

Aus dem Zentrum für Psychiatrie und Psychotraumatologie
des Bundeswehrkrankenhauses Berlin

DISSERTATION

Wertetypen bei Einsatzsoldaten –
Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit und Resilienz

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Susanne Barbara Firnkes

aus München

Datum der Promotion: 30.05.2015

Inhaltsverzeichnis

ABSTRAKT	4
ABSTRACT	5
1 EINFÜHRUNG	6
1.1 Traumatische Ereignisse bei Auslandseinsätzen der Bundeswehr	7
1.2 Reaktionen nach traumatischen Erlebnissen	8
1.3 Werte bei der Bundeswehr – die innere Dimension.....	10
1.4 Wertevorstellungen bei Soldaten	12
1.5 Umgang mit Werten in der Bundeswehr	14
2 WERTE – WERTEBEGRIFF - WERTEFORSCHUNG	15
2.1 Wertedefinition nach Clyde Kluckhohn	16
2.2 Wertedefinition nach Milton Rokeach	16
2.3 Wertedefinition nach Shalom Schwartz.....	19
3 RESILIENZ	23
3.1 Resilienzforschung	23
3.1.1 Wortbedeutung.....	23
3.1.2 Definition	23
3.1.3 Resilienzforschung	24
3.1.4 Anwendung von Resilienz	25
3.2 Salutogenese	26
3.2.1 Salutogenese nach Aaron Antonovsky.....	26
3.2.2 Das Kohärenzgefühl – Sense of Coherence (SOC)	26

4	FRAGESTELLUNG	28
5	METHODIK	29
5.1	Stichproben	29
5.2	Ablauf	30
5.2.1	Gruppe mit Therapie	30
5.2.2	Gruppe ohne Therapie	30
5.2.3	Datenerhebung	32
5.3	Untersuchungsinstrumente	32
5.3.1	Portrait Values Questionnaire (PVQ)	32
5.3.2	Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)	33
5.3.3	Resilienzskala (RS-11)	34
5.3.4	Patient Health Questionnaire (PHQ)	35
5.4	Statistik	36
5.4.1	Vorbemerkung	36
5.4.2	Hauptauswertung	36
5.4.3	Einfluss von Alter und Geschlecht	37
6	ERGEBNISSE	39
6.1	Wertetypen in der behandelten und unbehandelten Gruppe	39
6.1.1	Ausprägung von Wertetypen als Prädiktor für die Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS	41
6.1.2	Wertetypen als Prädiktoren für den Schweregrad einer PTBS	43
6.1.3	Wertetypen als Prädiktoren für den Schweregrad von Depressivität, somatoformen und stressbezogenen Symptomen	44
6.1.4	Wertetypen als Prädiktoren für die Ausprägung der Resilienz	46
6.1.5	Auswertung Wertetypen	47
6.2	Resilienz	48
6.2.1	Berücksichtigung der Resilienz	48
6.2.2	Einfluss der Resilienz auf die Wertetypen	49

6.2.3	Resilienz als zusätzlicher Prädiktor für eine PTBS.....	50
6.2.4	Resilienz als zusätzlicher Prädiktor für den Schweregrad einer PTBS.....	51
6.2.5	Resilienz als zusätzlicher Prädiktor für den Schweregrad von Depressivität, somatoformen und stressbezogenen Symptomen.....	52
6.2.6	Auswertung Resilienz.....	54
7	DISKUSSION	55
7.1	Limitationen	61
7.2	Ausblick.....	62
7.2.1	Erfassung von Wertetypen.....	62
7.2.2	Umgang mit Wertetypen im militärischen Kontext.....	63
7.2.3	Schlussbemerkung.....	64
8	ZUSAMMENFASSUNG	65
9	LITERATUR	67
10	ANHANG	76
10.1	Anhangsverzeichnis	76
10.2	Tabellenverzeichnis.....	77
10.3	Fragebogenverzeichnis.....	78
	LEBENS LAUF	93
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	94
	DANKSAGUNG	95

Abstrakt

Einleitung: Soldaten haben nach Auslandseinsätzen ein erhöhtes Risiko posttraumatische, psychische Störungen zu entwickeln. Traumabedingte Gefühle wie Schuld oder Scham können die Symptomschwere sowie den Erkrankungsverlauf beeinflussen. Der Einfluss von individuellen Wertesystemen im militärischen Kontext ist im Detail bislang jedoch noch nicht untersucht.

Methode: 117 Soldaten der Bundeswehr mit vor kurzem erfolgtem Auslandseinsatz in Afghanistan, von denen sich 40 Soldaten in psychiatrischer Behandlung befanden und 77 Soldaten nicht behandlungsbedürftig waren, füllten den Portrait Values Questionnaire (PVQ) nach Schwartz, die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), den Patient Health Questionnaire (PHQ) sowie die Resilienzskala 11 (RS-11) aus.

Ergebnisse: Die logistische Regression zeigte, dass die Wertetypen Hedonismus (-), Benevolenz (+), Tradition (+) und Universalismus (+) einen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit einer PTBS, den Schweregrad posttraumatischer, depressiver, somatoformer und allgemeiner Stress-Symptome sowie auf die Verteilung in der Behandlungs- bzw. Nichtbehandlungsgruppe hatten. Die Effekte wurden partiell von den Skalenwerten der Resilienzauswertung (RS-11) vermittelt.

Diskussion: Wertetypen scheinen mit einer psychischen Symptomausprägung bei Soldaten nach Auslandseinsätzen in Verbindung zu stehen. Die Ergebnisse können zur Weiterentwicklung sowohl präventiver als auch therapeutischer Settings beitragen und sind ggf. auch auf andere Einsatzkräfte (z.B. Feuerwehr oder Polizei) übertragbar.

Abstract

Introduction: After military deployment, soldiers are at an increased risk of developing posttraumatic psychiatric disorders. Trauma-related feelings of guilt or shame can influence the severity of symptoms and the course of the disorder. The influence of personal values in detail has not yet been examined within a military context, though.

Method: 117 German Armed Forces soldiers with recent deployment to Afghanistan (N= 40 undergoing psychiatric treatment, N= 77 untreated) filled in Schwartz's Portrait Values Questionnaire (PVQ), the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), the Patient Health Questionnaire (PHQ) and the 11-item version of the Resilience Scale (RS-11).

Results: Logistic regression showed that the value types hedonism (-), benevolence (+), tradition (+) and universalism (+) had a significant influence on the prevalence of PTSD, the severity of posttraumatic, depressive, somatoform and general stress symptoms as well as the distribution to the treatment or non-treatment group. The effects were partially mediated by the RS-11 sum scale values.

Discussion: Value types seem to be associated with psychiatric symptomatology in soldiers after deployment. The results can contribute to the further development of both preventive and therapeutic settings and may also be applicable to other operational forces (e.g. fire-fighters or policemen).

1 Einführung

Über Jahrzehnte hinweg war das Militär in Deutschland tief im Bewusstsein von Öffentlichkeit und Gesellschaft verankert.

Durch das Aussetzen der allgemeinen Wehrpflicht im Jahr 2011, die als gemeinschaftliche Erfahrung institutionalisiert war, und der durch den Verteidigungsminister eingeleiteten Bundeswehrreform gerät das Militär immer mehr aus dem Blickwinkel der Öffentlichkeit.

Verkleinerung und Professionalisierung hin zu einer Berufsarmee bergen die Gefahr der Entfremdung bzw. Abkapselung von Gesellschaft und Militär. Insbesondere am Beispiel Afghanistans wird die Diskrepanz eindrucksvoll sichtbar. Einerseits entsendet die gewählte Regierung - somit Bürger unserer Gesellschaft - das Militär in den ISAF-Einsatz mit dem Auftrag, ein sicheres Umfeld für den Aufbau des Landes zu gewährleisten, um letztlich die Machtergreifung der Taliban zu verhindern, andererseits jedoch verfolgt die deutsche Bevölkerung diesen Einsatz mit verhaltenem Interesse bzw. steht ihm eher negativ gegenüber. In diesem Spannungsfeld befinden sich die Soldaten, wenn sie im Auftrag der Politik für Wertevorstellungen, Ordnung und Frieden im Sinne unserer westlichen Kultur ihren Dienst versehen und ihr Leben riskieren. In solchem Zusammenhang scheint es nicht verwunderlich, dass zum Auftrag und der Einsatzstellung des Militärs in den letzten zehn Jahren aufgrund der unterschiedlichen und vielschichtigen Sichtweisen der Gesellschaft – „unsere Sicherheit wird nicht nur, aber auch am Hindukusch verteidigt“ [Struck 11.03.2004] und „Nichts ist gut in Afghanistan“ [Käßmann 02.01.2010] – vermehrt die Thematik „Einsatz in Afghanistan – Wofür riskieren deutschen Soldaten Ihr Leben“ [Hanns-Lilje-Forum, Hannover 2013] in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Für die Soldaten bedeutet dies eine persönliche, kritische Auseinandersetzung mit einer veränderten Auftragslage und einem Wissen, dass – so predigte die ehemalige Bischöfin Margot Käßmann – „Soldaten nun einmal Waffen besitzen und eben auch Zivilisten getötet werden“ [Käßmann 02.01.2010].

Aus „Staatsbürgern in Uniform“ sind heute Soldatinnen und Soldaten geworden, die bei ihren Einsätzen in Krisen- und Kriegsgebieten Kampfhandlungen „hautnah“ erleben und in Realität gezwungen sind „etwas zu tun, was westliche Gesellschaften mehrheitlich ablehnen: Sie wenden ... Gewalt an, weil es zum Beruf des Soldaten gehört, dieses äußerste Mittel autorisierter und rechtmäßiger (Gegen-) Gewalt anzuwenden. Verändert hat sich nur die Legitimierung der Gewalt, deren Anwendung in Angriffskriegen unter Verfassungsverbot steht, die aber in Selbstverteidigung oder auf der Grundlage eines internationalen Mandates erlaubt ist.“ [Naumann, 02.08.2013].

1.1 Traumatische Ereignisse bei Auslandseinsätzen der Bundeswehr

Seit Anfang der 90er Jahre schickt Deutschland Soldaten zu Einsätzen ins Ausland, beginnend 1992/1993 mit einem UN-Einsatz in Kambodscha, seit 2001 in Afghanistan unter derzeit geplanter Reduzierung der Truppenstärke auf ein noch nicht festgelegtes Minimum bis Ende 2014. Die Bundeswehr hat in den mehr als 30 Jahren in vielen Teilen der Welt ihren Dienst geleistet - „sie hat geholfen, geschützt und gekämpft und sie kämpft noch immer in Afghanistan“ [Naumann, 02.08.2013].

Die massive physische und psychische Belastung in den Kampfeinsätzen hat zur Folge, dass Soldaten nach ihrer Rückkehr in zunehmendem Maße unter psychischen Störungen leiden und sich deshalb in stetig steigender Anzahl aufgrund einer einsatzbedingten psychischen Symptomatik in die Behandlung der Bundeswehrkrankenhäuser begeben [Zimmermann 2009].

Eine Studie zu „Traumatische Ereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei im Ausland eingesetzten Soldaten“ [Wittchen, Schönfeld 2012] kommt zu folgenden Ergebnissen: „Auslandseinsätze sind mit häufigen traumatisch erlebten Ereignissen und einem 2- bis 4- fach erhöhten PTBS-Risiko verbunden. Nach der Rückkehr vom Einsatz erkranken circa 300 je 10 000 Soldaten pro Jahr; (...). Jeder zweite PTBS-Fall bleibt unerkannt und unbehandelt (**Dunkelziffer: 45%**). Darüber hinaus ist ein mehrfach höheres Risiko für einsatzbedingte andere Formen psychischer Störungen hervorzuheben“ [Wittchen, Schönfeld 2012, S.559].

1.2 Reaktionen nach traumatischen Erlebnissen

Als Reaktionen auf schwere Belastungen zählen nach ICD-10 die akute Belastungsreaktion, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen und nicht näher bezeichnete Störungen auf schwere Belastungen. Gemeinsamkeit dieser Reaktionen ist der innere Zusammenhang zwischen auslösendem Ereignis in Form einer schweren Belastung oder eines Traumas und einer zeitlich unterschiedlich einsetzenden Symptomatik. Als Auslöser für Folgestörungen nach erlebtem Trauma als Betroffener oder Außenstehender gelten „Ereignisse (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, (...), gewalttätigem Angriff, (...), Kriegereignis, Folter, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle, (...))“ [DeGPT S2-Leitlinien, S. 2].

Die am häufigsten gestellte einsatzbezogene Diagnose in den Bundeswehrkrankenhäusern ist die **PTBS** [Zimmermann 2009, Kowalski 2012]. Eine Querschnittuntersuchung zur Häufigkeit einsatzbedingter PTBS hat für Einsatzsoldaten aus Afghanistan eine 12-Monats-Prävalenz von **2,9%** ergeben [Kowalski 2012]. Im Vergleich dazu liegt die Wahrscheinlichkeit für die deutsche Bevölkerung im Laufe eines Lebens eine PTBS zu erleiden bei **1,5 – 2%**.

Für eine PTBS ist die Symptomtrias aus Wiedererleben (Intrusion), Vermeidung und erhöhtem Erregungsniveau (Hyperarousal) sowie in Abgrenzung zu einer akuten Belastungsreaktion eine vorhandene Latenzzeit von mindestens 4 Wochen kennzeichnend [Eisenlohr, Zimmermann 2011].

Die PTBS ist eine behandelbare Erkrankung, deren Prognose aber von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängt, unter anderem den Begleiterkrankungen (Komorbidität) [Zimmermann 2007]. Veränderungen im Werte- und Normensystem der Traumatisierten werden als solche Begleiterkrankung diskutiert [Litz 2009, Siegel 2010], allerdings sind diese nicht als eigenständige diagnostische Entität in der ICD-10 oder dem DSM-IV enthalten.

Im militärischen Kontext findet sich diese symptomatologische Dimension insbesondere bei Soldaten, die aktiv in Kampf- oder Tötungshandlungen verwickelt oder Zeuge/Täter bei der Verübung von Kriegsverbrechen gewesen sind.

Im Vordergrund stehen dann das Gefühl persönlicher Schuld und Scham, die die Symptomschwere einsatzbedingter psychischer Erkrankungen negativ beeinflussen, Chronifizierungen begünstigen und den therapeutischen Zugang erschweren können [Litz 2009].

Im Einklang mit diesen Beobachtungen wurden auch in zivilen Studien Zusammenhänge zwischen der Schwere posttraumatischer Symptombildung und persönlichen Wertetypen bei Opfern von Kriminalität oder in Krisensituationen festgestellt, die allerdings interkulturelle Unterschiede aufwiesen [Maercker 2009, Müller 2011].

1.3 Werte bei der Bundeswehr – die innere Dimension

„Das Jahr 2013 markiert die Halbzeit des größten Reformprozesses der Bundeswehr in ihrer fast 60-jährigen Geschichte“ [Müller-Seedorf 2013, S. 1]; nach der Bundestagswahl 2009 durch den damaligen Verteidigungsminister zu Guttenberg auf den Weg gebracht, soll – nach jetziger Planung – die Strukturreform bis 2017 weitgehend abgeschlossen sein.

In der Mitte dieser Zeitspanne wurde unter dem Datum vom 01. Juli 2013 durch den Verteidigungsminister de Maizière der Erlass „Konzeption der Bundeswehr“ veröffentlicht, wozu es in einem Artikel heißt: „Die Konzeption der Bundeswehr (KdB) dient einem gemeinsamen, einheitlichen Verständnis aller Angehörigen der Bundeswehr über die zukünftige Ausrichtung der Streitkräfte. Sie gibt den Rahmen vor, in dem sich die Gesamtorganisation Bundeswehr weiterentwickeln und als lernende Organisation fortlaufend an sich verändernde Bedingungen und Herausforderungen anpassen kann“ [Bundeswehr.de 10.07.2013].

Mit dem Blick auf die Bedeutung von „Werten“ ist in der KdB das Kapitel Selbstverständnis maßgebend. Den Werten selbst wird an dieser Stelle folgendermaßen Ausdruck verliehen:

„Innere Führung ist die Führungsphilosophie der Bundeswehr. Sie gewährleistet die Verwirklichung der Werte und Normen unseres Grundgesetzes in der Bundeswehr. Sie wirkt im Spannungsfeld zwischen den soldatischen Prinzipien von Befehl und Gehorsam und den persönlichen und demokratischen Freiheitsrechten, das auch dem Konzept „Staatsbürger in Uniform“ zu Grunde liegt. (...) Die Prinzipien der Inneren Führung wirken dabei sinnstiftend und stärken die Moral unserer Soldaten und Soldatinnen“ [De Maizière 2013, S. 22].

Der Begriff der Inneren Führung als Führungsphilosophie der Bundeswehr ist Kernpunkt der KdB. Aus dieser Mitte heraus sind sowohl die Praxis des einzelnen Soldaten in seinem Handeln als auch die Theorie einer Neuausrichtung der Bundeswehr zu bewerten. Unverzichtbar ist es daher, den gesamten Wertekomplex der Inneren Führung mit Leben zu füllen.

Wie die Konzeption in den nächsten Jahren weitergeschrieben wird und wie darin die Werte als Teil der Inneren Führung zum Tragen kommen, darauf können die Schlussgedanken aus „Soldat sein heute – Leitgedanken zur Neuausrichtung der Bundeswehr“ verweisen.

„Wenn gesellschaftliche Veränderungen, der Wechsel zur Freiwilligenarmee und die Erfahrungen aus den Einsätzen auf die Bundeswehr einwirken, so erwachsen daraus naturgemäß Bewährungsproben in der Neuausrichtung der Bundeswehr. Diese muss eben auch gewährleisten, dass die geistige und sittliche Verfassung sowie das innere Gefüge der Truppe unter den veränderten Bedingungen in Takt bleiben“ [Wieker 2012, S. 15 – 16].

„Die Leitgedanken folgen diesem Anspruch und weisen die Richtung, in die wir die Neuausrichtung um ihre innere Dimension ergänzen wollen“ [Wieker 2012, S. 16].

