

Frieden – Versöhnung – Zukunft: Afrika und Europa  
Paix – Réconciliation – Avenir: L’Afrique et l’Europe  
Peace – Reconciliation – Future: Africa and Europe



Band 8

Andrijana Glavas

# Ich bin immer noch hier!

Die Rolle von Religiosität und Spiritualität  
bei traumatisierten Patienten in Kroatien



LIT

Andrijana Glavas

Ich bin immer noch hier!

Frieden – Versöhnung – Zukunft:  
Afrika und Europa

Schriften der GIRUBUNTU Peace-Academy

Paix – Réconciliation – Avenir :  
L’Afrique et l’Europe

Etudes de la GIRUBUNTU Peace-Academy

Peace – Reconciliation – Future:  
Africa and Europe

Studies of the GIRUBUNTU Peace-Academy



herausgegeben von / éditée par / edited by

Prof. Dr. Klaus Baumann (Freiburg)

Prof. Dr. Rainer Bendel (Stuttgart/Tübingen)

Dr. Déogratias Maruhukiro, PhD (Freiburg)

Wissenschaftlicher Beirat / Scientific Advisory Board /  
Conseil Scientifique

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff (Universität Freiburg) †

Prof. Dr. Heinz-Gerhard Justenhoven (Institut für Theologie und Frieden (itf))

Mgr. Dr. Herménégilde Nduricimpa, PhD (Université des Grands-Lacs au Burundi)

Dr. François-Xavier Mureha (Université du Lac Tanganyika)

Dr. Aimé-Parfait Niyonkuru (Université Paris Nanterre)

Dr. Gerard Birantamije (REPI, Université Libre de Bruxelles)

Band/Volume 8

---

LIT

Andrijana Glavas

# Ich bin immer noch hier!

Die Rolle von Religiosität und Spiritualität  
bei traumatisierten Patienten in Kroatien

---

LIT

Umschlagbild:

[https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Memorijalno\\_groblje\\_Vukovar.jpg](https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Memorijalno_groblje_Vukovar.jpg)

Als Dissertation an der Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

Erstgutachter: Prof. Dr. Klaus Baumann

Zweitgutachter: Prof. Dr. Arndt Büssing

Dekan: Prof. Dr. Ferdinand Prostmeier

Feststellung des Gesamtergebnisses der Promotion: 04. 05. 2021

D 25

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-643-15171-1 (br.)

ISBN 978-3-643-35171-5 (PDF)

Zugl.: Freiburg i.Br., Univ., Diss., 2021

© **LIT VERLAG** Dr. W. Hopf Berlin 2022

Verlagskontakt:

Fresnostr. 2 D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-62 03 20

E-Mail: [lit@lit-verlag.de](mailto:lit@lit-verlag.de) <https://www.lit-verlag.de>

### **Auslieferung:**

Deutschland: LIT Verlag, Fresnostr. 2, D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-620 32 22, E-Mail: [vertrieb@lit-verlag.de](mailto:vertrieb@lit-verlag.de)

*Für alle meine Lieben, die nicht mehr unter uns sind*

## DANKSAGUNG

Ich möchte mich herzlich bedanken bei allen, die mich während dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

Von ganzem Herzen danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Klaus Baumann, welcher mich durch die ganze Zeit mit viel Geduld und Verständnis begleitet hat, mich immer wieder ermutigt und unterstützt hat. Ich danke ihm für das Vertrauen, das er mir geschenkt hat.

Auch meinem Zweitbetreuer Prof. Dr. Arndt Büsing möchte ich für seine stetige Hilfsbereitschaft herzlich danken.

Frau Dr. Gerta Rücker danke ich sehr für die statistische Beratung dieser Arbeit.

Mein großer Dank geht an alle meine liebe Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsbereich Caritaswissenschaft, die mich moralisch und freundschaftlich unterstützt haben.

Ich danke der Förderung im Rahmen des Innovationsfonds „Forschung für die Anschubfinanzierung“ während der Vorbereitungsphase dieses Projekts.

Zum Schluss möchte ich meinen tiefsten Dank an die vielen Patientinnen und Patienten und ihren Ärztinnen und Ärzten in Vukovar und Split ausdrücken, die an dieser Studie teilgenommen haben.

# INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis .....	15
Tabellenverzeichnis .....	19
Abkürzungsverzeichnis .....	21
Geleitwort .....	23
Vorwort .....	25
<b>I. Einleitung .....</b>	<b>27</b>
<b>1 Was ist ein Trauma.....</b>	<b>27</b>
1.1 Definition von Trauma in Klassifikationssystemen psychiatrischer Störungen.....	28
1.2 Klassifikation von Traumata.....	31
1.3 Häufigkeiten von traumatischen Erlebnissen .....	31
<b>2 Traumafolgen .....</b>	<b>33</b>
2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	34
2.1.1 Definition des Krankheitsbildes von PTBS.....	35
2.1.2 Symptome Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) .....	37
2.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS).....	38
2.2.1 Symptome einer KPTBS.....	40
2.3 Häufigkeit von PTBS und KPTBS.....	41
2.4 Risikofaktoren und Schutzfaktoren für die Entstehung von PTBS.....	45
2.4.1 Risikofaktoren .....	45
2.4.2 Schutzfaktoren .....	47
<b>3 Komorbidität.....</b>	<b>49</b>
<b>4 Diagnostik .....</b>	<b>51</b>
4.1 Diagnostische Verfahren.....	52
4.2 Differentialdiagnostik .....	53



<b>5</b>	<b>Behandlung von PTSB.....</b>	<b>55</b>
5.1	Psychotherapeutische Behandlung der PTBS.....	55
5.2	Psychopharmakologische Behandlung der PTBS.....	56
<b>6</b>	<b>Verlauf und Prognose .....</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>Kriegstrauma .....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>Kriegstraumata am Beispiel Kroatiens.....</b>	<b>61</b>
8.1	Geschichte des Krieges in Kroatien.....	61
8.2	Traumafolgen des Krieges in Kroatien.....	62
	8.2.1 Sekundäre Traumatisierung.....	65
	8.2.2 Suizid bei den Kriegsveteranen.....	67
8.3	Zur Erinnerung an Vukovar und alle Kriegsoffer in Kroatien.....	69
<b>9</b>	<b>Stand der Forschung bei Traumafolgen und Religiosität und Spiritualität .....</b>	<b>71</b>
9.1	Religiosität/Spiritualität und Trauma.....	72
9.2	Stand der Forschung in Kroatien und Bosnien und Herzegowina zum Thema Trauma und Re/S.....	74
9.3	Stand der Forschung zum Thema Trauma und Religiosität/ Spiritualität (ReS) .....	78
9.4	Forschungsergebnisse zur Salutogenese und Trauma.....	80
9.5	Forschungsergebnisse zu Resilienz und Trauma.....	82
	9.5.1 Soziale Unterstützung als Resilienzfaktor.....	84
9.6	Stressbewältigung (Coping).....	86
	9.6.1 Religiöses Coping .....	87
	9.6.2 Religiöses Coping bei traumatischen Erfahrungen.....	89
	9.6.3 Religiöses Coping bei Krebspatienten.....	91
	9.6.4 Religiöses Coping bei Depressionen und Angsterkrankungen..	94
9.7	Posttraumatisches Wachstum (Reifung) .....	95
<b>10</b>	<b>Zusammenfassung des Forschungsstandes.....</b>	<b>101</b>
<b>11</b>	<b>Traumabewältigung als Forschungsthema der Caritaswissenschaft“.....</b>	<b>103</b>

<b>II. Methode</b> .....	<b>105</b>
<b>1 Zusammenfassung der Pilotstudie in Kroatien und Bosnien und Herzegowina</b> .....	<b>105</b>
<b>2 Ablauf der Studie</b> .....	<b>107</b>
2.1 Studiendesign und Rekrutierung.....	107
2.2 Stichprobe .....	107
2.3 Durchführung der Erhebung.....	108
2.4 Fragestellung und Hypothesen.....	109
2.5 Untersuchungsinstrumente.....	110
2.5.1 SpNQ - Spiritual Needs Questionnaire.....	111
2.5.2 SpREUK - Spirituelle und religiöse Einstellungen von Kranken im Umgang mit ihrer Krankheit .....	112
2.5.3 Benefit Modul .....	113
2.5.4 Lebenszufriedenheit BMLSS 10 - (Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale).....	113
2.5.5 VAS - Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (Visuelle Analogskala) .....	114
2.5.6 PTSD Checklist (PCL ).....	114
2.6 Statistische Analyse .....	114
<b>III. Ergebnisse</b> .....	<b>117</b>
<b>1 Rücklauf</b> .....	<b>117</b>
<b>2 Demografische Angaben</b> .....	<b>117</b>
<b>3 SpNQ Spiritual Needs Questionnaire</b> .....	<b>121</b>
3.1 Häufigkeit SpNQ Bedürfnisse - Gesamtstichprobe und beide Patientengruppen .....	121
3.2 Mittelwertvergleich zwischen demografischen Merkmalen und SpNQ Bedürfnissen – Gesamtstichprobe.....	126
3.2.1 Mittelwertvergleich nach Geschlecht.....	126

3.2.2	Religiöse Bedürfnisse.....	127
3.2.3	Existenzielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben/Generativität .....	128
3.2.4	Bedürfnisse nach innerem Frieden .....	133
3.3	Korrelation zwischen den SpNQ Bedürfnissen – Gesamtstichprobe....	134
3.3.1	Religiöse Bedürfnisse.....	134
3.3.2	Existenzielle Bedürfnisse .....	135
3.3.3	Bedürfnisse nach Geben und Generativität und Bedürfnisse nach innerem Frieden .....	136
3.4	Korrelation von SpNQ Bedürfnissen zwischen den Patientengruppen.....	137
3.4.1	Religiöse Bedürfnisse.....	137
3.4.2	Existenzielle Bedürfnisse.....	137
3.4.3	Bedürfnisse nach Geben/Generativität.....	137
3.5	Korrelationen zwischen SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen- Gesamtstichprobe .....	138
3.5.1	Religiöse Bedürfnisse.....	138
3.5.2	Existenzielle Bedürfnisse.....	139
3.5.3	Bedürfnisse nach Geben /Generativität.....	139
3.5.4	Bedürfnis nach innerem Frieden.....	141
3.6	Korrelation zwischen SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen bei den Patientengruppen.....	141
<b>4</b>	<b>Analyse der Fragen bezüglich des Bedürfnisses nach Vergebung..</b>	<b>145</b>
4.1	Häufigkeiten der Fragen nach Vergebung.....	145
4.2	Mittelwertvergleich zwischen der Frage N16W und demografischer Daten – Gesamtstichprobe.....	148
4.3	Mittelwertvergleich zwischen der Frage N17 W und demografischen Daten- Gesamtstichprobe.....	148
4.4	Korrelation zwischen der Frage N16W und SpNQ Bedürfnissen – Gesamtstichprobe .....	148
4.5	Korrelation zwischen der Frage N16W und SpREUK Skalen- Gesamtstichprobe.....	149

