



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Resilienz bei gesunden Personen - Kontrollstudie zu  
Resilienz bei chronisch erkrankten Personen

Verfasserin

Monika Szelag

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

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

---



## **Danksagung**

Ich möchte mich zuallererst bei Frau Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster und Herrn Dr. Ulrich Tran für die angenehme Aufnahme in das Resilienz-Forschungsprojekt bedanken. In diesem Sinne danke ich auch meiner Kollegin Frau Mag. Sophie Roupez für die nette Zusammenarbeit. Ich bedanke mich besonders für die Geduld und die zahlreichen Verbesserungsvorschläge meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster.

Ganz herzlich danke ich auch allen Studienteilnehmern, die sich Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben!

Weiters möchte ich meiner Familie für ihre Liebe und Unterstützung danken.

Meiner Mutter, dass sie mir die Liebe zu Büchern und Bildung weitergegeben hat und meinem Vater, von dem ich den Mut zu Reisen gelernt habe.

Bei meiner Schwester Karo bedanke ich mich für das Korrekturlesen der Arbeit und die zahlreichen schönen Tage, die man zusammen verbringt, wenn die kleine Schwester gleichzeitig eine der besten Freundinnen ist.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Freund Thomas, der mich 2013 durch das bisher schwierigste Jahr in meinem Leben begleitet hat, mir immer Mut gemacht hat, mich unterstützt und aufgemuntert hat und nie den Glauben an ein Happy End verloren hat.

---



Diese Diplomarbeit wurde formal nach den Richtlinien der „American Psychological Association“ (APA-Manual, 2010) verfasst.

Aus Rücksicht auf die Umwelt und aus Platzgründen wurde auf den doppelten Zeilenabstand verzichtet. Um eine besseren Lesbarkeit zu ermöglichen, wurde außerdem im gesamten Text die männliche Schreibweise benutzt, die Angaben beziehen sich jedoch immer auf beide Geschlechter.

---



## Inhaltsverzeichnis

<b>I THEORETISCHER TEIL .....</b>	<b>13</b>
1. Einleitung.....	13
2. Der Begriff Resilienz .....	15
3. Historischer Überblick der Resilienzforschung.....	18
4. Bisherige zentrale Forschungsergebnisse .....	21
4.1.Coping.....	21
4.2.Biologische Faktoren.....	22
4.3.Persönlichkeitsfaktoren.....	25
4.3.1. Selbstwirksamkeit.....	25
4.3.2. Glaube .....	25
4.3.3. Optimismus.....	26
4.3.4 . Persönlichkeitsprofil .....	26
4.4. Soziale Faktoren.....	27
4.5. Demographische Faktoren.....	27
4.6. Psychopathologie.....	29
4.6.1. Stressempfinden.....	29
4.6.2. Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörung .....	29
<b>II EMPIRISCHER TEIL.....</b>	<b>31</b>
5. Zielsetzung.....	32
6. Fragestellungen und Hypothesen.....	33
7. Methode .....	36
7.1. Ablauf der Studie .....	36
7.2. Erhebungsinstrumente .....	37
7.2.1. Big Five Inventory - Kurzversion .....	37
7.2.2. State-Trait-Cheerfulness Inventory .....	37
7.2.3. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung .....	38
7.2.4. Connor-Davidson Resilience Scale.....	38
7.2.5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire .....	40
7.2.6. Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14.....	40
7.2.7. Systems of Belief Inventory .....	41
7.2.8. 20-item Perceived Stress Questionnaire .....	41

---

7.2.9. Traumatic Life Event Questionnaire .....	41
7.2.10. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version .....	42
7.2.11. Brief Symptom Inventory 18.....	42
7.2.12. Fatigue Severity Scale .....	43
8. Ergebnisse .....	44
8.1. Stichprobenbeschreibung.....	44
8.2. Statistische Auswertung.....	47
<b>8.3. Ergebnisse</b> .....	<b>48</b>
8.3.1. Ergebnisse der ersten Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für gesunde Personen?.....	49
8.3.2. Ergebnisse der zweiten Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine hohe Resilienz bei gesunden Personen?.....	52
8.3.3. Ergebnisse der dritten Fragestellung: Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die untersuchten Faktoren (Selbstwirksamkeit, Glaube, soziale Unterstützung, Optimismus) ausreichend erklärt (oder besteht die Möglichkeit von weiteren, noch nicht berücksichtigten Faktoren)? .....	53
8.3.4. Ergebnisse der zweiten Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine hohe Resilienz bei gesunden Personen?.....	59
8.3.5. Ergebnisse der vierten Fragestellung: Welche Big Five Persönlichkeitsfaktorenausprägung ergibt sich im Zusammenhang mit der Resilienz? ...	61
8.3.6. Ergebnisse der fünften Fragestellung: Welche Unterschiede in Bezug auf die Resilienz finden sich zwischen gesunden und von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betroffenen Personen?.....	61
8.3.7. Ergebnisse der sechsten Fragestellung: Welche demographischen Unterschiede finden sich hinsichtlich der Resilienz?.....	62
9. Diskussion .....	63
9.1. Diskussion der Ergebnisse.....	63
9.2. Kritik und Einschränkungen der Studie.....	67
10. Literaturverzeichnis.....	69
11. Tabellenverzeichnis.....	75
12. Anhang .....	76
12.1. Verwendete Testbatterie.....	76
12.2. Eidesstattliche Erklärung .....	92
12.3. Curriculum Vitae .....	93

---

## Abstract (deutsch)

**Hintergrund:** Resilienz, die psychische Widerstandskraft, wird aktuell breit erforscht. Die Zusammenhänge mit dem Wohlbefinden und dem Auftreten von psychischen Störungen sind von besonderem Interesse. Die Hauptfragestellung zu diesem Thema lautet: Welche Faktoren helfen Menschen dabei, negative Schicksalsschläge gut und rasch verarbeiten zu können? Ziel dieser Studie war es, die Zusammenhänge diverser mit Resilienz assoziierter Faktoren zu erforschen und die „Connor Davidson Resilience Scale“ (CD-RISC) als passendes Messinstrument für die Resilienz zu überprüfen. Die Studie fungiert außerdem als Kontrollgruppe zu einer klinischen Versuchsgruppe, welche Zusammenhänge zwischen Resilienz und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen untersucht hat.

**Methode:** Die Stichprobe dieser Querschnittuntersuchung besteht aus 144 Personen, die an keiner chronischen oder schwerwiegenden körperlichen oder psychischen Krankheit leiden. Den Teilnehmern wurde eine Testbatterie bestehend aus 12 psychologischen Tests vorgegeben. Untersuchungsgegenstand waren die Zusammenhänge der Resilienz mit einigen Parametern wie Persönlichkeitsfaktoren, psychopathologischen Faktoren und demographischen Variablen.

**Ergebnisse:** Es fand sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und den Faktoren Selbstwirksamkeit, sozialer Unterstützung, Optimismus, Glauben und dem Ausbildungsgrad. Zusätzlich bestand ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Auftreten von Depressionen, Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Symptomen von Fatigue und dem subjektiven Stresserleben. Resilienz korrelierte positiv mit dem Einsatz adaptiver Copingstrategien und negativ mit dem Einsatz maladaptiver Copingstrategien. Im Hinblick auf die Big Five Persönlichkeitsfaktoren wurde eine positive Korrelation zwischen Resilienz und Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Offenheit für Erfahrung, sowie eine negative Korrelation mit Neurotizismus festgestellt. Die untersuchte Stichprobe wies einen höheren Resilienzmittelwert auf, als die klinische Versuchsgruppe. Die „Connor-Davidson Resilience Scale“ erwies sich als valides Messinstrument für die Resilienz.

---

**Diskussion:** Ein mögliches Ziel zukünftiger Forschung wäre die Eingrenzung beziehungsweise Vereinheitlichung der Vielfalt an Definitionsmöglichkeiten und Messinstrumenten für die Resilienz, um eine bessere Vergleichbarkeit verschiedener Studienergebnisse zu ermöglichen. Bei der Übertragung der Ergebnisse in die psychologische Praxis erweist sich ein präventiver Ansatz sinnvoll - Faktoren, die in engem Zusammenhang mit der Resilienz stehen, sollten bewusst gefördert werden.

---

## Abstract (english)

**Background:** Currently there is a broad range of research on the topic of psychological resistance, called resilience. The greatest interest lies on the relationship of resilience, well-being and the occurrence of psychiatric disorders. The main question is: Which factors help people to handle negative blows of fate well and quickly? The purpose of this study was to explore the relationship between resilience and various factors and to analyze the predictive value of the “Connor-Davidson Resilience Scale” (CD-RISC) as an appropriate measuring instrument for resilience. The study acts as a control group to a clinical trial group, which examined the relationship between resilience and inflammatory bowel disease.

**Methods:** The sample of this cross section consists of 144 physical and psychological healthy individuals, who were given 12 psychological tests to explore the relationship between resilience and different parameters like personality traits, psychopathology and demographic factors.

**Results:** The study shows a significant positive correlation between resilience and the factors self-efficacy, social support, optimism, faith and education degree. Furthermore there was a significant negative correlation between resilience and the occurrence of depression, anxiety, posttraumatic stress disorder and fatigue. Individuals with high scores in resilience were more likely to use adaptive coping strategies instead of maladaptive ones. There was also a positive correlation between resilience and the Big Five factors extroversion, conscientiousness, agreeableness, openness to experience and a negative correlation with neuroticism. The mean score of resilience in this sample was higher than in the study with people suffering from Crohn’s disease. The “Connor-Davidson Resilience Scale” proves as a valid measuring tool for resilience.

**Conclusions:** Due to the diversity of possible definitions and measuring instruments for resilience, there is still need for further research. When converting the results from theory into the psychological work, it is a suggestion, to strengthen factors, that are closely related to resilience.

---



## I THEORETISCHER TEIL

### 1. Einleitung

„Von Zeit zu Zeit können unsere Gefühle, vor allem in Reaktion auf zwischenmenschlichen, psychologischen und praktischen Alltagsstress, vorübergehend außer Kontrolle geraten und erhebliches Leiden oder Beeinträchtigungen verursachen, aber die Homöostase und die Zeit sind großartige Naturheiler, und die meisten Menschen richten sich kraft angeborener Resilienz wieder auf und finden zu ihrem normalen Gleichgewicht zurück. (...)

Wenn wir zu früh zu Medikamenten greifen, unterminieren wir die Wege natürlicher Heilung und Wiederherstellung: die Hilfe und Unterstützung von Angehörigen, Freunden, der Gemeinschaft annehmen, die notwendigen Lebensänderungen durchführen, übermäßigen Stress abbauen, sich Hobbys und anderen Interessen widmen, Sport machen, eine Pause einlegen, sich ablenken, das Tempo drosseln. Probleme aus eigener Kraft zu überwinden normalisiert die

Lage, lässt uns neue Fähigkeiten zuwachsen, bringt uns den Menschen, die uns geholfen haben, näher.“ (Frances, 2013, S. 62-63)

Resilienz als psychische Widerstandskraft wird aktuell breit erforscht und ist in den letzten Jahren zu einem Modebegriff geworden. In der Psychologie hat sich der Blick von Risikofaktoren, die zu psychischen Störungen führen können, zu den Stärken eines Individuums gewandt und zu der Frage, was Menschen ausmacht, die, im Gegensatz zu anderen, diverse negative Lebensereignisse gut verarbeiten können. Die Hauptfragestellung im Bereich der Resilienz lautet vereinfacht gesagt: Welche Faktoren sind dafür verantwortlich, dass manche Menschen nach einem schweren Schicksalsschlag leiden und erkranken, während andere diesen scheinbar unbeschadet überstehen können?

---

Im Zuge eines Forschungsprojektes an der Universität Wien wurden im Jahr 2012 zwei Diplomarbeiten von Frau Professor Dr. Lueger-Schuster und Herrn Dr. Tran zum Thema Resilienz angeboten. Diese Arbeiten sollten als Kontrollgruppen zu bereits erhobenen klinischen Versuchsgruppen bestehend aus chronisch erkrankten Personen dienen. Die Versuchsgruppen werden in den Diplomarbeiten von Frau Mag. Hettl, Frau Mag. Koegel und Frau Mag. Roupetz beschrieben. Zur besseren Vergleichbarkeit der beiden Gruppen erfolgte die Stichprobenauswahl parallelisierend. Diese Diplomarbeit dient als Kontrollgruppe zu Frau Mag. Roupetz Studie, welche sich mit dem Zusammenhang zwischen Resilienz und den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa beschäftigt hat.

Der theoretische Teil dieser Arbeit geht auf die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition und eines passenden Messinstrumentes für Resilienz ein. Es wird außerdem ein Einblick in die Entstehung des Begriffes der Resilienz und den historischen Ablauf der Resilienzforschung gegeben. Zusätzlich werden bisherige zentrale Forschungsergebnisse präsentiert und aus diesen Forschungsfragen und Hypothesen abgeleitet. Im empirischen Teil dieser Arbeit folgen eine Darstellung der Methodik, die Vorstellung der Studienergebnisse sowie die daraus resultierende Diskussion. Mit einem Literaturverzeichnis und Anhang wird die Arbeit abgeschlossen. Der Anhang enthält ein Tabellenverzeichnis, eine eidesstattliche Erklärung sowie die für diese Studie angewandte Fragebogen-Testbatterie.

Diese Arbeit hat es sich zum Ziel gesetzt, ein besseres Verständnis von Resilienz zu ermöglichen, einen Beitrag zu einer einheitlichen Definition von Resilienz zu liefern und die „Connor-Davidson Resilience Scale“ (CD-RISC) als passendes Messinstrument für Resilienz zu überprüfen. Die Arbeit fungiert außerdem als Kontrollgruppe zu chronisch erkrankten Personen und beinhaltet somit nur Teilnehmer, die nicht von schwerwiegenden körperlichen oder psychischen Erkrankungen betroffen sind.

---

## 2. Der Begriff Resilienz

Das Wort Resilienz kommt etymologisch aus dem Lateinischen und setzt sich aus den Begriffen *salire* (springen) und *resilere* (abprallen) zusammen (Davidson et al., 2005). In der Physik bezeichnet der Ausdruck die Fähigkeit eines Stoffes, sich verformen zu lassen und anschließend wieder in seine ursprüngliche Form zurückzukehren. Eine anschauliche Beschreibung wird der Internetseite der „Resilience Alliance“ (2002) entnommen:

“Resilience is the ability to absorb disturbances, to be changed and then to re-organize and still have the same identity (retain the same basic structure and ways of functioning). It includes the ability to learn from the disturbance. A resilient system is forgiving of external shocks. As resilience declines the magnitude of a shock from which it cannot recover gets smaller and smaller. Resilience shifts attention from purely growth and efficiency to needed recovery and flexibility.”

([http://www.resalliance.org/index.php/key\\_concepts](http://www.resalliance.org/index.php/key_concepts))

Bezogen auf den Gesundheitsbereich wurde der Begriff erstmals Ende der 1970er Jahre von Aaron Antonovsky in der Medizin verwendet, der sich mit der sogenannten Salutogenese beschäftigt hat. Unter Salutogenese verstand Antonovsky Faktoren, die Menschen körperlich und seelisch gesund bleiben lassen. Zentrale Aspekte seiner Arbeit waren: Schutzfaktoren, Ressourcen und das Kohärenzgefühl. Kohärenz gliedert sich in drei Bereiche, anhand welcher Menschen resilient reagieren können. Laut Kohärenz kann ein negatives Lebensereignis folgendermaßen gut verarbeitet werden: Je mehr das Ereignis verstanden wird, je mehr Handlungsmöglichkeiten in der Situation gegeben sind und je mehr Bedeutung dem Erlebnis im Nachhinein beigemessen werden kann (Antonovsky, 1993). Trotz zahlreicher wissenschaftlicher Artikel, die sich kritisch mit dem Konstrukt der Resilienz auseinandersetzen, existiert bis heute weder eine einheitliche Definition, noch ein einheitliches Messinstrument für die Resilienz (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Die zahlreichen Definitionen können durch verschiedene Forschungsinteressen und unterschiedliche soziokulturelle Umfelder der Forscher

---

erklärt werden, sowie von der jeweiligen zeitlichen Epoche abhängen. Um einen Einblick in diese Erklärungsvielfalt zu geben, folgt eine Tabelle (Tabelle 1) mit einigen Definitionsmöglichkeiten.