1.4 Wertevorstellungen bei Soldaten

Präambel: Berufliches Selbstverständnis

„Die militärische Auftragserfüllung ist Anspruch und Ziel soldatischen Handelns. Die Erfüllung militärischer Aufträge in ihrer ganzen Vielfalt und Besonderheit bedarf soldatischer Tugenden wie Tapferkeit, Kameradschaft und Fürsorge, Disziplin und moralische Urteilsfähigkeit“ [Wieker 2012, S. 11].

„Dies erfordert authentische Persönlichkeiten, deren gefestigter Charakter (...) auf klaren Wertvorstellungen gründet und sich in ihrer Lebensführung widerspiegelt“ [Wieker 2012, S. 12].

Wertvorstellungen prägen das persönliche Leben im privaten wie auch beruflichen Sinne und den daraus resultierenden Umgang mit dem jeweiligen Umfeld; sie drücken somit auch einen großen Teil der eigenen Identität aus.

„Während vom Soldaten und gleichermaßen von der Soldatin erwartet wird, dass Werte wie: Verantwortung, Gewissenhaftigkeit, Selbstlosigkeit, Disziplin, Pflichtbewusstsein, Kameradschaft, Gehorsam, Treue, Mut sowie Tapferkeit eine nach wie vor Haltung und Einstellung bestimmende Verbindlichkeit besitzen, wird gegenwärtig für den gesellschaftlichen Wandel in den Werthaltungen als kennzeichnend angesehen, dass „Selbstentfaltungswerte (wie Autonomie, Partizipation, Individualismus, Emanzipation) an Bedeutung“ gewinnen“ [Walther 2011, S. 23].

Für die Berufsgruppe der Soldaten, die wie keine andere Berufssparte einem hohen Risiko für Gefahren an Leib und Leben ausgesetzt ist, bedeutet dies, die individuelle Wertevorstellung mit dem Berufsbild des Soldaten, bei dem der Einsatz für Frieden und Gerechtigkeit in enger Beziehung zum Einsatz des eigenen Lebens steht, in Einklang zu bringen [Siegel 2010].

Diese Verknüpfung der individuellen mit der soldatischen/militärischen Wertorientierung ist an ein ständiges Sichauseinandersetzen mit dem Thema „Werte“ gekoppelt und von daher notwendige Voraussetzung für die Identifikation mit dem Beruf des Soldaten.

Bedingt durch die Einsatzgestaltung mit dem Schwerpunkt friedensstabilisierender Maßnahmen, Multinationalität, längerer Stehzeit im Einsatzland und vermehrter Einsatzhäufigkeit haben sich nicht nur die Anforderungen an den Soldatenberuf deutlich geändert, sondern auch die Aspekte ethischen Handelns in diesem Beruf.

„ Die Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr entstammen im Allgemeinen einem Kulturkreis, der geprägt ist durch ein christliches Menschen- und Weltbild. Darauf aufbauend entwickelten sich im Zuge der abendländischen Aufklärung moralische Vorstellungen von Menschenwürde, grundlegenden Menschenrechten und der prinzipiellen Unantastbarkeit menschlichen Lebens. Im Gegensatz dazu steht die potentielle Notwendigkeit des Soldatenberufes, die Zerstörung von Objekten oder das Töten von Menschen als unabdingbare Voraussetzung für den Einsatzerfolg hinzunehmen bzw. aktiv durchzuführen“ [Siegel, Ungerer, Zimmermann 2011, S.215]. So kann es im Einsatz für den betroffenen Soldaten zu einer inneren Konfliktsituation kommen, die im Einzelfall nicht lösbar ist und aufgrund dieses Gewissenskonfliktes mit der eigenen Vorstellung von Moral und Werten möglicherweise zu einer psychischen Symptomatik führt.

1.5 Umgang mit Werten in der Bundeswehr

Bei der Verarbeitung einsatzassoziierter Erlebnisse, die zu einer Traumatisierung geführt haben, nimmt der interdisziplinäre Ansatz aus Medizin, Psychologie und Seelsorge zur Behandlung dieser Soldaten einen wichtigen Stellenwert ein, um neben der Versorgung der körperlichen Verwundungen/Verletzungen über den psychologischen und seelsorgerischen Weg einen Zugang zum eigenen Rollenverständnis und der Sinnfrage zu finden. Vor allem ist der Situation der eigenen Hilflosigkeit und des Unverständnisses über die nicht mehr vorhandene Gültigkeit von Werten und Ansichten Rechnung zu tragen, da speziell für die Soldaten die eigene Existenz fragwürdig erscheint und die fest verankerten Werte ins Schwanken geraten [Langer, Siegel 2010].

In dem Erfahrungsbericht „Besonderheiten der Traumapsychotherapie von Soldaten und Kriegsveteranen“ des Max-Planck-Institutes im Jahr 2010 wird ebenfalls herausgestellt: „dass während des Krieges bzw. Militäreinsatzes andere Wertvorstellungen und gesetzliche Grundlagen gelten als außerhalb des Krieges“ [Schmidt, Gall-Kleebach 2010, S. 319]. Die Bundeswehr hat hier im Gegensatz zur Therapie von Zivilpersonen diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Eine weitere Herausforderung stellt die Tatsache dar, „dass sich viele durch militärische Kampfhandlungen Traumatisierte nicht nur als Opfer, sondern auch bzw. teilweise ausschließlich als Täter fühlen, obwohl die meisten von ihnen den übergeordneten Sinn ihres Kampfeinsatzes *per se* erkennen können“ [Schmidt, Gall-Kleebach 2010, S. 319]. Diese Aussagen machen deutlich, warum es grundsätzlich notwendig ist, dass traumatisierte Soldaten nach ihren Einsätzen vorrangig einer Behandlungsmöglichkeit in Bundeswehreinrichtungen zugeführt werden.

In den Einrichtungen finden in jüngster Zeit Sichtweisen von Werteveränderungen nach „Kampfeinsatz“ sowie das Thema „Schuld und Scham“ Eingang in die psychotherapeutische Konzeption. Nach klinischen Erfahrungen scheint ein homogen aus Einsatzteilnehmern zusammengesetztes psychotherapeutisches Gruppensetting ein geeigneter therapeutischer Rahmen für die Thematisierung dieser schwierigen Materie zu sein, da insbesondere Gruppenkohärenzen die Verbalisation und das Aushalten der assoziierten Affekte erleichtern [Alliger-Horn 2010].

2 Werte – Wertebegriff - Werteforschung

In der Literatur findet sich, wenn der Begriff „Wert“ dargestellt wird, eine verwirrende und schier unüberschaubare Vielzahl von Definitionen, formuliert von Theologen und Philosophen, eingebunden in die jeweilige Sprache und Zeit.

Von der Antike bis in die jüngste Vergangenheit besaß der Begriff „Wert“ den Charakter des Absoluten. Werte waren „ das Richtige schlechthin; sie waren somit auch die scheinbar unverrückbar feststehenden, immer und ewig geltenden, normativ verbindlichen, gegebenenfalls auch geheiligten Bezugspunkte der Moral“ [Klages 2008, S. 12].

Erst jedoch, als aufgrund der Folgewirkungen des Zweiten Weltkrieges sich auch durch die Forschung von Anthropologie, Soziologie und Psychologie die Wertediskussion dahingehend veränderte, dass ein Wert nicht mehr gleichgesetzt wurde mit unveränderlicher, absoluter Größe, sondern in Relation stand zur jeweiligen Gesellschaft, Zeit und Kultur – im wahrsten Wortsinn *relativ* wurde - konnten sich neue Wertbegriffe und damit verbunden die Werteforschung entwickeln und etablieren. Helmut Klages, Werteforscher in Deutschland, beschreibt die Voraussetzungen für den langwierigen Weg der Werteforschung folgendermaßen: „Der nötige Entwicklungsspielraum stellte sich erst ein, als die Relativität der Werte, ihre Unterschiedlichkeit in verschiedenen Kulturen und ihre mögliche Verschiedenartigkeit und Variabilität innerhalb der Kulturen selbst reflexionsfähig wurden. Erst jetzt konnte es zu der berühmten (...) Formulierung von Clyde Kluckhohn aus den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts kommen“ [Klages 2008, S. 12 - 13].

2.1 Wertedefinition nach Clyde Kluckhohn

Zum allgemeinen Verständnis des Wertebegriffes in den Human-, Sozialwissenschaften und der Politik ist die Definition von Clyde Kluckhohn klassisch geworden.

„ A value is a conception, explicit or implicit, distinctive of an individual or characteristic of a group, of the desirable, which influences the selection from available modes, means and ends of action“ [Kluckhohn 1951, S. 395].

„Ein Wert ist eine Auffassung vom Wünschenswerten, die explizit oder implizit sowie für ein Individuum oder für eine Gruppe kennzeichnend ist und welche die Auswahl der zugänglichen Weisen, Mittel und Ziele des Handelns beeinflusst“ [Schumann 2012, S. 127].

Nach Kluckhohns Definition sind demnach Werte eine Vorstellung von Begehrens- und Erstrebenswerten für den Einzelnen wie für ein Kollektiv; sie bieten Orientierungen, die Handlungen bzw. Handlungsziele beeinflussen oder dazu anleiten. Daraus lässt sich ableiten, dass Werte als Grundlage und Ausgangspunkt dem Verhalten und dem Umgang miteinander dienen. Dabei gelten Werte als tief im Menschen verankert und zeitlich stabil.

2.2 Wertedefinition nach Milton Rokeach

Im Hinblick auf den für die vorliegende Untersuchung wesentlichen Wertebegriff von Schwartz wird diesem der Ansatz von Rokeach vorangestellt, dessen Wertekonzept und Werteforschung in das Wertesystem von Schwartz Eingang fanden.

Des Weiteren wären der Vollständigkeit halber Forschungsansätze von Abraham Maslow, Ronald F. Inghart, Helmut Klages zu erwähnen, die aber für diese Untersuchung von nachgeordneter Bedeutung sind.

In seinem grundlegenden Werk: „The nature of Human Value“ (1973) definierte Rokeach den Wert (value) wie folgt [Rokeach 1973, S. 5]:

„A value is an enduring belief that a specific mode of conduct or end-state of existence is personally or socially preferable to an opposite or converse mode of conduct or end-state of existence“.

Seiner Wertedefinition legte Rokeach folgende Axiome zugrunde:

- Die Gesamtzahl der Werte eines Individuums ist relativ klein,
- Alle Menschen besitzen in unterschiedlichen Ausprägungen dieselben Werthaltungen, von denen aus ihre persönlichen Einstellungen und Meinungen bestimmt werden,
- Menschliche Werte sind in Kultur, Gesellschaft und der Persönlichkeit des Individuums begründet,
- Werte manifestieren sich in fast allen gesellschaftlichen Phänomenen [Schumann 2012, S. 128].

Von seinem theoretischen Wertemodell ausgehend, entwickelte Rokeach „nach Durchsicht der einschlägigen Literatur“ [Schumann 2012, S. 130] eine Reihung wichtiger Werte, die er in terminale und instrumentelle Werte unterschied.

Terminale Werte kennzeichnen die bevorzugten Zielzustände einer Person (Unterscheidung in personale bzw. soziale Werte). Instrumentelle Werte sind Vorstellungen wünschenswerter Verhaltensweisen, die dazu dienen, das Endziel zu erreichen.

Dem zugrunde gelegt entstand ein als Rokeach Value Survey (RVS) bekanntes Instrument zur Messung der genannten Werthaltungen in Form von Werteprioritäten – jeweils getrennt für „terminal values“ und „instrumental values“ [Schumann 2012, S. 130 – 131].

Wegen ihrer Bedeutung wird im Folgenden die Tabelle RVS wiedergegeben.

Endziele		Instrumentelle Ziele	
Englisch	Deutsch	Englisch	Deutsch
comfortable life	ein angenehmes Leben	ambitious	ehrgeizig
exciting life	ein aufregendes Leben	broadminded	tolerant
a sense of accomplishment	das Gefühl, etwas erreicht zu haben	capable	fähig
a world at peace	eine friedliche Welt	cheerful	munter
a world of beauty	eine schöne Welt	clean	sauber
equality	Gleichheit	courageous	mutig
family security	Sicherheit für die Familie	forgiving	nachsichtig
freedom	Freiheit	helpful	hilfreich
happiness	Glück	honest	ehrlich
inner harmony	Innere Harmonie	imaginative	phantasievoll
mature love	reife Liebe	independent	unabhängig
national security	staatliche Sicherheit	intellectual	intellektuell
pleasure	Genuß	logical	logisch
salvation (belief in God)	Erlösung (zum ewigen Leben)	loving	liebepoll
self-respect	Selbstachtung	obedient	gehorsam
social recognition	gesellschaftliche Anerkennung	polite	höflich
true friendship	wahre Freundschaft	responsible	verantwortlich
wisdom	Weisheit	self-controlled	beherrscht

Abbildung 1: Items des Rokeach Value Survey (RVS) [Asendorpf 1999]

2.3 Wertedefinition nach Shalom Schwartz

Neue Impulse erhielten diese Ansätze in Anlehnung an die Wertedefinition von Rokeach durch die Arbeiten von Schwartz und seiner „Theory of Basic Human Values“ [Schwartz 1992]. Er verstand Werte als:

„desirable transsituational goals, varying in importance, that serve as guiding principles in the life of a person or other social entity“

[Schumann 2012, S. 158 - 159].

Dabei definierte er zehn Wertetypen auf der Grundlage der aus diesen jeweils abzuleitenden motivationalen Ziele, die aber zueinander in Beziehung stehen. In diesen Zielen sah Schwartz drei sich widerspiegelnde Grundbedürfnisse der Menschheit mit Allgemeingültigkeitscharakter in Form von „biologischen Bedürfnissen (needs), die Erfordernisse (requisites) koordinierter sozialer Interaktion sowie die Bedürfnisse (needs) von Gruppen zu überleben und nach Wohlergehen“ [Schumann 2012, S. 159 - 160].

Seine 10 Wertetypen mit den dazugehörigen Zielen sind: „**Macht** (MA: sozialer Status und Prestige), **Leistung** (LE: persönlicher Erfolg), **Hedonismus** (HE: Vergnügen und sinnliche Belohnung), **Stimulation** (ST: Aufregung, Neuheit und Herausforderung im Leben), **Selbstbestimmung** (SB: unabhängiges Denken und Handeln), **Universalismus** (UN: Verständnis, Wertschätzung, Toleranz und Schutz des Wohlergehens aller Menschen und der Natur), **Benevolenz** (BE: Bewahrung und Erhöhung des Wohlergehens der Menschen), **Tradition** (TR: Respekt vor, Verbundenheit mit, Akzeptanz von Gebräuchen und Ideen), **Konformität** (KO: Beschränkung von Handlungen, inclinations und Impulsen, die andere beleidigen oder verletzen könnten oder gegen soziale Erwartungen und Normen verstoßen) und **Sicherheit** (SI: Sicherheit, Harmonie und Stabilität der Gesellschaft, von Beziehungen und des Selbst)“ [Schmidt et al. 2007, S. 262] (Abbildung 2).

Universalism	Understanding, appreciation, tolerance and protection for the welfare of other people
Benevolence	Perservation and enhancement of the welfare of people with whom one is in frequent personal contact
Conformity	Restraint of actions, inclinations, and impulses likely to upset or harm others and violate social expectations or norms
Tradition	Respect, commitment and acceptance of customs and ideas that traditional cultures or religion provide
Security	Safety, harmony and stability of society, relationships and the self
Power	Social status and prestige, control or dominance over people and resources
Achievement	Personal success through demonstrating competence according to social standards
Hedonism	Pleasure and sensuous gratification for oneself
Stimulation	Excitement, novelty and challenge in life
Self-Direction	Independent thought and action-choosing, creating, exploring

Abbildung 2: Definition der Wertetypen nach Schwartz [Schwartz 2001]

„Zusätzlich zu der Identifikation der zehn motivationalen Wertetypen beansprucht die Theorie auch, die Beziehungen zwischen den einzelnen Wertetypen erklären zu können“ [Schmidt et al. 2007, S. 262].

Wertetypen können in ihren Handlungsorientierungen übereinstimmen oder einander widersprechen.

Diese Überlegungen führten zu einer circumplexen Anordnung der Wertetypen im Sinne eines motivationalen Kontinuums [Hinz 2005] (Abbildung 3), bei der benachbarte Werte Ähnlichkeiten aufweisen und einander gegenüberliegende Werte eher gegenläufige Tendenzen kennzeichnen.

Schwartz nimmt eine Unterteilung in zwei Gruppierungen vor, die in der Darstellung des linken Halbkreises mit den Wertetypen Macht, Leistung, Hedonismus, Stimulation und Selbstbestimmung die Interessen eines Einzelnen, im Gegensatz zum rechten Halbkreis mit den Wertetypen Universalismus; Benevolenz, Konformität, Tradition und Sicherheit die Aspekte eines kollektiven Bewusstseins aufzeigen [Schumann 2012].