4.6	Korrelation der Frage N17 W und SpNQ Bedürfnisse- Gesamtstichprobe .....	151
4.7	Korrelation zwischen der Frage N17W und SpREUK Skalen Gesamtstichprobe .....	152
4.8	Korrelation zwischen den Fragen nach der Vergebung, SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen zwischen den Patientengruppen.....	153
<b>5</b>	<b>Selbsteinschätzung (SpR) als religiös bzw. spirituell - R+/-/S+.....</b>	<b>155</b>
5.1	Häufigkeit der Fragen F2.6 und F1.1– Gesamtstichprobe .....	155
5.2	Mittelwertvergleich SpR Selbsteinschätzung und SpNQ Bedürfnisse – Gesamtstichprobe.....	156
5.3	Mittelwertvergleich Selbsteinschätzung (SpR) – SpREUK Skalen und Benefit – Gesamtstichprobe .....	157
<b>6</b>	<b>SpREUK–Spirituell/religiöse Einstellungen und Umgang mit der Krankheit.....</b>	<b>159</b>
6.1	Häufigkeit einzelner Fragen SpREUK – Gesamtstichprobe.....	159
6.1.1	Suche nach sinngebender Rückbindung.....	159
6.1.2	Vertrauen in eine höhere Führung.....	159
6.1.3	Reflexion: Positive Krankheitsbewertung.....	159
6.2	Mittelwertvergleich SpREUK Skalen –Gesamtstichprobe.....	159
6.3	Korrelation zwischen den SpREUK Skalen – Gesamtstichprobe.....	163
<b>7</b>	<b>Benefit Modul .....</b>	<b>165</b>
7.1	Häufigkeit Benefit Modul- Gesamtstichprobe.....	165
7.2	Häufigkeit einzelner Fragen – Benefit Modul – Gesamtstichprobe....	165
7.3	Mittelwertvergleich Benefit Modul – Gesamtstichprobe.....	166
7.4	Korrelationen zwischen dem Benefit Modul und anderen Modulen....	167
<b>8</b>	<b>Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung – Visuelle analoge Skala (VAS).....</b>	<b>169</b>
8.1	Häufigkeit der gesundheitlichen Belastung – Gesamtstichprobe.....	169
8.2	Häufigkeit der gesundheitlichen Belastung zwischen Patientengruppen.....	169
8.3	Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung – (VAS Skala) – Gesamtstichprobe.....	170

8.4	Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung – (VAS Skala) zwischen den Patientengruppen.....	172
8.5	Korrelation zwischen Auswirkung gesundheitlicher Belastung und SpNQ Bedürfnissen-Gesamtstichprobe.....	173
8.6	Korrelation zwischen Auswirkungen gesundheitlicher Belastung und der Fragen N 16 und N 17 – Gesamtstichprobe.....	174
8.7	Korrelation zwischen Auswirkung gesundheitlicher Belastung und SpREUK Skalen – Gesamtstichprobe.....	174
8.8	Korrelation zwischen Auswirkung der gesundheitlichen Belastung und der Frage 1.1 und der Frage 2.6. – Gesamtstichprobe.....	174
8.9	Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung (VAS) und SpNQ Bedürfnissen zwischen Patientengruppen.....	175
8.10	Korrelation von Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS) und Fragen N 16W und N 17W zwischen Patientengruppen.....	177
8.11	Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung (VAS) und SpREUK Skalen zwischen Patientengruppen.....	177
<b>9</b>	<b>Lebenszufriedenheit (BMLSS) – Gesamtstichprobe.....</b>	<b>179</b>
9.1	Lebenszufriedenheit – Häufigkeit.....	179
9.2	Mittelwertvergleich von Lebenszufriedenheit.....	181
9.3	Korrelation Lebenszufriedenheit mit anderen Modulen – Gesamtstichprobe .....	183
9.3.1	Korrelation Lebenszufriedenheit mit anderen Modulen zwischen Patientengruppen .....	185
9.3.2	Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnissen .....	185
9.3.3	Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpREUK Skalen zwischen Patientengruppen.....	187
<b>10</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS Score) – Gesamtstichprobe.....</b>	<b>189</b>
10.1	Häufigkeit PTBS Score.....	189
10.2	Mittelwertvergleich in der Gruppe aller, die das PCL-Modul beantworteten.....	190
10.3	Korrelationen zwischen PTBS Score und einzelnen Modulen.....	191
10.3.1	Korrelation PTBS Score und SpNQ Bedürfnisse.....	191

10.3.2	Korrelation zwischen PTBS Score und die Fragen F16W und F17W .....	191
10.3.3	Korrelation zwischen PTBS Score und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung .....	191
10.3.4	Korrelation zwischen PTBS Score und SpREUK Skalen und Benefit .....	192
10.3.5	Korrelation zwischen PTBS Score und Lebenszufriedenheit..	193
<b>11</b>	<b>Vergebung/Klärung - Forgiveness Clarification (FC) – Gesamtstichprobe .....</b>	<b>195</b>
11.1	Häufigkeit Vergebung/Klärung (FC) unter Patientengruppen .....	195
11.2	Mittelwertvergleich zwischen Vergebung/Klärung (FC) und demografischen Daten – Gesamtstichprobe.....	196
11.3	Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (FC) und anderen Modulen-Gesamtstichprobe .....	197
11.3.1	Korrelation Vergebung/Klärung (FC) mit SpNQ Bedürfnissen.....	197
11.3.2	Korrelation zwischen Bedürfnissen nach Vergebung/Klärung (FC) und den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS).198	
11.3.3	Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Skalen .....	199
11.3.4	Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (FC), Lebenszufriedenheit und PTBS Score .....	200
11.3.5	Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und den Fragen F2.6 und F1.1 .....	200
11.4	Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (FC) und anderen Modulen unter Patientengruppen .....	200
11.4.1	Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpNQ Skalen.....	200
11.4.2	Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS) .....	201
11.4.3	Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Modul.....	201
11.4.4	Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und Lebenszufriedenheit unter Patientengruppen .....	201

<b>12</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse.....</b>	<b>203</b>
12.1	Spirituelle Bedürfnisse (Spiritual Needs Questionnaire - SpNQ).....	203
12.2	Spirituell religiöser Umgang mit der Erkrankung (SpREUK Modul)...	204
12.3	Lebenszufriedenheit.....	204
12.4	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	205
12.5	Vergebung /Klärung (FC) .....	205
<b>IV. Diskussion.....</b>		<b>207</b>
<b>Die Befunde der Studie im Kontext der kroatischen Gesellschaft.....</b>		<b>209</b>
<b>1</b>	<b>Diagnostische und soziodemografische Variablen.....</b>	<b>209</b>
1.1	Wie spirituell/religiös sind die die Patienten mit und ohne einer Traumafolgestörung?.....	210
<b>2</b>	<b>Welche psychosozialen, religiösen, spirituellen Bedürfnisse haben Patienten mit und ohne Traumafolgestörung?.....</b>	<b>211</b>
<b>3</b>	<b>Lebenszufriedenheit bei psychiatrischen Patienten.....</b>	<b>217</b>
<b>4</b>	<b>Vergebung.....</b>	<b>225</b>
4.1	Vergebung und Rolle der Kirche.....	228
4.2	Die Frage der Vergebung in dieser Studie.....	229
<b>5</b>	<b>Religiös spiritueller Umgang mit der Erkrankung (SpREUK Modul).....</b>	<b>233</b>
<b>6</b>	<b>Soldaten und PTBS in der Studie.....</b>	<b>237</b>
6.1	Moralische Verletzung - (moral injury).....	237
6.2	Seelische Verletzung (spiritual injury).....	242
6.3	Zusammenfassung der Studie.....	243
<b>Grenzen der Studie.....</b>		<b>247</b>
<b>Ausblick .....</b>		<b>248</b>
<b>Fazit.....</b>		<b>250</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>		<b>252</b>
<b>Anhang.....</b>		<b>275</b>

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Aufgenommen in Vukovar1991 von Ron Haviv und Christopher Morris .....	25
Abbildung 2: Übersicht der „spezifisch belastungsbezogenen psychischen Störungen“ nach ICD-11 (aus Lotzin A. et al. (2019) Diagnostik von Traumafolgestörungen: PiD – Psychotherapie im Dialog. 20.33.....)	30
Abbildung 3: Häufigkeiten verschiedener Traumata und 1-Monats-Prävalenz von PTBS nach ICD-11 in einer repräsentativen deutschen Stichprobe. (Adapt. nach Maercker et al. 2018).....)	43
Abbildung 4: Übersicht über empirisch validierte prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren, Darstellung aus Kapfhammer.....)	46
Abbildung 5: Zivilisten aus Vukovar werden vertrieben Foto Christoper Morris und Ron Haviv .....	61
Abbildung 6: Ein kroatisches Kind verabschiedet sich von einem Soldatenvater.....)	64
Abbildung 7: Häufigkeit der Erkrankungen in Gesamtstichprobe (%).....)	117
Abbildung 8: Häufigkeit SpNQ Bedürfnisse – Gesamtstichprobe.....)	123
Abbildung 9: Mittelwertvergleich Religiöse Bedürfnisse und demografische Daten.....)	127
Abbildung 10: Mittelwertvergleich Existenzielle Bedürfnisse und demografische Daten .....	130
Abbildung 11: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach Geben/Generativität und demografische Daten.....)	132
Abbildung 12: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach innerem Frieden und demografische Daten .....	134
Abbildung 13: Korrelationen zwischen Religiösen Bedürfnissen und anderen SpNQ Bedürfnissen .....	135
Abbildung 14: Korrelationen zwischen Existenziellen Bedürfnissen und Bedürfnisse nach Geben und.....)	135
Abbildung 15: Korrelationen zwischen Bedürfnis nach innerem Frieden und Bedürfnisse nach Geben und Generativität.....)	136



Abbildung 16: Korrelationen zwischen Religiösen Bedürfnissen und SpREUK Skalen .....	138
Abbildung 17: Korrelation zwischen existenziellen Bedürfnissen und SpREUK Skalen .....	139
Abbildung 18: Korrelation zwischen den Bedürfnissen nach Geben/Generativität und SpREUK Skalen.....	140
Abbildung 19: Häufigkeit Fragen F16W und F17 W (Gesamtzahl).....	145
Abbildung 20: Mittelwertvergleich zwischen der Frage F16W und demografischer Daten.....	146
Abbildung 21: Mittelwertvergleich zwischen der Frage N17W und demografischer Daten.....	148
Abbildung 22: Korrelation zwischen der Frage N16W und SpNQ Bedürfnissen.....	148
Abbildung 23: Korrelation zwischen der Frage N16W und SpREUK Skalen...	149
Abbildung 24: Korrelation zwischen der Frage N16 W und der Frage N17W...	150
Abbildung 25: Korrelation zwischen der Frage N17W und SpNQ Bedürfnisse	151
Abbildung 26: Korrelation zwischen der Frage N17W und SpREUK Skalen...	152
Abbildung 27: Mittelwertvergleich SpR Selbsteinschätzung und SpNQ Bedürfnisse.....	157
Abbildung 28: Mittelwertvergleich Selbsteinschätzung (SpR) – SpREUK Skalen und Benefit.....	158
Abbildung 29: Antworthäufigkeit auf die Einzel-Items SpREUK.....	161
Abbildung 30: Korrelationen zwischen den SpREUK Skalen.....	164
Abbildung 31: Häufigkeit aller Benefit Antworten.....	165
Abbildung 32: Mittelwertvergleich Benefit und demografische Daten.....	167
Abbildung 33: Häufigkeit der Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung.	169
Abbildung 34: Häufigkeit der Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung bei beiden Patientengruppen.....	170
Abbildung 35: Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung und demografischer Daten.....	171