Tabelle 1

*Definitionen von Resilienz*


---

“The process of, capacity for, or outcome of successful adaption despite challenging or threatening circumstances” (Masten, Best & Garmezy, 1990, S. 426)

“A dynamic process encompassing positive adaption within the context of significant adversity” (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000, S.543)

“A class of phenomena characterized by good outcomes in spite of serious threats to adaption or development” (Masten, 2001, S.228)

“Resilience embodies the personal qualities that enable one to thrive in the face of adversity. (...) Resilience is a multidimensional characteristic that varies with context, time, age, gender, and cultural origin, as well as within an individual subjected to different life circumstances” (Connor & Davidson, 2003, S.76)

“The ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event such as the death of a close relation or a violent or life-threatening situation to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning, as well as the capacity for generative experiences and positive emotions” (Bonanno, 2004, S. 20–21)

“Resilience may be briefly defined as the capacity to recover or bounce back” (Davidson et al., 2005, S.43)

---

Die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition der Resilienz wird unter anderem durch folgende Fragen verstärkt: Ist Resilienz angeboren oder wird sie im Laufe des Lebens erworben? Wird Resilienz durch traumatische Lebensereignisse gestärkt oder geschwächt? Und ab wann spricht man von einer resilienten Reaktion?

Jung-Ah und Kollegen (2013) zeigten anhand widersprüchlicher Forschungsergebnisse die Schwierigkeit auf, Ergebnisse der Resilienzforschung einheitlich zu interpretieren. Sie stellten die Studienergebnisse von Campbell-Sills, Forde und Stein (2009) und Barskova und Oesterreich (2009) einander gegenüber: Einerseits wiesen Personen, die als Kinder Misshandlung erlebt hatten, eine niedrigere Resilienz auf, andererseits kam es bei Personen, die an einer lebensbedrohlichen Krankheit gelitten haben, zu posttraumatischem Wachstum und somit zu einer höheren Resilienz. Connor und Davidson stellten 2003 in ihrer Arbeit wiederum die Frage, ob eine Person als resilient bezeichnet werden kann, wenn sie nach einem potentiell traumatischen Erlebnis auf einer bestimmten Ebene (zum Beispiel bei der Arbeit) weiterhin gut

---

funktioniert, auf einer anderen Ebene (zum Beispiel im sozialen Umfeld) jedoch erheblich beeinträchtigt ist. Es ist außerdem möglich, eine resiliente Reaktion auf verschiedene Arten zu definieren: Als eine gute Entwicklung im Erwachsenenalter trotz schwieriger Lebensumstände in der Kindheit, als ein gutes und unbeeinträchtigtes Funktionieren im Alltag trotz stressreicher Umweltbedingungen oder als die Wiederherstellung der Gesundheit nach einem traumatischen Lebensereignis (Masten, 2007).

Trotz dieser verschiedenen Ansätze ist es unumstritten, dass Resilienz einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden hat. Und auch darauf, wie Menschen mit schwierigen Lebenssituationen umgehen (Windle, Benett & Noyes, 2011).

---

### 3. Historischer Überblick der Resilienzforschung

Die anfängliche Resilienzforschung konzentrierte sich ausschließlich auf Kinder, die trotz schlechter Umgebungsbedingungen erfolgreich aufwuchsen (Jung-Ah et al., 2013). Das Forschungsteam von Emmy Werner und Ruth Smith untersuchte in den 1950er Jahren auf der hawaiianischen Insel Kauai über 40 Jahre lang 698 Kinder, um herauszufinden, wie sich diese im Laufe ihres Lebens entwickeln würden. Diese Untersuchung war ein Meilenstein bei der Erforschung der Resilienz. Ein Drittel der untersuchten Kinder wuchs unter widrigen Umständen wie Armut, elterlicher Psychopathologie oder Scheidung der Eltern auf, trotzdem entwickelte sich ein Teil dieser Kinder zu gesunden und aktiven Individuen (Werner, 2005). Diese widerstandsfähige Gruppe erfreute sich einer besseren Gesundheit, besaß eine optimistischere Lebenseinstellung, eine hohe soziale Kompetenz, wies im späteren Leben geringere Scheidungsraten und einen stabilen Arbeitsplatz auf. Die Längsschnittstudie von Werner postulierte drei Arten von Schutzfaktoren: Eigenschaften des Individuums, familiäre Faktoren sowie Charakteristika des sozialen Umfeldes (Werner, 2005).

In weiterer Folge waren Forscher in den 1960er und 1970er Jahren darum bemüht, die Ursachen für psychopathologisches Verhalten zu identifizieren und machten dabei die Entdeckung, dass sich einige Kinder unter risikoreichen Bedingungen erstaunlich gut entwickelten (Luthar et al., 2000). Unter risikoreichen Bedingungen verstand man Faktoren wie Armut, Gewalt, Substanzmissbrauch, familiäre Konflikte oder Krankheit der Eltern (Zolkoski & Bullock, 2012). In den Jahren 1964 bis 1974 fand Michael Rutter in der als „Isle of Wight“ bekannt gewordenen Forschungsarbeit heraus, dass zumeist mehrere Stressoren vorhanden sein müssen, um die natürliche Resilienz von Kindern schwächen zu können; ein einzelner Stressor zeigte keinen signifikanten Einfluss auf das Wohlbefinden der untersuchten Kinder (Rutter, 1976). Die „Isle of Wight“ Studie war eine der ersten epidemiologischen Untersuchungen im Bereich der Kinderpsychiatrie. Rutter machte sowohl intrapersonelle Prozesse (wie das Selbstvertrauen), als auch den Umgang mit der Umwelt (wie soziale Unterstützung) für eine resiliente Reaktion verantwortlich (Banyard & Williams, 2007). Die Gruppenuntersuchungen der Resilienzforscher Murphy und Moriarty zeigten im Jahr 1976, dass soziale Faktoren wie

---

Charisma und die Fähigkeit erlebte Emotionen regulieren zu können, bei Kindern zu besonders guten Fähigkeiten führten, mit auftretendem Stress adäquat umgehen zu können. Die Resilienzforscher Garmezy, Masten und Tellegen (1984) sorgten mit dem Versuch einer Konzeptualisierung des Resilienzkonstruktes für weiteres Forschungsstreben. Die Forscher konzentrierten sich darauf, Vulnerabilitätsfaktoren und Schutzfaktoren zu ergründen. Der Fokus der Arbeit von Norman Garmezy lag auf der Widerstandskraft, dem Wachstum und der positiven Adaption - also auf den Schutzfaktoren. Es wurden auch nicht mehr ausschließlich Faktoren innerhalb einer Person für resilientes Verhalten verantwortlich gemacht, sondern auch externe Umweltfaktoren herangezogen (Luthar et al., 2000). Im Zuge dessen, kam es in den späten 1980er und frühen 1990er Jahren zu einer Änderung des Konzeptes von Resilienz. Der bisherige Fokus auf individuelle Schutzfaktoren wurde von der Frage ersetzt, was Menschen nach bereits eingetretenen Krisen bei der Überwindung von Leidenszuständen hilft (Fletcher & Sarkar, 2013).

Ab diesem Zeitpunkt wurde die Resilienz als ein dynamischer Prozess angesehen, der in ständiger Wechselwirkung mit den Lebensbedingungen des Individuums steht (Luthar et al., 2000). Campbell-Sills und Stein postulierten 2007, dass Resilienz als ein Zusammenspiel von Faktoren der Genetik, der Biologie, der Psyche und der Umwelt angesehen werden muss. Nach Masten und Powell (2003) spielen Intelligenz, Emotionsregulation, finanzielle Ressourcen und emotionale Faktoren ebenfalls eine wichtige Rolle. Davydov, Steward, Ritchie und Chaudieu griffen 2010 die vielfältigen Ansätze der Resilienz auf und postulierten ein mehrstufiges biopsychosoziales Modell nach dem Konzept von Georg Engel. Engel sah die menschliche Gesundheit als einen ganzheitlichen Prozess zwischen medizinischen Faktoren, sozialen Beziehungen und gesellschaftlichen Faktoren an (Adler, 2009). Davydov und Kollegen schlugen ein Konstrukt vor, bei dem der Mensch über Schutzmechanismen verfügt, um mit psychischen Belastungen fertig werden zu können. Diese Mechanismen verglichen die Forscher mit dem körpereigenen Immunsystem. Sie vertraten die Meinung, dieses könne sowohl angeboren, als auch durch Umwelteinflüsse erworben worden sein und lasse den Menschen spezifisch oder unspezifisch auf psychische Stressoren reagieren. Nach der Vorstellung von Patel und Goodman (2007) setzen sich solche Resilienzmechanismen aus

---

schadensvermindernden, gesundheitsschützenden sowie gesundheitsunterstützenden Faktoren zusammen. Diese Faktoren fördern seelisches Wohlbefinden, vermindern die Wahrscheinlichkeit, dass Krankheiten auftreten und mildern bereits vorhandene Störungen (Patel & Goodman, 2007). Eine resiliente Reaktion kann sich gegen ein stressreiches Erlebnis selbst richten, aber auch gegen eine negative Anpassungsreaktion und das Entwickeln einer psychopathologischen Störung nach einem solchen Erlebnis (Davydov et al., 2010).

Die zeitgerechte Forschung erkennt Resilienz zwar durchaus als einen dynamischen, multifaktoriell bedingten Prozess an, es werden der Einfachheit halber jedoch meistens weiterhin nur psychologische, soziokulturelle oder biomedizinische Faktoren einzeln berücksichtigt (Davydov et al., 2010). Monokausale Ansätze sind jedoch nicht in der Lage, die Gesundheit eines Menschen entsprechend darzustellen, da diese von zahlreichen Faktoren abhängt. Aus diesem Grund wird in dieser Studie ein multikausaler Ansatz bevorzugt. Connor und Davidson (2003) betonten außerdem, dass sich ein multidimensionales Konstrukt der Resilienz in den letzten Forschungsjahren bewährt hat. Eine für diese Arbeit repräsentative Definition lautet, dass Resilienz angeboren sein kann, sich aber auch durch individuelle Adaption oder externe Beeinflussung entwickeln kann. Sie kann dabei helfen die psychische Gesundheit zu fördern und zu schützen, die Erholung nach negativen Ereignissen zu beschleunigen und negative Auswirkungen psychischer Stressfaktoren zu lindern (Davydov et al., 2010).

---

## 4. Bisherige zentrale Forschungsergebnisse

### 4.1. Coping

Ein wichtiger Begriff im Bereich der Resilienzforschung ist das Coping. Darunter werden Bewältigungsmechanismen verstanden, die individuell als Erstreaktion auf einen negativen Reiz erfolgen. Im Gegensatz dazu besteht Resilienz aus mehreren Prozessen und stellt eine längerfristige Reaktion auf stressreiche Situationen dar (Reuben & Moon-Ho, 2012). Man unterscheidet zwei Arten dieser Bewältigungsstrategien: adaptive und maladaptive. Coping-Strategien helfen Menschen nach erlebten Schicksalsschlägen dabei, die Kontrolle über die Situation und ihre Gefühle zu behalten beziehungsweise diese Gefühle zu verarbeiten. Zu den adaptiven, allgemein als förderlich bezeichneten, Coping-Strategien zählen: eine Situation zu relativieren, sich auf das Positive zu konzentrieren, das Ereignis auf eine positive Art neu zu bewerten, sich auf die Planung der nächsten Schritte zu konzentrieren und die Situation zu akzeptieren (Garnefski & Kraaij, 2007). Im Gegensatz dazu führen maladaptive Verarbeitungsstrategien zu einer vorübergehenden Erleichterung bei der Bewältigung, langfristig gesehen verhindern sie jedoch eine positive Verarbeitung und können in Folge dessen zu Depressionen, Ängsten, innerem Stress und Wut führen. Diese Strategien lauten: Rumination, Katastrophisierung sowie Fremd- und Selbstbeschuldigung (Garnefski & Kraaij, 2007).

Connor und Davidson (2003) merkten hierzu an, dass Resilienz als Maßeinheit für eine erfolgreiche Stressbewältigung angesehen werden kann und somit einen direkten Einfluss auf das Coping hat. Die Forscher beschrieben vier mögliche Verläufe nach einem potentiell traumatischen Ereignis: Die erste Möglichkeit besteht darin, dass ein solches Ereignis eine Wachstumsmöglichkeit darstellt und sowohl die Resilienz, als auch den Grad an Homöostase erhöht. Unter Homöostase versteht man ein natürlich gegebenes psychisches und physisches Gleichgewicht des Menschen. Der zweite Verlauf bezeichnet die Rückkehr zu der ursprünglichen Homöostase der betroffenen Person, nachdem das Ereignis verarbeitet wurde. Als drittes wird die Möglichkeit angeführt, nach dem Erlebnis zu erkranken, was mit einer Senkung der Homöostase einhergeht. Der letzte Verlauf beschreibt einen dysfunktionalen Zustand mit maladaptiven Coping-Strategien beim Umgang mit Stress (Connor & Davidson, 2003).

---

#### 4.2. Biologische Faktoren

Ein biologischer Ansatz in Verbindung mit der Resilienz betrifft die Neuroplastizität des Gehirnes. Darunter versteht man, dass sich die Gehirnstrukturen eines Menschen über die Lebensspanne hinweg verändern können – sowohl nach einem negativen Ereignis, als auch nach positiven Erlebnissen oder nach der Bewältigung einer schwierigen Situation (Bauer, 2011). Langanhaltender Stress kann ebenso zu Veränderungen vieler neurochemischer Strukturen führen (Rosenbaum & Covino, 2005), wie traumatische Erlebnisse oder eine chronische Anspannung. Die daraus resultierenden Hirnstrukturänderungen sind für die Entstehung von posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen mitverantwortlich (Wu et al., 2013). Nechvatal und Lyons (2013) untersuchten, wie nach dem Erleben einer stressreichen Situation das Lernen als ein Aspekt der Bewältigung angesehen werden kann. Gemeint ist jene Form des Lernens, bei der Bewältigungsstrategien trainiert werden, um in weiterer Folge adäquat mit stressreichen Situationen umgehen zu können. Dies führe zu neuronalen Änderungen im Gehirn, die eine positive Emotionsregulation und Resilienz verstärken würden.

Im Laufe der Evolution haben Menschen diverse biologische Systeme entwickelt, welche als defensive Überlebensmechanismen fungieren. Diese sind unter anderem auch bei der Stressverarbeitung hilfreich. Die Mechanismen können jedoch aufgrund von Entzündungen oder Überempfindlichkeiten aus dem Gleichgewicht geraten, was wiederum zu einer erhöhten psychischen Vulnerabilität führen kann. Eine an sich protektive körperliche Funktion (wie das Fieber) kann, beispielsweise in Folge einer Autoimmunerkrankung, zu einem Handicap werden (Davydov et al., 2010). Das Prinzip lässt sich auch auf den psychischen Bereich übertragen: Wenn das Level eines an sich nützlichen Hormons, wie dem Kortison, über eine längere Zeitspanne chronisch erhöht ist, begünstigt das die Entstehung diverser Phobien (Davydov et al., 2010). Russo, Murrough, Han, Charney und Nestler (2012) sahen Resilienz nicht nur als ein passives Ausbleiben von psychopathologischen Erkrankungen an, sondern vielmehr als einen aktiven biologischen Prozess.

Kim-Cohen und Turkewitz wiesen 2012 darauf hin, dass es wichtig sei, Resilienz bei der Erforschung von Anlage-Umwelt Interaktionen mit einzuschließen und die Rolle

---

der Genetik und Vererbung der Resilienz zu untersuchen. Sie vertraten die Meinung, dass das Verständnis für Mechanismen, die zu Resilienz führen, ebenso wichtig sei, wie für jene Mechanismen, die zu psychischen Störungen führen. In den letzten sechs Jahren wurden einige neuronale und molekulare Mechanismen, die im Zusammenhang mit Stress und Resilienz stehen, in Tierversuchen untersucht (Russo et al., 2012). Diese biologischen Parameter umfassten diverse Gene und Polymorphe wie das Y-Neuropeptid (NPY), die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren Achse (HPA) sowie das Protein BDNF (Wu et al., 2013). Laut Russo und Kollegen (2012) stehen sowohl das Y-Neuropeptid (NPY), als auch das Hormon Testosteron positiv im Zusammenhang mit der Resilienz. Das Y-Neuropeptid, welches von der Amygdala aus gesteuert wird, stellt einen protektiven Faktor in Hinblick auf Stress dar. Das Hormon Testosteron wird ebenfalls als ein solcher Schutzfaktor angesehen, da dessen Ausschüttung eine bessere Stimmung und soziale Gruppenzugehörigkeit fördert. Die Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren Achse (HPA) führt zu hormonellen, neurochemischen und physiologischen Änderungen im Gehirn und ist ein wichtiger Mediator des Einflusses von Stress auf das Gehirn (Russo et al., 2012). Eine solche Aktivierung erfolgt in stressreichen Situationen durch eine vermehrte Freisetzung des Corticotropin-Releasing Hormons (CRH) im Hypothalamus und hat eine erhöhte Ausschüttung von Kortison und Glucocorticoid zur Folge (Russo et al., 2012). Ein niedriger Glucocorticoid Wert steht mit einer höheren Resilienz in Zusammenhang (Feder, Nestler & Charney, 2009). In Bezug auf das Protein BDNF (brain-derived neurotrophic factor) belegte eine Metaanalyse genetische Geschlechtsunterschiede bei den untersuchten Personen: Bei Männern fand sich ein Val66Met Polymorphin, welches einen schützenden Effekt gegenüber Depressionen hatte. Bei Frauen fanden die Forscher dieses nicht (Davydov et al., 2010, zit.n. Verhagen et al., 2010). Untersuchungspersonen, die unter chronischem Stress standen, zeigten eine erhöhte Steigerung des BDNF-Spiegels; diese fand sich bei resilienten Personen nicht (Feder et al., 2009).