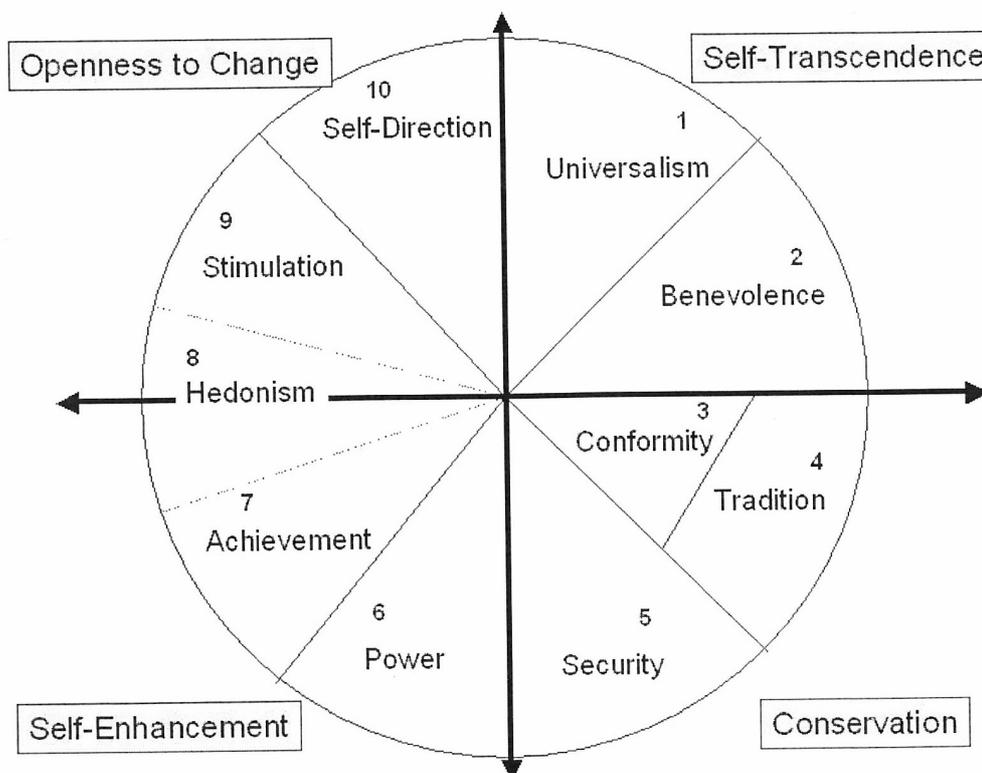


Abbildung 3: Theoretical model of structure of relations among 10 value constructs [Schwartz 2001]

In mehr als 200 Studien in 60 Ländern haben sich diese 10 Wertetypen und ihre circumplexe Struktur im Wesentlichen bestätigen lassen [Schwartz 2001]. Die Überschneidungen benachbarter Werte führten allerdings dazu, dass in konfirmatorischen Faktorenanalysen zum Teil die Zahl abgrenzbarer Typen reduziert werden musste [Schmidt 2007]. Zudem gab es verschiedene Ansätze, in denen Gruppen einzelner Werte zusammengefasst wurden. Schwartz nahm bereits Gruppierungen zu vier Wertetypen zweiter Ordnung vor (Abbildung 3): **Offenheit für Wandel, Selbsterhöhung, Bewahrung** und **Selbstüberwindung** [Schwartz 2003]. Maercker schlug eine Aufteilung in „traditionelle“ und „moderne“ Werte vor und fand für beide Gruppen eine diskriminative Validität bzgl. der Symptomschwere der Posttraumatischen Belastungsstörung [Maercker 2009, Müller 2011].

Bei der Entstehung individuell unterschiedlicher Wertebildungen wurden u.a. genetische, aber auch Umweltfaktoren gefunden [Schermer 2008]. Ein mögliches Bindeglied zwischen Werten und psychiatrischer Symptombildung könnte die von Werten beeinflusste Wahrnehmung und Verfügbarkeit sozialer Unterstützung bzw. Anerkennung, aber auch die Fähigkeit bzw. Bereitschaft zur Artikulation von Emotionen oder Symptomen sein, die auf vielfältige Krankheitsbilder Einfluss nimmt, beispielsweise auf Anpassungsstörungen, Trauerreaktionen und die Posttraumatische Belastungsstörung [Brewin 2000, Maercker 2009, Müller 2011].

3 Resilienz

Anschließend an die Wertekonzepte von Kluckhohn, Rokeach und Schwartz werden weiterführend die Modelle von Resilienz und Salutogenese vorgestellt. Beiden Themenbereichen ist gemeinsam, dass sie der Frage nachgehen, welche individuellen Ressourcen und Kompetenzen nötig sind, damit Personen trotz widriger Umstände und gravierender Belastung sich physisch und psychisch gesund entwickeln bzw. ein erfolgreiches, geglücktes Leben führen.

3.1 Resilienzforschung

3.1.1 Wortbedeutung

- resilire (lat.) = zurückspringen, abprallen,
- Resilience (engl.) bezeichnet in der Physik die Eigenschaft von Werkstoffen nach starken Verformungen wieder die Ausgangsform anzunehmen.

„Übertragen auf psychisches Geschehen verweist Resilienz auf Phänomene wie Widerstandsfähigkeit, psychische Robustheit und Spannkraft unter der Bedingung von Risiko, Bedrohung und ungünstigen Lebensumständen“ [Fooker 2013, S. 76 - 77].

3.1.2 Definition

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen [Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2011, S. 10].

Im Blickpunkt der Resilienzforschung steht daher nicht die Auflistung von Risikofaktoren oder die Suche nach Defiziten im psychosozialen Umfeld, sondern mit verändertem Blickwinkel die Suche nach protektiven Bedingungen und individuellen Ressourcen, die dem Kind oder dem Erwachsenen ein „lebenswertes“ Leben in der jeweilig konkreten Situation ermöglichen.

Zur Verdeutlichung dient das hier abgebildete Rahmenmodell Resilienz:

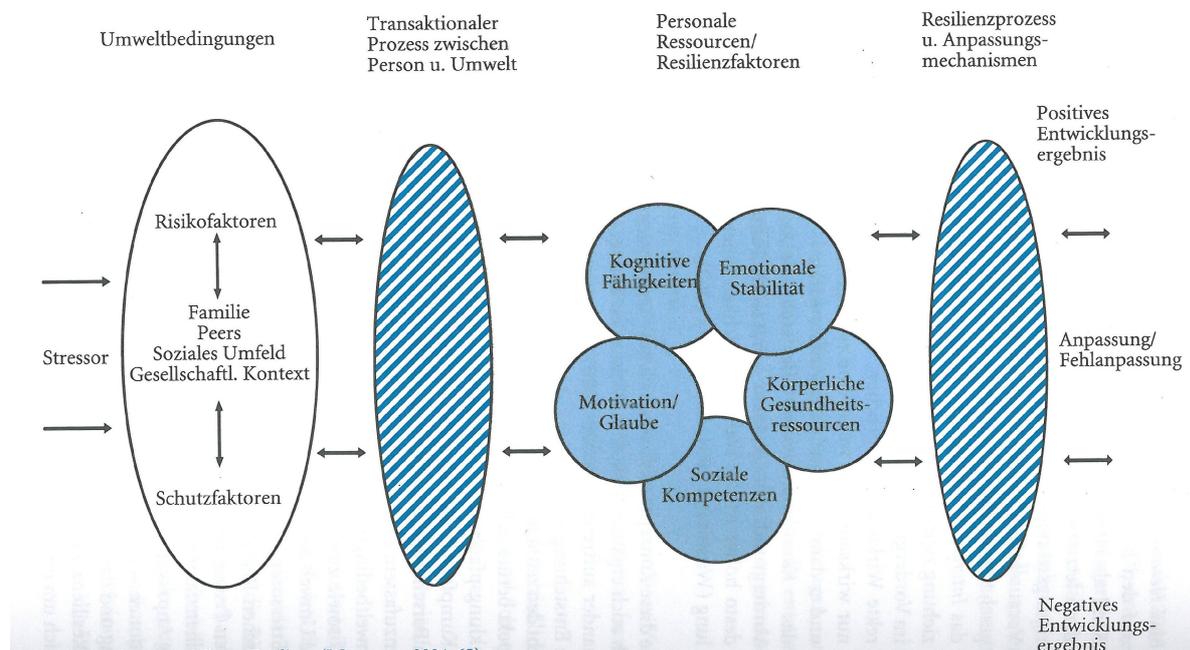


Abbildung 4: Rahmenmodell von Resilienz [Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse 2011]

3.1.3 Resilienzforschung

Resilienz wird deshalb nicht als eine allgemeingültige, statische Gegebenheit verstanden, sondern eher im Sinne einer situationsspezifischen Ausformung. „Da sehr viele Faktoren sowohl biologische – psychologische als auch psychosoziale eine Rolle spielen, ist Resilienz immer multidimensional zu betrachten“ [Fröhlich–Gildhoff, Rönna–Böse 2011, S. 11].

Diese Sicht auf Leben, das unter schwierigsten Bedingungen gelingt, zeigen Langzeitstudien, die seit Anfang der 80er Jahre vor allem mit dem Namen Emmy E. Werner und S. Smith und ihrer über 40-jährigen Kauai – Studie verbunden sind. Diese Studie (1955 – 1998) begleitete 698 Kinder, die 1955 auf der Insel Kauai (Hawaii) geboren worden sind, in regelmäßigen Abständen bis zu ihrem Alter von 43 Jahren. 30% der überlebenden Kinder hatten bei ihrer Geburt ein hohes Entwicklungsrisiko, wovon trotzdem 1/3 dieser Kinder sich zu „leistungsfähigen, zuversichtlichen und fürsorglichen Erwachsenen“ entwickelte [Opp, Fingerle 2008, S 21].

In dem Artikel „Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz“ nennt Emmy E. Werner schützende Faktoren oder Prozesse, die dem Kind oder Jugendlichen dazu verhelfen, sich trotz Risiko normal zu entwickeln. Dabei ist zu betonen, dass Resilienz immer als ein Zusammenspiel verschiedener produktiver Einflüsse ist [Opp, Fingerle 2008].

Zu diesen schützenden Faktoren zählen:

- Schützende Faktoren im Kind (lebensbegünstigende Eigenschaften),
- Schützende Faktoren in der Familie,
- Schützende Faktoren in der Gemeinde,
- Schützende Prozesse: Verbindungen zwischen protektiven Faktoren im Kind und seiner Umwelt,
- Die Balance zwischen Vulnerabilität und Resilienz.

3.1.4 Anwendung von Resilienz

Während sich die Resilienzforschung in den 80er Jahren hauptsächlich mit der Entwicklung von so genannten Risikokindern befasste, gewann in den folgenden Jahren unter dem Aspekt der Entwicklungspsychologie von Lebensspannen die Forschung mit Erwachsenen an Bedeutung.

„Forschungsgegenstand waren und sind jene Menschen, die schwierigste Lebenssituationen wie Gewalt, Tod nahe stehender Menschen oder schwere Erkrankungen ertragen, ohne Traumata zu erleiden. (...)

Vor allem die Forschungen um das Posttraumatische Belastungssyndrom (...) haben das Interesse an der Resilienz geweckt“ [Haring, Marksteiner 2008, S. 2].

Der Perspektivenwechsel in der Forschung von Pathogenese hin zu der Fragestellung nach dem, was die Person, das Kind oder den Erwachsenen widerstandsfähig macht und sie gesunden lässt, begründet aktuell das besondere Interesse an Resilienz und Salutogenese.

Dies kommt auch in meiner vorliegenden Arbeit durch die Auswertung der Resilienzskala zum Ausdruck.

3.2 Salutogenese

3.2.1 Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Ausschlaggebend für seinen wissenschaftlichen Weg wurde eine Untersuchung an Frauen über die Auswirkung ihrer Menopause. Die untersuchten Frauen (Jahrgänge von 1913 bis 1923) stammten aus Europa, ein Teil von ihnen waren Überlebende von KZ – Lagern. Die ehemaligen Inhaftierten zeigten in dieser Studie signifikant größere gesundheitliche Belastungen, doch 29% der ehemaligen Häftlinge waren bei relativ guter psychischer Gesundheit. Antonovsky bewegte eine ähnliche Fragestellung wie Emmy E. Werner, was diesen Frauen verhalf, trotz extremer Belastungen, gesund zu bleiben.

Ausgangspunkt seiner theoretischen und empirischen Forschung wurde ein Paradigmenwechsel von Krankheit zu Gesundheit. Während die pathogenetische Blickrichtung fokussiert ist auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheit, auf Defizite im Leben einer Person, beschreibt Antonovsky das Konzept der Salutogenese mit der Metapher eines Flusses als Bild vom Strom des Lebens.

Hier lautete seine Frage: Wie wird man, wo immer man sich im Fluss befindet, ein guter Schwimmer? [Bengel, Strittmacher, Willmann 2001].

In Antonovskys Vorstellung gibt es nicht den völlig gesunden bzw. nur kranken Menschen, sondern seine eigentliche Fragestellung bewegt sich im Bild eines Kontinuums zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit.

Für ihn ist das Entscheidende, wie weit der Mensch vom jeweiligen Endpunkt Gesundheit oder Krankheit entfernt ist.

3.2.2 Das Kohärenzgefühl – Sense of Coherence (SOC)

„Das psychologische Konstrukt des Kohärenzsinnns wurde im Zusammenhang mit der Psychotraumatologie von Antonovsky (1987) entwickelt. Es sollte die Fähigkeit erfassen, das Geschehene geistig einordnen, verstehen und ihm einen Sinn geben zu können“ [Maercker 2013, S. 39].

Durch Tiefeninterviews mit 51 Personen, die ein starkes Kohärenzgefühl aufwiesen, fand Antonovsky drei Dimensionen des SOC, die in der Gruppe mit schwachem SOC fehlten. Bei diesen drei Dimensionen handelt es sich um Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der eigenen Lebenssituation [Singer, Brähler 2007].

Gelebtes Zeugnis für solches Kohärenzgefühl ist das Buch „...trotzdem Ja zum Leben sagen – Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager“ von Viktor E. Frankl, in dem er durch sein eigenes Überleben in Konzentrationslagern die Thesen Antonovskys bestätigt.

4 Fragestellung

Was im Umgang mit Soldaten, die einen oder mehrere Auslandseinsätze absolviert haben, auffällt, ist die Tatsache, dass bei ein und demselben Erleben einer belastenden Situation die daraus resultierende Reaktionen differieren: vom ausgeprägten Befund einer PTBS, über eine kurzzeitig stressbezogene Symptomatik bis hin zur unbeschadeten Verarbeitung [Wittchen 2012].

Die Unterschiedlichkeit des Erlebens samt dessen Auswirkung führt zu der Frage, welche Lebenseinstellung dem einzelnen Soldaten dazu verhilft, mit traumatisierenden Erfahrungen umzugehen bzw. im Wiederfahren der gleichen Situation wenig bis keine Ressourcen mobilisieren zu können, um dieses Geschehen abzuwehren.

Aus diesen Überlegungen entwickelte sich die Idee zur vorliegenden Arbeit: Existenz und Qualität von **Wertvorstellungen** und Überzeugungen bei Soldaten nach Auslandseinsatz zu untersuchen, die im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen oder als Schutzfaktoren für die eigene **Resilienz** und Salutogenese dienen.

Bislang wurden Veränderungen von Wert- und Normensystemen, abgesehen von Schuld und Scham, im militärischen Kontext **noch nicht** empirisch untersucht, insbesondere nicht im Hinblick auf die Pathogenese **einsatzassoziierter psychischer Erkrankungen**, die in Verbindung mit aktuellen militärischen Szenarien stehen [Litz 2009].

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es,

1. **charakteristische Wertetypen** bei deutschen Bundeswehrsoldaten nach einem Auslandseinsatz in Afghanistan herauszuarbeiten,
2. **deren Einfluss auf Häufigkeit und Schweregrad einer PTBS**
3. ebenso auf **depressive, somatoforme** und allgemein **stressbezogene Symptomatik** zu analysieren,
4. die Bedeutung der **Resilienz** als Schutzfaktor vor psychischen Störungen zu bestätigen.

5 Methodik

5.1 Stichproben

In diese Untersuchung wurden insgesamt 117 Soldaten eingeschlossen.

Die eine Gruppe umfasste 40 Bundeswehrsoldaten, die sich wegen einer einsatzbedingten psychischen Erkrankung im Bundeswehrkrankenhaus Berlin Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie in ambulanter oder stationärer Behandlung befanden.

Bei 24 Soldaten wurde eine PTBS, bei 6 Soldaten eine Anpassungsstörung, bei 5 Soldaten eine depressive Episode, bei jeweils 1 Soldat ein Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol sowie schädlicher Gebrauch von psychotropen Substanzen und bei 3 Soldaten eine nicht näher definierte Erkrankung als Diagnose gestellt.

Dazu kamen 77 unbehandelte Soldaten aus Truppenteilen der 1. Panzerdivision, die im Rahmen ihres Einsatznachbereitungsseminars nach einem vier- bis sechsmonatigen Auslandseinsatz in Afghanistan befragt wurden.

Die Soldaten in der **Gruppe mit Therapie** waren im Mittelwert 31,7 Jahre alt.

4 Soldaten waren weiblich, 36 Soldaten männlich.

In der **Gruppe ohne Therapie** waren die Soldaten im Mittelwert 27,4 Jahre alt.

5 Soldaten waren weiblich, 72 Soldaten männlich.

	Mit Therapie	Ohne Therapie	Vergleich
Alter	31,7 (SD 8,8)	27,4 (SD 5,8)	t(115)=3,22 p=0,002
Geschlecht	m 36 (90%) w 4 (10%)	m 72 (93,5%) w 5 (6,5%)	chi ² =0,46 p=0,5
Diagnosen	F 43.1: n=24 F43.2: n=6 F 32: n=5 F10.2: n=1 F19.1: n=1 sonstige: n=3		

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppen mit und ohne Therapie

5.2 Ablauf

5.2.1 Gruppe mit Therapie

Für die Gruppe aus dem Bundeswehrkrankenhaus Berlin Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie kamen grundsätzlich nur Soldaten in Frage, bei denen eine einsatzbedingte psychische Erkrankung vorlag oder deren Diagnose im Verlauf der stationären Behandlung gestellt wurde. Als Ausschluss galt die Diagnose oder der Verdacht auf eine Psychose. Der Auslandseinsatz sollte in den letzten 12 Monaten in Afghanistan stattgefunden haben. Des Weiteren durfte aus ärztlicher Sicht nichts gegen die Befragung sprechen, was den Behandlungs- oder Genesungsprozess der Soldaten gefährdet hätte.

Waren diese Bedingungen erfüllt, fand durch den Stations-/Ambulanzarzt ein Informationsgespräch mit den Soldaten über die Befragung und der Bitte um Teilnahme statt. Die teilnehmenden Soldaten wurden durch die Stations- und Ambulanzpsychologen über den Ablauf der Befragung und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt und mussten dies schriftlich auf einer Einwilligungserklärung unterschreiben.