Abbildung 36: Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung und demografische Daten bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1).....	172
Abbildung 37: Mittelwertvergleich Auswirkungen gesundheitlichen Belastung und demografische Daten bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2).....	173
Abbildung 38: Korrelation zwischen Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung und SpNQ Bedürfnissen.....	174
Abbildung 39: Korrelation Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung mit SpNQ Bedürfnissen bei Patientengruppe (G2).....	175
Abbildung 40: Korrelation Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung mit dem Bedürfnis nach innerem Frieden bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1).....	176
Abbildung 41: Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung (VAS) und Fragen N 16W und N 17W bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) .....	177
Abbildung 42: Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung und Benefit bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1).....	178
Abbildung 43: Häufigkeit Lebenszufriedenheit (Prozent %).....	179
Abbildung 44: Häufigkeit einzelner Fragen (absolute Zahlen).....	180
Abbildung 45: Mittelwertvergleich Lebenszufriedenheit und demografische Daten.....	182
Abbildung 46: Korrelation Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnisse – Gesamtstichprobe .....	183
Abbildung 47: Korrelation Lebenszufriedenheit und SpREUK Skalen – Gesamtstichprobe.....	184
Abbildung 48:Korrelation Lebenszufriedenheit und Benefit Modul – Gesamtstichprobe.....	184
Abbildung 49: Korrelation Lebenszufriedenheit und Auswirkung der gesundheitlichen Belastung – Gesamtstichprobe.....	184
Abbildung 50: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnissen bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1).....	185

Abbildung 51: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnissen bei Patienten mit.....	186
Abbildung 52: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpREUK Skalen bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1).....	187
Abbildung 53: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und Benefit bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1).....	188
Abbildung 54: Korrelation zwischen PTBS Score und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung.....	191
Abbildung 55: Korrelation zwischen PTBS Score und SpREUK Skalen und Benefit.....	193
Abbildung 56: Korrelation zwischen PTBS Score und Lebenszufriedenheit...	193
Abbildung 57: Häufigkeit Vergebung/Klärung (Forfiveness Clarification FC) unter Patientengruppen .....	195
Abbildung 58: Häufigkeit einzelner Fragen Vergebung/Klärung (FC) unter Patientengruppen.....	196
Abbildung 59: Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (SC) mit SpNQ Bedürfnissen.....	197
Abbildung 60: Korrelation zwischen Bedürfnissen nach Vergebung/Klärung (FC) und den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS).....	198
Abbildung 61: Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Skalen .....	199
Abbildung 62: Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und der Frage F1.1 .....	200
Abbildung 63: Krankenhausaufenthalt der Patienten mit traumatischen Erkrankungen nach Geschlecht und Alter in Kroatien (2017).....	207
Abbildung 64: Häufigkeit traumatischer Erkrankungen nach Altersgruppen...	209

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der PTBS in ICD-10 und DSM-5 (Unterschiede hervorgehoben).....	36
Tabelle 2: Vergleich der Komplexe PTBS mit der „Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESNOS).....	39
Tabelle 3: Häufigkeit demografischer Daten.....	119
Tabelle 4: Antworthäufigkeit von Einzel Items – Gesamtstichprobe .....	122
Tabelle 5: Häufigkeit von Einzel Items bei beiden Patientengruppen.....	125
Tabelle 6: Mittelwertvergleich SpNQ Bedürfnisse nach Geschlecht.....	126
Tabelle 7: Mittelwertvergleich religiöse Bedürfnisse und demografischen Daten.....	127
Tabelle 8: Mittelwertvergleich Existentielle Bedürfnisse und demografische Daten.....	129
Tabelle 9: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach Geben/Generativität und demografische Daten.....	131
Tabelle 10: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach innerem Frieden und demografische Daten.....	133
Tabelle 11: Korrelation zwischen SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen bei den Patientengruppen.....	142
Tabelle 12: Häufigkeit der Fragen F2.6 und F1.....	155
Tabelle 13: Selbsteinschätzung als religiös bzw. spirituell (R+/-/S+/-).....	156
Tabelle 14: Mittelwertvergleich SpR Selbsteinschätzung und SpNQ Bedürfnisse.....	156
Tabelle 15: Mittelwertvergleich Selbsteinschätzung (SpR) – SpREUK Skalen und Benefit.....	158
Tabelle 16: Antworthäufigkeiten auf die Einzel-Items SpREUK Skalen.....	160
Tabelle 17: Mittelwertvergleich von SpREUK Skalen und demografische Daten.....	163
Tabelle 18: Häufigkeit einzelner Fragen - Benefit Modul.....	167

Tabelle 19: Häufigkeit der Antworten PTBS Modul.....189

Tabelle 20: 4 Kategorien verschiedener Aspekte der moralischen Verletzung: biologisch/körperlich, psychologisch/emotional, sozial/familiär, spirituell (aus Carey und Hodgson).....242

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANOVA	Analysis of Variance (univariate Varianzanalyse)
APA	American Psychiatric Association
APA	American Psychological Association
BMLSS	Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale
DRKS	Deutsche Register Klinischer Studien
DSM 5	Die Akürzung für die fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Version 10)
ICD-11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Version 11)
N	Anzahl Stichprobengröße
n.s.	nicht signifikant
PCL	PTSD Checkliste
ReS	Religiösität bzw. Spiritualität
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SpNQ	Spiritual Needs Questionnaire
SpREUK	Spirituelle/ Religiöse Einstellung und Umgang mit Krankheit
VAS	Visuelle Analog-Skala (subjektive Symptom-Belastungsskala)
vs.	versus (im Vergleich zu)
WHO	Die Weltgesundheitsorganisation
zT.	Zum Teil



## GELEITWORT

Als am 24. Februar 2022 der russische Präsident Putin die Ukraine militärisch überfallen ließ, brachen in vielen Menschen aus Kroatien und Bosnien-Herzegowina, die inzwischen in Deutschland leben, mit unerwarteter Wucht die leidvollen Erinnerungen an ihre Erlebnisse im sog. Balkankrieg in der ersten Hälfte der 1990er Jahre auf. Die schlimmen, oft traumatischen Geschehnisse des Krieges haben tiefe Spuren in den Seelen hinterlassen, ob mit ausgesprochenem Krankheitswert oder nicht. Die „alten“ Verwundungen sind wieder aufgebrochen, die Zeit hat die Wunden nicht geheilt. Besonders offenbar war dies schon vor dem neuerlichen Krieg in Europa in den vielen Frauen und v.a. Männern mit PTBS oder anderen Traumafolgestörungen in häufig langjähriger klinischer Behandlung in Kroatien und Bosnien-Herzegowina.

Dieser Realität widmet sich seit nun über zehn Jahren ein umfangreiches Forschungsprojekt der Freiburger Caritaswissenschaft, in dem Dr. med. (HR) Andrijana Glavas von Anfang an entscheidend mitarbeitete. Ihre vorliegende Dissertation widmet sich mehreren kroatischen Kliniken, die engagiert an dieser innovativen Studie teilnahmen. Die Kliniken unterstützten damit das Anliegen, bislang kaum oder gar nicht beachtete mögliche Ressourcen der Patientinnen und Patienten für einen wirksameren Umgang mit ihren seelischen Traumata aus den Kriegserfahrungen zu sondieren und - wo sinnvoll - dafür zu fördern: die individuelle Religiosität und Spiritualität in ihren Bedürfnislagen und Praxen. Die Studie von A. Glavas weist klar in die Richtung, dass hier Potenzial und Handlungsbedarfe liegen - für die Kliniken, aber auch für die Kirchen bzw. Religionsgemeinschaften, im Sinne von Spiritual Care bzw. Seelsorge. Ich kann der Studie nur wünschen, dass ihre Ergebnisse und Fingerzeige aufmerksam rezipiert werden, insbesondere zum Wohl der Patientinnen und Patienten, ihrer Familien und der bis heute kriegsverwundeten Bevölkerungen und Gesellschaften in Europa und - in Analogie - allen Teilen der Welt, nicht zuletzt Afrika. Die Studie von A. Glavas ist somit ein starker Beitrag zu unserer Publikationsreihe „Frieden - Versöhnung - Zukunft: Afrika und Europa. Schriften der GIRUBUNTU Peace-Academy“ und ihren Anliegen.

Wir werden in der Caritaswissenschaft an diesen Anliegen wissenschaftlich weiterarbeiten.

Prof. Dr. Klaus Baumann

Caritaswissenschaft und Christliche Sozialarbeit, Theologische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg





## VORWORT



Abbildung 1: Aufgenommen in Vukovar 1991 von Ron Haviv und Christopher Morris

Ich schrieb diese Arbeit lange unter ihrem Arbeitstitel und als ich fast fertig war, habe ich überlegt, welcher endgültige Titel meine Arbeit am besten abbilden könnte. Ich kam auf die Idee die fertige Version meiner Arbeit so zu benennen bei einer Tagung in Kroatien, als die vortragende Ärztin über ihre Arbeit mit traumatisierten Veteranen einen Vortrag hielt. Mit Bedauern berichtete sie, dass trotz langjähriger Behandlung traumatisierter Patienten<sup>1</sup>, es immer noch sehr viele gibt, die noch unter der Erkrankung leiden und es sogar immer mehr werden. Die Erkrankung begleitet diese Menschen schon Jahrzehnte.

*„Sie ist immer noch da!“*

---

<sup>1</sup> Zwecks besserer Lesbarkeit werden nicht beide Geschlechtsformen genannt - selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Während des Krieges in Kroatien war für die Menschen, die treibende Kraft, das Schreckliche zu überleben, die Liebe zu ihrer Heimat und die Freiheit. Trost und Hoffnung suchten sie in ihrem Glauben, den sie tief in ihrem Herzen trugen und aus dem sie Kraft und Mut schöpften.

*„ER (Gott) war und ist immer noch da.“*

Das Bild des erschossenen Christus wurde nach dem Fall von Vukovar aufgenommen und stellt all die Wunden, die die Menschen in Kroatien körperlich oder seelisch erlitten haben und heute noch empfinden, dar. Er steht für das Leid der Gefallenen, Verwundeten, Gefolterten, Vermissten und für alle Menschen, die das Leid erfahren mussten. Er steht auch für die Unmenschlichkeit und Brutalität der Angreifer. Er steht aber auch für die Liebe, die Barmherzigkeit, Hoffnung und Trost. Er steht auch für die Vergangenheit, aus der wir lernen müssen, für die Gegenwart, in der wir versuchen sollen, in seinem Sinne und mit seiner Hilfe und Kraft zu leben, vergeben und handeln. Er soll uns in der Zukunft helfen, an einer besseren Welt ohne Leid, Krieg und jegliche Gewalt zu arbeiten.

Ich hoffe, dass ich mit der vorliegenden Arbeit einen kleinen Beitrag dazu geleistet habe.

Ich habe versucht, die Arbeit nach den Regeln der wissenschaftlichen Arbeit zu schreiben. Trotzdem war es, besonders beim Durchlesen der Fragebögen, nicht immer leicht, meine Emotionen und Erinnerungen unter Kontrolle zu halten.

Deswegen bin ich umso dankbarer, dass ich das Glück hatte, die Arbeit als Kriegszeugin, Ärztin und Caritaswissenschaftlerin schreiben zu dürfen.