Die Tatsache, dass soziale Beziehungen für das menschliche Wohlbefinden förderlich sind, kann aus biologischer Sicht durch das Bindungshormon Oxytocin erklärt werden, welches durch körperliche Nähe zu vertrauten Mitmenschen ausgeschüttet wird und zu einem Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Ruhe führt (Davydov et al.,

---

2010). Zu weiteren, im Zusammenhang mit der Resilienz stehenden, Neurotransmittern zählen laut Wu und Kollegen (2013) Noradrenalin, Dopamin und Serotonin. Diverse neuronale Schaltkreise wie das Belohnungssystem, die Angstregulation und die Emotionsregulation spielen bei resilienten Reaktionen ebenfalls eine Rolle (Feder et al., 2009).

---

### 4.3. Persönlichkeitsfaktoren

In den bisherigen wissenschaftlichen Studien fanden Forscher einige Persönlichkeitsfaktoren, die mit Resilienz in Verbindung gebracht werden können. Diese werden im Folgenden in Unterpunkten dargestellt.

#### 4.3.1. Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit beschreibt den Glauben daran, ein Ereignis mit Hilfe eigener Kompetenzen erfolgreich bewältigen zu können und wurde in bisherigen Studien als eine Eigenschaft angesehen, welche die psychische Widerstandskraft fördert. Selbstwirksamkeit führt außerdem zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins (Benight & Bandura, 2004). Die, bereits zuvor erwähnte, Längsschnittstudie von Emmy Werner ergab, dass die schulischen Leistungen von zehnjährigen Kindern positiv mit einem größeren Gefühl von Selbstwirksamkeit im Alter von 18 Jahren verbunden waren (Werner, 2001). Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2009) formulierten die Rolle der Selbstwirksamkeit folgendermaßen:

„Resiliente Kinder kennen ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten und sind stolz darauf, sie können ihre Erfolge auf ihr Handeln beziehen und wissen, welche Strategien und Wege sie zu diesem Ziel gebracht haben (...). Resiliente Kinder können ihre Strategien auf andere Situationen übertragen und wissen welche Auswirkungen ihr Handeln hat und vor allem, dass ihr Handeln auch etwas bewirkt.“  
(S. 48)

#### 4.3.2. Glaube

Der Glaube führt unter schwierigen Umweltbedingungen zu einem Gefühl von Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und stärkt die individuellen Coping-Strategien (Raghallaigh & Gilligan, 2009). Religiöses und spirituelles Engagement, sowie die dazugehörigen Aktivitäten, haben einen positiven Einfluss auf zahlreiche medizinische und psychologische Parameter. Grulke und Kollegen belegten 2003 Zusammenhänge des Glaubens mit einer geringeren Sterblichkeitsrate, einem allgemein besseren Gesundheitszustand und einer größeren Lebenszufriedenheit der untersuchten Personen. In einer weiteren Untersuchung von Personen, die unter Depressionen und Angststörungen litten, fand sich ein Zusammenhang zwischen dem Glauben und

---

erhöhten Resilienzwerten (Jung-Ah et al., 2013). Die Forscher schlossen daraus, dass eine niedrige Spiritualität somit niedrige Resilienzwerte voraussagen kann.

#### ***4.3.3. Optimismus***

Yu und Zhang (2007) vertraten die Meinung, dass optimistische Menschen eine positivere Einstellung gegenüber widrigen Lebensumständen haben. Sie sahen in einer positiven Lebenseinstellung einen entscheidenden Faktor von Resilienz. Dieser Zusammenhang fand sich ebenfalls in einer Studie von Sourì und Hasanirad (2011), in der Optimismus und Resilienz zusammen 35% der Gesamtvarianz an seelischem Wohlbefinden erklärten. Die Untersuchung belegte außerdem eine positive Korrelation ( $p = .38$ ) zwischen Resilienz und dem Optimismus. Im Erwachsenenalter trägt eine sogenannte Verspieltheit ebenfalls dazu bei, mit negativen Ereignissen besser fertig werden zu können (Magnuson & Barnett, 2013).

#### ***4.3.4. Persönlichkeitsprofil***

Im Jahr 2006 untersuchten Nakaya, Oshio und Kaneko anhand der Big Five Persönlichkeitsfaktoren Merkmale von resilienten Personen. Demnach korrelierten hohe Resilienzwerte der untersuchten Personen positiv mit den Persönlichkeitsmerkmalen Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrung und Verträglichkeit, sowie negativ mit dem Faktor Neurotizismus. Die Forscher Riolli, Savicki und Cepani (2002) brachten Resilienz mit einer hohen Ausprägung der Faktoren Offenheit, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, emotionaler Stabilität und Verträglichkeit in Verbindung. In Bezug auf traumatische Erlebnisse, brachten sie hohe Werte dieser Faktoren mit schnelleren Heilungsverläufen und weniger Symptomen in Zusammenhang. Furnham, Crump und Whelan fanden bereits 1997 eine stark negative Korrelation ( $r = -.71$ ) zwischen Resilienz und Neurotizismus.

---

#### 4.4. Soziale Faktoren

Die subjektiv empfundene soziale Unterstützung spielt sowohl bei der Prävention psychischer Störungen, als auch bei der Vorbeugung körperlicher Erkrankungen eine wichtige Rolle. Soziale Unterstützung zeigte einen förderlichen Einfluss auf die Gesundheit im Allgemeinen, aber auch auf deren Wiederherstellung bei Erkrankungen (Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler, 2009). Fydrich und Kollegen (2009) belegten, dass soziale Unterstützung eine wichtige Bewältigungsressource bei Belastungen und Erkrankungen darstellt und ein wichtiger Bestandteil des resilienten Verhaltens ist. In einer epidemiologischen Längsschnittstudie von Collishaw und Kollegen (2007) wurde nachgewiesen, dass Kinder, die diverse Widrigkeiten erlebt hatten, in ihrer Jugend und im Erwachsenenalter eine höhere Qualität an zwischenmenschlichen Beziehungen angaben. Individuen mit solch guten zwischenmenschlichen Kontakten zu Eltern, Freunden oder dem Partner waren besser in der Lage, erlebten physischen oder sexuellen Missbrauch zu verarbeiten. Eine qualitative Längsschnittstudie von Banyard und Williams (2007) untersuchte 80 Frauen, die in der Vergangenheit sexuellen Missbrauch erlitten haben. Gute soziale Beziehungen dieser Frauen standen im Zusammenhang mit einer gelungenen Anpassung, sozialer Rollenzufriedenheit und einer positiven Wahrnehmung der Gemeinschaft. Lou und Ng betonten 2012 die wichtige Rolle von sozialen Aktivitäten, wie beispielsweise der Teilnahme an Familientraditionen. Diese Aktivitäten standen in positivem Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit und in negativem Zusammenhang mit depressiven Symptomen.

#### 4.5. Demographische Faktoren

Das Ziel einer von Campbell-Sills und Kollegen (2009) durchgeführten Studie war es, eine allgemeine, körperlich und psychisch gesunde Gesamtpopulation in Bezug auf Resilienz und demographische Faktoren zu untersuchen. Bei dieser Untersuchung fand sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsgrad und der Resilienz, sowie zwischen dem Einkommen und der Resilienz. Eine Studie von Tran, Glück und Lueger-Schuster (2013) untersuchte 316 Personen, welche traumatische Erlebnisse aus der Zeit des zweiten Weltkrieges angaben. Hierbei erwies sich ein mittlerer - im Vergleich zu einem niedrigen - Ausbildungsgrad dahingehend als förderlich, als dass die

---

untersuchten Personen sich nach den traumatischen Ereignissen besser erholten (ein ebenso wichtiger Faktor war eine niedrige Anzahl erlebter Traumata). Andere Untersuchungen, wie die Studie von Bonanno, Galea, Bucciarelli und Vlahov (2007), zeigten jedoch keine Verbindung zwischen Resilienz und dem Bildungsgrad. Daher sind die Forschungsergebnisse im Hinblick auf den Faktor Ausbildungsgrad kontrovers. Die zuvor genannte Untersuchung von Bonanno und Kollegen (2007) wurde an Betroffenen des New York Anschlages am 09.11.2001 durchgeführt und zeigte im Hinblick auf demographische Faktoren, dass eine resiliente Reaktion durch die Variablen Geschlecht, Alter, Herkunft und Ausbildungsgrad der Untersuchten hervorgesagt werden konnte. Der Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Ausbildungsgrad ergab jedoch, dass Personen mit einem höheren Schulabschluss (Universität) weniger resilient waren, als Personen mit einer niedrigeren abgeschlossenen Schulbildung (Lehre). Außerdem gaben Personen mit hohen Resilienzwerten an, keinen Einkommensverlust erlitten zu haben, mehr soziale Unterstützung erfahren zu haben und an weniger chronischen Erkrankungen zu leiden. Trang untersuchte 2011 die Zusammenhänge zwischen Resilienz und regelmäßiger körperlicher Bewegung und bestätigte einen positiven Zusammenhang zwischen sportlicher Betätigung und dem allgemeinen Wohlbefinden. Sport ging bei den untersuchten Jugendlichen mit einem Gefühl von Unabhängigkeit, Kontrolle und Zugehörigkeit, sowie mit mehr Großzügigkeit einher. Dabei handelte es sich sowohl um Gruppensportarten wie Fußball, als auch um Individualsport wie Schwimmen. In einer Untersuchung von Cleland, Ball, Salmon, Timperio und Crawford (2010) hatte sportliche Betätigung im Ausmaß von einer halben Stunde am Stück und ungefähr 150 Minuten pro Woche eine positive Auswirkung auf das Wohlbefinden der untersuchten Frauen, obwohl diese in sozioökonomisch schlechten Bedingungen aufwuchsen beziehungsweise lebten. Die sportliche Ausdauer verlieh den Frauen ein größeres Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit. In einer weiteren Studie von Jung-Ah und Kollegen (2013) wiederholten sich die Ergebnisse dahingehend, dass jene Personen, welche keiner regelmäßigen sportlichen Betätigung nachgingen, niedrigere Werte der Resilienz angaben. Die Forscher wiesen darauf hin, dass Sport (vor allem Aerobic) eine schützende Wirkung gegenüber Stress und dem Auftreten von Depressionen und Angststörungen hatte.

---

## 4.6. Psychopathologie

Resilienz kann als ein Set von Fähigkeiten verstanden werden, welches dazu führt, dass das Auftreten von psychopathologischen Erkrankungen verringert wird (Banyard & William, 2007; Reuben & Moon-Ho, 2012).

### 4.6.1. Stressempfinden

Laut Westphal und Bonanno (2007) kann Resilienz nicht automatisch mit dem Ausbleiben von Stressreaktionen nach negativen Lebensereignissen gleichgesetzt werden. Vielmehr begünstigt Resilienz die Bewältigung solcher Erlebnisse und erlaubt den Betroffenen, ihren Alltag unbeeinträchtigt und ohne größere Einschränkungen fortzuführen. Die rasche Verarbeitung eines potentiell traumatischen Ereignisses ist besser möglich, wenn sich im Leben der Betroffenen kein zusätzlicher Alltagsstress ergibt (Bonanno et al., 2007).

### 4.6.2. Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörung

Fletcher und Sarkar wiesen 2013 darauf hin, dass die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens zumindest ein potentiell traumatisches Ereignis erleben. Thompson, Arnkoff und Glass (2011) präzisieren dies mit der Aussage, dass aus epidemiologischer Sicht mehr als 50% der Erwachsenen zumindest ein solches Ereignis im Laufe ihres Lebens erfahren; die Lebenszeitprävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen (laut DSM-IV) liegt jedoch bei 6.8%. Bei vielen Betroffenen scheinen potentielle Schutzfaktoren gegen das Auftreten von psychopathologischen Erkrankungen vorhanden zu sein, wie beispielsweise interne Kontrollüberzeugungen, soziale Unterstützung, kognitive Flexibilität, Glaube und positive Emotionen (Thompson et al., 2011). Andere ausschlaggebende Faktoren sind der individuelle Schweregrad des traumatischen Ereignisses, die Vorgeschichte der Betroffenen sowie deren physische und psychische Gesundheit. Personen, die eine hohe Ausprägung in positivem Denken aufweisen, zeigten eine niedrigere Neigung zu Ängstlichkeit und Depressionen (Thompson et al., 2011). Soziale Kontakte (und in diesem Zusammenhang vor allem das aktive Um-Hilfe-Bitten) stellten eine hohe Schutzfunktion gegenüber dem Auftreten von Angststörungen dar und werden auch als protektive Faktoren gegenüber Wut und Aggressionen angesehen (Reuben & Moon-Ho, 2012). Jung-Ah und Kollegen (2013) vertraten die Meinung, dass Personen, die unter Depressionen oder Angststörungen leiden, am

---

meisten von einer resilienzfördernden Intervention profitieren würden. Demnach könnte Resilienz auch bei Auftreten einer psychopathologischen Erkrankung zu einer schnelleren Wiederherstellung der Gesundheit führen.

Bonanno und Kollegen (2007) untersuchten das Ausmaß von Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem terroristischen Anschlag am 11.09.2001 in New York. Eine resiliente Reaktion wurde als ein Auftreten von null bis maximal einem Symptom der posttraumatischen Belastungsstörung (nach DSM-IV) in einem Zeitraum von bis zu einem halben Jahr nach dem Anschlag definiert. Über die Hälfte der 2752 untersuchten Personen wies eine derartige resiliente Reaktion und auch niedrigere Depressionsraten auf. Gleichzeitig betonten die Autoren jedoch, dass es nicht optimal sei, Resilienz ausschließlich durch das Ausbleiben von Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung zu definieren.

Eine Studie von Pietrzak und Kollegen (2012) verwies auf die wichtige Rolle von Längsschnittstudien in Bezug auf die Auswirkungen potentiell traumatischer Lebensereignisse: Die Forscher untersuchten die Opfer des Hurrikans Ike in Texas mit Hilfe mehrerer Erhebungen im Zeitraum von 18 Monaten nach der Naturkatastrophe. Im Zeitraum kurz nach der Naturkatastrophe wurden Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung am häufigsten erhoben. Die Forscher belegten, dass sich die aufgetretenen gesundheitlichen Probleme (neben Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung auch solche der generalisierten Angststörung, Panikstörung oder Depression) jedoch ein Jahr nach dem Ereignis um 50% verringerten. Die Autoren bezeichneten dieses Phänomen als eine resiliente Reaktion, ein sogenanntes *bouncing back* der Betroffenen.

---

## II EMPIRISCHER TEIL

Im zweiten Teil dieser Arbeit wird die Zielsetzung der Studie erklärt, anschließend werden die konkreten Fragestellungen und wissenschaftlichen Hypothesen beschrieben. Die im Anschluss beschriebenen Daten dienen als Kontrollgruppe zu den Daten der klinischen Versuchsgruppe, welche in der Diplomarbeit von Roupetz, Hettl und Koegel (2013) ersichtlich sind. Die Untersuchung von Roupetz beschäftigte sich mit den Zusammenhängen zwischen Resilienz und den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Diese Erkrankungen äußern sich durch ein wiederholtes Auftreten folgender Symptome: Magenschmerzen, Gewichtsverlust, Durchfall, Darmblutungen, Übelkeit und Erschöpfung (Flett, Baricza, Gupta, Hewitt & Ender, 2011). Die Ursachen für das Auftreten chronisch entzündlicher Darmerkrankungen sind derzeit noch unbekannt, es wurden jedoch deutliche Zusammenhänge mit dem psychischen Befinden der Betroffenen gefunden. Aufgrund der derzeitigen Unheilbarkeit und des chronischen Verlaufes von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, sinkt bei vielen Betroffenen die Lebensqualität. Eine Untersuchung an chronischen Schmerzpatienten zeigte, dass eine hohe Resilienz in diesem Zusammenhang zu positiven Auswirkungen auf die Schmerzwahrnehmung führte (Zautra, Fasman, Reich, Harakas, Johnson & Olmsted, 2005). Demnach ist der Vergleich mit erkrankten Personen im Hinblick auf die Resilienz von besonderem Interesse.