5.2.2 Gruppe ohne Therapie

Grundsätzlich konnten alle Soldaten aus Truppenteilen der 1. Panzerdivision an der Befragung teilnehmen, die sich als subjektiv gesunde Rückkehrer auf den Einsatznachbereitungsseminaren (ENS) nach vorausgegangenem Auslandseinsatz in Afghanistan befanden. Zu Beginn der Veranstaltung fand durch die Untersuchungsleiterin ein Kurzvortrag zur Vorstellung der Studie und der Aufforderung der Teilnahme statt. Es wurde darauf hingewiesen, dass keine aktuelle psychiatrische Behandlung vorliegen sollte. Zudem erfolgte die Aufklärung über die Freiwilligkeit der Teilnahme und über die Anonymität der Untersuchung.

Die in die Befragung eingewiesenen Moderatoren des ENS gaben den teilnehmenden Soldaten die Befragungsunterlagen aus, sammelten die ausgefüllten, verschlossenen Unterlagen wieder ein und leiteten diese zurück.

Während der Befragung hatten die Probanden jederzeit die Möglichkeit über eine telefonische Erreichbarkeit der Untersuchungsleiterin Rücksprache zu halten.

5.2.3 Datenerhebung

Die Untersuchungsteilnehmer beider Gruppen erhielten den Portrait Values Questionnaire (PVQ) [nach Schwartz 2001/2003], die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) [Foa 1997], die Resilienzskala 11 (RS-11) [Wagnild und Young 1993] sowie den Patient Health Questionnaire (PHQ) [Gräfe 2004]. Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht und bei den klinischen Patienten die Diagnose erfasst. Der zeitliche Aufwand der Befragung war für die Teilnehmer mit 30 Minuten angesetzt.

5.3 Untersuchungsinstrumente

5.3.1 Portrait Values Questionnaire (PVQ)

Der PVQ [Schwartz 2003] stellt als Messinstrument für seine „Theorie of Basic Human Values“ mit den von ihm postulierten 10 Wertetypen eine konzeptionell anders strukturierte Weiterentwicklung des Schwartz Value Survey (SVS) dar, dessen Anwendung auf dem Verständnis und der Bewertung von 56 Werten beruht, der aber eine komplexe und eher abstrakte Skalenstruktur und damit einen hohen intellektuellen Anspruch in der Anwendung aufweist [Schwartz 1994, Schwartz 1996].

Der PVQ misst in 40 deutschsprachigen Items die Ausprägung von zehn Wertetypen (Abb. 1), wobei 2-6 Items jeweils zu einem Typ gehören. In den Items werden in jeweils 2 Sätzen Kurzportraits einer fiktiven Person vorgegeben, die im Hinblick auf das Erleben oder Verhalten zu einem Wertetyp gehören. Im Vergleich zum SVS ist die Darstellung mit Kurzportraits weniger abstrakt und leichter verständlich. Die Quantität der Items variiert aufgrund der von Schwartz vorgegebenen Definition des Umfanges des jeweiligen Wertetyps [Schwartz 1992]. Somit wird Stimulation durch zwei, Hedonismus und Macht jeweils durch drei, Benevolenz, Konformität, Leistung und Tradition jeweils durch vier, Selbstbestimmung und Sicherheit jeweils durch fünf und Universalismus durch sechs Items abgebildet. In der Anordnung der 40 Items besteht keine Reihung. Der Abstand zweier Kurzportraits zum gleichen Wertetyp beträgt mindestens drei andersgeartete Kurzportraits [Schmidt 2007].

Durch die Darstellungsweise ist über eine Identifikation mit dieser fiktiven Person, mit deren Erwartungen und Zielen und der dadurch gegebenen indirekten Beurteilung eine hohe Aussagekraft über die individuellen Werte des Probanden gegeben.

Der Proband kann seine Übereinstimmung mit dieser Person auf einer Skala von 1 (sehr unähnlich) bis 6 (sehr ähnlich) angeben, wobei höhere Skalenwerte auf eine größere Übereinstimmung und damit auf einen höheren Stellenwert des Typus bei dem Untersuchten hinweisen. Aus den Antworten zu allen Portraits eines Wertetyps wird ein Mittelwert gebildet. In den Validierungsstudien [Schwartz 2001, Schwartz 2003] erreichte der PVQ ein Cronbachs alpha von .55 (Median der Einzelwerte). Die Test-Retest-Reliabilitäten lagen zwischen .66 und .88. Die Pearson´s Korrelation zwischen dem Schwartz Value Survey (SVS) und dem PVQ lag bei .95 ($p < .001$). In einer Multitrait-Multimethod-Analyse an 321 deutschen Studierenden konnte eine befriedigende konvergente und diskriminante Validität der 10 Wertetypen bestätigt werden [Schmidt 2007]. Die Beziehung der Wertetypen zu den Konstrukten Autoritarismus (Autoritarismus-Kurzskala) (Tradition .29, Konformität .54) und Umweltverhalten (Universalismus .22 bis .45) belegten eine hohe Konstruktvalidität des PVQ, da sich hypothesengeleitet signifikante Korrelationen mit passenden Wertetypen ergaben [Schmidt 2007]. Zudem zeigte sich eine gute differentielle Validität bzgl. Einflussfaktoren wie Geschlecht, Religiosität, Bildung und politische Überzeugungssystemen aufzuweisen [Devos 2002, Lindemann 2005]. Eine weitere Bedeutung hatte der PVQ in Form einer Kurzfassung mit 21 Items im Rahmen einer Untersuchung „European Social Survey“ in verschiedenen Nationen erlangt [Mohler 2005].

5.3.2 Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Die PDS wurde von Foa Anfang der 1990er Jahre entwickelt und ist sowohl zur Diagnosestellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (82% Übereinstimmung mit dem SCID-Interview für DSM) als auch zur Bestimmung des Schweregrades der Symptomatik als Gesamtscore sowie auch als Subscores für die Symptomcluster Intrusionen, Hyperarousal und Rückzugsverhalten geeignet.

Im Sinne eines Selbsteinschätzungsinstrumentes wird der PDS vom Probanden/Patienten ausgefüllt. Der Test wird jedoch im Vergleich zu einem klinischen Interview im Rahmen einer Diagnosestellung der PTBS vorsichtig gewertet. Mit einem Cronbach´s alpha von .92 sowie einer Test-Retest-Reliabilität von $\kappa=.74$ wurden in den Evaluationsstudien zufrieden stellende Testgütekriterien erreicht [Foa 1997].

5.3.3 Resilienzskala (RS-11)

Die Kurzform der Resilienzskala von Wagnild und Young [1993], bei der es sich um ein Instrument zur Messung der psychischen Widerstandsfähigkeit als protektives Persönlichkeitsmerkmal handelt, wurde 2004 ins Deutsche übertragen. Bis dahin lagen noch keine deutschsprachigen Instrumente zur direkten Messung von Resilienz vor.

In der Ursprungsfassung mit 25 Items wurden in zwei Subskalen die Bereiche „Persönliche Kompetenz“ (Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Beherrschung, Beweglichkeit, Ausdauer) sowie „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ (Anpassungsfähigkeit, Toleranz, flexible Sicht auf sich selbst und den eigenen Lebensweg) erfasst. Diese konnten in der deutschen Kurzfassung mit 11 Items in einem eindimensionalen Modell - 9 Items „Persönliche Kompetenz“ und 2 Items „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ - ohne Validitätsverlust zusammengefasst werden [Schumacher 2004].

Die RS-11 stellt eine summative Gesamtskala dar, bei der höhere Zahlenwerte der jeweiligen Items einer höheren Resilienz entsprechen. Die Evaluation im Rahmen einer bevölkerungsbasierten Stichprobe (N=2031) ergab gute Trennschärfekoeffizienten zwischen $r_{is}=.50$ und $r_{is}=.75$ sowie eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbach´s Alpha von .91 [Schumacher 2004].

„Die RS-11 kann somit als eine valide Skala zur Erfassung eines Generalfaktors der Resilienz betrachtet werden. Sie gestattet mit nahezu vergleichbarer Zuverlässigkeit, aber weitaus ökonomischer als die aus 25 Items bestehende Gesamtskala, die Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal“ [Schumacher 2004, S.9].

5.3.4 Patient Health Questionnaire (PHQ)

Der PHQ ist ein psychodiagnostisches Selbstbeurteilungsinstrument zum Screening, zur Fallidentifikation sowie zur Schweregradmessung der häufigsten psychischen Störungen und findet sowohl in der Primärdiagnostik als auch im Verlauf Anwendung. Der PHQ ist in einer deutschen Version als „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (PHQ-D) [Löwe et al. 2002] erhältlich und basiert ebenfalls aufgrund des amerikanischen Originals auf den Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV).

Er ist grundsätzlich in Verbindung mit einem ärztlichen Gespräch zu sehen, in dem die Antworten des Patienten durch den Arzt überprüft, ergänzt und verifiziert werden müssen. Aufgrund des alleinigen Informationsgehaltes des PHQ-D zeigt die Diagnostik nur das Niveau von Syndromen, nicht aber von Störungen auf [Löwe et al. 2002].

In dieser Studie wurde der PHQ-D in der Komplettversion mit 78 Fragen mit zwei- bis fünfstufigen Antwortskalen verwendet. Durch den Aufbau und die Gliederung des Fragebogens in verschiedene Kategorien und Module begründet sich die gleichzeitige Feststellung der Art und Ausprägung von psychischen Erkrankungen.

Die Module beinhalten einerseits die Erfassung somatoformer und depressiver Störungen, Angst- und Essstörungen sowie Alkoholmissbrauch; zusätzlich werden psychosoziale Komponenten, Stressfaktoren, einschneidende Lebenssituationen und bei Frauen gynäkologische Themen umrissen. Andererseits lassen sich Schweregradskalen über eine Summation der einer psychischen Störung zugeordneten numerischen Fragewerte unter anderem für Depressivität (PHQ-9-Skala), somatische Symptome (PHQ-15) und Stressbelastung abbilden. In der Validierungsstichprobe an 357 internistisch-allgemeinmedizinischen und 171 psychosomatischen Patienten betrug Cronbachs alpha .88 für das Depressions- und .79 für das Somatisierungsmodul. Die Test-Retest-Reliabilität lag für das Depressionsmodul zwischen ICC=.81 und .96 [Gräfe 2004].

5.4 Statistik

5.4.1 Vorbemerkung

Hauptzielvariable waren die 10 Wertetypen nach Schwartz. Vor Anwendung von parametrischen Auswertemethoden war die Hypothese der Normalverteilung zu überprüfen. Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergab für die Residuen (d.h. nach Abzug der Gruppenmittelwerte) der 10 Wertetypen keine Auffälligkeiten; nur bei Selbstbestimmung (SB) und Universalismus (UN) lieferte er signifikante Werte ($p = .022$ und $.032$), also eine Ablehnung der Nullhypothese der Normalverteilung. Die Entfernung von der Normalverteilung war jedoch nicht groß, so dass für die folgenden Auswertungen bei allen Wertetypen die Normalverteilung vorausgesetzt wurde.

Die Gruppengrößen waren $n = 77$ Probanden in der Kontrollgruppe (ein Proband aus der Kontrollgruppe, bei dem die Hauptzielgrößen nicht bekannt waren, wurde aus der Auswertung ausgeschlossen) und $n = 40$ Probanden in der Behandlungsgruppe. Bei einzelnen Auswertungen konnten die tatsächlichen Gruppengrößen geringer sein, da nicht alle der untersuchten Parameter für alle der Soldaten bekannt waren.

5.4.2 Hauptauswertung

Durchgeführt wurden (multiple) logistische und lineare Regressionen. Das Vorliegen und der Schweregrad einer PTBS in der PDS sowie in den Skalenwerten PHQ-9, PHQ-15 und Stress im PHQ waren dabei die Zielvariablen, die Wertetypen, der Summenwert der RS-11 sowie Alter und Geschlecht waren die Einflussgrößen. Angewandt wurde ein schrittweises Verfahren: die Wertetypen sowie der Summenwert der RS-11 wurden nacheinander in das Modell aufgenommen.

5.4.3 Einfluss von Alter und Geschlecht

Um den Einfluss von Alter und Geschlecht auf das Auswertekonzept zu prüfen, wurden vorab beide Variablen separat untersucht.

5.4.3.1 Alter

Das Durchschnittsalter unterschied sich zwischen der Behandlungs- und der unbehandelten Gruppe signifikant ($t(115) = 3,217$, $p = 0,002$).

Gruppe	Mittelwert	Std.abw.	t-Test
Kontrolle	27,35	5,792	$t(115) = 3,217$
Behandlung	31,73	8,840	$p = 0,002$

Tabelle 2: Durchschnittsalter beider Gruppen

Zudem wurde der Einfluss des Alters auf die 10 Wertetypen (MA, LE, HE, ST, SB, UN, BE, TR, KO, SI) separat mittels linearer Regression ermittelt. Hier hatte das Alter einen signifikanten Einfluss auf die Haltung der Soldaten zu den Werten **ST** ($p < 0,001$), **UN** ($p = 0,008$), **BE** ($p = 0,004$) und **SI** ($p = 0,002$). Im Einzelnen ergab sich eine Zunahme der Werte im Alter für die Wertetypen **UN** ($t(115) = 2,685$), **BE** ($t(115) = 2,977$) und **SI** ($t(115) = 3,161$) sowie eine Abnahme des Wertes für **ST** ($t(115) = -3,620$). Aus diesem Grund mussten die Hauptauswertungen unter Kontrolle des Alters durchgeführt werden.

Variable	t(115)	Signifikanz
Macht (MA)	-0,339	$p = 0,735$
Leistung (LE)	-0,709	$p = 0,480$
Hedonismus (HE)	-1,891	$p = 0,061$
Stimulation (ST)	-3,620	$p < 0,001$
Selbstbestimmung (SB)	1,201	$p = 0,232$
Universalismus (UN)	2,685	$p = 0,008$
Benevolenz (BE)	2,977	$p = 0,004$
Tradition (TR)	1,951	$p = 0,054$
Konformität (KO)	1,933	$p = 0,056$
Sicherheit (SI)	3,161	$p = 0,002$

Tabelle 3: Korrelation des Alters zu den PVQ-Mittelwerten

5.4.3.2 Geschlecht

Die Gruppe ohne Therapie wies 93,5% männliche Soldaten und 6,5% weibliche Soldaten auf. In der Gruppe mit Therapie befanden sich 90% männliche und 10% weibliche Soldaten. Somit bestand bezüglich der Geschlechterverteilung kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen ($\chi^2 = 0,456$, $p = 0,500$).

Gruppe	m	w	Chi ² -Test
Kontrolle	72 (93,5 %)	5 (6,5 %)	Chi ² = 0,456
Behandlung	36 (90,0 %)	4 (10,0 %)	p = 0,500

Tabelle 4: Geschlechterverteilung beider Gruppen

Auch hier wurde der Einfluss des Geschlechtes auf die 10 Wertetypen separat mittels linearer Regression ermittelt, in der das Geschlecht keinen starken Einfluss auf die Haltung der einzelnen Soldaten zu den Wertetypen zeigte. Demnach war es nicht unbedingt erforderlich, die Hauptauswertung unter Kontrolle des Geschlechtes durchzuführen.

Variable	m (n=108)	w (n=9)	t(115)	Signifikanz
Macht (MA)	2,63	1,81	2,286	p = 0,024
Leistung (LE)	3,16	3,06	0,295	p = 0,768
Hedonismus (HE)	3,26	3,22	0,098	p = 0,922
Stimulation (ST)	2,78	2,52	0,701	p = 0,485
Selbstbestimmung (SB)	3,63	3,64	-0,055	p = 0,957
Universalismus (UN)	2,93	3,28	-1,148	p = 0,253
Benevolenz (BE)	3,62	3,94	-1,319	p = 0,190
Tradition (TR)	2,36	2,61	-1,014	p = 0,313
Konformität (KO)	3,25	3,47	-0,762	p = 0,448
Sicherheit (SI)	3,31	3,53	-0,755	p = 0,452

Tabelle 5: Korrelation des Geschlechtes zu den PVQ-Mittelwerten

Dennoch wurden alle Auswertungen sowohl ohne als auch mit Kontrolle von Alter und Geschlecht durchgeführt, da auf diese Weise deren Einfluss auf das Ergebnis direkt verglichen werden konnte. Maßgeblich für die Feststellung von Signifikanzen waren aber die Ergebnisse mit Berücksichtigung von Alter und Geschlecht.

6 Ergebnisse

6.1 Wertetypen in der behandelten und unbehandelten Gruppe

Als erster Schritt erfolgte eine Auswertung des PVQ als deskriptive Darstellung mit p-Werten für die Signifikanz des Gruppenunterschiedes, um die angenommenen unterschiedlichen Wertetypen und deren Ausprägungen in den beiden Gruppen zu ermitteln und zu definieren. Eine zusätzliche multivariate Varianzanalyse bestätigte, dass die hier festgestellten Unterschiede im Hinblick auf die Wertetypen zwischen den Unbehandelten und der Behandlungsgruppe insgesamt signifikant (Pillai-Spur: $F(10,106) = 3,803$; $p < 0,001$ ohne Berücksichtigung von Alter/Geschlecht und $F(10,104) = 2,716$; $p = 0,005$ kontrolliert für Alter/Geschlecht) waren.

Im Einzelnen waren die Gruppenunterschiede (nach Anpassen des Signifikanzlevels bei 10 post-hoc-Tests auf $p \leq 0,005$) signifikant bei den Wertentypen **MA** ($t(115) = 3,444$, $p = 0,001$, unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ($t(113) = 3,361$, $p = 0,001$), **HE** ($t(115) = 3,853$, $p < 0,001$, unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ($t(113) = 3,408$, $p = 0,001$) und **ST** ($t(115) = 2,947$, $p = 0,004$). Bei dem Wertentyp **ST** verschwand die ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht vorhandene Signifikanz, wenn diese Variablen mit einbezogen wurden ($t(113) = 2,008$, $p = 0,047$). Das lag daran, dass **ST** selber signifikant vom Alter abhängig war und eine Abnahme der Werteausprägung im Alter ($t(115) = -3,620$, $p < 0,001$) beinhaltete.

Die Kontrollgruppe erreichte für alle 3 Wertetypen **MA** (M = 2,80, SD = 0,895), **HE** (M = 3,52, SD = 0,915) und **ST** (M = 2,97, SD = 1,031) jeweils deutlich höhere Werte als die Behandlungsgruppe für **MA** (M = 2,13, SD = 1,178), **HE** (M = 2,75, SD = 1,210) und **ST** (M = 2,37, SD = 1,064).