# I. EINLEITUNG

## 1. Was ist ein Trauma

Ein Trauma bedeutet das Erleben vollkommener Hilflosigkeit aufgrund von Auswirkungen von physischer oder psychischer Gewalt, schweren kritischen Lebensereignissen oder anderen überwältigenden Widerfahrnissen. Als traumatisch gelten Ereignisse im Leben eines Menschen, deren Intensität so überwältigend ist, dass sie das Individuum völlig überfluten, existenziell erschüttern und pathologische Reaktionen hervorrufen.<sup>2</sup> Ein traumatisches Ereignis ist ein Ereignis, das jenseits der Grenzen der normalen menschlichen Erfahrung liegt und für jeden Betroffenen äußerst negative Auswirkungen hat. Das Erleben eines Traumas stellt eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit von sich selbst oder anderen Menschen in der Umgebung dar. Schon der Anblick einer Zerstörung oder einer Gewalttat kann für eine Person ein traumatisches Erlebnis darstellen<sup>3</sup> und starke und unvermeidlichen Reaktionen bei betroffenen Menschen auslösen. Unmittelbar nach so einem Ereignis, befinden sich die Personen in einem Zustand einer Schockstarre<sup>4</sup>, Desorientierung und einem Zustand eingeschränkter emotionaler und kognitiven Funktionen. Traumatische Erlebnisse, wie Kriege, Flucht, Folter oder terroristische Anschläge vermitteln für die große Mehrheit der Bevölkerung das Gefühl einer überwältigenden Bedrohung und erhöhen das Risiko, psychische Traumafolgestörungen zu entwickeln. Besonders das Erleben schwerer und früher Traumatisierungen kann bei Betroffenen tiefgreifende Folgen für ihre psychische Gesundheit haben und für ihre weitere Persönlichkeitsentwicklung ausschlaggebend sein. Fischer und Riedesser<sup>5</sup> definieren in ihrem „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ Trauma als *ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“* (Fischer u. Riedesser 2009, S. 84). Traumatische Erlebnisse können charakterisiert werden durch ihre Plötzlichkeit („Es geschieht aus heiterem Himmel.“), ihre Heftigkeit („Es sind zerstörerische Kräfte mit der Gefahr für Gesundheit und Leben am Werk.“) und ihre Ausweglosigkeit „Man ist hilflos und

---

<sup>2</sup> Wirtz U., Zöbeli J., (1995) Das Trauma der Gewalt: In: Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen, Grenzen der Psychotherapie. Kreuz Verlag Zürich.

<sup>3</sup> Arambasic L. (1996) Trauma. In: Pregrad, J. (ur). Stres, trauma, oporavak. Zagreb: Društvo za psihološku pomoc.

<sup>4</sup> Levine P.A. (2013) Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. Kösel Verlag München.

<sup>5</sup> Fischer G, Riedesser P (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München, Basel: Reinhardt.

ausgeliefert.“<sup>6</sup> Durch das plötzliche Auftreten eines Traumas verliert der Betroffene die Möglichkeit einer Vorhersage, während seine Integrität und Kontinuität durch das Erlebte gestört werden. Traumatische Erlebnisse führen zu einer Verunsicherung und beeinträchtigen schwerwiegend den Umgang mit den eigenen Gefühlen und der Umwelt. Das Erleben wird von einem Gefühl des Kontrollverlustes über sein eigenes Leben, sowie Schwächung einer kognitiven Beurteilung der Situation geprägt. Wolfgang Wöller definiert *Trauma wie folgt*: „*Ein psychisches Trauma stellt demnach eine plötzliche Diskontinuität des körperlichen und psychischen Erlebens dar, ein nicht erwartetes Eindringen äußerer Kräfte in die psychische Organisation. Es wird von daher definiert als ein Zustand der Überwältigung des Ich durch innere und äußere Kräfte, die es hilflos machen hinsichtlich seiner unmittelbaren Anstrengungen zur Adaptation.*“<sup>7</sup> Die Konfrontation mit belastenden traumatischen Erfahrungen können bei den Betroffenen die ertragbare Belastbarkeit übersteigen und zur Entwicklung von psychischen und körperlichen Erkrankungen führen und womöglich ihr Mortalitätsrisiko erhöhen.<sup>8</sup>

### **1.1. Definition von Trauma in Klassifikationssystemen psychiatrischer Störungen**

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)<sup>9</sup> der Weltgesundheitsorganisation [WHO] definiert das Traumakriterium als: „*ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde*“. Einige von diesen Ereignissen können Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, Einbrüche, Kriegsgefangenschaft, Folter, Genozid, sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen<sup>10</sup> aber auch lebensbedrohliche Krankheiten oder schwere Geburten sein.

---

<sup>6</sup> Pausch M.J., Matten S.J. (2018) Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. In: Trauma und Traumafolgestörung, © Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. 4.

<sup>7</sup> Wöller W. (2013) Was ist ein psychisches Trauma? Das psychotraumatologische Paradigma. In: Trauma und Persönlichkeitsstörungen, Schattauer Verlag (Klett), Stuttgart.

<sup>8</sup> Fillipp S.-H., Aymanns P. (2010) Kritische Lebensereignisse – eine erste Annäherung. In: Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Von Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Kohlhammer, Stuttgart. 17.

<sup>9</sup> The ICD-10– Classification of Mental and Behavioural Disorders– Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (Online) (Zitierdatum 15.01.20), abrufbar unter <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.

<sup>10</sup> Kessler, RC, Sonnega, A, Bromet, E, Hughes, M, Nelson, CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52:1048-60.

Das in den USA gültige und von der American Psychiatric Association (APA 2013; amerikanische psychiatrische Gesellschaft) herausgegebene Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5;<sup>11</sup> diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) beschreibt das Trauma als „*ein Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für die eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten.*“<sup>12</sup>

Im Mai 2019<sup>13</sup> wurde an der 72. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) die neue (noch nicht in Kraft getreten), 11. Version der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-11) verabschiedet. In dieser neuen Version sind Traumata als Ereignis oder Serie von Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß definiert. Neu dazugekommen ist außerdem eine Traumadefinition für die komplexe Form der PTBS (kPTBS), die das traumatische Ereignis hinsichtlich Zeitdauer und Intensität spezifiziert, für die Anpassungsstörung und für die anhaltende Trauerstörung (ATS), bei der es um schwere, aber nichttraumatische Belastungen geht.<sup>14</sup> Abbildung 2.

---

<sup>11</sup> American Psychiatric Association (Hrsg.): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Auflage. Washington DC 2013.

<sup>12</sup> Maercker A., Augsburger M. (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung In: Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 16.

<sup>13</sup> ICD-11 von der WHA verabschiedet. (Online) (Zitierdatum 15.01.20), abrufbar unter <https://medinfoweb.de/detail.html/icd-11-von-der-wha-verabschiedet.62647>.

<sup>14</sup> Lotzin A., Mauer J.-L., Köllner V. Diagnostik von Traumafolgestörungen: PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 32–36.

Störung nach ICD-11	Stressor	Symptomkriterien nach ICD-11	Zeitkriterium nach ICD-11
PTBS	Schicksalshafte oder durch Menschen verursachte Typ-I-Traumata (einmalig, kurz); häufig im Erwachsenenalter erlebt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedererleben</li> <li>• Vermeidung von Gedanken und Aktivitäten, die an das Ereignis erinnern</li> <li>• anhaltendes Gefühl einer erhöhten aktuellen Bedrohung</li> </ul>	Symptome müssen mindestens mehrere Wochen anhalten.
Komplexe PTBS	i. d. R. durch Menschen verursachte-Typ-II Traumata (mehrfach, langfristig); häufig Kindheitstraumata; Ereignisse, aus denen ein Entkommen schwierig oder unmöglich ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedererleben</li> <li>• Vermeidung von Gedanken und Aktivitäten, die an das Ereignis erinnern</li> <li>• anhaltendes Gefühl einer erhöhten aktuellen Bedrohung</li> <li>• Schwierigkeiten in der Emotionsregulation</li> <li>• negative persönliche Grundüberzeugungen</li> <li>• Schwierigkeiten Beziehungen aufrechtzuerhalten oder sich anderen Nahe zu fühlen</li> </ul>	Liegt nicht vor.
Anhaltende Trauerstörung	Tod eines Partners, Elternteils oder einer anderen nahestehenden Person	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive Sehnsucht nach dem Verstorbenen</li> <li>• gedankliches Verhaftet-Sein mit dem Verstorbenen oder den Todesumständen, begleitet von tiefem emotionalem Leid</li> </ul>	Länger als 6 Monate nach dem Tod einer nahen Bezugsperson.
Anpassungsstörung	psychosozialer Stressor (z. B. Scheidung, Krankheit, Konflikte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschäftigung mit dem belastenden Ereignis oder seinen Folgen, einschließlich übertriebenes sich Sorgen, wiederkehrende belastende Gedanken an das Ereignis oder Grübeln über seine Auswirkungen</li> <li>• mangelnde Anpassung an die veränderte Lebenssituation</li> </ul>	Tritt i. d. R. innerhalb eines Monats nach dem Stressor auf und dauert i. d. R. nicht länger als 5 Monate.
Reaktive Bindungsstörung	Stressor in früher Kindheit (z. B. schwere Vernachlässigung, Misshandlung oder institutionelle Deprivation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Zuwendung zur Fürsorgeperson, um Trost, Unterstützung und Fürsorge zu erhalten, selbst wenn eine angemessene Fürsorgeperson verfügbar ist</li> <li>• kaum Annäherungsverhalten gegenüber Erwachsenen</li> <li>• keine Reaktion, wenn Trost angeboten wird</li> </ul>	Diagnose ausschließlich in den ersten 5 Lebensjahren. Die Diagnose kann jedoch nicht vor dem 1. Lebensjahr (oder einem Entwicklungsalter von weniger als 9 Monaten) gestellt werden.
Beziehungsstörung mit Enthemmung	Stressor in früher Kindheit (z. B. schwere Vernachlässigung, Misshandlung oder institutionelle Deprivation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wahllose Annäherung an Erwachsene</li> <li>• Fehlen von Zurückhaltung</li> <li>• Weggehen mit unbekanntem Erwachsenen</li> <li>• übermäßig vertrautes Verhalten gegenüber Fremden</li> </ul>	Diagnose ausschließlich in den ersten 5 Lebensjahren. Die Diagnose kann jedoch nicht vor dem 1. Lebensjahr (oder einem Entwicklungsalter von weniger als 9 Monaten) gestellt werden.

Abbildung 2: Übersicht der „spezifisch belastungsbezogenen psychischen Störungen“ nach ICD-11 (aus Lotzin A. et al. (2019) Diagnostik von Traumafolgestörungen: PiD – Psychotherapie im Dialog. 20.33.

Das Erleben eines Traumas kann durch folgende Arten geschehen:

1. durch direktes Erleben eines (oder mehrere) traumatischer Ereignisse
2. als Zeuge eines traumatischen Erlebnisses
3. durch Überbringung (Nachricht) eines traumatischen Ereignisses (Unfall, Tod) von nahestehenden Personen
4. bei den Konfrontationen mit wiederholten, traumatischen Ereignissen (zB. bei Polizisten).