Als repräsentative Kontrollgruppe wurde in dieser Studie eine parallelisierte Stichprobe erhoben, die weder an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, noch an anderen schwerwiegenden oder chronischen, körperlichen oder psychischen Krankheiten leidet. Diese Population wird in weiterer Folge der Einfachheit halber als „gesunde Stichprobe“ bezeichnet.

---

## 5. Zielsetzung

Ziel der durchgeführten Studie war es, ein besseres Verständnis für die Resilienz und die mit ihr verbundenen Faktoren zu ermöglichen. Aus der wissenschaftlichen Literatur ergaben sich vier Faktoren, die in engem Zusammenhang mit der Resilienz stehen: Selbstwirksamkeit, Glaube, soziale Unterstützung und Optimismus. Diese Untersuchung soll die bisherigen Forschungsergebnisse untermauern und an einer körperlich und psychisch gesunden Population veranschaulichen, wie die vier oben genannten Faktoren mit Resilienz verknüpft sind. Aus der wissenschaftlichen Literatur ging ebenfalls hervor, dass Personen mit hohen Resilienzwerten seltener Symptome von psychopathologischen Erkrankungen aufweisen. Dieser Zusammenhang soll überprüft werden. In Hinblick auf individuelle Persönlichkeitsunterschiede soll diese Studie die Verbindung zwischen Resilienz und den Big Five Persönlichkeitsfaktoren untersuchen, ebenso wie den Zusammenhang zwischen Resilienz und diversen demographischen Variablen.

Zusätzlich wurde die „Connor-Davidson Resilience Scale“ (CD-RISC) als Messinstrument für die Resilienz überprüft. Es steht zum aktuellen Zeitpunkt kein einheitlicher Fragebogen zur Messung der Resilienz zur Verfügung, stattdessen existieren verschiedene Testverfahren. Der Grund für diese Problematik ist unter anderem eine fehlende einheitliche Definition der Resilienz. An dieser Vielfalt leidet die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse, weswegen weitere Validierungsarbeit von Vorteil wäre. Eine umfassende Metaanalyse ergab, dass kein „Golden Standard“ gefunden werden konnte (Windle et al., 2011). Bei einem Vergleich von 15 Fragebögen zur Messung von Resilienz, ergaben sich drei als am besten geeignet: Die Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003), die Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003) und die Brief Resilience Scale (Smith, Dalen, Wiggings, Tooley, Christopher & Bernard, 2008). Obwohl diese drei Skalen gute psychometrische Voraussetzungen aufweisen, haben sie auch Einschränkungen: Die Brief Resilience Scale fokussiert sich beispielsweise auf Persönlichkeitsfaktoren und vernachlässigt dabei Umwelteinflüsse und Variablen der sozialen Unterstützung. Anhand dieser Studie soll die Connor-Davidson Resilience Scale

---

als adäquates Messinstrument für die Resilienz überprüft werden, da sie sich bereits in vielen Studien als valides Messinstrument etabliert hat (Windle et al., 2011).

## 6. Fragestellungen und Hypothesen

Die Fragestellungen 1-3 und Hypothesen  $H_1$ - $H_{13}$  sind, aufgrund einer besseren Vergleichbarkeit, zu denen der klinischen Versuchsgruppe ident. Die Hypothesen  $H_{14}$ - $H_{22}$  wurden aus der wissenschaftlichen Forschungsliteratur abgeleitet.

Fragestellung 1: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für gesunde Personen?

$H_1$ : Je stärker der religiöse bzw. spirituelle Glaube einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

$H_2$ : Je höher die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

$H_3$ : Je besser die soziale Unterstützung einer Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

$H_4$ : Je optimistischer eine Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese resilient ist.

Fragestellung 2: Welche Auswirkungen hat eine hohe Resilienz bei gesunden Personen?

$H_5$ : Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie depressive Symptome zeigt.

$H_6$ : Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie Symptome einer Angststörung zeigt

$H_7$ : Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie posttraumatische Lebensereignisse erlebt hat.

---

H<sub>8</sub>: Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie Fatigue Erscheinungen empfindet

H<sub>9</sub>: Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass eine hohe Stresswahrnehmung vorhanden ist

H<sub>10</sub>: Je resilienter eine Person ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass sie adaptive Copingstrategien anwendet.

Fragestellung 3: Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die untersuchten Faktoren (Selbstwirksamkeit, Glaube, soziale Unterstützung, Optimismus) ausreichend erklärt (oder besteht die Möglichkeit von weiteren, noch nicht berücksichtigten Faktoren)?

H<sub>11</sub>: Im Zusammenhang mit Depressionen wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.

H<sub>12</sub>: Im Zusammenhang mit Ängstlichkeit wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.

H<sub>13</sub>: Im Zusammenhang mit Fatigue wird die CD-RISC ausreichend durch die verwendeten Faktoren erklärt.

Fragestellung 4: Welche Big Five Persönlichkeitsfaktorausprägung ergibt sich im Zusammenhang mit der Resilienz?

H<sub>14</sub>: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Persönlichkeitsfaktor Extraversion.

H<sub>15</sub>: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Persönlichkeitsfaktor Offenheit.

H<sub>16</sub>: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Persönlichkeitsfaktor Verträglichkeit.

H<sub>17</sub>: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Persönlichkeitsfaktor Gewissenhaftigkeit.

---

H<sub>18</sub>: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus.

Fragestellung 5: Welche Unterschiede in Bezug auf die Resilienz finden sich zwischen gesunden und von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betroffenen Personen?

H<sub>19</sub>: Die Kontrollgruppe hat durchschnittlich höhere Resilienzwerte als die klinische Versuchsgruppe.

Fragestellung 6: Welche demographischen Unterschiede finden sich hinsichtlich der Resilienz?

H<sub>20</sub>: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Einkommen.

H<sub>21</sub>: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Grad der Bildung.

H<sub>22</sub>: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und sportlicher Betätigung.

---

## 7. Methode

Es folgt eine Beschreibung der Methodik dieser Studie. Diese beinhaltet die Darstellung der Studiendurchführung und der angewandten Testverfahren.

### 7.1. Ablauf der Studie

Die Untersuchung erfolgte als Querschnittsstudie im Zeitraum von Februar bis April 2013. Um einen aussagekräftigen Vergleich mit der klinischen Versuchsgruppe zu gewährleisten, bestand die Stichprobe aus freiwilligen Teilnehmern, die an keiner chronischen oder schwerwiegenden (körperlichen oder psychischen) Erkrankung litten. Die Versuchspersonen wurden durch Parallelisierung der folgenden demographischen Merkmale ausgewählt: Alter, Geschlecht, Nationalität, Bildung und Beziehungsstatus. Den Probanden wurde eine Fragebogenbatterie in Papier-Bleistift Format vorgegeben, die aus 12 psychologischen Testverfahren bestand. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Fragebogenbatterie betrug eine halbe Stunde. Da die Fragebögen in deutscher Sprache verfasst waren, galten mangelnde Deutschkenntnisse als ein Ausschlusskriterium. Das Mindestalter der Teilnehmer wurde auf 18 Jahre festgelegt. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte mittels Schneeballmethode im weiten Bekanntenkreis der Autorin. Die Testpersonen wurden anfangs darauf hingewiesen, dass es bei Unklarheiten die Möglichkeit gab, Fragen zu stellen. Die Testteilnahme wurde von keiner Person abgebrochen, es wurde jedoch sowohl die Länge der Fragebogenbatterie, als auch die zum Teil sehr ähnlich klingenden Fragen kritisiert. Außerdem gab es kritische Anmerkungen zum Testverfahren „Traumatic Life Event Questionnaire“ (TLEQ) im Hinblick auf die Intimität der Fragen. Da am Ende des Verfahrens eine Vielzahl an demographischen Angaben verlangt wurde, befürchteten einige Teilnehmer, dass ihre Anonymität nicht mehr gewährleistet wäre. In diesem Teil des Fragebogens zeigten sich bei der späteren Auswertung einige Auslassungen beziehungsweise fehlende Angaben.

---

## 7.2. Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die, für diese Untersuchung verwendeten, psychologischen Testverfahren erklärt. Es wurde meist die erhältliche Kurzversion der Verfahren vorgegeben, um den Zeitaufwand für die Probanden so minimal wie möglich zu halten. Die Testbatterie war zu jener der klinischen Versuchsgruppe ident. Im demographischen Teil des Fragebogens wurden lediglich „Angaben zu Morbus Crohn“ durch „Angaben zu Erkrankungen“ ersetzt, außerdem wurden zwei Fragen zu sportlicher Betätigung hinzugefügt. Der gesamte Fragebogen kann im Anhang dieser Arbeit eingesehen werden (unter 12.1. Verwendete Testbatterie).

### 7.2.1. Big Five Inventory - Kurzversion

Die Kurversion des Big Five Inventars (BFI-K) besteht aus mehreren Dimensionen und erfasst mit Hilfe von 21 Items die fünf Persönlichkeitsfaktoren Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Neurotizismus. Vier dieser fünf Faktoren werden im Testverfahren durch jeweils vier Items erfragt, der Faktor „Offenheit für Erfahrung“ beinhaltet fünf Items. Die Items werden je nach Selbsteinschätzung der Probanden auf einer fünfstufigen Skala von (1)= *sehr zutreffend* bis (5)= *sehr unzutreffend* beurteilt. Die interne Konsistenz dieser fünf Skalen liegt bei einem Cronbach's  $\alpha$  zwischen .64 und .72. Das Inventar wird bei Jugendlichen und Erwachsenen sowohl in der klinischen Psychologie, als auch in der Arbeits- und Organisationspsychologie, der Forschung und der Schullaufbahnberatung verwendet und stellt eine ökonomische Alternative zum deutlich längeren „NEO-Personality Inventar“ dar (Rammstedt & John, 2005).

### 7.2.2. State-Trait-Cheerfulness Inventory

Bei der Kurzversion des State-Trait-Cheerfulness Inventars (STCI) handelt es sich um einen Fragebogen zur Erfassung der positiven Lebenseinstellung. Diese wird über 20 Items (je nach Selbsteinschätzung) auf einer vierstufigen Skala beurteilt. Die Items beziehen sich auf drei Bereiche: Heiterkeit, Ernsthaftigkeit und schlechte Laune. Diese Bereiche werden sowohl als ein vorübergehender Zustand (*state*), als auch eine zeitüberdauernde Eigenschaft (*trait*) angesehen. Unter Heiterkeit versteht man in diesem Zusammenhang die erhöhte Bereitschaft, positiv auf Humor zu reagieren; unter Ernsthaftigkeit und schlechter Laune, Humorlosigkeit. Die interne Reliabilität der

---

deutschsprachigen Stichproben reicht von .88 bis .94 (Cronbach's  $\alpha$ ), die Retestrelabilität von .77 bis .86. (Ruch, Köhler & van Thriel, 1996).

### **7.2.3. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung**

Die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE) ist ein eindimensionales Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items und erfasst mit Hilfe der vier Abstufungen (1)= *stimmt nicht*, (2)= *stimmt kaum*, (3)= *stimmt eher* und (4)= *stimmt genau* die allgemeinen optimistischen Überzeugungen einer Person über sich selbst. Gemessen wird das Vertrauen darauf, eine schwierige Situation durch die Kraft der eigenen Kompetenz meistern zu können. Die innere Konsistenz streut im deutschsprachigen Raum zwischen einem Cronbach's  $\alpha$  von .80 und .90. Dieses Testverfahren wird in der Persönlichkeitsdiagnostik auf Gruppenebene eingesetzt und zwar sowohl bei Jugendlichen ab 12 Jahren, als auch bei Personen im hohen Alter (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

### **7.2.4. Connor-Davidson Resilience Scale**

Der Fragebogen der Connor-Davidson Resilience Scale wurde auf Basis von mehreren Studien entwickelt, die im Folgenden kurz dargestellt werden. Fragen zu den Themen Kontrolle, Bindung und Veränderungen im Leben beziehen sich auf das Konstrukt der „hardiness“ von Kobasa (1979). Hardiness stellt in diesem Zusammenhang einen Schutzfaktor dar und beschreibt im Hinblick auf ein relevantes Ereignis das Engagement und die Identifikation mit dem Ereignis. Außerdem den Glauben daran, den Verlauf des Ereignisses mitbestimmen zu können und sowohl von einem positiven, als auch von einem negativen Endergebnis etwas lernen zu können (Bonanno, 2004). Aus Rutters Arbeit (1985) wurden folgende Themen entnommen: Das Entwickeln von Strategien mit einem klarem Ziel, Handlungsorientierung, Selbstvertrauen, Anpassungsfähigkeit bei Veränderungen, soziale Problemlösungsfähigkeit, Humor, den stärkenden Effekt von Stress, Verantwortungsübernahme, stabile und sichere Beziehungen sowie vorherige Erfolgserlebnisse. Fragen, die sich auf die Geduld und das Aushalten von Stress beziehen, wurden aus Lyons Arbeit (1991) entnommen. Ergänzt wurden einige Fragen zum Thema Spiritualität.

Die Kurzversion der CD-RISC enthält 10 Items und weist nach Campbell-Sills und Stein (2007) gute psychometrische Voraussetzungen auf. Die in dieser Studie

---

vorgegebene Langversion des Verfahrens beinhaltet 25 Items und misst ganz allgemein die Fähigkeit, adäquat mit Stress umgehen zu können. Die Selbsteinschätzungsskala reicht von (1)= *trifft überhaupt nicht zu* bis (5)= *trifft voll und ganz zu*, die Angaben betreffen den Zeitraum der letzten vier Wochen. Die Items beziehen sich auf das Gefühl persönlicher Kompetenz, dem Vertrauen auf die eigenen Instinkte, einen guten Umgang mit Stress, dem Akzeptieren von Veränderungen, stabilen Beziehungen zu Mitmenschen, sowie spirituellen Einflüssen und werden in der folgenden Tabelle (Tabelle 2) im Detail dargestellt. Der mögliche Gesamtscore des Verfahrens reicht von 0 bis 100 Punkten, wobei hohe Werte für eine hohe Resilienz sprechen. Bei einer allgemeinen Stichprobe besteht gute interne Konsistenz ( $\alpha = .89$ ) und gute Test-Retest Reliabilität (Connor & Davidson, 2003; Windle et al., 2011).

Tabelle 2

*Inhalt der Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003, S.78)*

Item no.	Description
1	Able to adapt to change
2	Close and secure relationships
3	Sometimes fate or God can help
4	Can deal with whatever comes
5	Past success gives confidence for new challenge
6	See the humorous side of things
7	Coping with stress strengthens
8	Tend to bounce back after illness or hardship
9	Things happen for a reason
10	Best effort no matter what
11	You can achieve your goals
12	When things look hopeless, I don't give up
13	Know where to turn for help
14	Under pressure, focus and think clearly
15	Prefer to take the lead in problem solving
16	Not easily discouraged by failure
17	Think of self as strong person
18	Make unpopular or difficult decisions
19	Can handle unpleasant feelings
20	Have to act on a hunch
21	Strong sense of purpose
22	In control of your life
23	I like challenges
24	You work to attain your goals
25	Pride in your achievements

Während der Entwicklung der Connor-Davidson Resilience Scale wurden sechs verschiedene Populationsgruppen bezüglich ihrer Resilienz-Mittelwerte miteinander verglichen: Eine allgemeine Population, die ambulante Erstversorgung, psychiatrische Ambulanzen, Personen mit Angststörungen, sowie zwei klinische Studien mit Probanden, die an posttraumatischer Belastungsstörung litten. Dabei zeigte sich, dass die „gesunde Allgemeinpopulation“ (mit einem Durchschnittswert von 80.4 Punkten) deutlich über den Werten der anderen untersuchten Gruppen lag. Personen, die medizinische Grundversorgung in Anspruch nahmen, gaben einen durchschnittlichen Wert von 71.8 Punkten an, ambulant psychiatrische Patienten einen Durchschnittswert von 68.0 Punkten. Patienten, die an einer generalisierten Angststörung erkrankt waren, erreichten 62.4 Punkte und Personen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung litten, einen Wert von 47.8 Punkten (Connor & Davidson, 2003).