Variable	Gruppe	Mittelwert (M)	Std.abw (SD).	t-Test	Berücksichtigung Alter / Geschlecht
Macht (MA)	Kontrolle	2,80	0,895	t(115) = 3,444	t(113) = 3,361
	Behandlung	2,13	1,178	p = 0,001	p = 0,001
Leistung (LE)	Kontrolle	3,31	0,946	t(115) = 2,296	t(113) = 2,143
	Behandlung	2,85	1,199	p = 0,023	p = 0,034
Hedonismus (HE)	Kontrolle	3,52	0,915	t(115) = 3,853	t(113) = 3,408
	Behandlung	2,75	1,210	p < 0,001	p = 0,001
Stimulation (ST)	Kontrolle	2,97	1,031	t(115) = 2,947	t(113) = 2,008
	Behandlung	2,37	1,064	p = 0,004	p = 0,047
Selbstbestimmung (SB)	Kontrolle	3,62	0,700	t(115) = -0,122	t(113) = 0,239
	Behandlung	3,64	0,792	p = 0,903	p = 0,812
Universalismus (UN)	Kontrolle	2,85	0,918	t(115) = -1,789	t(113) = -1,001
	Behandlung	3,15	0,789	p = 0,076	p = 0,319
Benevolenz (BE)	Kontrolle	3,56	0,732	t(115) = -1,783	t(113) = -0,906
	Behandlung	3,81	0,644	p = 0,077	p = 0,367
Tradition (TR)	Kontrolle	2,29	0,724	t(115) = -1,893	t(113) = -1,318
	Behandlung	2,55	0,701	p = 0,061	p = 0,190
Konformität (KO)	Kontrolle	3,18	0,846	t(115) = -1,709	t(113) = -1,149
	Behandlung	3,45	0,751	p = 0,090	p = 0,253
Sicherheit (SI)	Kontrolle	3,24	0,811	t(115) = -1,590	t(113) = -0,693
	Behandlung	3,50	0,877	p = 0,115	p = 0,489

Tabelle 6: Wertetypen bei Soldaten mit und ohne (Kontrolle) psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

6.1.1 Ausprägung von Wertetypen als Prädiktor für die Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS

Durchgeführt wurde eine (multiple) logistische Regression. Das Vorliegen einer PTBS mit binärem Messniveau (PTBS ja/nein) war dabei die Zielvariable, die Wertetypen sowie ggf. das Alter und das Geschlecht waren die Einflussgrößen. Dazu wurde ein schrittweises Verfahren angewandt: Die Wertetypen wurden einer nach dem anderen in das Modell aufgenommen, in jedem Schritt immer derjenige, der noch am meisten Signifikanz zur Vorhersage einer PTBS beitragen konnte. Abgebrochen wurde das schrittweise Verfahren, wenn keine der noch verbliebenen Variablen eine Signifikanz von unter $p = 0,005$ hatte.

Die im ersten Modell ohne und im zweiten unter Berücksichtigung von Alter/Geschlecht dann aufgenommenen Variablen **MA**, **HE** und **UN** trugen im Ergebnis am signifikantesten zu der Vorhersage einer PTBS bei.

Der Cox&Snell-R-Quadrat-Test zur Überprüfung der Modellgüte ergab für das erste Modell 0,421 und für das zweite Modell 0,424.

Insgesamt trat kein großer Unterschied der Modelle mit und ohne Alter/Geschlecht auf; insbesondere waren Alter ($p = 0,465$) und Geschlecht ($p = 0,787$) im zweiten Modell bei weitem nicht signifikant.

Dies begründete die Möglichkeit, auch unter Verwendung des ersten Modells eine Vorhersage einer PTBS aus den Wertetypen zu treffen. Mit diesem Modell wurden in den vorliegenden Daten 82,6% der Probanden richtig klassifiziert.

Beide Modelle enthielten die Variable **UN**. Diese und die Variable **TR** waren stark korreliert (Pearson- $r = 0,620$, $p < 0,001$). Tatsächlich hätte statt **UN** auch **TR** in das Modell aufgenommen werden können, ohne die Qualität des Modells wesentlich zu verschlechtern. Bei allerdings gleichzeitiger Aufnahme von **UN** und **TR** in das Modell waren beide nicht signifikant.

Das Regressionsmodell zur Vorhersage der Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS aus den Wertetypen ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ergab signifikante Einflüsse von **MA** ($p = 0,012$), **HE** ($p = 0,005$) jeweils negativ korreliert und **UN** ($p = 0,001$) positiv korreliert. Somit bestand in dem Modell für **UN** ($OR = 2,437$) ein 2,4-fach erhöhtes Risiko an einer PTBS zu erkranken.

Variable	ohne Alter / Geschlecht Cox-Snell- $r^2 = 0,421$			mit Alter / Geschlecht Cox-Snell- $r^2 = 0,424$		
	Regr.koeff.	Signifikanz	Odds Ratio (OR)	Regr.koeff.	Signifikanz	Odds Ratio (OR)
Alter				0,021	$p = 0,465$	1,022
Geschlecht				-0,197	$p = 0,787$	0,822
Macht (MA)	-0,700	$p = 0,012$	0,496	-0,739	$p = 0,009$	0,478
Hedonismus (HE)	-0,735	$p = 0,005$	0,480	-0,735	$p = 0,007$	0,479
Universalismus (UN)	0,891	$p = 0,001$	2,437	0,790	$p = 0,025$	2,204

Tabelle 7: Regressionsmodell zur Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS

6.1.2 Wertetypen als Prädiktoren für den Schweregrad einer PTBS

Zur Auswertung wurde eine (multiple) lineare Regression durchgeführt, bei der der Schweregrad einer PTBS die Zielvariable, die Wertetypen die Einflussgrößen waren. Ebenso wie bei der Ermittlung von Wertetypen als Prädiktoren für eine PTBS im Allgemeinen wurde erneut ein schrittweises Verfahren mit und ohne Berücksichtigung des Alters und des Geschlechtes angewandt. Das (multiple) Bestimmtheitsmaß R^2 ergab für das Modell ohne Berücksichtigung von Alter/Geschlecht $R^2 = 0,203$ und mit Alter/Geschlecht $R^2 = 0,197$.

Der Schweregrad einer PTBS stand mit **HE** und **BE** in einem signifikanten Zusammenhang. Es zeigte sich für **HE** eine ausgeprägte Signifikanz mit negativer Korrelation ($p < 0,001$) und für **BE** eine knappe Signifikanz ($p = 0,048$) mit positiver Korrelation ohne Berücksichtigung von Alter/Geschlecht, die unter Einbeziehung dieser beiden Variablen nicht mehr gegeben war, da **BE** mit dem Alter korreliert war ($t(115) = 2,977$, $p = 0,004$) (Tabelle 3) und zudem in dem Modell unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechtes für diese beiden Variablen (Alter, Geschlecht) selbst keine Signifikanz bestand. Dies bedeutete, dass entsprechend den Erwartungen **HE** im Gegensatz zu **BE** als protektiver Wert anzusehen war und aus einer Verminderung dieses Wertetyps ein erhöhter Schweregrad einer PTBS resultierte.

Variable	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,203$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,197$		
	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	1,087	2,517	$p = 0,013$	1,003	1,897	$p = 0,061$
Alter				0,016	1,565	$p = 0,120$
Geschlecht				0,255	0,877	$p = 0,383$
Hedonismus (HE)	-0,357	-5,048	$p < 0,001$	-0,318	-4,457	$p < 0,001$
Benevolenz (BE)	0,217	1,999	$p = 0,048$			

Tabelle 8: Regressionsmodell zum Schweregrad einer PTBS

6.1.3 Wertetypen als Prädiktoren für den Schweregrad von Depressivität, somatoformen und stressbezogenen Symptomen

Als Grundlage diente der PHQ-D, der mit den Skalen für Depressivität (PHQ-9), für somatoforme Symptome (PHQ-15) und für Stress die jeweilige abhängige Variable darstellte. Insgesamt wurden drei (multiple) lineare Regressionen durchgeführt. In allen drei Fällen trugen Alter und Geschlecht nicht wesentlich zur Vorhersage der Symptomatik bei.

Bezüglich der Ausprägung von Depressivität, somatoformer Symptomatik und Stress hatten wiederum jeweils **HE** und **BE** einen signifikanten Einfluss. Wie erwartet waren in Anlehnung an den Einfluss auf den Schweregrad einer PTBS jedes Mal **HE** negativ und **BE** positiv korreliert.

Im Einzelnen zeigten sich für PHQ-9/-15 und Stress:

Depressivität: **HE** ($p < 0,001$) und **BE** ($p = 0,002$),

Somatoforme Symptomatik: **HE** ($p < 0,001$) und **BE** ($p = 0,001$),

Stress: **HE** ($p < 0,001$) und **BE** ($p = 0,001$).

PHQ-9	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,240$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,240$		
Variable	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	5,470	1,626	$p = 0,107$	5,568	1,253	$p = 0,213$
Alter				-0,002	-0,019	0,985
Geschlecht				-0,067	-0,031	0,975
Hedonismus (HE)	-2,860	-5,242	$p < 0,001$	-2,862	-5,125	$p < 0,001$
Benevolenz (BE)	2,711	3,255	$p = 0,002$	2,719	3,084	$p = 0,003$
PHQ-15	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,173$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,179$		
Variable	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	2,881	0,925	$p = 0,357$	1,005	0,245	$p = 0,807$
Alter				0,012	0,151	$p = 0,880$
Geschlecht				1,763	0,879	$p = 0,382$
Hedonismus (HE)	-1,942	-3,842	$p < 0,001$	-1,917	-3,718	$p < 0,001$
Benevolenz (BE)	2,542	3,295	$p = 0,001$	2,416	2,970	$p = 0,004$
Stress	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,271$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,280$		
Variable	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	4,062	2,004	$p = 0,048$	2,373	0,892	$p = 0,375$
Alter				0,015	0,282	$p = 0,779$
Geschlecht				1,496	1,149	$p = 0,253$
Hedonismus (HE)	-1,900	-5,778	$p < 0,001$	-1,874	-5,603	$p < 0,001$
Benevolenz (BE)	1,679	3,346	$p = 0,001$	1,561	2,956	$p = 0,004$

Tabelle 9: Regressionsmodell zum Schweregrad einer Depressivität, somatoformer und stressbezogener Symptomatik

6.1.4 Wertetypen als Prädiktoren für die Ausprägung der Resilienz

Nach Aufnahme der Resilienz als Zielvariable in eine (multiple) lineare Regression unter Beibehaltung der Wertekategorien als unabhängige Variable zeigten sich zwei Wertetypen als signifikante Einflussgrößen. Wie erwartet wies **HE** als erster Wertetyp eine ausgeprägte Signifikanz ($p < 0,001$) auf und führte zu einer Verstärkung der Resilienz. Dies verdeutlichte zudem seine negative Korrelation im Zusammenhang mit dem Auftreten und der Ausprägung von psychischen Störungen. Als zweiter kam **SB** als hoch signifikant ($p = 0,001$) hinzu.

Resilienz	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,253$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,256$		
Variable	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	31,637	6,477	$p < 0,001$	33,648	4,660	$p < 0,001$
Alter				0,020	0,153	$p = 0,879$
Geschlecht				-2,389	-0,688	$p = 0,493$
Hedonismus (HE)	3,436	3,817	$p < 0,001$	3,459	3,721	$p < 0,001$
Selbstbestimmung (SB)	4,509	3,350	$p = 0,001$	4,482	3,255	$p = 0,002$

Tabelle 10: Regressionsmodell zur Ausprägung der Resilienz

6.1.5 Auswertung Wertetypen

In der Zusammenschau der ersten Auswertung tauchten **HE** und **BE** am häufigsten als Prädiktoren für psychische Symptomatik oder für Schutzfaktoren auf.

Allerdings waren einige der Werteskalen untereinander stark korreliert. So gehörte **HE** zu einer Gruppe von Wertetypen (MA, LE, HE und ST), die untereinander korreliert waren. **BE** wiederum gehörte zu einer zweiten Gruppe von untereinander, aber zumeist nicht mit der ersten Gruppe, korrelierten Wertetypen (UN, BE, TR, KO und SI).

SB war mit allen anderen Wertetypen recht stark korreliert.

Alle Korrelationen waren positiv.

Bei einem Austausch des Wertetyps aus der ersten Gruppe (MA statt HE) zeigten sich deutlich schlechtere R^2 -Werte für die Modellberechnungen, was eine schlechtere Anpassung an die Daten verbunden mit einer schlechteren Prädiktion beinhaltete.

In der zweiten Gruppe führte ein Austausch von BE zu UN zu gering schlechteren R^2 -Werten.

Folglich konnte gezeigt werden, dass **HE**, der sich nicht gut durch andere Wertetypen in den Modellen ersetzen ließ, ein notwendiger Prädiktor im Zusammenhang mit einsatzbezogenen psychischen Erkrankungen war.

BE war weniger singulär, da dieser Wertetyp ohne allzu große Verluste durch **UN** ausgetauscht werden konnte.

6.2 Resilienz

6.2.1 Berücksichtigung der Resilienz

In Ergänzung zu der Bestimmung und Auswertung der 10 Wertetypen im Hinblick auf eine PTBS sowie auf depressive, somatoforme und stressbezogene Symptomatik wurde in einem weiteren Schritt die vermutete Assoziation der Resilienz als ein zusätzlicher Schutzfaktor vor psychischen Störungen mit Wertbildungen miteinbezogen. Dazu wurden im Auswerteverfahren alle vorgenommenen statistischen Berechnungen zu Wertetypen um den Aspekt „Resilienz“ ergänzt.

Zwischen der Behandlungs- und Kontrollgruppe bestand auch hinsichtlich der Resilienzwerte in der RS-11 ein signifikanter Unterschied ($t(114) = 6,884$, $p < 0,001$); in der Gruppe ohne Therapie wurde dabei eine höhere Punktzahl erreicht ($M = 63,52$, $SD = 7,474$) als mit Therapie zu Behandlungsbeginn ($M = 50,51$, $SD = 12,865$).

RS-11	Mittelwert (M)	Std.abw. (SD)	t-Test
Kontrolle	63,52	7,474	$t(114) = 6,884$
Behandlung	50,51	12,865	$p < 0,001$

Tabelle 11: Resilienzwerte beider Gruppen

6.2.2 Einfluss der Resilienz auf die Wertetypen

Unter Durchführung einer linearen Regression wurde der Einfluss der Resilienzstärke der beiden Gruppen auf die 10 Wertetypen ermittelt.

Dabei zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einem höheren Punktwert bei der Resilienz und demnach signifikant höheren Punktwerten bei den Wertetypen mit folgender Reihung **HE** ($t(114) = 4,974$, $p < 0,001$), **SB** ($t(114) = 4,593$, $p < 0,001$), **MA** ($t(114) = 3,869$, $p < 0,001$), **LE** ($t(114) = 3,535$, $p = 0,001$) und **ST** ($t(114) = 3,317$, $p = 0,001$).

Erwartungsgemäß korrelierten insgesamt die Wertetypen **MA**, **LE**, **HE**, **ST** und **SB** signifikant mit dem Summenwert der RS-11. Diesen fünf Wertetypen war gemein, dass sie sich vor allem über ihre individuelle Bedürfnisse und Ziele definierten.

Variable	t(114)	Signifikanz
Macht (MA)	3,869	$p < 0,001$
Leistung (LE)	3,535	$p = 0,001$
Hedonismus (HE)	4,974	$p < 0,001$
Stimulation (ST)	3,317	$p = 0,001$
Selbstbestimmung (SB)	4,593	$p < 0,001$
Universalismus (UN)	1,340	$p = 0,183$
Benevolenz (BE)	0,095	$p = 0,924$
Tradition (TR)	-0,484	$p = 0,629$
Konformität (KO)	0,761	$p = 0,448$
Sicherheit (SI)	1,329	$p = 0,186$

Tabelle 12: Korrelation der RS-11 und der PVQ-Mittelwerte

6.2.3 Resilienz als zusätzlicher Prädiktor für eine PTBS

Bei Aufnahme der RS-11 in das Modell verschwanden die Signifikanzen für **HE** und **MA**, stattdessen korrelierte Resilienz negativ mit dem Auftreten einer PTBS. Demnach war die Resilienz noch ein besserer Prädiktor für das Auftreten oder Vermeiden einer PTBS als **HE** und **MA**. Die Signifikanz für **UN** blieb erhalten und zeigte ein 4,9-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko (OR = 4,941).

87% der Probanden wurden unter Einbeziehung von Alter/Geschlecht richtig klassifiziert, das Modell unter Berücksichtigung der Resilienz war demnach deutlich besser als ohne RS-11.

mit RS-11	ohne Alter / Geschlecht Cox-Snell-r ² = 0,460			mit Alter / Geschlecht Cox-Snell-r ² = 0,478		
Variable	Regr.koeff.	Signifikanz	Odds Ratio (OR)	Regr.koeff.	Signifikanz	Odds Ratio (OR)
Alter				0,056	p = 0,091	1,058
Geschlecht				0,462	p = 0,558	1,587
Resilienz (RS-11)	-0,110	p < 0,001	0,896	-0,123	p < 0,001	0,885
Universalismus (UN)	1,598	p < 0,001	4,941	0,438	p = 0,008	3,175

Tabelle 13: Regressionsmodell zur Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS unter Resilienz

6.2.4 Resilienz als zusätzlicher Prädiktor für den Schweregrad einer PTBS

Nach Aufnahme der Resilienz ($p < 0,001$) in das Modell blieb der Einfluss von **HE** ($p = 0,001$) erhalten, nicht jedoch der von **BE**, stattdessen kam **SB** ($p < 0,001$) dazu. Auch hier erhöhte sich die Erklärungskraft des Modells durch Hinzunahme der Resilienz beträchtlich; je geringer die Resilienz war, desto höher der Schweregrad einer PTBS.

mit RS-11	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,415$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,430$		
	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	2,607	6,546	$p < 0,001$	2,120	3,853	$p < 0,001$
Alter				0,014	1,602	$p = 0,112$
Geschlecht				0,092	0,371	$p = 0,711$
Resilienz (RS-11)	-0,041	-6,246	$p < 0,001$	-0,041	-6,223	$p < 0,001$
Hedonismus (HE)	-0,228	-3,369	$p = 0,001$	-0,208	-3,028	$p = 0,003$
Selbstbestimmung (SB)	0,358	3,689	$p < 0,001$	0,329	3,353	$p = 0,001$

Tabelle 14: Regressionsmodell zum Schweregrad einer PTBS unter Resilienz

6.2.5 Resilienz als zusätzlicher Prädiktor für den Schweregrad von Depressivität, somatoformen und stressbezogenen Symptomen

Nach Aufnahme der RS-11 in die statistischen Modelle zeigte sich, dass die Resilienz zur Erklärung der Symptomatik beitrug; je geringer die Resilienz war, desto stärker die Symptomatik.