## 1.2. Klassifikation von Traumata

Ein Trauma bedeutet das Erleben vollkommener Hilflosigkeit und aufgrund ihrer Intensität und Dauer werden verschiedenen Typen der Traumatisierung unterschieden. Es lassen sich ein Trauma als eine einmalige und kurzfristige (Typ I) und eine langanhaltende oder kumulative Traumatisierung (Typ II) einteilen.<sup>15</sup> Bei beiden Traumata-Typen werden Akzidentelle Traumata und Interpersonelle Traumata (man made) unterschieden. Zu den von Menschen verursachten Traumata zählen Kriegstraumata, Folter, Kindesmisshandlung, Vergewaltigung usw. Von akzidentellen Traumata spricht man, zB. bei Naturkatastrophen, schweren Verkehrsunfällen und anderen, nicht durch Menschen verursachten Traumata. Typ-I-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr gekennzeichnet und treten plötzlich und einmalig auf. Den Typ-II-Traumata werden dagegen Ereignisse zugeordnet, die durch Serien verschiedener und chronischer Einzeltraumata verursacht werden und durch einen ungewissen Ablauf charakterisiert sind. Als dritter Typ, dessen Status, noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung ist,<sup>16</sup> werden medizinisch bedingte Traumata (akute oder chronische lebensbedrohliche Erkrankungen, notwendig erlebte medizinische Eingriffe usw.) genannt. Traumata, die durch Menschen verursacht sind, also die interpersonellen Traumata, haben gravierendere Auswirkungen als die Traumata, die zB. durch eine Naturkatastrohe entstehen. Solche interpersonellen Traumata sind umso schwerwiegender, desto näher die Tatperson zum Opfer in Beziehung steht. Dieser Typ von Traumata, als auch die zeitlich längerdauernden Traumata Typ II, vor allem Traumata, die in früher Kindheit (Missbrauch, Gewalt) geschehen, führen öfters zu einem schweren chronischen Verlauf mit schwerwiegenden Auswirkungen für die Betroffenen.

## 1.3. Häufigkeiten von traumatischen Erlebnissen

Um zu erfahren, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, im Leben eine traumatische Erfahrung zu erleben, wurden verschiedene internationale Studien durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studien zeigten, dass ca. 50-90% der Menschen, mindestens einmal oder mehr mal im Leben Zeuge oder Betroffene eines traumatischen Erlebnissen werden.<sup>17</sup> Die Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung zeigen, dass in Abhängigkeit von der Art des erlittenen Traumas, ca. 40% Betroffene einer Vergewaltigung, ca. 35% Opfer sexuellen Missbrauchs

---

<sup>15</sup> Maercker A., Augsburger M. (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung In: Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 16.

<sup>16</sup> Maercker A. Die posttraumatische Belastungsstörung. 16.

<sup>17</sup> Kapfhammer, H.-P. (2017) Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller H.-J., Laux G., Kapfhammer, H.-P (Hrsg.) Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer-Verlag. 1972.



in der Kindheit, ca. 10,5% Opfer schwerer Gewalt und ca. 13% der Betroffenen von schweren Verkehrsunfällen an einer Traumafolgestörung leiden.<sup>18</sup>

In der Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Frauen berichten häufiger über kritische Lebensereignisse,<sup>19</sup> die ihre Familie betreffen, sexuelle und häusliche gewalttätige Übergriffe, also mehr über belastende Ereignisse im interpersonellen Bereich, während die Männer öfters traumatischen Ereignissen als Zeuge oder Betroffene durch Unfälle, Krieg oder anderen Gewalttaten ausgesetzt werden.

---

<sup>18</sup> Maercker A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. Brähler, E. (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79:577–586.

<sup>19</sup> Kapfhammer H.-P. (2017) Akute und posttraumatische Belastungsstörung. 1972.

## 2. Traumafolgen

Traumatische Erfahrungen, die in ihrer Intensität und Dauer die Widerstandskraft und Bewältigungsfähigkeit der Betroffenen übersteigen, können zur Entwicklung verschiedener psychischer und körperlicher Erkrankungen und einem erhöhten Mortalitätsrisiko führen. Meistens sind das belastende Ereignisse, die unvorhersehbar und unkontrollierbar auftreten und das gewohnte, bisherige Leben aus den Fugen bringen. Ein Satz, den Betroffene nach so einem Erlebnis oft sagen ist: „Danach ist nichts mehr, wie es vorher war!“

Die Auswirkungen erlebter Traumata begrenzen sich nicht nur auf Entstehung psychischer und körperlicher Erkrankungen, sondern können auch langfristige Folgen für das soziale Gleichgewicht haben. Erfahrungen, die von einer Person als traumatisch erlebt werden, überfordern ihre Bewältigungsmechanismen mit dem Trauma umzugehen. Wie und ob die betroffene Person ihre traumatische Erfahrung überwindet, oder als Folge eine Traumafolgeerkrankung entwickelt, hängt von den Charakteristika traumatischen Erlebnisses, von den Persönlichkeitsmerkmalen der betroffenen Person und der Qualität der sozialen Unterstützung, die der Person zur Verfügung steht, ab.

Traumatische Erfahrungen und deren Folgen sind vielfältig und erfordern im Sinne einer korrekten Bewertung der Traumafolgeerkrankung eine differenzierte Diagnostik. Um feststellen zu können, ob und welche Traumafolgeerkrankung vorliegt, dienen die Kriterien des DSM-5, ICD-10 und ICD-11.

Psychische Störungen, die als direkte Folge von verschiedenen belastenden Erfahrungen entstehen, kommen in ICD-11 unter dem Ordner „Störungen besonders assoziiert mit Stress“ vor.

Zu dieser Kategorie zählen folgende Störungen:

- Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)
- Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)
- Verlängerte Trauerreaktion (6B42)<sup>20</sup>, die nach dem Tod einer nahstehenden Person entstehen kann und durch eine andauernde tiefe Trauer und emotionalem Schmerz charakterisiert wird. Diese Reaktion dauert eine untypisch lange Zeit und wird durch emotionale Taubheit, Unfähigkeit zu positiven Gefühlen und Verweigerung von sozialen Aktivitäten dominiert.

---

<sup>20</sup> Gysi J. (2018) Veränderungen im ICD-11 im Bereich Trauma & Dissoziation. Sollievo.net – Interdisziplinäres Zentrum für Psychische Gesundheit. (online) Zitierdatum 20.08.20) abrufbar unter [https://www.jangysi.ch/cm4all/uproc.php/0/Trauma%20%26%20Dissoziation%20im%20ICD-11\\_1.pdf?\\_=16732f1706b&cdp=a](https://www.jangysi.ch/cm4all/uproc.php/0/Trauma%20%26%20Dissoziation%20im%20ICD-11_1.pdf?_=16732f1706b&cdp=a).

- Bei einer Anpassungsstörung (6B43) sind typische Symptome einer PTBS nicht erfüllt, aber es handelt sich trotzdem um eine Störung, die sich als Reaktion auf einen Stressor entwickeln kann. Diese Störung tritt innerhalb eines Monats auf und verschwindet normalerweise, wenn der Stressor ausbleibt, innerhalb von sechs Monaten. Die Erkrankung hat keine spezifischen Symptome für die Diagnose einer anderen psychischen Erkrankung.

Mit der Einführung der Diagnose der Komplexen PTBS<sup>21</sup> (wird im weiteren Kapitel näher beschrieben) und der verlängerten Trauerreaktion konnten erstmals entsprechende Personengruppen diagnostiziert und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden.<sup>22</sup>

In dieser Arbeit erhobene und beschriebene Daten mit der Diagnose Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) wird eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung, die nach *„einer Belastung katastrophalen Ausmaßes entsteht und durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl“* beobachtet. Die Erkrankung entwickelt sich nach langanhaltenden Extrembelastungen wie andauernder Exposition lebensbedrohlicher Situationen mit Todesgefahr wie Entführungen, Gefangenschaft, Folter, Konzentrationslagererfahrungen. Diese Erkrankung diente als Vorläuferdiagnose der in ICD-11 eingeführten KPTBS.

## 2.1. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Im Laufe des Lebens sind Menschen vielen unangenehmen und bedrohlichen Erlebnissen ausgesetzt, die je nach Intensität und Dauer geringfügig oder schwerwiegend sein können. Traumatische Erlebnisse sind besonders bedrohlich und belastend und verursachen oft dramatische seelische Verletzungen. Eine Person, die ein Trauma erlebt, befindet sich in einer unerwartet eingetretenen Gefahrensituation, die sie oft aus eigener Kraft nicht verhindern kann. Die Bedrohung kann so stark sein, dass eigene Bewältigungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen und zur Überforderung des Organismus durch Reizüberflutung von Gefühlen der Ohnmacht, Schocks, und Hilfslosigkeit kommt.

---

<sup>21</sup> Im Interesse dieser Arbeit wird näher nur auf PTBS und KPTBS eingegangen.

<sup>22</sup> Lotzin A., Mauer J. L., Köllner V. (2019) Diagnostik von Traumafolgestörungen: Was ändert sich mit der ICD-11? PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20 (02): 32–36.

Das Erleben eines solch traumatischen, extrem bedrohlichen Ereignisses oder einer Folge von Ereignissen kann zur Entwicklung von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) führen, die eine häufige, aber nicht die einzige Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis ist.

### 2.1.1. Definition des Krankheitsbildes von PTBS

Die Weltgesundheitsorganisation definiert in ihrer Krankheitsklassifikation ICD-10 (F43.1) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS):

*als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.*<sup>23</sup>

In ICD -11 wird für die Klassifikation einer PTBS „das Erleben eines extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignisses bzw. einer Serie von Ereignissen“ gefordert.<sup>24</sup>

Die subjektive Komponente „tiefe Verzweiflung“ kommt in beiden Klassifikationssystemen nicht mehr vor, und in ICD-11 wurde auf unspezifische Symptome, wie etwa Konzentrationsschwierigkeiten oder Ein- und Durchschlafstörungen verzichtet.<sup>25</sup> Während nach der ICD-10 die Symptome einer PTB Störung innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis auftreten mussten, müssen die Symptome nach ICD-11 nun lediglich mehrere Wochen anhalten.

In DSM-5 wird das klinische Bild einer PTBS viel breiter beschrieben. In DSM-5 Klassifikation wurde das Hauptkriterium D: negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmungen, die unter anderem negative Überzeugungen oder Erwartungen an sich oder an die Umwelt, dauerhafte negative emotionale Zustände wie Wut, Scham, oder Depression, usw. aufgenommen. Näheres in Tabelle 1. (angelehnt an Evens et al. (2019)).<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> ICD Code. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen. (Online) (Zitierdatum 15.05.20), abrufbar unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>.

<sup>24</sup> Hecker T. (2020) Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In: Wirtz M. A. (Hrsg.), Dorsch – Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 29.02.2020, von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/posttraumatische-belastungsstoerung-ptbs-1/>.

<sup>25</sup> Lotzin A., Mauer J. L., Köllner V. (2019) Diagnostik von Traumafolgestörungen: Was ändert sich mit der ICD-11? PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20 (02): 32–36. 36.

<sup>26</sup> Evens R., Hizli, S. T., Schulte-Herbrüggen O. (2019) Traumafolgestörung, PTBS-Diagnose im Wandel. DNP - Der Neurologe & Psychiater volume 20. 48–56. (Online) (Zitierdatum 15.05.20), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s15202-019-2109-8?shared-article-renderer>.