#### **7.2.5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire**

Unter kognitiver Emotionsregulation versteht man alle Prozesse, die kognitiv und bewusst zur Bewältigung von Emotionen ausgeführt werden. Die individuellen Unterschiede können mit dem Cognitive Emotion Regulation Fragebogen (CERQ) erfasst werden. Hierbei werden neun Strategien zur Emotionsregulation abgefragt, um zu ergründen, was Menschen nach dem Erleben von stressreichen und negativen Situationen denken. Diese neun Strategien werden in adaptive und maladaptive unterteilt und anhand von 36 Items erhoben. Sie lauten: Selbstbeschuldigung, Fremdbeschuldigung, Relativierung der Situation, Refokussierung auf das Positive, positive Neubewertung, Refokussierung auf die Planung, Akzeptanz der Situation, Rumination sowie Katastrophisierung. Beurteilt wird anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von (1)= *fast nie* bis (5)= *fast immer*. Die innere Konsistenz liegt im Bereich von .68 bis .86 (Garnefski & Kraaij, 2007).

#### **7.2.6. Fragebogen zur sozialen Unterstützung Kurzform K-14**

Die Kurzversion des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-14) beinhaltet 14 Items, welche eindimensional die wahrgenommene soziale Unterstützung erheben. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala von (1)=*trifft genau zu* bis (5)=*trifft überhaupt nicht zu* werden Aussagen über soziale Kontakte beurteilt. Diese beziehen sich sowohl auf praktische und emotionale Unterstützung, als auch auf soziale Zugehörigkeit. Die innere

---

Konsistenz beträgt  $\alpha = .94$ , der Fragebogen verfügt über eine gute Reliabilität. Der Test wird in der Forschung und in der psychologischen Praxis eingesetzt (Fydrich et al., 2009).

#### **7.2.7. Systems of Belief Inventory**

Das Systems of Belief Inventar (SBI-15R-D) enthält 15 Items und misst anhand der Selbstbeurteilung der Testpersonen auf einer Skala von (1) = *trifft gar nicht zu* bis (4) = *trifft vollständig zu* deren Glauben. Die Items stützen sich zum Teil auf den Glauben (und dazugehörige Praktiken) selbst (Subskala 1 mit zehn Items), aber auch auf die daraus resultierende soziale Einbettung (Subskala 2 mit fünf Items). Die Reliabilität der ersten Skala weist ein Cronbach's  $\alpha$  von .97 auf, die der zweiten Skala von .94. Der Gesamtscore liegt bei einem Wert von .98 (Gulke et al., 2003). Das Testverfahren ist für den deutschsprachigen Raum valide und ökonomisch. Es wird oft bei Personen mit chronischen oder schweren Erkrankungen eingesetzt (Albani et al., 2002).

#### **7.2.8. 20-item Perceived Stress Questionnaire**

Das Perceived Stress Questionnaire (PSQ) enthält in der deutschen Version 20 Items, mit denen das individuelle Stresserleben gemessen werden kann. Die Items sind gleichermaßen auf die vier Skalen Anforderung (z.B. Zeitmangel), Anspannung (z.B. Erschöpfung), Sorge (z.B. Zukunftsängste) und Freude (z.B. Wohlbefinden) aufgeteilt. Die Fragen richten sich auf den Zeitraum des letzten Monats. Beurteilt werden sie auf einer vierstufigen Skala von (1)= *fast nie* bis (4)= *meistens*. Die gute Validität des Verfahrens ermöglicht eine adäquate Darstellung des wahrgenommenen Stresses einer Person (Kocalevent et al., 2007).

#### **7.2.9. Traumatic Life Event Questionnaire**

Das Traumatic Life Event Questionnaire (TLEQ) eruiert als Screening- Instrument das Auftreten von potentiell traumatischen Lebensereignissen. Der Fragebogen orientiert sich an den Diagnosekriterien des DSM-IV und fragt 19 Erlebnisse aus der Vergangenheit ab, zu denen unter anderem Naturkatastrophen, Unfälle mit schwerwiegenden Folgen, Kriegserlebnisse, das plötzliche Versterben nahestehender Personen, Überfälle, körperliche oder sexuelle Gewalt, Bedrohung und Stalking zählen. Die Skalierung reicht von (0)= *niemals* bis (6)= *mehr als 5-Mal erlebt*. Es wird außerdem erhoben, ob man bei dem genannten Ereignis verletzt wurde, ob man währenddessen ein Gefühl von

---

Hilflosigkeit und Schock erlebt hat und wie alt man zu dem Zeitpunkt war. Es konnte eine gute Retestreliabilität erreicht werden (Teegen, 2003).

#### **7.2.10. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version**

Die Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) ist ein Screening Verfahren für Symptome des posttraumatischen Stresssyndroms auf Basis von Selbstbeurteilung. Die 17 Items stützen sich auf die Diagnosekriterien des DSM-IV und werden auf einer Likert-Skala von (1)= *gar nicht* bis (5)= *äußerst* vorgegeben. Dabei soll beurteilt werden, ob und in welchem Ausmaß diverse körperliche und psychische Symptome in den letzten vier Wochen aufgetreten sind. In dieser Untersuchung wurde die Testversion PCL-C vorgegeben, die an kein bestimmtes Ereignis gebunden ist. Im Gegensatz dazu existiert noch eine Militär-Version (PCL-M) und eine Version, die sich auf ein spezielles traumatisches Ereignis bezieht (PCL-S). Die Reliabilität reicht von einem Cronbach's  $\alpha$  von .89 bis .92 (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996).

#### **7.2.11. Brief Symptom Inventory 18**

Das Brief Symptom Inventar 18 (BSI-18) enthält 18 Items und wurde von dem Brief Symptom Inventar (BSI) abgeleitet, welches aus 53 Items besteht. Dessen Vorgänger wiederum ist die Symptom Checkliste 90 (SCL-90-R). Dieser Selbsteinschätzungsfragebogen ist ein Screening- Instrument für psychopathologische Erkrankungen beziehungsweise die Neigung zur Entwicklung von solchen. Der Fragebogen beschreibt mit Hilfe von je sechs Items den individuellen Stresslevel der befragten Person auf den drei Hauptachsen Depression, Angst und Somatisierung. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit, einen globalen Wert (GSI) zu berechnen, der einen Einblick in die allgemeine psychische und körperliche Belastung der Testperson erlaubt. Die Items beziehen sich auf das Auftreten diverser Symptome im Zeitraum der letzten sieben Tage und werden auf einer Likert-Skala von (0)= *überhaupt nicht* bis (4)= *sehr stark* beurteilt. Die Werte der einzelnen Achsen liegen zwischen 0 und 24, der globale Gesamtwert (GSI) zwischen 0 und 72, höhere Werte sprechen hierbei für einen höheren Grad an psychologischen Distress. Die inneren Konsistenzen sind mit Cronbach's  $\alpha$  Werten von Somatisierung= .74, Angst= .79, Depression= .84 und GSI= .89 ausreichend (Asner-Self, Schreiber & Marotta, 2006).

---

### *7.2.12. Fatigue Severity Scale*

Die Fatigue Severity Skala (FSS) dient zur Erhebung der Ermüdbarkeit der Testpersonen und überprüft das Vorhandensein einer chronischen Erschöpfung. Die Skala wird in der psychologischen Praxis oft bei chronisch kranken Personen angewandt. Es handelt sich um ein eindimensionales Selbsteinschätzungsverfahren, bei welchem neun Items vorgegeben werden. Diese sind auf einer siebenstufigen Likert-Skala (begonnen bei (1)= *trifft nicht zu* bis hin zu (7)= *trifft voll zu*) zu beantworten. Der Test soll Aufschluss über eventuelle Einschränkungen oder Beeinträchtigungen, die mit einer chronischen Ermüdung einhergehen, geben. Dieses Verfahren ist im klinisch- psychologischen Kontext von besonderer Bedeutung, da eine solche Symptomatik zu einer Vielzahl an körperlichen und psychischen Beschwerden führen kann. Bei einer Depression geben 73-97% der betroffenen Personen Fatigue als eines ihrer Beschwerden an. Die Reliabilität der Skala zeigt mit einem Cronbach's  $\alpha$  von .94 eine hohe innere Konsistenz (Ferentinos, Kontaxakis, Havaki-Kontaxaki, Dikeos & Lykouras, 2011).

---

## 8. Ergebnisse

Im Anschluss werden die Ergebnisse der Studie beschrieben. Zu Beginn erfolgen eine Stichprobenbeschreibung und ein Überblick über die Vorgehensweise bei der statistischen Auswertung. Danach folgen die statistischen Ergebnisse der anfangs angeführten Fragestellungen und zum Abschluss eine Diskussion.

### 8.1. Stichprobenbeschreibung

Es haben insgesamt 196 Personen an der Untersuchung teilgenommen. Ein Kernpunkt dieser Studie war es, nur Personen miteinzuschließen, die keine schwerwiegende oder chronische Erkrankung angaben. Aus diesem Grund und ebenso aufgrund fehlender Angaben, mussten 52 Fragebögen aus der weiteren Analyse ausgeschlossen werden. Erfolgreich parallelisiert und zur weiteren Auswertung herangezogen wurde eine Stichprobe von n=144 Personen. Davon waren 50 Personen männlich und 94 weiblich, 135 Teilnehmer besaßen die österreichische Nationalität, sechs Personen stammten aus Deutschland und zwei aus Polen. Die angegebenen Geburtsjahre reichten von 1938 bis 1994, die größte Altersgruppe betraf 33 bis 53 Jahre. In der folgenden Tabelle (Tabelle 3) werden die demographischen Daten der Stichprobe im Vergleich zu den demographischen Daten der klinischen Versuchsgruppe dargestellt. Angestrebt wurde eine bestmögliche Parallelisierung dieser beiden Gruppen.

Tabelle 3

*Gegenüberstellung der demographischen Daten der erhobenen Stichprobe und der klinischen Versuchsgruppe (Roupetz, Hettl & Koegel, 2013, S.48)*

<b>Kontrollgruppe n= 144</b>		<b>Versuchsgruppe n=153</b>
<b>Geschlecht n (%)</b>		
weiblich	65	56
männlich	35	44
<b>Nationalität n (%)</b>		
Österreich	94	96
Deutschland	4	1
Andere	2	2

**Religionsbekenntnis n (%)**

Katholisch	66	67
Evangelisch	6	4
Muslimisch	1	-
Atheistisch	8	-
Anderes	1	3
Keines	18	25

**Beziehungsstatus n (%)**

Single	18	18
Beziehung	33	30
Verheiratet	44	48
Getrennt	4	1
Verwitwet	1	1
Anderes	1	1

**Höchste abgeschlossene  
Ausbildung n (%)**

Pflichtschule	8	5
Lehrabschluss	24	35
Meisterprüfung	4	5
Berufsbild. mittlere Schule	11	8
Hochschulreife	31	26
Bachelor, Master oder äquivalent	21	6
PhD/Doktorat	2	16

**Erwerbstätigkeit n (%)**

keine	13	33
geringfügig	8	8
Teilzeit	20	17
Vollzeit	49	44
anderes	11	-

**Nettoeinkommen im Monat n (%)**

0 bis 499 Euro	16	9
500 bis 999 Euro	14	18
1000 bis 1499 Euro	26	25
1500 bis 1999 Euro	21	29
2000 bis 2999 Euro	15	6
3000 bis 4999 Euro	6	4
5000 Euro oder mehr	2	-

Die Probanden wurden zudem zu den Themen Alkoholkonsum, Rauchgewohnheiten und sportlicher Betätigung befragt. Zusätzlich wurde erhoben, ob die Studienteilnehmer jemals psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben. Die Mehrheit der Befragten (72%) gab an, zum Zeitpunkt der Untersuchung Nichtraucher gewesen zu sein. Die restlichen Personen gaben an, durchschnittlich fünf bis 20 Zigaretten pro Tag zu rauchen. Als durchschnittliches Alter, in welchem mit dem Rauchen begonnen wurde, wurden 14-17 Jahre angeführt. In Bezug auf den Alkoholkonsum gaben 47% der Probanden an, seltener als einmal pro Woche alkoholische Getränke zu sich zu nehmen, 28% konsumierten diese mehrmals pro Woche (hier wurde der Konsum von Wein am öftesten genannt). 17% der Befragten gaben an, keinerlei Alkohol zu trinken. In Hinblick auf regelmäßige sportliche Betätigung fand sich eine nahezu ausgeglichene Aufteilung: 48% der befragten Personen gaben an, regelmäßig Sport zu betreiben. Die am häufigsten ausgeübten Sportarten waren Laufen und Gymnastik. Der Großteil der Probanden (78%) hatte noch nie psychologische oder ähnliche Behandlung in Anspruch genommen. Ungefähr die Hälfte der befragten Personen (57%) gab zumindest ein potentiell traumatisches Ereignis in ihrem Leben an. Probanden der Versuchsgruppe, die an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen litten, gaben solche Ereignisse mit 89% vermehrt an (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

*Gegenüberstellung der weiteren demographischen Daten der erhobenen Stichprobe und der klinischen Versuchsgruppe (Roupetz et al., 2013, S.48,92-93)*

<b>Kontrollgruppe n= 144</b>	<b>Versuchsgruppe n= 153</b>	
<b>Rauchen n (%)</b>		
nein	49	41
nein, aber früher	22	39
ja, gelegentlich	12	6
ja, regelmäßig	18	12
<b>Alkoholkonsum n (%)</b>		
nein	17	20
nein, aber früher	5	6
ja, täglich	5	2
ja, mehrmals pro Woche	27	18
ja, seltener als 1 Mal pro Woche	47	52
<b>Sport n (%)</b>		
ja	48	nicht erhoben
nein	52	nicht erhoben

---

<b>Psychologische Behandlung n (%)</b>		
nein	75	59
ja, in der Vergangenheit	22	28
ja, aktuell	2	10
<b>Traumatische Ereignisse n (%)</b>		
Naturkatastrophen	8	8
Unfälle	42	54
Kriegsgebiete	7	7
Tod nahestehender Person	56	69
bedroht, ausgeraubt, angegriffen oder verfolgt	64	73
beobachtet, wie jemand verletzt/getötet wird	9	10
körperliche Gewalt in Familie oder Partnerschaft	46	37
sexueller Missbrauch	21	27
Mindestens ein Ereignis	57	89

---

## 8.2. Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung der Hypothesen wurde ein Signifikanzniveaus von  $\alpha = 5\%$  herangezogen. Ein Ergebnis mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von kleiner als 5% ( $p = .05$ ) wurde demnach als statistisch signifikant gewertet (Bortz & Döring, 2007). Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der Windows Software „IBM SPSS Statistics“ (Version 20).

Zur Beantwortung der Hypothesen  $H_1$  bis  $H_{10}$  wurde eine Produktmomentkorrelation nach Pearson angewandt. Bei Nichterfüllung der notwendigen Voraussetzungen (metrische Variablen, Normalverteilung, Homogenität der Varianzen und Ausblieben von Ausreißern), wurde auf eine Rangkorrelation nach Spearman ausgewichen. Zur Untersuchung der Hypothesen wurde der Wert der Connor-Davidson Resilience Scale herangezogen und den jeweiligen anderen Testverfahren gegenübergestellt. Anschließend wurde für die Berechnung der Hypothesen  $H_{11}$ - $H_{13}$  eine multiple lineare Regression schrittweise durchgeführt. Hierfür wurden die jeweiligen Variablen einzeln und blockweise in das Regressionsmodell eingefügt. Für die Berechnung der Hypothesen  $H_{14}$  bis  $H_{18}$ , sowie  $H_{20}$  bis  $H_{22}$  wurde (bei erfüllten Voraussetzungen) wiederum eine Produktmomentkorrelation vorgenommen, ansonsten eine Rangkorrelation nach Spearman. Zur Untersuchung der Hypothese  $H_{19}$  wurde ein T-

---

Test zum Mittelwertvergleich durchgeführt. Sämtliche Studienergebnisse wurden (in Tabellenform) mit den Ergebnissen der klinischen Versuchsgruppe verglichen, um Unterschiede im Hinblick auf die Resilienz erfassen zu können.

### 8.3. Ergebnisse

In Tabelle 5 folgen detaillierte Angaben über die deskriptiven Daten der analysierten Fragebögen samt Subskalen.