HE, **UN**, **SB** und **BE** blieben weiterhin je nach Fragestellung (PHQ-9, PHQ-15 oder Stress) Variable mit guter Erklärungskraft.

Auch unter Einbeziehung der Resilienz trugen Alter und Geschlecht nicht wesentlich zur Vorhersage der Symptomatik bei. Im Einzelnen ergab sich folgendes Bild.

In der Skala PHQ-9 zeigte **Resilienz** ($p < 0,001$) eine deutlich negativere Korrelation als **HE** ($p = 0,011$). Anstelle von **BE** trat **UN** ($p = 0,001$) in positive Korrelation zum Schweregrad depressiver Symptomatik.

Für somatoforme Symptomatik (PHQ-15) waren **Resilienz** ($p < 0,001$) statt **MA** und **UN** ($p < 0,003$) statt **BE** die aussagekräftigen Variablen.

Die Stress-Skala wies bei bestehender Signifikanz für **Resilienz** ($p < 0,001$) und **HE** ($p = 0,001$) eine negative Korrelation auf. Für **SB** ($p < 0,001$) und **BE** ($p = 0,036$) lag eine positive Korrelation vor.

PHQ-9 mit RS-11	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,419$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,420$		
Variable	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	22,587	7,424	$p < 0,001$	22,636	5,347	$p < 0,001$
Alter				0,018	0,237	$p = 0,813$
Geschlecht				-0,488	-0,256	$p = 0,799$
Resilienz (RS-11)	-0,302	-6,085	$p < 0,001$	-0,303	-6,039	$p < 0,001$
Hedonismus (HE)	-1,437	-2,694	$p = 0,008$	-1,417	-2,605	$p = 0,011$
Universalismus (UN)	2,014	3,458	$p = 0,001$	1,998	3,273	$p = 0,001$
PHQ-15 mit RS-11	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,328$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,334$		
Variable	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	17,197	5,971	$p < 0,001$	14,658	3,691	$p < 0,001$
Alter				0,041	0,583	$p = 0,561$
Geschlecht				1,402	0,776	$p = 0,439$
Resilienz (RS-11)	-0,288	-6,760	$p < 0,001$	-0,284	-6,609	$p < 0,001$
Universalismus (UN)	1,886	3,423	$p = 0,001$	1,758	3,066	$p = 0,003$
Stress mit RS-11	ohne Alter / Geschlecht $r^2 = 0,476$			mit Alter / Geschlecht $r^2 = 0,468$		
Variable	Regr.koeff.	t	Signifikanz	Regr.koeff.	t	Signifikanz
Konstante	11,118	4,902	$p < 0,001$	10,985	4,256	$p < 0,001$
Alter				0,042	0,968	$p = 0,335$
Geschlecht				1,562	1,401	$p = 0,164$
Resilienz (RS-11)	-0,197	-6,412	$p < 0,001$	-0,207	-6,752	$p < 0,001$
Hedonismus (HE)	-1,253	-3,899	$p < 0,001$	-1,164	-3,546	$p = 0,001$
Selbstbestimmung (SB)	1,385	2,813	$p = 0,006$	1,684	3,593	$p < 0,001$
Benevolenz (BE)	0,983	2,126	$p = 0,036$			

Tabelle 15: Regressionsmodell zum Schweregrad einer Depressivität, somatoformer und stressbezogener Symptomatik unter Resilienz

6.2.6 Auswertung Resilienz

Insgesamt stellte sich die Resilienz als ein besserer Prädiktor für den Schweregrad einer PTBS und der untersuchten Symptome heraus als die Wertetypen. Nach Aufnahme der Resilienz in die Modelle als zusätzlicher Prädiktor verloren **HE** und insbesondere **BE** im Vergleich zur ersten Auswertung ohne RS-11 an Erklärungskraft, da die Resilienz ein besserer Prädiktor für den auch von **HE** und **BE** erklärten Anteil der Varianz war. **HE** blieb selbst unter Berücksichtigung der Resilienz ein guter Prädiktor des Schweregrads und der Symptomlast und erklärte damit einen von der Resilienz nicht abgedeckten Anteil der Varianz.

7 Diskussion

Diese Studie hatte das Ziel, Wertetypen bei Bundeswehrsoldaten nach einem Auslandseinsatz in Afghanistan zu beschreiben und mit psychischen Erkrankungen, deren Schweregrad sowie der Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung in Beziehung zu setzen. Angesichts des querschnittlichen Designs kann zunächst nur von ersten hypothesenbildenden Ergebnissen ausgegangen werden; es liegen aber bislang im militärischen Kontext keine Studien vor, die eine systematische Evaluation von Wertetypen und deren Beziehung zur psychischen Gesundheit beinhalten.

Der Wertetyp des Hedonismus korrelierte negativ mit der Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS und deren Schweregrad, ebenso negativ mit dem Schweregrad depressiver, somatoformer und allgemein stressbezogener Symptombildung im Patient Health Questionnaire. Gegenläufig verhielten sich erwartungsgemäß Benevolenz, Tradition und Universalismus, die in der zirkulären Struktur des Schwartzschen Wertemodells dem Hedonismus gegenüber liegen und damit näherungsweise einen Gegenpol darstellen. Macht als ein dem Hedonismus fast benachbarter Wert sagte die PTBS dementsprechend negativ voraus. Außerdem erwies es sich als wichtig und für die Vorhersagbarkeit einer PTBS aussagekräftig, in einem zweiten Schritt zusätzlich zu den Wertetypen die Resilienz (RS-11) in die Auswertung einzubeziehen.

Die Werte waren insgesamt ein schwächerer Prädiktor in der multivariaten Vorhersage der Auftretenswahrscheinlichkeit und des Schweregrades als die Resilienz. Resilienz erklärte teilweise die Wirkung von Hedonismus und Macht für die Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS.

Dies lässt sich damit begründen, dass die psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) auch theoretisch als stärkerer Wirkfaktor angesehen wird als die Werthaltung einer Person.

Bzgl. des Schweregrades der PTBS sowie der Depression war Benevolenz in gleicher Weise von dieser Interaktion betroffen, bzgl. somatischer Symptomatik wiederum Hedonismus und Benevolenz. Es kann also davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Wirkung von Hedonismus, Macht und Benevolenz auf posttraumatische und allgemein psychiatrische Symptomatik bei Einsatzsoldaten der Bundeswehr durch Veränderungen der persönlichen Resilienz vermittelt wird.

Zur Begründung der Zusammenhänge lässt sich Folgendes anführen:

Ein offener Umgang mit psychischer Symptomatik und eine dadurch erlebte verbesserte soziale Unterstützung könnte bei diesen Soldaten eine protektive Wirkung von bestimmten Werten gehabt haben. Maercker et al. fanden dementsprechend bei deutschen Gewaltopfern einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Ausprägung der so genannten „modernen“ Werten (Leistung, Hedonismus, Stimulation) und der PTBS-Symptomschwere. Eine vermehrte Ausprägung dieser Werte führte zu einer verminderten Symptomschwere, während umgekehrt die „traditionellen“ Werte (Konformität, Benevolenz, Tradition) eine Symptomexazerbation begünstigten. Zur Erklärung führten die Autoren ein mit den modernen Werten assoziiertes verbessertes soziales Akzeptanzerleben der Rolle als Opfer an, das mit geringerer Angst vor Isolation und Ausgrenzung einhergehe [Maercker et al. 2009]. In psychisch erkrankten, durch traditionelle Werte geprägte Probandengruppen anderer Studien wurden dementsprechend ein verstärktes Empfinden sozialer Ausgrenzung sowie Schuldgefühle angesichts der Symptomatik beschrieben [Bennet-Herbert, Dunkel-Schetter 1992].

Diese Ergebnisse waren allerdings nicht uneingeschränkt replizierbar. In einem Probandenkollektiv älterer Schweizer Bürger waren traditionelle Werte mit einer *niedrigeren* Belastung durch Anpassungsstörungen und Trauerprozesse verbunden [Müller, Forstmeier, Wagner, Maercker 2011]. Bei älteren Menschen könnte zusätzlich ein historischer Aspekt von Bedeutung sein; diese Jahrgänge haben zu wesentlichen Anteilen ihre primäre Sozialisation unter dem Einfluss der Generation durchlaufen, die den Zweiten Weltkrieg noch als aktive Teilnehmer bzw. als so genannte „Kriegskinder“ erlebten oder waren selbst Betroffene. Umfangreiche Belastungen sowie nachfolgende psychodynamische und familiendynamische Veränderungen über mehrere Generationen wurden in der klinischen Literatur diskutiert [Radebold 2009, Zinnecker 2009].

Die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse findet ihren Ausdruck auch in einer weiteren Studie an 275 Probanden aus verschiedenen Nationen, bei denen die Wertetypen Stimulation und Hedonismus, aber demgegenüber auch Benevolenz mit subjektiv wahrgenommener verstärkter sozialer Unterstützung korrelierten [Goodwin, Costa, Adonu 2004].

Der beschriebene Zusammenhang würde zudem nicht erklären, warum Hedonismus und benachbarte Werte in der in Behandlung befindlichen Probandengruppen *vermindert* vertreten waren. Überraschend erscheint zudem, dass sich die beschriebenen Zusammenhänge in einem militärischen System replizieren lassen, in dem traditionelle Werte als Teil der militärischen Sozialisation (Förderung von Altruismus und Gruppenkohäsion etc.) einen besonderen Stellenwert haben und einer verstärkten Wertschätzung unterliegen. Dies ließe Unterschiede zu zivilen Probandengruppen erwarten.

Neben diesen Zusammenhängen ist denkbar, dass Hedonismus und Macht einen direkten Schutzfaktor in der traumatischen Erlebnisverarbeitung darstellen und damit Teil der posttraumatischen pathogenetischen und salutogenetischen Entwicklungen sind. Im Gegensatz zu Benevolenz und Universalismus ist das Empfinden für Schicksale und Leid anderer Menschen bei beiden weniger ausgeprägt [Schwartz 1999]. In einem militärischen Einsatz kann ein Teil der traumatogenen Situationen darin bestehen, Zeuge von schwerem Leid der Zivilbevölkerung, aber auch von Kameraden im Verlauf von Kampfhandlungen zu werden. So gaben in der Prävalenzstudie der Bundeswehr [Wittchen et al. 2012] 76,4% der befragten Teilnehmer am Afghanistan-Einsatz 2009/2010 an, zerstörte Häuser oder Dörfer beobachtet zu haben, 32% hätten verletzte Frauen oder Kinder gesehen, ohne helfen zu können, 31,3% tote oder verletzte Kameraden (bei 1,9% geschah das Ereignis in unmittelbarer Nähe), 29,6% Leichen oder Leichenteile, 21% waren Zeuge von Gewalt in der einheimischen Bevölkerung. Benevolenz und Universalismus könnten zu einer verdeutlichten Wahrnehmung des katastrophalen Charakters derartiger Erlebnisse und damit zu einem A2-Kriterium eines Traumas beitragen. Eine genaue Differenzierung der Erlebnisse, die eine Zuordnung zu Wertetypen erlaubt hätte, wurde im Rahmen dieser Studie allerdings nicht vorgenommen.

Das o.g. Untersuchungsziel betrachtete Wertetypen von Soldaten als prämorbid Dispositionen bzw. protektive Faktoren. Denkbar erscheint aber auch, dass sich Wertetypen im Verlauf des Einsatzgeschehens reaktiv herausgebildet bzw. verändert haben und dann sekundär unter salutogenetischen oder pathogenetischen Aspekten am Prozess der einsatzbedingten psychischen Verarbeitung oder Erkrankung beteiligt waren.

Eine mögliche Erklärung für den Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen und Werten könnte die Entstehung von Schuldgefühlen oder Scham im Zusammenhang mit verschiedenen Einsatzerlebnissen sein [Litz 2009]. Vor allem Kampfhandlungen und hier insbesondere das aktive Töten von Menschen, aber auch die Teilnahme an oder das Erleben von Kriegsverbrechen bzw. Gräueltaten führen zu moralischen Dissonanzen zwischen internalisierten Normen und dem erlebten Verhalten und dadurch zu negativen moralischen Gefühlen. Während Schuld als Folgeerscheinung nicht selten noch mit konstruktiven Wiedergutmachungsbestrebungen einhergeht, führt Scham zu einer generalisierenden destruktiven Einstellung zum eigenen Selbst und damit zu Angst oder autodestruktiven Verhaltensformen wie Suchtverhalten oder Suizidalität. An dieser Stelle zeigt sich der Zusammenhang zwischen Einsatzerleben, moralischer Bewertung und psychischer Reaktion bzw. Erkrankung besonders deutlich. Allerdings fehlen Untersuchungen zu den differenziert abgestuften Wertetypen als möglichem Bindeglied zwischen diesen Faktoren. Die in dieser Studie erarbeiteten Hypothesen könnten einen ersten Schritt in dieser Hinsicht darstellen.

Daran anknüpfend ergibt sich die Frage, inwieweit die hier gewonnenen Ergebnisse auf anderweitige Einsatzkräfte, zum Beispiel von Polizei und Feuerwehr, generalisierbar sind. Auch in diesen Berufsgruppen kommt es zu arbeitsbedingten Extrembelastungen und auch die hierarchischen Strukturierungen mit einer Häufung männlicher Mitarbeiter legen Gemeinsamkeiten nahe. Studien zu dieser Thematik liegen nach Kenntnis der Verfasserin allerdings nicht vor.

Obwohl Untersuchungen zur systematischen Erfassung von Werteveränderungen im Zusammenhang mit militärischen Auslandseinsätzen und Kriegen bislang fehlen, ist doch einige Literatur verfügbar, die sich in weiterem Sinne mit den Zusammenhängen zwischen Moral, Religiosität, Werten und militärischen Auseinandersetzungen befasst. In einer Studie fand sich bei 174 US-amerikanischen Veteranen ein Zusammenhang zwischen einem lebensbezogenen Bedeutungs- bzw. Sinnempfinden und einer erniedrigten Symptomschwere der Posttraumatischen Belastungsstörung [Owens, Steger, Whitesell, Herrera 2009].

Ein höheres Bedeutungserleben ihres Einsatzes führte bei 30 britischen Veteranen verschiedener Konfliktäras zu einer verbesserten Bewertung ihrer einsatzbezogenen Tätigkeit insgesamt sowie auch der sozialen Unterstützung danach [Burnell, Boyce, Hunt 2011]. Soziale Unterstützung wiederum hat sich in verschiedenen Metaanalysen als entscheidender Verlaufsprädiktor unter anderem der PTBS erwiesen [Brewin, Andrews, Valentine 2000].

Religiöse Überzeugungen hatten ebenfalls umfangreiche Auswirkungen: verringerte Glaubenseinstellungen standen bei amerikanischen Veteranen mit einer verstärkten Nutzung psychiatrischer Therapieangebote in Verbindung [Fontana, Rosenheck, 2004]. Bei bosnischen Veteranen bestanden Zusammenhänge zwischen starken moralisch-religiösen Einstellungen und einem verringerten Schweregrad von PTBS, Angst, Depressivität sowie Alkohol- und Nikotinmissbrauch [Hasanovic, Pajevic 2010]. Mit sozio-therapeutischen Aspekten derartiger Zusammenhänge setzt sich Summerfield auseinander und empfiehlt, die individuellen Folgen von Krieg nicht auf die individuelle medizinisch-psychologische Symptomebene zu reduzieren, sondern auch weitere Dimensionen wie beispielsweise eine national-übergreifende moralische Aufarbeitung und Versöhnung angesichts von Gräueltaten zu berücksichtigen. Diese können unter anderem in der Etablierung nationaler Kommissionen ihren Ausdruck finden, die sich mit dem Unrecht vorheriger gewaltsamer Konflikte auseinandersetzen [Summerfield 2002].

Ebenso wie nur wenig empirische Literatur zu Werteveränderungen und Extrembelastungen / Auslandseinsätzen verfügbar ist, kann auch für andere psychiatrische Störungen bislang kaum auf Studien zu Wertetypen bzw. dem Schwartz Portrait Values Questionnaire zurückgegriffen werden.

Eine Studie zum Alkoholmissbrauch untersuchte 156 amerikanische Studenten und zeigte, dass Hedonismus, Stimulation, Macht und Selbstbestimmung mit häufigerem und problematischem Trinkverhalten assoziiert waren [Dollinger, Kobayashi 2003]. Ähnliche Ergebnisse fanden sich für die Kokainabhängigkeit [Galdos, Sanchez 2010]. Ebenso wurden Zusammenhänge zwischen Werteveränderungen und Persönlichkeitsstrukturen erkannt, zum Beispiel dem Verhältnis zu Autorität [Schwartz et al. 2001].

Überraschend war der fehlende Einfluss von Alter und Geschlecht auf die statistischen Modelle dieser Studie. Das Geschlecht hatte auch in umfangreichen internationalen Erhebungen nur wenig Einfluss auf Wertetypen [Schwartz et al. 2001]. Das Alter hingegen zeigte signifikante Korrelationen mit dem Ausprägungsgrad aller Wertetypen [Schwartz et al. 2001]. Weitere Einflussfaktoren, die hier nicht untersucht wurden, waren Bildungsgrad, Religiosität und politische Orientierung [Schwartz et al. 2001].