ICD-10	DSM-5
A. Betroffene sind einem kurz oder langanhaltenden Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß ausgesetzt gewesen, das bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde	A. Bedrohung mit Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf mindestens eine der folgenden Arten: - direktes Erleben - persönliches Miterleben bei anderen Personen - erfahren, dass traumatische Ereignisse (Gewalt, Unfälle) einem Familienmitglied oder einem engen Freund widerfahren sind - wiederholte Konfrontation mit aversiven Details eines traumatischen Ereignisses (z. B. bei Ersthelfern und Polizisten)
B. anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung	B. mindestens ein Symptom des Wiedererlebens, das auf das traumatische Ereignis bezogen ist und nach diesem aufgetreten ist
C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden	C. eine auf das traumatische Ereignis folgende anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Ereignis verbunden sind
D1. Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern oder D2. anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung	D. negative Veränderungen der Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis
E. typische Symptome treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis auf	E. anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus und übersteigerter Reaktivität im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis
	F. Störungsbild besteht länger als einen Monat
	G. klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen bedeutsamen Funktionsbereichen
	H. das Störungsbild ist nicht auf physiologische Effekte von Substanzen oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der PTBS in ICD-10 und DSM-5

### 2.1.2. Symptome Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)<sup>27</sup>

Unabhängig nach welchem Klassifikationssystem die Diagnose PTBS gestellt wird, dominieren im Symptombild der Erkrankung drei Symptomgruppen:<sup>28</sup>:

- Wiedererleben / Intrusionen

des traumatischen Ereignisses oder der Ereignisse in Form aufdrängender und real erlebter intrusiver Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträume die meist durch traumaassoziierte Stimuli («Trigger») ausgelöst werden. Patienten mit PTBS erleben in einem „Hier und Jetzt“ Zustand unwillentlich und ohne eine Möglichkeit, sich dem zu entziehen, das traumatische Geschehen wieder. Dieses Befinden kann im wachen Zustand als auch während des Schlafens in Form wiederkehrender belastender Träume eintreten und ist durch plötzliche und lebhaft Flashbacks, Nachhallerinnerungen begleitet, wobei die Patienten das Gefühl haben, das Trauma in dem Moment neu zu durchleben. Durch eine gesteigerte Sensibilität für Hinweisreize wie Geräusche oder Gerüche erleben die Patienten intensive psychische und körperliche Reaktionen, die denen während des erlebten Traumas ähnlich sind.

- Vermeidung (Numbing)<sup>29</sup>

von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis oder die Ereignisse sowie die Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis oder die Ereignisse erinnern. Erinnerungen und Flashbacks sind mit Angst und Grauen verbunden und können so intensiv sein, dass die Personen das Gefühl haben sie würden das traumatische Erlebnis wieder erfahren.<sup>30</sup>

Patienten mit PTBS versuchen ihre Erinnerungen, Gedanken und Gefühle, die traumarelevant sind, in ihrem Tun zu unterdrücken und zu vermeiden. Gleiches gilt für Personen, Orte, Situationen oder Objekte, die sie an das Erlebte erinnern könnten. Oft haben die Betroffenen im Umgang mit anderen Menschen das Gefühl anderen gegenüber emotional „abgestumpft“, gleichgültig und teilnahmslos zu sein.

---

<sup>27</sup> Maercker A. (2019) Traumafolgestörungen. (online) (Zitierdatum 15.05.20) abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5>.

<sup>28</sup> Maercker, A., Augsburg, M. (2017) Psychotraumatologie Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. Nervenarzt. © Springer Medizin Verlag GmbH. 967.

<sup>29</sup> Fillipp S.-H., Aymanns P. (2010) Kritische Lebensereignisse – eine erste Annäherung. In: Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Von Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Kohlhammer, Stuttgart. 85.

<sup>30</sup> Ehring T. (2019) Kognitive Verhaltenstherapie. In: Maercker A. (Hrsg.), Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 252.

- Wahrnehmung gegenwärtiger Bedrohung/ Hyperarousal

Wird durch anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, z. B. durch erhöhte Wachsamkeit oder Schreckhaftigkeit erkennbar.

Das dritte Symptomcluster beschreibt typische Symptome für einen Zustand vegetativer Übererregung. Der Betroffene befindet sich in einem Alarmzustand, und es treten Symptome wie erhöhte Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, selbstzerstörerisches Verhalten, Schlaf- und Konzentrationsstörungen auf.

In der DSM-5 Klassifikation kommt als viertes Symptomcluster: Negative Kognitionen und Stimmung dazu. Die Symptome<sup>31</sup> charakteristisch für dieses Cluster sind:

1. Amnesie
2. Negative Überzeugungen und Erwartungen an sich selbst, an andere und die Welt
3. Verzerrte Kognitionen über die Ursache oder Konsequenzen des traumatischen Ereignisses
4. Anhaltend negativer emotionaler Zustand (Angst, Schrecken, Wut, Schuld, Scham)
5. Interessenverlust
6. Gefühle der Losgelöstheit und Entfremdung von anderen
7. Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben.

Abhängig von dem jeweiligen Klassifikationssystem wird für die Diagnose der PTBS ein Zeitkriterium für mindestens einen Monat (DSM-5) und für mindestens einige Wochen (ICD-11) verlangt. Die Symptome der Erkrankung verursachen erhebliche psychosoziale Funktionsbeeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, beruflichen und anderen Funktionsbereichen.<sup>32</sup>

## 2.2. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) umfasst starke psychologische Reaktionen, hervorgerufen durch anhaltende, traumatische Erlebnisse,

---

<sup>31</sup> Stammel N. Veränderungen in DSM-5 und ICD.11: Auswirkungen auf die Diagnosestellung von Traumafolgestörungen. (online) (Zitierdatum 20.05.20) abrufbar unter: [https://www.wahrendorff.de/fileadmin/user\\_upload/veranstaltungen/2015/Symposium\\_psychosomatik/Stammel\\_wahrendorff.pdf](https://www.wahrendorff.de/fileadmin/user_upload/veranstaltungen/2015/Symposium_psychosomatik/Stammel_wahrendorff.pdf).

<sup>32</sup> Ebd. Seite 22.

die in der Regel mehrere oder sich wiederholende traumatische Ereignisse einschließt<sup>33</sup> und als Folge von schweren sowie anhaltenden und/oder wiederholten Traumatisierungen im Kindes- oder Jugendalter, oder anderen extrem traumatisierenden Situationen wie Folter, Gefangenschaft und ähnlichem entstehen.

Durch die ICD-10 oder DSM-5 definierten Kriterien wurde die KPTBS nicht abgebildet. Die erste, die diese Bezeichnung vorgeschlagen hat, und für die Einführung einer neueren Diagnose war, war die amerikanische Psychiaterin Judith Hermann<sup>34</sup>. Unter Verwendung des Begriffs „DESNOS“ (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) wies sie auf die Notwendigkeit hin, den Symptomen der klassischen PTBS das Vorhandensein von Symptomen auftretender Störungen im affektiven und interpersonellen Beziehungsbereich, die als Folge von längeren und mehrfach traumatisierenden Erfahrungen entstanden sind, insbesondere in der Kindheit zu definieren.

In Tabelle 2. wird der Vergleich der Komplexen PTBS mit der „Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESNOS) dargestellt.<sup>35</sup>

	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung <sup>1</sup>	DESNOS <sup>2</sup>
Klassifikationssystem	ICD-11	DSM-IV (keine eigenständige Diagnose, als zusätzliches klinisches Beschreibungsmerkmal aufgeführt unter »Associated features of PTSD«)
Traumotyp	Extrem entsetzlich Anhaltend/sich wiederholend Früher oder später Beginn Durch Menschen verursacht	Anhaltend/mehrfach Früher oder später Beginn Durch Menschen verursacht
Diagnosekriterien	3 Kernsymptome der PTBS Wiedererleben des traumatischen Ereignisses Vermeidung Anhaltendes Gefühl erhöhter Bedrohung	6 Symptombereiche Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen Veränderungen der Selbstwahrnehmung Veränderungen in Beziehungen zu anderen Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein Somatisierung Veränderungen von Lebenseinstellungen
	3 weitere Symptombereiche Probleme der Emotionsregulation Negatives Selbstkonzept Schwierigkeiten in Beziehungen	

Tabelle 2: Vergleich der Komplexen PTBS mit der „Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESNOS)

<sup>33</sup> Hecker T., Maercker A. (2015) Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Psychotherapeut, 60(6):547-562. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066>.

<sup>34</sup> Herman J.L. (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 5(3), 377–391.

<sup>35</sup> Tab. 2. angelehnt an Lotzin A., Schäfer I. (2019) Diagnostik der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. TRAUMA & GEWALT 13, 20–27. (online) (Zitierdatum 15.05.20) abrufbar unter: DOI 10.21706/TG-13-1-20.



Um das polysymptomatische Störungsbild adäquat erfassen zu können, kommt der Begriff Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41) erstmals als neue Diagnose in der neuen ICD-11 Klassifikation vor.

KPTBS kann sich in jedem Alter entwickeln und entsteht in Folge chronischer und kumulativer personaler Traumatisierungen, wo ein Entkommen aus der Situation schwierig oder unmöglich ist. Zu solchen Traumatisierungen zählen unter anderem wiederholter sexueller oder physischer Missbrauch in der Kindheit<sup>36 37</sup> die sich später im Erwachsenenalter oft als kurz-, mittel- und langfristige psychische Gesundheitsfolgen manifestieren. Im erwachsenen Alter entwickelt sich KPTBS als Folge von schwerer, lang andauernden, oder sich wiederholenden Traumata wie zB. Extremlastungen im Krieg, nach psychischer oder physischer Folter, Sklaverei, häusliche Gewalt, Geiselnahme oder Gefangenschaft.

### 2.2.1. Symptome einer KPTBS

Symptome einer KPTBS<sup>39</sup> sind gekennzeichnet durch die Hauptsymptome der PTBS, und werden mit mindestens einem Symptom aus jedem der drei Bereiche der Selbstorganisation

a) Affekt, b) negatives Selbstkonzept und c) interpersonelle Probleme ergänzt.

Redemann und Wöller beschreiben die Symptome im

a) affektiven Bereich als Störung der Emotionsregulierung mit rücksichtslosem und selbstschädigendem Verhalten und einer Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben,

b) bei negativem Selbstkonzept sind die Patienten überzeugt, minderwertig und wertlos zu sein, oft begleitet mit Gefühlen von Schuld und Scham,

c) und auf der Beziehungsebene haben die Patienten Schwierigkeiten sich jemandem nah zu fühlen, eine Beziehung einzugehen oder sie aufrechtzuerhalten.

---

<sup>36</sup> Maercker A. (2019) Komplexe PTBS. In: Maercker A. (Hrsg.), Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 48.

<sup>37</sup> Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A. & Maercker A. (2013) Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706.

<sup>38</sup> Knäfel M., Lueger-Schuster B. (2013) An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTS criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology* 4. (online) (Zitierdatum 17.05.20), abrufbar unter <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22608>.

<sup>39</sup> Redemann L., Wöller W. (2017) Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe Verlag.

Neben den genannten Symptomen leiden Betroffene an einer KPTBS unter Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung und oft anhaltender depressiver Stimmung, die mit latenter chronischer Suizidalität und teils schweren Selbstverletzungen einhergeht.<sup>40</sup> Menschen, die an einer KPTBS leiden, sind häufiger arbeitslos und unverheiratet,<sup>41</sup> haben einen niedrigeren Bildungsstand und sozioökonomischen Status und leiden häufiger an komorbiden Erkrankungen.<sup>42</sup>

### 2.3. Häufigkeit von PTBS und KPTBS

Obwohl die meisten Menschen in ihrem Leben zumindest einmal mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert werden, zeigen die meisten Betroffenen eine Spontangenesung und entwickeln keine posttraumatische psychische oder psychosomatische Erkrankung. Die Frage nach der Häufigkeit einer Traumafolgeerkrankung wird meist mit der Entwicklung einer PTBS in Verbindung gebracht. Die Verbindung von traumatischem Stressfaktor und Entwicklung einer posttraumatischen Folgeerkrankung muss nicht immer zwingend sein, aber weitere Faktoren können die Entwicklung einer PTBS beeinflussen. Nach den Ergebnissen einer in den USA erhobenen repräsentativen nationalen Studie an einer Stichprobe von 5877 Personen im Alter von 15 bis 54 Jahren betrug die geschätzte Lebenszeitprävalenz von PTBS 7,8%. 60% der Befragten äußerten sich, zumindest einmal ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Davon haben 8% Männer und 20% Frauen als Folge dieses Erlebnisses eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt.<sup>43</sup> Studien ergaben, dass das Risiko bei Frauen, eine PTBS zu entwickeln, höher ist als bei Männern. Männer erleben häufiger traumatische Ereignisse in Form gewaltsamer Auseinandersetzungen oder als Zeugen von Ge-

---

<sup>40</sup> Lotzin A., Mauer J. L., Köllner V. (2019) Diagnostik von Traumafolgestörungen: Was ändert sich mit der ICD-11? PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20 (02): 32–36.