Tabelle 5

Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen

Skala	Cronbach $\alpha$	Mittelwert (M)	Standard- abweichung (SD)
SCTI	.96	2.9	0.59
SWE	.89	2.9	0.45
CD-RISC	.92	2.7	0.55
CERQ	.88	2.6	0.53
SOZ_U_K14	.96	4.2	0.82
SBI	.97	1.9	0.88
PCL	.92	1.7	0.67
BSI_GSI	.89	0.3	0.42
FSS	.91	3.0	1.27
PSQ	.51	2.1	0.56
BFI_Extraversion	.75	3.4	0.84
BFI_Gewissenhaftigkeit	.62	3.8	0.68
BFI_Verträglichkeit	.36	3.0	0.73
BFI_Neutrozismus	.72	2.8	0.84
BFI_Offenheit	.73	3.6	0.76
BSI_Angst	.78	0.4	0.46
BSI_Depression	.83	0.3	0.53
PSQ_Sorge	.82	1.9	0.64
PSQ_Anforderung	.85	2.3	0.69
PSQ_Anspannung	.84	2.2	0.65
PSQ_Freude	.84	2.1	0.64
CERQ_andere beschuldigen	.74	1.9	0.69
CERQ_Katastrophisieren	.68	1.9	0.81
CERQ_Relativierung	.77	3.2	1.36
CERQ_Positive Neubewertung	.78	3.1	1.41
CERQ_Selbstbeschuldigung	.84	2.1	1.09
CERQ_Akzeptieren	.75	3.0	1.27
CERQ_Rumination	.67	2.7	1.35
CERQ_Positives Refokussieren	.81	2.6	1.17
CERQ_Refokussierung auf Planung	.77	3.4	1.32

### 8.3.1. Ergebnisse der ersten Fragestellung: Welche Faktoren der Resilienz sind besonders bedeutend für gesunde Personen?

In den Tabellen 6 und 6a werden die Ergebnisse bezogen auf die erste Fragestellung dargestellt. Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang ( $p < .001$ ) zwischen Resilienz und der Selbstwirksamkeit. Die Zusammenhänge zwischen Resilienz und Optimismus, sowie zwischen Resilienz und sozialer Unterstützung fielen ebenfalls signifikant positiv aus ( $p < .001$ ). Die geringste positive Korrelation ( $p = .001$ ) ergab sich zwischen Resilienz und dem Glauben. Die größte positive Korrelation fand sich zwischen Resilienz und der Selbstwirksamkeit. Es fanden sich außerdem signifikant positive Interkorrelationen ( $p < .001$ ) zwischen den Faktoren Selbstwirksamkeit und Optimismus, sowie Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung.

Der Vergleich mit der klinischen Versuchsgruppe (siehe Tabelle 6a) zeigte insgesamt kleinere Korrelationen, ansonsten jedoch eine sehr ähnliche Gewichtung der Ergebnisse.

Tabelle 6

*Interkorrelationen der Kontrollgruppe: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube bei gesunden Personen*

	Selbstwirksamkeit	Optimismus	soziale Unterstützung	Glaube
Resilienz	.75*	.62*	.52*	.27*
Selbstwirksamkeit		.49*	.36*	.11
Optimismus			.49*	.13
soziale Unterstützung				.03

Anmerkung: \* $p < .01$ .

Tabelle 6a

*Interkorrelationen der Versuchsgruppe: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube bei CED (Roupetz et al., 2013, S.59)*

	Selbstwirksamkeit	Optimismus	soziale Unterstützung	Glaube
Resilienz	.73*	.56*	.42*	.16**
Selbstwirksamkeit		.44*	.28*	-.05
Optimismus			.36*	.05
soziale Unterstützung				-.04

Anmerkung: \* $p < .01$ , \*\* $p < .05$ .

Anschließend wurde die Vorhersagekraft der Resilienz im Hinblick auf die vier oben genannten Faktoren mittels linearer Regression überprüft. Die Ergebnisse werden in Tabelle 7 dargestellt. Es werden im Folgenden aus Platzgründen keine Vergleichstabellen der Regressionsanalysen der klinischen Versuchsgruppe dargestellt, diese sind jedoch in der Diplomarbeit von Roupetz, Hettl und Koegel (2013) einzusehen.

Das Konstrukt der Resilienz wurde in dieser Studie zu 73% ( $\text{Adj. } R^2 = .73$ ) von den Faktoren Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube erklärt, wobei Selbstwirksamkeit ( $\beta = .53$ ,  $t(4) = 10.47$ ,  $p < .001$ ) den größten Anteil an Resilienz vorhersagte. Die Vorhersagekraft war im Vergleich mit der Versuchsgruppe größer: Bei Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erklärten die vier genannten Variablen 65% der Varianz von Resilienz (Roupetz et al., 2013, S.60). Der Faktor Selbstwirksamkeit erklärte einen signifikanten Varianzanteil der Resilienz ( $\text{Adj. } R^2 = .56$ ). Nach Hinzufügen der Variable soziale Unterstützung erhöhte sich der erklärte Varianzanteil ( $\text{Adj. } R^2 = .67$ ). Nach erneuter Hinzugabe des Faktors Glauben erhöhte sich der erklärte Resilienzanteil weiterhin ( $\text{Adj. } R^2 = .69$ ) und war nach Hinzufügen aller vier Faktoren am größten ( $\text{Adj. } R^2 = .73$ ). Die vier genannten Faktoren zeigten insgesamt eine Effektgröße von  $f^2 = 2.70$ , was einem großen Effekt entspricht.

---

Tabelle 7

*Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen*

Modell-Resilienz		B	SE	$\beta$	p	Adj. R <sup>2</sup>	F	df
Schritt 1	Selbstwirksamkeit	0.93	0.07	.75	<.001	.56	179.65	1.142
Schritt 2	Selbstwirksamkeit	0.77	0.06	.62	<.001	.67	145.02	2.141
	soziale Unterstützung	0.24	0.04	.36	<.001			
Schritt 3	Selbstwirksamkeit	0.67	0.07	.54	<.001	.69	109.24	3.140
	soziale Unterstützung	0.19	0.04	.29	<.001			
	Optimismus	0.19	0.05	.21	<.001			
Schritt 4	Selbstwirksamkeit	0.66	0.06	.53	<.001	.73	96.02	4.139
	soziale Unterstützung	0.19	0.03	.29	<.001			
	Optimismus	0.17	0.05	.18	<.001			
	Glaube	0.12	0.03	.19	<.001			

*Anmerkung:* p- Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient.

### 8.3.2. Ergebnisse der zweiten Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine hohe Resilienz bei gesunden Personen?

In Bezug auf die zweite Fragestellung zeigten sich signifikant negative Zusammenhänge zwischen Resilienz und dem Auftreten von Symptomen einer Depression, Ängstlichkeit sowie posttraumatischen Belastungsstörung ( $p < .001$ , siehe Tabelle 8). Die Korrelation zwischen Resilienz und Symptomen von Fatigue war ebenfalls signifikant negativ ( $p = .001$ ). Depression und posttraumatische Belastung korrelierten besonders hoch mit der Resilienz. Es fanden sich signifikant positive Interkorrelationen zwischen Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und posttraumatischer Belastung ( $p < .001$ ).

Im Vergleich dazu, korrelierten bei der Versuchsgruppe Depression ( $p < .001$ ) und Fatigue ( $p < .001$ ) am höchsten mit der Resilienz (siehe Tabelle 8a). Die negativen Korrelationen waren in Bezug auf alle Variable bei der Kontrollgruppe größer als bei der Versuchsgruppe.

Tabelle 8

*Interkorrelationen der Kontrollgruppe: Resilienz, Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und posttraumatische Belastungen*

	Depression	Ängstlichkeit	Fatigue	Posttraumatische Belastungen
Resilienz	-.45*	-.35*	-.26*	-.42*
Depression		.55*	.47*	.50*
Ängstlichkeit			.37*	.50*
Fatigue				.45*

Anmerkung: \* $p < .01$ .

Tabelle 8a

*Interkorrelationen der Versuchsgruppe: Resilienz, Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und Posttraumatische Belastungen bei CED (Roupetz et al., 2013, S.68)*

	Depression	Ängstlichkeit	Fatigue	Posttraumatische Belastungen
Resilienz	-.40*	-.26*	-.33*	-.19**
Depression		.74*	.61*	.66*
Ängstlichkeit			.58*	.66*
Fatigue				.55*

Anmerkung: \* $p < .01$ , \*\*  $p < .05$ .

*8.3.3. Ergebnisse der dritten Fragestellung: Wird das Konstrukt der Resilienz (CD-RISC) durch die untersuchten Faktoren (Selbstwirksamkeit, Glaube, soziale Unterstützung, Optimismus) ausreichend erklärt (oder besteht die Möglichkeit von weiteren, noch nicht berücksichtigten Faktoren)?*

Resilienz erklärte 25% der Varianz von Depression bei gesunden Personen (siehe Tabelle 9; Adj.  $R^2 = .25$ ). Im Vergleich dazu erklärte Resilienz bei chronisch erkrankten Personen 14% der Varianz von Depression (Roupetz et al., 2013, S. 63). Die Varianz veränderte sich durch das Hinzufügen der Variable Selbstwirksamkeit nicht. Durch Hinzugabe der Variable soziale Unterstützung erhöhte sich der erklärte Varianzanteil (Adj.  $R^2 = .33$ ). Das Hinzufügen der Variable Optimismus änderte den Wert nicht. Als letzter Schritt wurde die Variable Glaube eingefügt, was zu einer Verkleinerung des erklärten Varianzanteils von Depression führte (Adj.  $R^2 = .32$ ). Insgesamt zeigten die fünf Faktoren eine Effektgröße von  $f^2 = 0.47$  und somit einen mittleren Effekt. Nach Roupetz und Kollegen (2013) zeigte sich bei chronisch erkrankten Personen nach Eingabe aller Variablen, dass Resilienz als signifikanter Prädiktor für Depression galt (Adj.  $R^2 = .21$ ). Soziale Unterstützung sagte das Konstrukt Depression signifikant voraus ( $\beta = -.37$ ,  $t(5) = -0.40$ ,  $p < .001$ ). Die Variablen Selbstwirksamkeit ( $\beta = -.11$ ,  $t(5) = -1.40$ ,  $p = .39$ ), Optimismus ( $\beta = -.03$ ,  $t(5) = -0.37$ ,  $p = .71$ ) und Glauben ( $\beta = .02$ ,  $t(5) = 0.43$ ,  $p = .67$ ) zeigten keine signifikante Voraussagekraft.

---

Tabelle 9

*Multiple Regression: Depression mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen*

Modell- Depression		B	SE	$\beta$	p	Adj. R <sup>2</sup>	F	df
Schritt 1	Resilienz	-0.48	0.07	-.50	<.001	.25	48.03	1.141
Schritt 2	Resilienz	-0.41	0.11	-.43	<.001	.25	24.35	2.140
	Selbstwirksamkeit	-0.11	0.13	-.09	.39			
Schritt 3	Resilienz	-0.16	0.11	-.17	.17	.33	24.73	3.139
	Selbstwirksamkeit	-0.19	0.12	-.16	.12			
	Soziale Unterstützung	-0.24	0.06	-.37	<.001			
Schritt 4	Resilienz	-0.15	0.12	-.15	.23	.33	18.47	4.138
	Selbstwirksamkeit	-0.19	0.12	-.16	.13			
	Soziale Unterstützung	-0.24	0.06	-.37	<.001			
	Optimismus	-0.03	0.08	-.03	.71			
Schritt 5	Resilienz	-0.16	0.13	-.71	.20	.32	14.73	5.137
	Selbstwirksamkeit	-0.18	0.13	-.15	.16			
	Soziale Unterstützung	-0.23	0.06	-.36	<.001			
	Optimismus	-0.03	0.08	-.03	.71			
	Glaube	0.02	0.05	.03	.67			

*Anmerkung:* p- Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient.

In Tabelle 10 wird die Vorhersagekraft der Resilienz im Hinblick auf das Konstrukt der Ängstlichkeit dargestellt. In einem ersten Schritt der linearen Regressionsanalyse erklärte Resilienz einen signifikanten Anteil der Ängstlichkeit ( $\text{Adj. } R^2 = .12$ ). Durch Hinzufügen der Variable Selbstwirksamkeit in einem zweiten Schritt, verringerte sich der erklärte Varianzanteil ( $\text{Adj. } R^2 = .11$ ) und blieb anschließend bei allen weiteren Schritten konstant. Die weiteren Schritte beinhalteten das Einfügen der Variablen soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube. Nach Hinzufügen aller vier Variablen konnte Resilienz nicht als signifikanter Prädiktor nachgewiesen werden ( $\beta = -.30$ ,  $t(5) = -1.98$ ,  $p = .05$ ), der Vorhersageeffekt war bereits beim zweiten Schritt der Analyse nicht mehr signifikant. Weder Selbstwirksamkeit ( $\beta = -.04$ ,  $t(5) = -0.32$ ,  $p = .75$ ), noch soziale Unterstützung ( $\beta = -.07$ ,  $t(5) = -0.67$ ,  $p = .47$ ), Optimismus ( $\beta = -.08$ ,  $t(5) = -0.91$ ,  $p = .46$ ) oder der Glaube ( $\beta = .10$ ,  $t(5) = 1.34$ ,  $p = .05$ ) sagten Ängstlichkeit signifikant voraus. Insgesamt wurde ein mittlerer Effekt mit einer Effektgröße von  $f^2 = 0.12$  durch die fünf Faktoren erreicht.

Bei der klinischen Versuchsgruppe zeigte sich ein anderer Verlauf: Hier erklärte Resilienz einen signifikanten Anteil an Ängstlichkeit ( $\text{Adj. } R^2 = .08$ ), der Wert stieg mit dem Hinzufügen der einzelnen Variablen an und betrug bei Heranziehen aller Variablen  $\text{Adj. } R^2 = .15$  (Roupetz et al., 2013, S.65).

---

Tabelle 10

*Multiple Regression: Ängstlichkeit mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen*

Modell- Ängstlichkeit		B	SE	$\beta$	p	Adj. R <sup>2</sup>	F	df
Schritt 1	Resilienz	-0.29	0.07	-.35	<.001	.12	20.14	1.141
Schritt 2	Resilienz	-0.27	0.09	-.32	.01	.11	10.06	2.140
	Selbstwirksamkeit	-0.04	0.12	-.04	.75			
Schritt 3	Resilienz	-0.23	0.11	-.27	.05	.11	6.85	3.139
	Selbstwirksamkeit	-0.05	0.12	-.05	.68			
	Soziale Unterstützung	-0.04	0.06	-.07	.47			
Schritt 4	Resilienz	-0.20	0.12	-.24	.09	.11	5.26	4.138
	Selbstwirksamkeit	-0.04	0.12	-.04	.73			
	Soziale Unterstützung	-0.03	0.06	-.05	.59			
	Optimismus	-0.06	0.08	-.08	.46			
Schritt 5	Resilienz	-0.25	0.13	-.30	.05	.11	4.50	5.137
	Selbstwirksamkeit	-0.02	0.13	-.02	.89			
	Soziale Unterstützung	-0.02	0.06	-.03	.78			
	Optimismus	-0.06	0.08	-.08	.45			
	Glaube	0.05	0.04	0.10	.24			

*Anmerkung:* p- Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient.

Tabelle 11 stellt nachfolgend die Vorhersagekraft der Resilienz im Hinblick auf das Konstrukt Fatigue detailliert dar. Im ersten Schritt der Regressionsanalyse erklärte die Resilienz einen signifikanten Anteil der Varianz von Fatigue (Adj.  $R^2 = .06$ ). Dieser Wert war bei der klinischen Versuchsgruppe gleich (Adj.  $R^2 = .06$ , Roupetz et al., 2013, S.67). Durch Eingabe der Variable Selbstwirksamkeit, welche in einem zweiten Schritt erfolgte, erhöhte sich der erklärte Varianzanteil (Adj.  $R^2 = .09$ ) und blieb bei den weiteren Schritten konstant. Beim letzten Schritt, der Hinzugabe der Variable Glaube, sank der Erklärungswert (Adj.  $R^2 = .08$ ). Wie bei dem Konstrukt der Ängstlichkeit, konnte auch bei dem Konstrukt Fatigue nach Hinzufügen aller vier genannten Variablen Resilienz nicht mehr als signifikanter Prädiktor gelten ( $\beta = -.05$ ,  $t(5) = -0.47$ ,  $p = .77$ ). Selbstwirksamkeit ( $\beta = -.28$ ,  $t(5) = -0.42$ ,  $p = .02$ ), soziale Unterstützung ( $\beta = -.06$ ,  $t(5) = -0.73$ ,  $p = .57$ ), Optimismus ( $\beta = .09$ ,  $t(5) = 0.43$ ,  $p = .39$ ) und Glauben ( $\beta = -.01$ ,  $t(5) = -0.17$ ,  $p = .86$ ) sagten Fatigue nicht signifikant voraus. Die Effektgröße der Faktoren wies mit  $f^2 = 0.09$  auf einen kleinen Effekt hin.