7.1 Limitationen

Die Aussagekraft dieser Pilotstudie ist eingeschränkt durch das querschnittliche Design, das eine eindeutige kausale Zuordnung von einsatzbedingten Belastungen, Werteveränderungen und psycho-physischen Erkrankungen nicht zulässt. Dazu kommen die geringen Fallzahlen. Ein Rückschluss auf Prävalenzen psychischer Erkrankungen ist zusätzlich problematisch, da im Rahmen dieser Studie keine diagnostischen Interviews durchgeführt wurden, auch wenn die verwendeten Fragebögen gute Übereinstimmungen mit derartigen Interviews aufweisen.

Da Wertbildungen zudem eng mit dem kulturellen Umfeld, soziodemographischen Faktoren sowie der Arbeitsumgebung und den zu verarbeitenden Erlebnissen der untersuchten Probanden zusammenhängen, kann eine Generalisierung von Ergebnissen auf andere Probandengruppen nur mit besonderer Vorsicht vorgenommen werden.

7.2 Ausblick

Im Folgenden werden einige Aspekte für weitere Untersuchungen und Ansätze des Einflusses von Wertetypen auf die psychische Stabilität bei Einsatzsoldaten vorgestellt.

7.2.1 Erfassung von Wertetypen

Grundsätzlich gibt die hier vorliegende querschnittliche Pilotstudie trotz der methodischen Limitationen erste Hinweise, dass bei Teilnehmern militärischer Auslandseinsätze Zusammenhänge zwischen Wertetypen (v.a. Hedonismus, Macht, Benevolenz, Tradition und Universalismus) und der psychischen Gesundheit sowie der Behandlungsbereitschaft bestehen.

Zur Bestimmung der Übertragbarkeit dieser Zusammenhänge möglicherweise auch auf Einsatzkräfte mit anderen Belastungsspektren (Polizei, Feuerwehr) sind weitere Forschungsprojekte notwendig. Dies erfordert aber Folgestudien vor allem mit longitudinalem Design und unter besonderer Berücksichtigung der erlebten Ereignisse.

Von weiterer Bedeutung wäre es sicherlich, Wertetypen bei Soldaten in Zusammenhang mit Einsätzen und den im Verlauf festzustellenden Veränderungen zu erfassen.

Hierbei ist das besondere Augenmerk auch auf die Erfassung der Wertetypen im täglichen (Friedens-) Dienstbetrieb zu legen, da sich die Soldaten in dieser Phase mit Ausnahme der Zeiten für die Einsatzvorbereitung, die wiederum als Stressoren wahrgenommen werden können, in einem militärisch stabilen und gewohnten Umfeld befinden.

Da auch kulturelle Aspekte jenseits des unmittelbaren militärischen Umfelds Wertbildungen beeinflussen können und zudem die in der Literatur verfügbaren Ergebnisse eher uneinheitlich sind und offenbar stark vom untersuchten Kollektiv abhängen, sollten derartige Studien vergleichend in anderen Armeen durchgeführt werden. Ein solcher internationaler Vergleich würde möglicherweise zu zusätzlichen Aufschlüssen über Wertbildungen und die entsprechenden Einflussfaktoren führen.

7.2.2 Umgang mit Wertetypen im militärischen Kontext

Neben fortführenden Untersuchungen zur Erfassung von Wertetypen ist die Berücksichtigung und Einarbeitung der gewonnenen Erkenntnisse in den Dienstbetrieb, insbesondere in der gesundheitlichen Versorgung und der Ausbildung bzw. Führung der Soldaten nicht nur wünschenswert, sondern notwendig.

Da der Umgang mit dieser Thematik in der Bundeswehr noch am Anfang steht, aber in vielfacher Hinsicht bei Soldaten ein Erklärungsmodell für situationsbedingte Handlungen darstellt, ist es besonders wichtig, dass jeder Soldat in Aus-, Fort- und Weiterbildung einen Zugang zu Wertesystemen und der eigenen Wertehaltung erlangt, um im Dienstverhältnis als Kamerad, Untergebener oder Disziplinarvorgesetzter sensibel und angepasst reagieren zu können.

Eine mögliche Empfehlung auf Grundlage der gesammelten Daten bestünde darin, den Soldaten mit hohen Ausprägungen der Wertetypen Universalismus, Tradition und Benevolenz eine größere Aufmerksamkeit sowohl bzgl. eines psychischen Gesundheitsscreenings als auch bzgl. präventiver Maßnahmen zukommen zu lassen. Zusätzlich könnte die gezielte Thematisierung von Werten und Werteveränderungen die klinische Psychotraumatologie im militärischen Arbeitsumfeld (in Zusammenarbeit mit Psychosozialem Netzwerk), aber auch die Ausbildung von militärischem Führungspersonal bereichern.

7.2.3 Schlussbemerkung

Wie präsent die Thematik Werteorientierung ist, zeigte ein Interview, das die Zeitung „Die Welt“ mit GM Vollmer zum Thema „Erfolg der Bundeswehr in Afghanistan“ führte. Auf die Frage: „Wie hat sich die Bundeswehr mental verändert?“ antwortete er: „Uns alle hat verändert, dass wir in massiven und verlustreichen Gefechten unseren Mann und unsere Frau gestanden haben. Wir werden aus Afghanistan mit einem ganz neuen Selbstbewusstsein nach Hause kommen.“(GM Vollmer, Die Welt, 03.04.2013)

8 Zusammenfassung

Soldaten haben nach Auslandseinsätzen ein erhöhtes Risiko, an einsatzbedingten psychischen Störungen zu erkranken. Veränderungen in Wert- und Normsystemen wie z.B. Schuld und Scham können die Symptomschwere sowie den Erkrankungsverlauf beeinflussen. Der differenzierte Einfluss von individuellen Wertesystemen ist dazu bislang im militärischen Kontext nicht untersucht. Mit der vorliegenden Arbeit sollte ein Beitrag geleistet werden, diesen Zusammenhang weiter zu untersuchen. Die Relation zwischen dem Einfluss von Werteorientierungen und Reaktionen auf traumatische Erlebnisse wurde hergestellt und im Weiteren anhand der Wertedefinition nach Schwartz aufgezeigt.

An die Untersuchung war die Erwartung geknüpft, dass verschiedene Wertetypen bei behandelten und unbehandelten Einsatzsoldaten existieren und diese als Risikofaktoren für das Auftreten und die Ausprägung einer psychischen Störung oder als Schutzfaktoren fungieren.

Bei 117 Soldaten der Bundeswehr, von denen sich 40 Soldaten in psychiatrischer Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus befanden und 77 Soldaten nicht behandlungsbedürftig waren, wurde nach Ende Ihres Auslandseinsatzes eine Befragung durchgeführt. Die genutzten Fragebögen waren der Portrait Values Questionnaire (PVQ) nach Schwartz, die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), der Patient Health Questionnaire (PHQ) sowie die Resilienzskala 11 (RS-11).

Als Wertetypen, die im Vergleich zu den in Behandlung befindlichen Soldaten eine deutlich stärkere Ausprägung aufwiesen, fanden sich Macht und Hedonismus. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die vier Wertetypen Hedonismus (-), Benevolenz (+), Tradition (+) und Universalismus (+) einen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit der PTBS, den Schweregrad posttraumatischer, depressiver, somatoformer und allgemeiner Stress-Symptome sowie die Behandlungsbereitschaft hatten. Hedonismus bildete mit seiner negativen Wirkung einen Schutzfaktor im Gegensatz zu Benevolenz und Universalismus, die mit ihrer verstärkenden Wirkung als Risikofaktoren einzuordnen waren.

Die Effekte wurden partiell von den Skalenwerten der Resilienzauswertung (RS-11) vermittelt.

Somit stehen Wertetypen mit der psychischen Symptomausprägung bei Soldaten nach Auslandseinsätzen in Verbindung. Die Ergebnisse können zur Weiterentwicklung präventiver und therapeutischer Settings beitragen und sind ggf. auch auf anderweitige Einsatzkräfte (z.B. Feuerwehr / Polizei) übertragbar.

9 Literatur

Alliger-Horn C, Zimmermann P. Komorbidität einsatzbedingter psychischer Traumastörungen und ihre Behandlung durch kognitiv-behaviorale Gruppentherapie im Bundeswehrkrankenhaus Berlin. Wehrmedizinische Monatsschrift 2010; 54(6-7):5-9

Asendorpf JB. Psychologie der Persönlichkeit. Berlin 1999; 219-224

Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. BZgA Köln 2001.

Online verfügbar: <http://www.sgw.hs->

[magdeburg.de/eumahp/exemple1/exemple2/Modul01/yhtml/pdf/was-haelt-menschen-gesund.pdf](http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/exemple1/exemple2/Modul01/yhtml/pdf/was-haelt-menschen-gesund.pdf)

Bennet-Herbert T, Dunkel-Schetter C. Negative social reactions to victims: an overview of responses and their determinants. In: L. Montada, S.H. Fillipp, & M.J. Lerner (Eds.) 1992, Life crises and experiences of loss in adulthood. Englewood Cliffs, NJ: Erlbaum

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consulting and Clinical Psychol 2000; 68(5):748-766

Bundeswehr.de. Konzeption der Bundeswehr erlassen. Berlin 10.07.2013.

Online verfügbar:

http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/!ut/p/c4/FcvBDYAgDAXQWVyA3r25hXoxRb9lIIVAkTp1bzzo5U-wrd3rD4JR5pp2f1ou7H9gKla4DUUxqkwguZQlaM2cSYkeZD_ttkmB2rHVSiHaXgBSFNgLw!!/

Burnell KJ, Boyce N, Hunt N. A good war? Exploring British veterans' moral evaluation of deployment. J Anxiety Disorders 2011; 25:36-42

Dekel R, Goldblatt H. Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *Am J Orthopsychiatry* 2008; 78(3):281-289

De Maizière Th. Konzeption der Bundeswehr. Bundesministerium der Verteidigung. Verteidigungsminister (Hrsg.) 01.07.2013. Online verfügbar:

<http://www.bundeswehr.de/resource/resource/MzEzNTM4MmUzMzMyMmUzMTM1MzMyZTM2MzIzMDMwMzAzMDMwMzAzMDY4Njk3OTY0MzU3Nzc3MzUyMDIwMjAyMDIw/130701%20-%20Konzeption%20der%20Bundeswehr.pdf>

Devos T, Spini D, Schwartz SH. Conflicts among human values and trust in institutions. *Br J Soc Psychol* 2002; 41(4):481-94

Dollinger SJ, Kobayashi R. Value correlates of collegiate alcohol abuse. *Psychol Rep* 2003; 93(3):848-850

Flatten G, Bär O, Becker K, et al. S2 – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. *Trauma und Gewalt* 2011; 3:214-221.

Online verfügbar: <http://wiki.gebit->

ms.de/download/attachments/12582980/AWMF_Leitlinie_Akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_kurz.pdf?version=1&modificationDate=1349768278090

Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assess* 1997; 9:445-451

Fontana A, Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. *J Nervous and Mental Disease* 2004; 192:579-584

Fooker I. Resilienz und posttraumatische Reifung. Maercker A. (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Zürich 2013; 71-89

Fröhlich-Gildhoff K, Rönna-Böse M. Resilienz. Reinhardt Verlag München 2011; 9-39

Galdos JS, Sanchez IM. Relationship between cocaine dependence treatment and personal values of openness to change and conservation. Adicciones 2010; 22(1):51-58

Generalinspekteur der Bundeswehr: Soldat sein heute – Leitgedanken zur Neuausrichtung der Bundeswehr. Bundesministerium der Verteidigung. Berlin 2012; 1-20 (online-version)

Goodwin R, Costa P, Adonu J. Social support and its consequences: “Positive” and “deficiency” values and their implications for support and self esteem. Br J Social Psychology 2004; 43:465-74

Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. Diagnostica 2004; 78(2):131-140

Haring C, Marksteiner J, Sachs GM, Tölk A, Wrobel M. Das Resilienzkonzept bei psychiatrischen Erkrankungen. Clinicum Neuropsych expertise 2008; 2.

Online verfügbar: <http://www.medizin-akademie.at/mm/low-exp-resilienz.pdf>

Hasanovic M, Pajevic I. Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. Psychiatria Danubina 2010; 22(2):203-210

Hinz A, Brähler E, Schmidt P, Albani C. Investigation the circumflex structure of the Portrait Values Questionnaire (PVQ). Journal of Individual Differences 2005; 26:185-193

Käßmann M. Bischöfin Käßmann verärgert die Politik. Die Welt 02.01.2010.

Online verfügbar: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article5703909/Bischoefin-Kaessmann-veraergert-die-Politik.html>

Klages H. Entstehung, Bedeutung und Zukunft der Werteforschung. Witte EH. (Hrsg.). Sozialpsychologie und Werte. Lengerich 2008; 11-29

Klingler O. Das Zentrum für Psychotraumatologie und Stressmanagement – Konzept und Stand der Realisierung. Ethica 2010, 61-72

Kluckhohn C. Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification. In T. Parsons & E. Shils (Eds.), Towards a general theory of action. Cambridge, MA: Harvard University Press 1951; 388-433

Kowalski JT, Hauffa R, Jacobs H, Höllmer H, Gerber WD, Zimmermann P. Einsatzbedingte Belastungen bei Soldaten der Bundeswehr – Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen. Dtsch Ärztebl Int 2012; 109(35-36):569-575

Kubany ES, Haynes SN, Abueg FR, Manke FP, Brennan JM, Stahura C. Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). Psychological Assessment 1996; 8(4):428-444

Lindenmann M, Verkasalo M. Measuring values with the Short Schwartz's Value Survey. J Personality Assessment 2005; 85(2):170-178

Litz BT, Stein N, Delaney E, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin Psychology Review 2009; 29:695-706

Maercker A. (Hrsg.). Resilienz und posttraumatische Reifung. Posttraumatische Belastungsstörungen. Zürich 2013; 39

Maercker A, Mohiyeddini C, Müller M, et al. Traditional versus modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims. Psychology and Psychotherapy 2009; 82(2):219-232

Müller M, Forstmeier S, Wagner B, Maercker A. Traditional versus modern values and interpersonal factors predicting stress response syndromes in a Swiss elderly population. *Psychology, Health and Medicine* 2011; 1-10; DOI: 10.1080/13548506.2011.564192 Ontario symposium

Müller-Seedorf W. Die Neuausrichtung der Bundeswehr. Fachbereich Wissenschaftlicher Dienst 2, Deutscher Bundestag 2013; 25: 1. Online verfügbar: http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2013/Die_Neuausrichtung_der_Bundeswehr.pdf

Naumann K. Soldaten sind Kämpfer. *Die Welt* 02.08.2013. Online verfügbar: http://www.welt.de/print/die_welt/debatte/article118615684/Soldaten-sind-Kaempfer.html

Opp G, Fingerle M. Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München 2008; 20-31

Owens GP, Steger MF, Whitesell AA, Herrera CL. Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *J Traumatic Stress* 2009; 22(6):654-657

Peter P, Mohler P, Wohn K. Persönliche Wertorientierungen im European Social Survey. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 2005/01; März 2005; ISSN 1437-4110

Radebold H. Kriegsbedingte Kindheiten und Jugendzeit. In: Radebold H, Bohleber W, Zinnecker J. Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Weinheim/München: Juventa 2009; S. 45-55

Reich J, Lyons M, Cai B. Familial vulnerability factors to posttraumatic stress disorder in male military veterans. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1996; 93(2):105-112

Rokeach M. The nature of human values. New York: Free Press 1973; 5

Sagi-Schwartz A, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors. *Attachment & Human Development* 2008; 10(2):105-121

Schermer JA, Feather NT, Zhu G, Martin NG. Phenotypic, genetic, and environmental properties of the portrait values questionnaire. *Twin Research Human Genetics* 2008; 11(5):531-537

Schilling N. Die Rolle des Militärs in komplexen Friedensmissionen – Ambiguitätstoleranz als Schlüsselqualifikation des Soldaten, um in diesem Umfeld zu bestehen. *Jahrbuch Innere Führung* 2011/12; 2 (13):213-240

Schmidt P, Bamberg S, Davidov E, Herrmann J, Schwartz SH. Die Messung von Werten mit dem Portrait Values Questionnaire. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 2007; 38(4):261-275

Schmidt U, Gall-Kleebach D. Besonderheiten der Traumapsychotherapie von Soldaten und Kriegsveteranen: Ein Erfahrungsbericht. *Psychotherapie* 2010; 15(2): 317-321
Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauß B, Brähler E. Die Resilienzskala – ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Z Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2004; revidierte Manuskriptfassung vom 19.06.2004:01-15

Schumann S. Individuelles Verhalten – Möglichkeiten der Erforschung durch Einstellungen, Werte und Persönlichkeit. *Wochenschau-Verlag* 2012; 3:125-175

Schwartz SH. A proposal for measuring value orientations across nations. In ESS (Ed.), *Questionnaire development report* (pp. 259–319) Online verfügbar: http://naticent02.uuhost.uu.net/questionnaire/questionnaire_development/chapter_07.doc

Schwartz SH. Are there universal aspects in the content and structure of values? *Journal of Social Issues* 1994; 50:19–45

Schwartz SH. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* 1992 (Vol. 25, pp. 1–65). New York: Academic Press

Schwartz SH. Value priorities and behavior: Applying of theory of integrated value systems. In Seligman C, Olson JM, Zanna MP (Eds.), *The psychology of values: The Ontario symposium* 1996 (Vol. 8, pp. 1–24). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Schwartz SH, Melech G, Lehmann A, Burgess S, Harris M, Owens V. Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *J Cross-cultural Psychology* 2001; 32(5):519-542

Schwartz SH. A proposal for measuring value orientations across nations. In ESS (Ed.). *Questionnaire development report* (pp. 259-319) 2003. Online verfügbar: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/questionnaire_development/chapter_07.doc

Siegel S, Zimmermann P. Moralische Verletzungen von Soldaten im Auslandseinsatz. *Wehrmedizinische Monatsschrift* 2010; 54(6-7):1-4

