
2. Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich bin schnell erschöpft.	1	2	3	4	5	6	7
4. Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit.	1	2	3	4	5	6	7
5. Die Erschöpfung verursacht Probleme für mich.	1	2	3	4	5	6	7
6. Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung.	1	2	3	4	5	6	7
7. Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten.	1	2	3	4	5	6	7
8. Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden.	1	2	3	4	5	6	7
9. Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben.	1	2	3	4	5	6	7

Bitte geben Sie an, wie die folgenden Aussagen auf sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.	Trifft gar nicht zu	Eher nicht	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
1. Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe.	1	2	3	4	5
2. Mir fällt es schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
3. Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
4. Es fällt mir leicht meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
5. Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben.	1	2	3	4	5
6. Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich	1	2	3	4	5

Bitte geben Sie an, wie die folgenden Aussagen auf sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.	Trifft gar nicht zu	Eher nicht	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
oft nicht ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.					
7. Ich bin oft über die Vorgänge in meinem Körper verwirrt.	1	2	3	4	5
8. Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie gerade passiert sind.	1	2	3	4	5
9. Einige meiner Gefühle kann ich nicht richtig benennen.	1	2	3	4	5
10. Sich mit Gefühlen zu beschäftigen, finde ich sehr wichtig.	1	2	3	4	5
11. Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde.	1	2	3	4	5
12. Andere fordern mich auf, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
14. Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin.	1	2	3	4	5
15. Ich unterhalte mich mit anderen nicht gern über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen.	1	2	3	4	5
16. Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an.	1	2	3	4	5
17. Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen.	1	2	3	4	5
18. Ich kann mich jemandem sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen.	1	2	3	4	5
19. Ich finde, dass Mir-klar-werden über meine persönlichen Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss.	1	2	3	4	5
20. Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken	1	2	3	4	5

**Angaben zu Erkrankungen**

**Leiden Sie an einer chronischen, schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung?**

nein  ja

Wenn ja, an welcher? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen jemals die Erkrankung Multiple Sklerose diagnostiziert?**

nein  ja

**Angaben zu Ihrer Person**

**Geschlecht:**  weiblich  männlich **Geburtsjahr:** 19\_\_\_\_ **Geburtsmonat:**\_\_\_\_ (1 bis 12)

**Nationalität:**  Österreich  Deutschland  andere: \_\_\_\_\_

**Religionsbekenntnis:**

Katholisch  Evangelisch  Muslimisch  Jüdisch  Hinduistisch  Anderes

Atheistisch  Keines

**Momentaner Beziehungsstatus:**

Single  In einer Beziehung  Verheiratet  Getrennt  Verwitwet  Anderes

**Höchste abgeschlossene Schulausbildung:**

Pflichtschule (z.B. Hauptschule, Realschule)  Hochschulreife (Matura, Abitur, Fachabitur)

Lehrabschluss  Bachelor

Meisterprüfung  Master oder äquivalent (z.B. Magister, Diplom)

berufsbildende mittlere Schule  
(z.B. HAS/HASCH)

PhD oder Doktorat

**Aktuelle Erwerbstätigkeit:**  keine  geringfügig beschäftigt  Teilzeit  Vollzeit

anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Beruf:** \_\_\_\_\_

**Monatliches Netto-Einkommen:**

0 bis 499 Euro

1000 bis 1499 Euro

2000 bis 2999 Euro

3000 bis 4999 Euro

500 bis 999 Euro

1500 bis 1999 Euro

5000 Euro oder mehr

**Rauchen Sie?**  nein  nein, aber ich habe früher geraucht  ja, gelegentlich

ja, regelmäßig

**Falls Sie rauchen (oder früher geraucht haben):**

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag (bzw. haben Sie geraucht)?\_\_

Zigaretten pro Tag    Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen begonnen haben?\_\_Jahre

**Wenn Sie nicht mehr rauchen:** Seit wie vielen Jahren rauchen Sie nicht mehr? seit \_\_Jahren

**Trinken Sie Alkohol?**  nein, ich trinke überhaupt keinen Alkohol

nein, aber ich habe früher Alkohol getrunken

- ja, täglich
- ja, mehrmals pro Woche, im Durchschnitt an \_\_\_\_ Tagen pro Woche
- ja, aber seltener als 1x pro Woche

Wenn Sie Alkohol trinken (oder früher konsumiert haben):

Wie viel trinken Sie durchschnittlich, wenn Sie Alkohol trinken?

\_\_\_\_\_ halbe(s) Bier (500ml)    \_\_\_\_\_ Achtel Wein (125ml)    \_\_\_\_\_ Stamperl Schnaps (2cl)

Wenn Sie **nicht mehr** Alkohol trinken: Seit wie vielen Jahren trinken Sie keinen Alkohol mehr? seit \_\_\_\_\_ Jahren

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**  nein     ja, im Durchschnitt an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche

**Wenn ja, welche Art von Sport?** \_\_\_\_\_

**Sind Sie schon jemals aufgrund psychischer Probleme in Behandlung gewesen** (bei einem Arzt, Psychiater, Psychotherapeuten oder Klinischen Psychologen; *mehrfaches Ankreuzen möglich*)?  nein     ja, in der Vergangenheit     ja, aktuell

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

**Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Vielen Dank!**

## 14.2 Lebenslauf

### Persönliche Angaben

---

Name Kekeisen  
Vorname Holger  
Geburtsdatum 02. September 1978  
Geburtsort Ravensburg  
Zivilstand ledig

### Schulbildung/ Hochschulbildung

---

09/1985 – 07/1989 Grundschule Vogt  
09/1989 – 07/1995 Realschule Ravensburg  
09/1995 – 07/1997 Humpis Schule Ravensburg Abschluss Fachhochschulreife  
09/2001 – 06/2004 Kolping Kolleg Freiburg Abschluss Abitur  
Seit 10/2005 Diplomstudium der Psychologie Universität Wien

### Berufliche Erfahrungen und Praktika

---

08/1997 – 09/1998 Zivildienst Zentrum für Psychiatrie Weissenau  
10/1998 – 09/2001 Krankenpflegeausbildung Zentrum für Psychiatrie Weissenau  
03/2002 – 10/2004 geringfügige Anstellung Sozialstation 3 Sam gGmbH Freiburg  
11/2004 – 09/2005 Festanstellung Sozialstation 3 Sam gGmbH Freiburg  
06/2006 – 09/2007 geringfügige Anstellung Hermes Fahrradbotendienst Wien  
09/2007 – 04/2011 Festanstellung Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH  
Seit 05/2011 Festanstellung (30 WS.) AKH Wien Psychotherapeutische Station

### Praktika

---

07/2012 – 09/2012 P.A.S.S. – Hilfe bei Suchtproblemen (6-Wochen Praktikum)

### Sprachen

---

Deutsch

Muttersprache

Englisch

Mündlich: Konversationsniveau Schriftlich: Korrespondenz

### **Sprachaufenthalt/ Sprachschule**

---

11/08/ - 22/08/2003 Alpha College of English Irland: Englisch-Kurs