---

Tabelle 11

*Multiple Regression: Fatigue mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen*

Modell- Fatigue		B	SE	$\beta$	p	Adj. R <sup>2</sup>	F	df
Schritt 1	Resilienz	-0.61	0.19	-.26	.001	.06	10.52	1.141
Schritt 2	Resilienz	-0.13	0.28	-.06	.64	.09	8.17	2.140
	Selbstwirksamkeit	-0.79	0.34	-.28	.02			
Schritt 3	Resilienz	-0.04	0.32	-.02	.90	.09	5.53	3.139
	Selbstwirksamkeit	-0.83	0.34	-.29	.02			
	Soziale Unterstützung	-0.09	0.15	-.06	.57			
Schritt 4	Resilienz	-0.12	0.33	-.05	.72	.09	4.32	4.138
	Selbstwirksamkeit	-0.85	0.35	-.29	.02			
	Soziale Unterstützung	-0.12	0.16	-.08	.46			
	Optimismus	0.19	0.22	.09	.39			
Schritt 5	Resilienz	-0.11	0.36	-.05	.77	.08	3.43	5.137
	Selbstwirksamkeit	-0.86	0.35	-.30	.02			
	Soziale Unterstützung	-0.12	0.16	-.08	.45			
	Optimismus	0.19	0.22	.09	.39			
	Glaube	-0.02	0.13	-.01	.86			

*Anmerkung:* p- Werte der Regressionsmodelle jeweils <.001,  $\beta$  = standard. Beta-Koeffizient.

### 8.3.4. Ergebnisse der zweiten Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine hohe Resilienz bei gesunden Personen?

Wie in Tabelle 12 dargestellt ist, fand sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und der allgemeinen Stresswahrnehmung der befragten Personen ( $p < .001$ ). Es zeigte sich hierbei ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen Resilienz und den Subskalen Sorge, Anspannung, Freude und Anforderung.

Bei chronisch erkrankten Personen hingegen korrelierte Resilienz signifikant positiv mit Freude und signifikant negativ mit Sorge und Anspannung. Zwischen Resilienz und Anforderung fand sich kein signifikanter Zusammenhang (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12

*Korrelationen: Resilienz und subjektive Stresswahrnehmung bei gesunden Personen und CED (Roupetz et al., 2013, S.68)*

Resilienz	Stress- wahrnehmung	Sorge	Anforderungen	Anspannungen	Freude
Kontrollgruppe	-.51*	-.53*	-.23*	-.42*	-.59*
Versuchsgruppe	-.52*	-.50*	-.14	-.45*	.63*

Anmerkung: \* $p < .01$ .

Der Zusammenhang zwischen Resilienz und den individuellen Coping-Strategien der Probanden wird in Tabelle 13 dargestellt. Höhere Resilienzwerte standen im Zusammenhang mit adaptiven Bewältigungsstrategien, zwischen Resilienz und maladaptiven Strategien fand sich eine signifikant negative Korrelation.

Im Vergleich dazu, korrelierten bei der Versuchsgruppe sowohl adaptive, als auch maladaptive Copingstrategien positiv mit Resilienz (siehe Tabelle 13a).

Tabelle 13

*Korrelationen der Kontrollgruppe: Resilienz und Copingstrategien bei gesunden Personen*

	Resilienz		Resilienz
<u>Adaptives Coping</u>		<u>Maladaptives Coping</u>	
Relativierung	.26*	Rumination	.05
Positive Refokussierung	.12	Selbst Beschuldigung	-.20*
Positive Neubewertung	.47*	Andere Beschuldigen	-.09
Refokussierung auf Planung	.40*	Katastrophisieren	-.27*
Akzeptanz	.19**	Gesamt	-.15*
Gesamt	.38*		

*Anmerkung: \* $p < .01$ , \*\* $p < .05$ .*

Tabelle 13a

*Korrelationen der Versuchsgruppe: Resilienz und Copingstrategien bei CED (Roupetz et al., 2013, S.69)*

	Resilienz		Resilienz
<u>Adaptives Coping</u>		<u>Maladaptives Coping</u>	
Relativierung	.20**	Rumination	.26*
Positive Refokussierung	.42*	Selbst Beschuldigung	.34*
Positive Neubewertung	.33*	Andere Beschuldigen	.27*
Refokussierung auf Planung	.27*	Katastrophisieren	.29*
Akzeptanz	.26*	Gesamt	.38*
Gesamt	.40*		

*Anmerkung: \* $p < .01$ , \*\* $p < .05$ .*

### **8.3.5. Ergebnisse der vierten Fragestellung: Welche Big Five Persönlichkeitsfaktorausprägung ergibt sich im Zusammenhang mit der Resilienz?**

Die vierte Fragestellung bezog sich auf die Big Five Faktoren Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Neurotizismus. Die Ergebnisse hierzu finden sich in Tabelle 14. Die statistische Analyse ergab einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen Resilienz und den Faktoren Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Offenheit für Erfahrung, sowie Verträglichkeit ( $p < .001$ ). Am größten war die Korrelation zwischen Resilienz und Gewissenhaftigkeit, gefolgt von Extraversion und Offenheit, am niedrigsten war sie zwischen Resilienz und Verträglichkeit. Zwischen Resilienz und Neurotizismus fand sich ein signifikant negativer Zusammenhang ( $p < .001$ ).

Die Big Five Persönlichkeitsfaktoren wurden von der Versuchsgruppe statistisch nicht analysiert.

Tabelle 14

*Korrelationen: Resilienz und die Big Five Persönlichkeitsfaktoren bei gesunden Personen*

	Extraversion	Offenheit	Gewissenhaftigkeit	Verträglichkeit	Neurotizismus
Resilienz	.32*	.29*	.49*	.14	-.38*

Anmerkung: \* $p < .01$ .

### **8.3.6. Ergebnisse der fünften Fragestellung: Welche Unterschiede in Bezug auf die Resilienz finden sich zwischen gesunden und von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betroffenen Personen?**

Im Hinblick auf die fünfte Fragestellung ergab der direkte Vergleich des CD-RISC Mittelwertes der untersuchten Kontrollgruppe ( $M = 2.7245$ ,  $SD = 0.55$ ,  $t = 58.99$ ,  $df = 143$ ) mit dem Mittelwert der klinischen Versuchsgruppe ( $M = 2.5856$ ,  $SD = 0.59$ ,  $t = 52.97$ ,  $df = 145$ ), dass die Kontrollgruppe höhere Resilienzwerte aufwies ( $p < .001$ ).

### 8.3.7. Ergebnisse der sechsten Fragestellung: Welche demographischen Unterschiede finden sich hinsichtlich der Resilienz?

Bei der Untersuchung der demographischen Daten fanden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Resilienz mit den Variablen Geschlecht ( $p = -.13$ ), Nationalität ( $p = -.00$ ), Geburtsjahr ( $p = -.04$ ), Religionsbekenntnis ( $p = -.12$ ), Beziehungsstatus ( $p = .11$ ), Erwerbstätigkeit, Einkommen (siehe Tabelle 15), Nikotin- ( $p = -.03$ ) und Alkoholkonsum ( $p = .12$ ), Sport (siehe Tabelle 15) oder psychologischer Behandlung ( $p = -.14$ ). Ein signifikant positiver Zusammenhang zeigte sich lediglich zwischen Resilienz und dem Ausbildungsgrad ( $p < .001$ ).

Im Vergleich dazu, fand sich bei der Versuchsgruppe ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen Resilienz und psychologischer Behandlung ( $p = .005$ , siehe Tabelle 15), alle anderen Korrelationen waren ebenfalls nicht signifikant.

Tabelle 15

*Korrelationen: Resilienz und die Variablen Bildungsgrad, Einkommen, Sport bei gesunden Personen und CED (Roupetz et al., 2013, S.70)*

Resilienz	Bildungsgrad	Einkommen	Sport
Kontrollgruppe	.26*	-.03	.15
Versuchsgruppe	.51	.93	nicht erhoben

Anmerkung: \* $p < .01$ .

## 9. Diskussion

### 9.1. Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Studie war es, Faktoren zu untersuchen, die einen Zusammenhang mit der Resilienz aufweisen. Bei der Untersuchung fanden sich einige Schutzfaktoren, welche beim Umgang mit schwierigen Lebenssituationen unterstützend wirken können. Diese lauten: Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube. Allen voran die Selbstwirksamkeit. Diese war sowohl in der hier beschriebenen Studie, als auch in der Untersuchung von Roupetz und Kollegen (2013) an chronisch kranken Personen ein sehr wichtiger Faktor. Das Gefühl, sein Leben positiv beeinflussen zu können und negativen Ereignissen nicht machtlos ausgeliefert zu sein, stellt einen wichtigen Aspekt bei der Verarbeitung von negativen Lebensereignissen dar. Somit wäre in der psychologischen Praxis sowohl eine präventive Förderung des Selbstwirksamkeitsgefühls, als auch eine dahingehende Unterstützung nach einem traumatischen Ereignis von großer Bedeutung. Konkret würde eine solche praxisbezogene Stärkung des Selbstwirksamkeitsgefühls bedeuten, den betroffenen Personen zu vermitteln, dass diese in der Lage sind, sich selbst aus eigener Kraft heraus und mithilfe eigener Kompetenzen helfen zu können. Solch eine Förderung könnte sowohl einzeln, als auch in der Gruppe oder auf Firmenebene erfolgen. Dies würde einen Unterschied zu einer rein medikamentösen Therapie im psychiatrischen Kontext darstellen, welche im Gegensatz dazu, das Gefühl vermittelt, bei der Bewältigung einer Krise auf die externe Hilfe von Medikamenten angewiesen zu sein. In Folge dessen, könnte es bei den Betroffenen zu einem Gefühl führen, schwierige Erlebnisse nicht aus eigener Kraft heraus bewältigen zu können und zu Emotionen wie Angst, Ohnmacht oder Kontrollverlust. Ein Vergleich mit einer rein medikamentösen Behandlung wäre im Hinblick auf Resilienzfaktoren ein interessanter möglicher Aspekt zukünftiger Forschung.

In der Forschungsliteratur wird davon berichtet, dass auf potentiell traumatische Lebensereignisse oftmals Lernprozesse folgen, die zu einem Wendepunkt im Leben der Betroffenen führen und als Ausgangspunkt für persönliches Wachstum und Stärke angesehen werden können (Banyard & Williams, 2007). Jung-Ah und Kollegen (2013)

---

betonten, dass Personen, die an Depressionen und Angststörungen leiden, besonders von Resilienzfördernden Interventionen profitieren würden. Sie wiesen aber auch darauf hin, dass solche Interventionen nicht leicht in die Praxis umzusetzen seien, da Resilienz ein sehr komplexes Konstrukt ist. Die aktuelle Studie bestätigte einen signifikanten Einfluss der Resilienz auf die psychische Gesundheit der Testpersonen. Versuchsteilnehmer mit hohen Resilienzwerten gaben seltener an, an Depressionen, Ängstlichkeit, posttraumatischen Belastungen und Fatigue zu leiden. Das unterstreicht die Bedeutsamkeit der Resilienzförderung als Präventionsmaßnahme in der psychologischen Praxis. Diese Ansicht wurde auch von Fröhlich-Gildhoff und Rönnauböse (2009) vertreten:

„Die Ergebnisse der Resilienzforschung machen immer wieder deutlich, dass frühzeitige (und damit präventive) Unterstützung und Förderung wesentlich dazu beitragen, die Entwicklung von Kindern nachhaltig zu beeinflussen. Schutz- und Resilienzfaktoren beeinflussen diesen Prozess positiv. So ist es nicht verwunderlich, dass Resilienz und Prävention oft gemeinsam genannt werden. Programme, die Resilienz fördern und entwickeln, sind in der Regel auch Präventionsprogramme“ (S. 57).

Laut Campbell-Sills und Kollegen (2009) sollte die Erforschung von Resilienz im psychiatrischen Kontext Priorität haben, da das Verständnis einer positiven Verarbeitung von Stress eine entscheidende Rolle bei der Prävention und Intervention von psychischen Störungen spielt. Die „New Freedom Commission on Mental Health“ bestand schon im Jahr 2003 darauf, dass die Behandlung psychischer Probleme auf einem proaktiven (statt reaktiven) Ansatz beruhen sollte. Solch ein Ansatz sollte Prävention und den Aufbau von Resilienz zum Ziel haben (Reuben & Moon-Ho, 2012).

Diese Arbeit ist auf die Schwierigkeit einer einheitlichen Definition von Resilienz eingegangen. Eine einheitliche Operationalisierung von Resilienz wäre im Bereich der klinisch-psychologischen Praxis wichtig, da sie es ermöglichen würde, Faktoren zu ermitteln, die für die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit verantwortlich sind. Im Bereich der Arbeitspsychologie könnte eine einheitliche Definition von Resilienz die Vorauswahl von Mitarbeitern erleichtern, indem

---

Vorhersagen über die Stressresistenz der Bewerber getroffen werden könnten. Somit hätte man die Möglichkeit vorauszusagen, welche Mitarbeiter unter schwierigen Arbeitsbedingungen bessere Leistungen erbringen können (Friborg et al., 2005). Es wäre für die zukünftige Forschung wünschenswert, die zahlreichen Definitionen zu vereinheitlichen.

Ein ähnlich positiver Zusammenhang wie zwischen Resilienz und Selbstwirksamkeit, fand sich zwischen Resilienz und Optimismus, sowie zwischen Resilienz und dem Glauben. Religiöse und spirituelle Menschen finden in der Annahme Trost, dass in jedem Unglück ein Sinn zu finden ist. Sie sind außerdem oftmals in ein stützendes soziales Gefüge eingebettet. Einen weiteren wichtigen Faktor stellte die soziale Unterstützung dar. Die Nähe zu vertrauten Personen kann auf biologischer Ebene das Hormon Oxytocin freisetzen, das sowohl ein Gefühl von Geborgenheit und Entspannung auslöst, als auch eine Bindung zu der jeweiligen Person schafft (Davydov et al., 2010). Soziale Strukturen sind außerdem mit einem Gefühl von Akzeptanz und Sicherheit verbunden. Sie stellen auch einen praktischen Nutzen dar, beispielsweise durch konkrete Unterstützung im Haushalt bei Auftreten einer Krankheit. Eine sinnvolle präventive Maßnahme wäre es, das individuelle soziale Netzwerk von Kindern zu stärken. Widerstandsfähige Kinder sind nach einem einschneidenden Lebensereignis besser in der Lage, sich Trost und Hilfe zu holen. Sie haben die Möglichkeit, sich an Verwandte, Freunde, Nachbarn oder Lehrer zu wenden und haben positive Rollenmodelle und soziale Vorbilder (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009; Luthar et al., 2000; Werner, 2005).

Die vier Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glaube erwiesen sich sowohl bei körperlich und psychisch gesunden Personen, als auch bei Personen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt waren, als resilienzfördernd. Es fanden sich außerdem in beiden Gruppen signifikant positive Interkorrelationen zwischen den vier genannten Variablen. Diese beeinflussen sich demnach wechselseitig.

Ein weiteres Ziel dieser Studie war es, die „Connor-Davidson Resilience Scale“ (CD-RISC) als ein passendes, valides und ökonomisches Messinstrument für Resilienz zu

---

überprüfen. Diese Annahme bestätigte sich. Resilienz wurde durch die Faktoren Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Optimismus und Glauben ausreichend gut erklärt. Es wäre jedoch interessant, ob es weitere Faktoren gibt, die das Konstrukt der Resilienz adäquat vorhersagen können.

Im Vergleich mit der klinischen Versuchsgruppe konnte in dieser Studie belegt werden, dass der Mittelwert der Resilienz (gemessen mit der CD-RISC) bei körperlich und psychisch gesunden Personen höher war, als bei Personen, die an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen litten.

In Hinblick auf die Stressverarbeitung der Testpersonen, ergab die Studie einen signifikant positiven Zusammenhang der Resilienz mit adaptiven Coping-Strategien und einen signifikant negativen Zusammenhang mit maladaptiven Coping-Strategien. Personen, die hohe Resilienzwerte angaben, fokussierten sich nach dem Erleben einer schwierigen Situation auf die Planung der nächsten Schritte, sowie auf eine positive Neubewertung der Situation. Sie relativierten und akzeptieren diese. Im Gegensatz dazu, katastrophisieren Personen mit niedrigen Resilienzwerten ihre Situation oder gaben sich selbst die Schuld daran. Ein Training der adaptiven Coping-Strategien wäre eine bedeutsame Maßnahme im Hinblick auf die Vorbeugung von psychopathologischen Erkrankungen.

Die Untersuchung ergab außerdem die Möglichkeit, anhand der Big Five Persönlichkeitsfaktoren ein resilientes Persönlichkeitsprofil zu bestimmen. Im Zusammenhang mit Resilienz ergaben sich sowohl hohe Werte der Variablen Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit, als auch ein niedriger Wert der Skala Neurotizismus. In weiterer Folge könnte durch zukünftige Forschung überprüft werden, ob die Erhebung der Big Five Persönlichkeitsfaktoren als ein zuverlässiges Screening- Instrument für eine „resiliente Persönlichkeit“ dienen könnte.