Siegel S, Ungerer J, Zimmermann P. Wenn Werte wanken. Ethische Verwundungen von Soldaten nach Auslandseinsatz. Hartmann U, von Rosen C, Walther C (Hrsg.). *Jahrbuch Innere Führung* 2011. Miles-Verlag 2011; 211-221

Singer S, Brähler E. Die „Sense of Coherence Scale“. *Göttingen* 2007; 15-17

Solomon Z, Kotler M, Miculincer M. Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: Preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1988; 145(7):865-868

Struck P. Die größte Friedensbewegung Deutschlands. *F.A.Z.* 11.03.2004. Online verfügbar: <http://www.faz.net/aktuell/politik/bundeswehr-die-groesste-friedensbewegung-deutschlands-1146197.html>

Zimmermann P, Biesold KH, Hahne HH, Lanczik M. Die Psychiatrie der Bundeswehr im Wandel – Standortbestimmung und Perspektiven. Trauma und Gewalt 2010; 4(3):2-11

Zimmermann P, Eisenlohr V (Hrsg.). Psychosoziale Belastungen.
Psychotraumazentrum BwKrhs Berlin 2011; 11:151-156

Zinnecker J. Die „transgenerationale Weitergabe“ der Erfahrung des Weltkrieges in der Familie. In: Radebold H, Bohleber W, Zinnecker J. Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Weinheim/München: Juventa 2009, S. 45-55

10 Anhang

10.1 Anhangsverzeichnis

Abbildung 1: Items des Rokeach Value Survey (RVS) [Asendorpf 1999, S. 220].....	18
Abbildung 2: Definition der Wertetypen nach Schwartz [Schwartz 2001]	20
Abbildung 3: Theoretical model of structure of relations among 10 value constructs [Schwartz 2001].....	21
Abbildung 4: Rahmenmodell von Resilienz (Wustmann 2004, 65) [Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2011, S 38]	24

10.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der Untersuchungsgruppen mit und ohne Therapie	29
Tabelle 2: Durchschnittsalter beider Gruppen	37
Tabelle 3: Korrelation des Alters zu den PVQ-Mittelwerten	37
Tabelle 4: Geschlechterverteilung beider Gruppen	38
Tabelle 5: Korrelation des Geschlechtes zu den PVQ-Mittelwerten	38
Tabelle 6: Wertetypen bei Soldaten mit und ohne (Kontrolle) psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung	40
Tabelle 7: Regressionsmodell zur Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS.....	42
Tabelle 8: Regressionsmodell zum Schweregrad einer PTBS	43
Tabelle 9: Regressionsmodell zum Schweregrad einer Depressivität, somatoformer und stressbezogener Symptomatik	45
Tabelle 10: Regressionsmodell zur Ausprägung der Resilienz.....	46
Tabelle 11: Resilienzwerte beider Gruppen.....	48
Tabelle 12: Korrelation der RS-11 und der PVQ-Mittelwerte	49
Tabelle 13: Regressionsmodell zur Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS unter Resilienz.....	50
Tabelle 14: Regressionsmodell zum Schweregrad einer PTBS unter Resilienz.....	51
Tabelle 15: Regressionsmodell zum Schweregrad einer Depressivität, somatoformer und stressbezogener Symptomatik unter Resilienz.....	53

10.3 Fragebogenverzeichnis

Fragebogen 10-1: Portrait Values Questionnaire (PVQ)	79
Fragebogen 10-2: Portrait Values Questionnaire (PVQ)	80
Fragebogen 10-3: Portrait Values Questionnaire (PVQ)	81
Fragebogen 10-4: Portrait Values Questionnaire (PVQ)	82
Fragebogen 10-5: Portrait Values Questionnaire (PVQ)	83
Fragebogen 10-6: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	84
Fragebogen 10-7: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	85
Fragebogen 10-8: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	86
Fragebogen 10-9: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	87
Fragebogen 10-10: Resilienzskala (RS-11).....	88
Fragebogen 10-11: Patient Health Questionnaire (PHQ)	89
Fragebogen 10-12: Patient Health Questionnaire (PHQ)	90
Fragebogen 10-13: Patient Health Questionnaire (PHQ)	91
Fragebogen 10-14: Patient Health Questionnaire (PHQ)	92

Fragebogen zu Werteprotrails

(Portraits Value Questionnaire)

In diesem Test beschreiben wir Ihnen kurz verschiedene Menschen. Bitte lesen Sie jede Beschreibung und denken Sie darüber nach, wie ähnlich Ihnen die beschriebene Person ist. Bitte kreuzen Sie dann den entsprechenden Wert an.

<i>Wie ähnlich ist Ihnen die folgende Person?</i>	sehr ähnlich	ähnlich	eher ähnlich	eher un-ähnlich	un-ähnlich	sehr un-ähnlich
1. Es ist ihm wichtig, neue Ideen zu haben und kreativ zu sein. Er mag es, die Dinge auf seine eigene, originelle Art anzugehen.	<input type="radio"/>					
2. Es ist ihm wichtig, reich zu sein. Er möchte viel Geld und teure Sachen besitzen.	<input type="radio"/>					
3. Er glaubt, dass es wichtig ist, dass alle Menschen in der Welt gleich behandelt werden. Er denkt, dass jeder Mensch im Leben gleiche Chancen haben soll.	<input type="radio"/>					
4. Es ist ihm sehr wichtig, seine Fähigkeiten zu zeigen. Er möchte, dass die Leute bewundern, was er tut.	<input type="radio"/>					
5. Es ist ihm wichtig, in einem sicheren Umfeld zu leben. Er vermeidet alles, was seine Sicherheit gefährden könnte.	<input type="radio"/>					
6. Er glaubt, dass es wichtig ist, viele verschiedene Dinge in seinem Leben zu tun. Er sucht immer nach neuen Dingen, die er ausprobieren kann.	<input type="radio"/>					

Fragebogen 10-1: Portrait Values Questionnaire (PVQ)

7. Er glaubt, dass die Menschen das tun sollten, was ihnen gesagt wird. Er denkt, dass man Regeln immer befolgen sollte, auch wenn keiner hinsieht.	<input type="radio"/>					
8. Es ist ihm wichtig, Menschen zuzuhören, die anders sind als er. Sogar, wenn er nicht ihrer Meinung ist, möchte er sie trotzdem verstehen.	<input type="radio"/>					
9. Er denkt, dass es wichtig ist, nicht mehr zu verlangen als man hat. Er glaubt, dass die Menschen mit dem zufrieden sein sollten, was sie haben.	<input type="radio"/>					
10. Er sucht nach jeder Möglichkeit, Spaß zu haben. Es ist ihm wichtig, Dinge zu tun, die ihm Freude bereiten.	<input type="radio"/>					
11. Es ist ihm wichtig, selbst zu entscheiden, was er tut. Er möchte seine Aktivitäten gern selbst planen und auswählen können.	<input type="radio"/>					
12. Es ist ihm sehr wichtig, den Menschen in seinem Umfeld zu helfen. Er möchte sich um ihr Wohlbefinden kümmern.	<input type="radio"/>					
13. Es ist ihm wichtig, sehr erfolgreich zu sein. Er mag es, andere Leute zu beeindrucken.	<input type="radio"/>					
14. Es ist ihm sehr wichtig, dass sein Land in Sicherheit ist. Er denkt, dass der Staat gegen Bedrohungen von innen und außer auf der Hut sein muss.	<input type="radio"/>					
15. Er geht gern Risiken ein. Er hält immer nach Abenteuern Ausschau.	<input type="radio"/>					

Fragebogen 10-2: Portrait Values Questionnaire (PVQ)

16. Es ist ihm wichtig, sich immer gut zu benehmen. Er möchte es vermeiden, Dinge zu tun, über die andere sagen würden, dass sie falsch seien.	<input type="radio"/>					
17. Es ist ihm wichtig, die Führung zu übernehmen und anderen zu sagen, was sie tun sollen. Er möchte, dass die anderen tun, was er sagt.	<input type="radio"/>					
18. Es ist ihm wichtig, seinen Freunden treu zu sein. Er möchte sich den Menschen, die ihm nahe stehen, widmen.	<input type="radio"/>					
19. Er ist fest davon überzeugt, dass die Menschen sich für die Natur einsetzen sollten. Es ist ihm wichtig, sich um die Umwelt zu kümmern.	<input type="radio"/>					
20. Es ist ihm wichtig, religiös zu sein. Er bemüht sich sehr, nach seinen religiösen Überzeugungen zu leben.	<input type="radio"/>					
21. Es ist ihm wichtig, dass alles ordentlich und sauber ist. Er mag es überhaupt nicht, wenn alles durcheinander ist.	<input type="radio"/>					
22. Er denkt, dass es wichtig ist, sich für vieles zu interessieren. Er ist gern neugierig und versucht, alle möglichen Dinge zu verstehen.	<input type="radio"/>					
23. Er glaubt, dass die Völker der Welt in Harmonie zusammenleben sollten. Es ist ihm wichtig, den Frieden zwischen allen Gruppen der Welt zu fördern.	<input type="radio"/>					
24. Es ist ihm wichtig, ehrgeizig zu sein. Er möchte zeigen, wie fähig er ist.	<input type="radio"/>					

Fragebogen 10-3: Portrait Values Questionnaire (PVQ)

25. Er glaubt, dass es am besten ist, wenn man die Dinge auf traditionelle Art und Weise tut. Es ist ihm wichtig, die Bräuche, die er gelernt hat, aufrecht zu erhalten.	<input type="radio"/>					
26. Es ist ihm wichtig, die Freuden des Lebens zu genießen. Er „verwöhnt“ sich gern selbst.	<input type="radio"/>					
27. Es ist ihm wichtig, auf die Bedürfnisse der anderen einzugehen. Er bemüht sich, die Menschen, die er kennt, zu unterstützen.	<input type="radio"/>					
28. Er glaubt, dass er seine Eltern und ältere Menschen respektieren sollte. Es ist ihm wichtig, gehorsam zu sein.	<input type="radio"/>					
29. Er möchte, dass jeder gerecht behandelt wird, sogar Leute, die er nicht kennt. Es ist ihm wichtig, die Schwachen der Gesellschaft zu beschützen.	<input type="radio"/>					
30. Er mag Überraschungen. Es ist ihm wichtig, ein aufregendes Leben zu führen.	<input type="radio"/>					
31. Er bemüht sich sehr, Krankheiten zu vermeiden. Gesund zu bleiben ist ihm sehr wichtig.	<input type="radio"/>					
32. Es ist ihm wichtig, im Leben vorwärts zu kommen. Er strebt danach, besser zu sein als andere.	<input type="radio"/>					
33. Es ist ihm wichtig, Menschen zu verzeihen, die ihn verletzt haben. Er versucht, in ihnen das Gute zu sehen und nicht nachtragend zu sein.	<input type="radio"/>					

Fragebogen 10-4: Portrait Values Questionnaire (PVQ)

34. Es ist ihm wichtig, unabhängig zu sein. Er verlässt sich gern auf sich selbst.	<input type="radio"/>					
35. Eine stabile Regierung ist ihm wichtig. Er sorgt sich darum, dass die soziale Ordnung bewahrt wird.	<input type="radio"/>					
36. Es ist ihm wichtig, immer zu allen Menschen höflich zu sein. Er versucht, andere Menschen niemals zu stören.	<input type="radio"/>					
37. Er möchte das Leben richtig genießen. Es ist ihm wichtig, Spaß zu haben.	<input type="radio"/>					
38. Es ist ihm wichtig, demütig und bescheiden zu sein. Er bemüht sich, keine Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.	<input type="radio"/>					
39. Er möchte immer derjenige sein, der die Entscheidungen trifft. Er ist gern in der Führungsposition.	<input type="radio"/>					
40. Es ist ihm wichtig, sich der Natur anzupassen und zu ihr zu passen. Er glaubt, dass die Menschen die Natur nicht verändern sollten.	<input type="radio"/>					

Fragebogen 10-5: Portrait Values Questionnaire (PVQ)

Name: _____

Geschlecht: m / w _____

Geburtsdatum: _____

heutiges Datum: _____

TEIL 1

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeuge eines solches Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

1.	JA	NEIN	Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)
2.	JA	NEIN	Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)
3.	JA	NEIN	Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)
4.	JA	NEIN	Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)
5.	JA	NEIN	Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung)
6.	JA	NEIN	Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung)
7.	JA	NEIN	Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet
8.	JA	NEIN	Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)
9.	JA	NEIN	Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel)
10.	JA	NEIN	Folter
11.	JA	NEIN	Lebensbedrohliche Krankheit
12.	JA	NEIN	Anderes traumatisches Ereignis Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis:
13.			

14. Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. _____

Fragebogen 10-6: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS (wenn Sie nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint). Wenn Sie keines der Erlebnisse hatten, brauchen Sie keine weiteren Fragen zu beantworten.

TEIL 2

15. Wann hatten Sie dieses schlimmste Erlebnis?

(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

- vor weniger als einem Monat
- vor 1 bis 3 Monaten
- vor 3 bis 6 Monaten
- vor 6 Monaten bis 3 Jahren
- vor 3 bis 5 Jahren
- vor mehr als 5 Jahren

Bitte kreuzen Sie für die folgenden Fragen JA oder NEIN an:

Während des schlimmsten Ereignisses ...

16.	JA	NEIN	... wurden Sie körperlich verletzt?
17.	JA	NEIN	... wurde jemand anders körperlich verletzt?
18.	JA	NEIN	... dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war?
19.	JA	NEIN	... dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war?
20.	JA	NEIN	... fühlten Sie sich hilflos?
21.	JA	NEIN	... hatten Sie starke Angst oder waren Sie voller Entsetzen?

Fragebogen 10-7: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

TEIL 3

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Ereignissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0 – 3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie IM LETZTEN MONAT (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr schlimmstes Erlebnis beziehen.

Dabei bedeutet

0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat

1 = einmal pro Woche oder seltener/ manchmal

2 = 2 bis 4 mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit

3 = 5 mal oder öfter pro Woche/ fast immer

22.	Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?	0	1	2	3
23.	Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis?	0	1	2	3
24.	War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?	0	1	2	3
25.	Belastete es Sie, wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.)?	0	1	2	3
26.	Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Erlebnis erinnert wurden?	0	1	2	3
27.	Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	0	1	2	3
28.	Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	0	1	2	3
29.	Konnten / können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?	0	1	2	3
30.	Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	0	1	2	3
31.	Fühlten Sie sich Menschen in Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?	0	1	2	3
32.	Fühlten Sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen zu können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	0	1	2	3
33.	Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)?	0	1	2	3
34.	Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	0	1	2	3

Fragebogen 10-8: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

35.	Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche?	0	1	2	3
36.	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)?	0	1	2	3
37.	Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)?	0	1	2	3
38.	Waren Sie nervös oder schreckhaft (z.B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?	0	1	2	3

39. Wie lange haben Sie schon die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben?
(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

- weniger als einem Monat
- 1 bis 3 Monate
- über 3 Monate

40. Wann nach dem traumatischen Erlebnis traten diese Probleme auf?
(Bitte kreuzen Sie eine der Antwortmöglichkeiten an)

- innerhalb der ersten 6 Monate
- nach 6 Monaten und später

TEIL 4

Bitte geben Sie an, ob die Probleme, die Sie in Teil 3 angegeben haben, Sie **IM LETZTEN MONAT** in den unten aufgeführten Bereichen Ihres Lebens beeinträchtigt haben. Bitte kreuzen Sie **JA** an, wenn eine Beeinträchtigung vorlag, und **NEIN**, wenn dies nicht der Fall war.

- 41. JA NEIN Arbeit [] habe keine Arbeit
- 42. JA NEIN Hausarbeit und Haushaltspflichten
- 43. JA NEIN Beziehungen zu Freunden
- 44. JA NEIN Unterhaltung und Freizeitaktivitäten
- 45. JA NEIN (Hoch-)Schule / Ausbildung [] mache keine Ausbildung
- 46. JA NEIN Beziehungen zu Familienmitgliedern [] lebe von Familie getrennt
oder habe keine
- 47. JA NEIN Erotik
- 48. JA NEIN Allgemeine Lebenszufriedenheit
- 49. JA NEIN Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen

Fragebogen 10-9: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

RS-11

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen. Bitte lesen Sie sich jede Feststellung durch und kreuzen Sie an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf Sie zutreffen, d. h. wie sehr Ihr übliches Denken und Handeln durch diese Aussagen beschrieben wird.

		<i>1 = nein</i>					<i>7 = ja</i>	
		<i>Ich stimme nicht zu stimme völlig zu</i>						
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3	Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	1	2	3	4	5	6	7
4	Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7
9	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7

Fragebogen 10-10: Resilienzskala (RS-11)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

1 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen 10-11: Patient Health Questionnaire (PHQ)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3 Fragen zum Thema „Angst“

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen 10-12: Patient Health Questionnaire (PHQ)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

6 Fragen zum Thema „Essen“

	NEIN	JA
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 9		
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

	NEIN	JA
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

	NEIN	JA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

	NEIN	JA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11		

10 Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

	NEIN	JA
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule; bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen 10-13: Patient Health Questionnaire (PHQ)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

12	Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
	a. Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?		NEIN	JA
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?			
15	Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?		NEIN	JA
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt			
	a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?			
	Monatsblutung ist unverändert	Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt	Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung ausgeprägte Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?		NEIN (oder trifft nicht zu)	JA
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Wenn „JA“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen 10-14: Patient Health Questionnaire (PHQ)

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Susanne Barbara Firnkes, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Wertetypen bei Einsatzsoldaten – Zusammenhänge mit psychischer Gesundheit und Resilienz“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Keine

Danksagung

Herrn Oberstarzt Priv.-Doz. Dr. Zimmermann danke ich ganz herzlich für die Möglichkeit einer Dissertation in diesem äußerst aktuellen Themenbereich, für seine verständnisvolle Begleitung und die immerwährende Unterstützung in allen Fragen.

Zudem gebührt mein Dank allen Kameraden der 1. Panzerdivision und des Bundeswehrkrankenhauses Berlin, die mit Ihrer Bereitschaft die Fragebögen zu beantworten, diese Arbeit erst ermöglichten.

Herrn Oberstarzt Dr. Backus danke ich für seine motivierenden Worte und den guten Zuspruch.

Ebenfalls bedanke ich mich bei Herrn Oberst i.G. Jünemann für das Korrekturlesen.