<sup>41</sup> Brewin C. R., Cloitre M., Hyland P., Shevlin M., Maercker A., Bryant R. A., Reed G. M. (2017) A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. (Online) (Zitierdatum 22.03.2020). Abrufbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735817301460?via%3Dihub>.

<sup>42</sup> Perkonig A., Höfler M., Cloitre M., Wittchen H.-U., Trautmann S. & Maercker A. (2016) Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317–328.

<sup>43</sup> Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. (1995) *Arch Gen Psychiatry*; 52:1048–60.

walftaten. In Deutschland liegt die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung bei 1,5-2%<sup>44</sup> und für die Entwicklung einer KPTBS bei 1,8%, in den USA bei 1,0-3,3%.<sup>45</sup> Nach den Ergebnissen einer repräsentativen deutschen Studie wird die Ein-Monatsprävalenz für PTBS 1,5% und der KPTBS auf 0,5% eingeschätzt.<sup>46</sup>

In einer Studie<sup>47</sup> in Kroatien, die im Referenzzentrum für PTBS an der Uniklinik Rijeka durchgeführt wurde, war das Ziel, die Prävalenz von KPTBS bei männlichen Kriegsveteranen, die bis dato wegen einer PTBS behandelt wurden, zu untersuchen. An der Studie nahmen 120 Teilnehmer teil. Es wurde auch untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen demografischen und psychosozialen Variablen mit KPTBS oder PTBS gibt. In der Studie wurden das Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), die Checkliste zu belastenden Lebensereignissen (LEC-5), und das International Trauma Questionnaire (ITQ) als Messinstrumente angewendet. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass 80,63% der befragten Veteranen an einer KPTBS leiden. Desweiteren belegte die Studie einen signifikanten Unterschied zwischen den an PTBS erkrankten Veteranen und den Veteranen mit einer KPTBS. Die letzteren litten häufiger an Funktionsstörungen und hatten öfters Komorbidität mit Angststörungen. Die Ergebnisse dieser Studie an kriegsbedingten Traumafolgen belegten, dass das Erleben schwerer zwischenmenschlicher Traumata einer der wichtigsten Auslöser für die Entwicklung von komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen ist.

Die Häufigkeitswahrscheinlichkeit (Abb.3.), eine PTBS nach einem Trauma zu entwickeln, hängt ab von mehreren Faktoren:

---

<sup>44</sup> Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaveelsrud C., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L., Wöller W. (2011) S3 – LEITLINIE Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1 (online) (Zitierdatum 20.05.20) abrufbar unter <https://www.emdr.de/files/dtp002/medien/documents/Literatur-S3-Leitlinie.pdf>.

<sup>45</sup> Perkonig A., Höfler M., Cloitre M., Wittchen H.-U., Trautmann S. & Maercker, A. (2016) Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317-328.

<sup>46</sup> Maercker A., Hecker T., Augsburger M., Kliem S (2018) ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *J Nerv Ment Dis* 206(4):270–276.

<sup>47</sup> Letica-Crepulja M., Stevanovic M., Protuder M., Grahovac Juretic T., Rebic J., Franciskovic T. (2020) Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *Eur J Psychotraumatol* 11 (1). doi:10.1080/20008198.2020.1716593.

a) von der Art des Traumas:<sup>48</sup>

Art	Traumahäufigkeit* [%]	Störungshäufigkeit nach Trauma [%]
Kindesmissbrauch (< 14. Lebensjahr)	2,5	11,1
Vergewaltigung	2,5	16,7
Kriegserfahrungen	3,7	6,3
Gefangenschaft/Entführung	0,6	20,0
Körperliche Gewalt	6,9	11,1
Schwere Unfälle	7,7	7,4
Zeuge eines traumatischen Ereignisses	11,5	3,4
Naturkatastrophen	3,5	7,1
Lebensbedrohliche Krankheit	4,7	8,0
Andere Traumata	4,6	11,1
Mehrere Traumata	5,9	/

\*Mehrfachangaben möglich

Abbildung 3: Häufigkeiten verschiedener Traumata und 1-Monats-Prävalenz von PTBS nach ICD-11 in einer repräsentativen deutschen Stichprobe. (Adapt. nach Maercker et al. 2018)

b) von anderen Faktoren:<sup>49,50</sup>

- Geschlecht
- Altersgruppe

Üblicherweise zeigen sich bei jüngeren Menschen höhere Prävalenzen im Vergleich zu Älteren. Für die Beziehung zwischen Traumatisierungsalter und PTBS-Risiko fand Maercker (1999) eine U-förmige Beziehung für menschlich verursachte Traumata: Kinder und Jugendliche haben das größte Risiko, junge sowie

<sup>48</sup> Maercker A., Augsburger M. (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker A. (Hrsg.), Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 25.

<sup>49</sup> Maercker A., Augsburger M. (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker A. (Hrsg.), Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 25.

<sup>50</sup> Kapfhammer, H. P. (2017) Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller et al. (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. © Springer-Verlag GmbH Deutschland.

mittelalte Erwachsene ein vergleichsweise geringes und ältere Erwachsene wiederum ein erhöhtes Risiko, eine PTBS zu entwickeln.

- Von der Anwendung des Klassifikationssystems: mit dem ICD-10 und dem DSM-5 höhere Prävalenzen; mit dem ICD-11 etwas kleinere Prävalenzen
- eine psychiatrische Eigenanamnese
- Familienanamnese
- Traumatische Vorerlebnisse z. B. während der Kindheit
- Wenig soziale Unterstützung

kurz oder mittelfristig nach dem traumatischen Erlebnis und weitere Belastungen kurz nach dem Trauma (Arbeitsverlust, bleibende körperliche Schaden usw.)<sup>51</sup>

Die Entwicklung einer PTBS hängt auch damit zusammen, was für ein Traumatyp die Störung verursacht hat. So bergen Traumata, die durch andere Menschen verursacht werden, ein viel höheres Risiko eine PTBS zu entwickeln. Zu den vier pathogensten Traumata zählen:<sup>52</sup>

- Gefangenschaft
- Vergewaltigung (enge Definition ohne sexuelle Belästigung)
- Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit
- Körperliche Gewalt

Nach einer Vergewaltigung entwickeln mehr als 90% der Betroffenen eine akute Belastungsstörung und circa 50% eine PTBS<sup>53</sup>. In der Studie von Maercker gaben 37% der an PTBS erkrankten Personen an, eine Vergewaltigung erlebt zu haben, 35% waren während ihrer Kindheit Opfer von Misshandlungen und sexuellem Missbrauch. Die Folgen dieser Art von Trauma in Kindes- und Jugendalter hat

---

<sup>51</sup> Pausch M.J., Matten S.J. (2018) Physiologie einer traumatischen Situation. In: Pausch M.J., Matten S.J. Trauma und Traumafolgestörung © Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-658-17886-4\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-658-17886-4_3).

<sup>52</sup> Maercker A., Augsburg M. (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker A. (Hrsg.), Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 26.

<sup>53</sup> Resnick H, Acierno R, Waldrop A, King L, King D., King C.D., Kenneth J.R., Kilpatrick D. (2007) Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behav Res Ther*; 45: 2432–47 (online) (Zitierdatum 20.05.20) abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2040305/pdf/nihms30858.pdf>.

zur Folge neben der PTBS auch eine höhere Morbidität an anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen und einer verringerten Lebenserwartung.<sup>54</sup>

## **2.4. Risikofaktoren und Schutzfaktoren für die Entstehung von PTBS**

Nicht alle Menschen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, entwickeln eine PTBS. Das deutet daraufhin, dass es individuelle Unterschiede gibt, die diesen Zusammenhang beeinflussen.

Nach einem erlebten Trauma gibt es verschiedene Faktoren, die das Auftreten einer PTBS begünstigen aber auch Faktoren, die eine Person von dieser Entwicklung schützen können. Die Bewältigung eines kritischen oder traumatischen Ereignisses und sein Verlauf bzw. die Symptomatik hängen nicht nur vom Ereignis selbst, sondern auch von den individuellen Ressourcen der betroffenen Person und von Schutz- und Risikofaktoren ab.

### **2.4.1. Risikofaktoren**

Bei der Entstehung einer PTBS Erkrankung spielen mehrere prädisponierende Faktoren eine Rolle, die abhängig von dem Zeitpunkt, wann sie entstehen, die Schwere der Erkrankung beeinflussen können. Von diesen Faktoren haben prätraumatische Faktoren, also die Faktoren, die schon vor einem Trauma bestanden haben (weibliches Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status, jüngeres Alter, schon bestehende psychische Erkrankung, usw.), einen geringeren Einfluss auf die Entwicklung der Erkrankung als die Faktoren, die sich während des Traumas oder nach dem traumatischen Erlebnis entwickeln.

Als peritraumatische Faktoren bezeichnet man Faktoren, die während eines traumatischen Ereignisses auftreten. Bei den peritraumatischen Risikofaktoren sind erwartungsgemäß Art und Schwere des Ereignisses, wie zB. wiederholte und langanhaltende oder durch andere Menschen verursachte, traumatische Erlebnisse von Bedeutung. Neben diesen objektiven Faktoren spielen die subjektiven Erlebnismerkmale<sup>55</sup> wie intensive Furcht, Hilflosigkeit, mentales Entsetzen und subjektive Interpretation des Erlebten eine Rolle bei der Bewertung des Erlebten

---

<sup>54</sup> Brown D.W, Anda R.F, Tiemeier H., Felitti V.J., Edwards V. J., Croft J. B., Giles W. H. (2009) Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med* 2009; 37: 389–96. (online) (Zitierdatum 20.05.20) abrufbar unter: doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.

<sup>55</sup> Pielmaier L., Maercker A. (2011) Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Seidler G., Freyberger H.J., Maercker, A. *Handbuch der Psychotraumatologie. Trauma & Gewalt*. Klett-Cotta, Stuttgart.



und für die Entwicklung der PTBS Symptomatik. Eine klare Trennung der posttraumatischen Faktoren von den peritraumatischen lässt sich nicht immer feststellen.

Posttraumatische Faktoren beziehen sich auf die Reaktion des Betroffenen selbst und auf die Verhältnisse, die ihn umgeben (soziale Unterstützung, finanzielle Lage usw. (Abb.4). Das Risiko an einer PTBS zu erkranken steigt, wenn nach dem erlebten Trauma andere belastende Lebensereignisse oder Stressfaktoren dazukommen, besonders wenn es noch an einer Unterstützung seitens der Familie oder Freunde fehlt.