Im Hinblick auf demographische Faktoren, fand sich in dieser Studie zwar eine signifikant positive Korrelation zwischen Resilienz und dem Ausbildungsgrad der Studienteilnehmer, dieser Zusammenhang konnte in anderen Studien jedoch nicht einheitlich bestätigt werden (Bonanno et al., 2007). Man könnte diesen positiven

---

Zusammenhang dahingehend interpretieren, dass Personen, welche eine höhere Ausbildung abgeschlossen haben, in Krisensituationen besser in der Lage sind, Zugang zu hilfreichen Informationen (Psychoedukation) oder Ansprechpartnern zu finden. Ein Beispiel für solche Informationen wäre das Angstmanagement oder diverse Entspannungstechniken. In dieser Studie fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Resilienz und regelmäßiger sportlicher Betätigung, dieser wäre aber bei diversen klinischen Populationen durchaus möglich. Die Studie von Jung-Ah und Kollegen (2013) betonte den wichtigen Einfluss von Sport bei der Therapie von Menschen mit Depressionen und Angststörungen.

### 9.2. Kritik und Einschränkungen der Studie

Kritisch anzumerken ist, dass die Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit nur als Querschnitterhebung möglich war. Da Resilienz ein dynamischer Faktor ist, der sich über die Lebensspanne hinweg ändern kann, wären für weitere Forschungszwecke Längsschnittstudien nach dem Beispiel von Emmy Werner vorzuziehen. Bisherige Längsschnittstudien belegten beispielsweise, dass psychopathologische Symptome nach einem traumatischen Erlebnis in vielen Fällen nach einem Jahr ihren Höhepunkt erreichen und sich der Zustand der Betroffenen anschließend stark verbesserte (Pietrzak et al., 2012).

Die Fragebogenbatterie war mit 12 psychologischen Tests recht lange und hat viel Aufmerksamkeit beim Ausfüllen erfordert. Eine solche Fragebogenlänge kann zu einer verminderten Motivation der Testpersonen führen. Gleichzeitig ist es aber nur auf diese Weise möglich, eine Vielzahl von Informationen zu erhalten. Bei zukünftigen Fragebögen dieser Länge wäre es von Vorteil, die Testpersonen für den zeitlichen Aufwand zu entlohnen, um die Motivation eines gewissenhaften Ausfüllens zu erhöhen. Dies wäre natürlich nur bei einer entsprechenden Forschungsförderung möglich.

Außerdem würden Studien, welche demographische Angaben außer Acht lassen, bei den Testpersonen ein größeres Gefühl von Anonymität hervorrufen und somit die Bereitschaft zur Beantwortung von sehr intimen Fragen (wie des „Traumatic Life Event Questionnaire“) fördern. Dies würde bei der statistischen Auswertung jedoch den

---

erheblichen Nachteil mit sich bringen, keine Zusammenhänge mit den demographischen Daten erschließen zu können.

---

## 10. Literaturverzeichnis

- Adler, R.H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research* 67, 607-611.
- Albani, C., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Grulke, N. (2002). Erfassung religiöser und spiritueller Einstellungen: Psychometrische Überprüfung des deutschen „Systems of Belief Inventory“ (SBI-15R-D) von Holland et al. in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 306-313.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6., aktualisierte Auflage). Washington, DC: Autor.
- Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.* 36(6), 725–733.
- Asner-Self, K.K., Schreiber, J.B., & Marotta, S.A. (2006) A Cross-Cultural Analysis of the Brief Symptom Inventory-18. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol.12, No.2, 367-375.
- 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.
- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systemic review. *Disability and Rehabilitation*, 31(21), 1709-1733.
- Bauer, J. (2011). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper Verlag GmbH.
- 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.
- Bortz, J., & Döring, N. (2007). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychological Association*, 59, 20-28.
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, 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.
- Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C., & Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behavior Research and Therapy*, 34, 669-673.
-

- Campbell-Sills, L., & Stein, M.B. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress, Vol.20*, No.6, 1019-1028.
- 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*(12), 1007-1012.
- Cleland, V.J., Ball, K., Salmon, J., Timperio, A.F., & Crawford, D.A. (2010). Personal, social and environmental correlates of resilience to physical inactivity among women from socio-economically disadvantaged backgrounds. *Health Education Research Vol. 25*, no.2, 268-281.
- 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.
- 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.
- Davidson, J.R.T., Payne, V.M., Connor, K.M., Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Hertzberg, M.A., & Weisler, R.H. (2005). Trauma, resilience and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 20*, 43-48.
- Davydov, D.M., Steward, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review 30*, 479-495.
- Feder, A., Nestler, E.J., & Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 446-457.
- Ferentinos, P., Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B., Dikeos, D., & Lykouras, L. (2011). Psychometric evaluation of the Fatigue Severity Scale in patients with major depression. *Qual Life Res 20*, 457-465.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist Vol. 18* (1): 12-23.
- Flett, G., Baricza, C., Gupta, A., Hewitt, P.L., & Endler, N.S. (2011). Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: A study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Health Psychology 16*(4), 561-571.
- Frances, A. (2013). *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont Buchverlag.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*, 65-76.
- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönna-Böse, M. (2009). *Resilienz*. München, Basel.
-

- Furnham, A., Crump, J., & Whelan, J. (1997). Validating the NEO personality inventory using assessors' ratings. *Personality and Individual Differences, 22*, 669-675.
- 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.
- Garmezy, 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.
- Garnefsky, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment, Vol. 23(3)*: 141-149.
- Grulke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Brähler, E., & Albani, C. (2003). Measuring religious attitudes: reliability and validity of the German version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15R-D) in a representative sample. *Mental Health, Religion & Culture, 6:3*, 203-213.
- Jung-Ah, M., Young-Eun, Y., Dai-Jin, K., Hyeon-Woo, Y., Jung-Jin, K., Tae-Suk, K., Chang-Uk, L., Chul, L., & Jeong-Ho, C. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res 22*:231-241.
- Kim-Cohen, J., & Turkewitz, R. (2012). Resilience and measured gene-environment interactions. *Development and Psychopathology 24*, 1297-1306.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1-11.
- Kocalevent, R., Levenstein, S., Fliege, H., Schmid, G., Hinz, A., Brähler, E., & Klapp, B.F. (2007). Contribution to the construct validity of the Perceived Stress Questionnaire from a population-based survey. *Journal of Psychosomatic Research 63*, 71-81.
- Lou, V.W.Q., & Ng, J.W. (2012). Chinese older adult's resilience to the loneliness of living alone: A qualitative study. *Aging and Mental health, 16*, 1039-1046.
- 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. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 4*, 93-111.
- Magnuson, C.D., & Barnett, L.A. (2013). The Playful Advantage: How Playfulness Enhances Coping with Stress. *Leisure Sciences 35*: 129-144.
- 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., & Powell, J.L. (2003). A Resiliency Framework for Research, Policy and Practice. In Luthar, S. (Hrsg.), *Resiliency and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversity*. Cambridge University Press: Cambridge, Seite 1-29.
- 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.
- Murphy, L.B., & Moriarty, A.E. (1976). *Vulnerability, coping and growth: From Infancy to adolescence*. New Haven: Yale University Press.
- Nakaya, M., Oshio, A., & Kaneko, H. (2006). Correlations for Adolescent Resilience Scale with Big Five Personality traits. *Psychological reports*, 98, 927-930.
- Nechvatal, J.M., & Lyons, D.M. (2013). Coping changes the brain. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, Vol. 7, Article 13, 1-8.
- Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology*, 36, 703-707.
- Pietrzak, R.H., Tracy, M., Galea, S., Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Hamblen, J.L., Southwick, S.M., & Norris, F.H. (2012). Resilience in the Face of Disaster: Prevalence and Longitudinal Course of Mental Disorders following Hurricane Ike. *PLoS One* Vol.7, Issue 6, 1-14.
- Raghallaigh, M.N., & Gillign, R. (2009). Active survival in the lines of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child and Family Social Work*, 15, 226-237.
- Rammstedt, B., & John, O.P. (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K). *Diagnostica*, 51, 4, 195-206.
- Resilience Alliance. (2002). Key concepts. Atlanta: Resilience Alliance. Online in Internet: URL: [http://www.resalliance.org/index.php/key\\_concepts](http://www.resalliance.org/index.php/key_concepts) (Stand 10.01.2014)
- Reuben, R., & Moon-Ho, R. (2012). Coping with anxiety, depression, anger and aggression: The mediational role of resilience in adolescents. *Child Youth Care Forum*, 41, 529-546.
- Riolli, 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.
- Rosenbaum, J.F., & Covino, J.M. (2005). Stress and Resilience: Implications for Depression and Anxiety. *Medscape Psychiatry & Mental Health* 10(2), 1-8.
-

- Roupetz, S., Hettl, T., & Koegel, J. (2013). *Resilienz bei chronisch erkrankten Personen. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen*. Diplomarbeit, Universität für Psychologie, Wien.
- 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: International Journal of Humor Research*, 9, 303-339.
- Russo, S.J., Murrough, J.W., Han, M., Charney, D.S., & Nestler, E.J. (2012). Neurobiology of resilience. *Nature Neuroscience Vol. 15*, no. 11, 1475-1484.
- Rutter, M. (1976). Research Report: Isle of Wight Studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6(2), 313-332.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- 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.
- Souri, H., & Hasanirad, T. (2011). Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 1541-1544.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggings, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioural Medicine*, 15, 194-200.
- Thompson, R.W., Arnkoff, D.B., & Glass, C.R. (2011). Conceptualizing Mindfulness and Acceptance as Components of Psychological Resilience to Trauma. *Trauma, Violence, & Abuse* 12 (4), 220-235.
- Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen*. Prävalenz – Prävention – Behandlung. Bern: Huber.
- 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 regard 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*, 2-22.
- Werner, E. (2005). Resilience Research: Past, Present and Future. In R.D. Peters, B. Leadbeater & R.R. McMahon (Hrsg.), *Resilience in Children, Families and Communities, Linking Context to Practice and Policy* (S. 3-12). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
-

- Werner, E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife. Risk, Resilience and Recovery*. New York: Cornell University Press.
- Westphal, M., & Bonanno, G.A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56 (3), 417-427.
- Windle, G., Bennett, K.M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of life outcomes*, 9, 1-18.
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J.J., Calderon, S., Charney, D.S., & Mathe, A.A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience Vol. 7*, Article 10, 1-15.
- Yu, X., & Zhang, J. (2007). Factor Analysis and Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD RISC) with Chinese People. *Social Behavior and Personality*, 35: 19-30.
- Zautra, A.J., Fasman, R., Reich, J.W., Harakas, P., Johnson, L.M., & Olmsted, M.E. (2005). Fibromyalgia: evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine* 67:147–55.
- Zolkoski, & Bullock (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review* 34, 2295-2303.
-

## 11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definitionen von Resilienz.....	Seite 16
Tabelle 2: Inhalt der Connor-Davidson Resilience Scale .....	Seite 39
Tabelle 3: Gegenüberstellung der demographischen Daten der erhobenen Stichprobe und der klinischen Versuchsgruppe.....	Seite 44
Tabelle 4: Gegenüberstellung der weiteren demographischen Daten der erhobenen Stichprobe und der klinischen Versuchsgruppe.....	Seite 46
Tabelle 5: Deskriptive Daten der verwendeten Fragebögen.....	Seite 48
Tabelle 6: Interkorrelationen der Kontrollgruppe: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube bei gesunden Personen .....	Seite 49
Tabelle 6a: Interkorrelationen der Versuchsgruppe: Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube bei CED .....	Seite 49
Tabelle 7: Multiple Regression: Resilienz mit Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen.....	Seite 51
Tabelle 8: Interkorrelationen der Kontrollgruppe: Resilienz, Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und posttraumatische Belastungen.....	Seite 52
Tabelle 8a: Interkorrelationen der Versuchsgruppe: Resilienz, Depression, Ängstlichkeit, Fatigue und Posttraumatische Belastungen bei CED.....	Seite 52
Tabelle 9: Multiple Regression: Depression mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen .....	Seite 54
Tabelle 10: Multiple Regression: Ängstlichkeit mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen .....	Seite 56
Tabelle 11: Multiple Regression: Fatigue mit Resilienz, Selbstwirksamkeit, Optimismus, soziale Unterstützung und Glaube als Prädiktoren bei gesunden Personen .....	Seite 58
Tabelle 12: Korrelationen: Resilienz und subjektive Stresswahrnehmung bei gesunden Personen und CED .....	Seite 59
Tabelle 13: Korrelationen der Kontrollgruppe: Resilienz und Copingstrategien bei gesunden Personen.....	Seite 60
Tabelle 13a: Korrelationen der Versuchsgruppe: Resilienz und Copingstrategien bei CED .....	Seite 60
Tabelle 14: Korrelationen: Resilienz und die Big Five Persönlichkeitsfaktoren bei gesunden Personen.....	Seite 61
Tabelle 15: Korrelationen: Resilienz und die Variablen Bildungsgrad, Einkommen, Sport bei gesunden Personen und CED.....	Seite 62

---

## 12. Anhang

### 12.1. Verwendete Testbatterie

#### 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 Monika Szelag 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

<p>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.</p>	(fast) nie	manchmal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
--	------------	----------	------------	--------	--------------

<p>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.</p>	(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

	trifft gar nicht zu	trifft eher/teilweise nicht zu	trifft teilweise/etwas zu	trifft vollständig zu
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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Freund/in oder Bekannte/n	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verwandte/en	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Partner/in	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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.  )

<p>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.</p>	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
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

<p>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.</b></p> <p><b>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...</b></p>	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

### Angaben zu Erkrankungen

Leiden Sie an einer chronischen, schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung?

nein  ja

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

Wurde bei Ihnen jemals die Erkrankung Morbus Crohn oder colitis ulcerosa 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

**Höchste abgeschlossene Schulausbildung:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule (z.B. Hauptschule, Realschule)    | <input type="checkbox"/> Hochschulreife (Matura, Abitur, Fachabitur)    |
| <input type="checkbox"/> Lehrabschluss                                   | <input type="checkbox"/> Bachelor                                       |
| <input type="checkbox"/> Meisterprüfung                                  | <input type="checkbox"/> Master oder äquivalent (z.B. Magister, Diplom) |
| <input type="checkbox"/> berufsbildende mittlere Schule (z.B. HAS/HASCH) | <input type="checkbox"/> PhD oder Doktorat                              |

**Aktuelle Erwerbstätigkeit:**  keine  geringfügig beschäftigt  Teilzeit  Vollzeit  
 anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

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

**Monatliches Netto-Einkommen:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0 bis 499 Euro   | <input type="checkbox"/> 1000 bis 1499 Euro | <input type="checkbox"/> 2000 bis 2999 Euro  |
| <input type="checkbox"/> 500 bis 999 Euro | <input type="checkbox"/> 1500 bis 1999 Euro | <input type="checkbox"/> 3000 bis 4999 Euro  |
|   |   | <input type="checkbox"/> 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,  
 ja, aber seltener als 1x pro Woche im Durchschnitt an \_\_\_\_\_ Tagen 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 momentan 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!**

### 12.2. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, am 26.07.2014

Monika Szelag

## 12.3. Curriculum Vitae

### ANGABEN ZUR PERSON

Monika Szelag

Bahnhofstraße 5 / Top 6, 1140 Wien

[monika.szelag@gmx.at](mailto:monika.szelag@gmx.at)

**Geschlecht** weiblich | **Geburtsdatum** 24. Dezember 1986 | **Staatsangehörigkeit** Österreich

**Persönliche Interessen** Photographie, Yoga, Reisen, Lesen

### BERUFSERFAHRUNG

01. 01. 2006 - 01. 01. 2008

**Projektmitarbeit: Dateneingabe und Statistikauswertung**  
EUCUSA Gesellschaft für Mitarbeiter- und Kundenorientierung.

01. 03. 2009 - 01. 05. 2009

**Praktikum bei der Hotline für Essstörungen**  
Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH

01. 06. 2011 - 01. 10. 2011

**Übersetzungstätigkeit**  
Fachgesellschaft für Brainspotting Austria

01. 07. 2011 - 01. 09. 2011

**Projektmitarbeit: Konfigurierung von psychologischen Tests, Bearbeitung der Manuale**  
Firma Schuhfried GmbH

01. 09. 2012 - 01. 12. 2012

**Praktikum in der Praxis für Psychologie, Medizin und Gesundheitsförderung**  
Dr. Schmid & Dr. Schmid

### AUSBILDUNG

**AHS Matura**

Bundesgymnasium Wien 13, Fichtnergasse 15

**Diplomstudium Psychologie**

Universität Wien

**Psychotherapeutisches Propädeutikum**

Universität Wien