Prätraumatische Faktoren	Peritraumatische Faktoren	Posttraumatische Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weibliches Geschlecht</li> <li>• niedrige Intelligenz, kognitive Vulnerabilität</li> <li>• frühere Traumaexposition</li> <li>• frühere psychische Störung (v.a. Angststörung, depressive Störung)</li> <li>• Persönlichkeitsfaktoren (Neurotizismus, Vermeidung als prinzipielles Coping)</li> <li>• Genetik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrgenommene Todesfurcht</li> <li>• Angriffstrauma</li> <li>• Schwere des Traumas</li> <li>• Körperliche Verletzung (Schmerz)</li> <li>• peritraumatische Dissoziation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Herzrate</li> <li>• geringe soziale Unterstützung</li> <li>• finanzielle Probleme</li> <li>• Intensität der Schmerzen</li> <li>• intensivmedizinische Behandlung</li> <li>• traumatische Hirnverletzung</li> <li>• anhaltende Dissoziation</li> <li>• akute Belastungsstörung</li> <li>• körperliche Behinderung</li> <li>• Unfähigkeit zur Arbeit zurückzukehren</li> <li>• juristische Auseinandersetzung</li> </ul>

Abbildung 4: Übersicht über empirisch validierte prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren, Darstellung aus Kapfhammer<sup>56</sup>

Eine Metaanalyse,<sup>57</sup> die Ergebnisse aus 77 Studien zu Risikofaktoren der Entwicklung von PTBS darstellte, zeigte, dass peri- und posttraumatische Faktoren einen viel höheren prädiktiven Faktor als die prätraumatischen Faktoren haben. Faktoren<sup>58</sup> wie frühe Traumatisierung in der Kindheit (Missbrauch und andere Traumata), jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, geringe Intelligenz bzw. Bildung und weibliches Geschlecht, hatten einen viel geringeren prädiktiven Faktor als sogenannten Ereignisfaktoren (Traumaschwere, Häufigkeit und Art des Traumas, kognitive Verarbeitung) oder Aufrechterhaltungsfaktor (Posttraumatische Lebensbelastungen, fehlende soziale Unterstützung usw).

<sup>56</sup> Kapfhammer H. P. (2017). Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller et al. (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, DOI 10.1007/978-3-642-03637-8\_59, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1977.

<sup>57</sup> Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol.68(5):748–66.

<sup>58</sup> Maercker A., Augsburger M. (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker A. (Hrsg.), Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 28.

### **2.4.2. Schutzfaktoren**

Als Schutzfaktoren, die eine gesundheitsfördernde Wirkung nach einem erlebten Trauma haben, werden diejenigen bezeichnet, die bei Betroffenen zu einer Wiederherstellung ihrer Gesundheit führen können, indem sie zB. die Betroffenen in die Lage versetzen, ihre traumatischen Erlebnisse zu integrieren und auf diese Weise helfen, sie besser bewältigen zu können.





### 3. Komorbidität

In der Regel liegen bei Patienten mit PTBS auch andere psychosomatische, oder psychiatrische Diagnosen vor. Brady berichtet, dass in ca. 80% bei PTBS Patienten mindestens eine psychische Störung vorliegt.<sup>59</sup> Zu den häufigsten Störungen zählen:

- a) psychische komorbide Störungen:<sup>60</sup> Affektive, Angst-, Somatisierungs-, Borderline- Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und dissoziative Identitätsstörungen,
- b) somatische Störungen: Schmerzsyndrome, kardiovaskuläre, pulmonale und rheumatische Erkrankungen.
- c) gesteigerte Mortalität.

Nach den Daten einer großen Untersuchung zu Komorbiditäten bei PTBS „National Comorbidity Survey“ haben 79% der Frauen und 88% der Männer, die an einer PTBS erkrankten, mindestens eine komorbide psychische Erkrankung. In den meisten Fällen sind es mehrere komorbide Störungen,<sup>61</sup> von denen die häufigsten die Angststörungen, depressive Störungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen und Suchterkrankungen sind.<sup>62</sup> Bei Frauen kommen am häufigsten Major Depression (48,5 %), spezifische Phobien (29,0 %), soziale Phobien (28,4 %) und Alkoholmissbrauch, bei Männern Alkoholmissbrauch (51,9 %), Major Depression (47,9 %), Verhaltensstörungen (43,3 %), und bei 34,5 % Drogenmissbrauch vor. Bei PTBS Erkrankten wird im Zusammenhang mit Depressionen sehr hohes Suizidrisiko beschrieben mit einer 3-5 fach höheren Häufigkeit der Suizidrate.<sup>63</sup> Neben diesen psychischen komorbiden Erkrankungen stehen auch vielfältige somatische Störungen im starken Zusammenhang mit

---

<sup>59</sup> Brady K.T. P. (1997) Posttraumatic stress disorder and comorbidity. Recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry Suppl* 9:12-5. (online) (Zitierdatum 25.02.20) abrufbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9329446/>.

<sup>60</sup> Frommberger U, Angenendt J, Berger M: Post-traumatic stress disorder—a diagnostic and therapeutic challenge. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(5): 59–65. (online) (Zitierdatum 25.02.20) abrufbar unter: DOI: 10.3238/arztebl.2014.0059.

<sup>61</sup> Brunello N., Davidson J. R. T., Deahl M., Kessler R. C., Mendlewicz J., Racagni G., Shalev A. Y., & Zohar J. (2001) Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43(3), 150–162. (online) (Zitierdatum 25.02.20) abrufbar unter: <https://doi.org/10.1159/000054884>.

<sup>62</sup> Siol T, Flatten G, Wöller W (2002) Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten G, Hofmann A, Liebermann et al. (eds). *Posttraumatische Belastungsstörung- Leitlinie und Quellentext*. Schattauer, Stuttgart New York; 41-57.

<sup>63</sup> Sher L. (2005) “The Concept of Post-Traumatic Mood Disorder.” *Medical Hypotheses* 65 (2): 205–210. (Online) (Zitierdatum 25.02.20) abrufbar unter: doi: 10.1016/j.mehy.2005.03.014.

Traumatisierungen, unter anderem rheumatische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen usw. In einer großen Studie<sup>64</sup> an 3171 Probanden, die in drei Gruppen aufgeteilt wurden (Probanden mit einer traumatischen Vorgeschichte, aber keine PTBS-Erkrankung, Patienten mit PTBS und Probanden ohne eine traumatische Erfahrung), zeigten die Ergebnisse der Studie einen starken Zusammenhang zwischen PTBS, und kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen.

In einer in Kroatien kurz nach dem Kriegsende durchgeführten Studie<sup>65</sup> an 375 kriegstraumatisierten Patienten stellte man bei 85,3% der Befragten komorbide Erkrankungen fest, vor allem Angstzustände (46,9%) und Major Depressionen (32,5%). In der Entwicklung psychosomatischer Symptome bei dieser Population konnte beobachtet werden, dass die Soldaten mehr an psychosomatischen Symptomen litten, während zivile Patienten, vor allem die Gruppe der Vertriebenen, depressive Symptomatik entwickelten.

Es kann gegebenenfalls sein, dass bei zuvor bestehenden Erkrankungen wie z.B. Abhängigkeitserkrankungen bei diesen Menschen nach einem traumatischen Erlebnis die Vulnerabilität und Risikoanfälligkeit, eine PTBS zu entwickeln, höher ist. In den meisten Fällen kommt es aber zur Entwicklung einer komorbiden Störung sekundär, erst als Folge einer PTBS.

---

<sup>64</sup> Spitzer C., Barnow S., Völzke H., John U., Freyberger H.J., Grabe H.J. (2009) Trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Findings from the General Population. In: *Psychosomatic Medicine* 71:1012–1017. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5. (Zitierdatum 27.02.20) abrufbar unter: [https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2009/11000/Trauma,\\_Posttraumatic\\_Stress\\_Disorder,\\_and.16.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2009/11000/Trauma,_Posttraumatic_Stress_Disorder,_and.16.aspx).

<sup>65</sup> Jukic V. (1998) Posttraumatski stresni poremećaj. *Medicus*7: 19-28.

## 4. Diagnostik

Um die Diagnose einer PTBS Erkrankung stellen zu können, bedarf es eines multidimensionalen Vorgehens. Dieses Verfahren ist wichtig, um andere psychiatrische Erkrankungen, die symptomatische Überlappungen mit PTBS haben könnten, auszuschließen. Wie vorher schon erwähnt, wird die PTBS von vielen komorbiden Erkrankungen begleitet, die nicht als solche, sondern als primäre Diagnose behandelt werden. Deswegen soll sich die Diagnose einer PTBS Erkrankung nach den Kriterien von ICD oder DSM richten.<sup>66</sup> Der Hausarzt ist oft der erste Ansprechpartner, der sich in Erhebung einer ausführlichen Anamnese seitens der Patienten, aber auch seines Umfelds einen Überblick über den Patienten, aber auch seiner Lebenssituation schaffen kann. Dank des Screenings und des Erkennens der Traumatisierung in der Primärversorgung kann eine adäquate therapeutische Intervention erfolgen.<sup>67</sup> Gerade wegen der typischen Symptomatik der PTBS Erkrankung ist das Erkennen ihrer Symptomatik oft nicht einfach und bedarf manchmal längerer Zeit, um sie zu erkennen. Die S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ von 2011 (Version: 19.12.2019)<sup>68</sup> wurde aufgrund der Einführung der Diagnose „Komplexe PTBS“ für dieses Krankheitsbild entsprechend durch ein neues Kapitel ergänzt. Als Standarderhebungsinstrumente zur Feststellung einer Traumafolgestörung sind standardisierte klinische oder strukturierte bzw. halbstrukturierte diagnostische Interviews unerlässlich. Für beide Interviewformen werden mittels vorformulierter Fragen die diagnostischen Kriterien erfasst. Der Unterschied zwischen diesen beiden Formen ist, dass bei den strukturierten Interviews die Symptomatik des Krankheitsbilds systematisch mittels vorformulierter Fragen abgefragt wird. Die Vorteile solcher Interviews

---

<sup>66</sup> Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud C., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L. & Wöller W. (2011) S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.

<sup>67</sup> Reddemann L. (2006) *Psychotraumata – Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Menschen*. Ärzte-Verlag.

<sup>68</sup> Posttraumatische Belastungsstörung S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft) (2019) (online) (Zitierdatum 15.03.20) abrufbar unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/155-0011\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2020-02\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf).

liegen in einer höheren Beurteilerübereinstimmung und einer zuverlässigeren Diagnosestellung<sup>69</sup> Bei standardisierten Interviews werden die Fragen wörtlich vorgelesen und die Antworten der Patienten kodiert. Die strukturierten Verfahren unterliegen weniger der Gefahr von Antworttendenzen.<sup>70</sup>

#### 4.1. Diagnostische Verfahren

Zu den wichtigsten Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen zählen:<sup>71</sup>

- strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV SKID
- diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)
- diagnostisches Expertensystem-Interview (DIAX-Interview)
- Mini International Neuropsychiatric Interview

Für die Diagnostik von PTBS und KPTBS

- die »Clinician-Administered PTSD Scale« (CAPS)
- Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)

Für die Intensität und Dauer der Symptome und daraus entstandene Beeinträchtigungen werden Selbstbeurteilungsverfahren angewendet. Selbstbeurteilungsverfahren dienen der Erfassung von Informationen, ob eine PTBS vorhanden ist und der Schwere der Beeinträchtigungen, die von Patienten selbst angegeben werden.<sup>72</sup> Die Selbstbeurteilungsinstrumente sind zeitökonomischer, haben in der Diagnostik von PTBS eine große Bedeutung und werden abhängig von der Zielsetzung der diagnostischen Untersuchung eingesetzt. Eines der am häufigsten angewendeten Selbstbeurteilungsverfahren ist die Impact of Event Scale –IES (Horowitz et al., 1979)<sup>73</sup> und die revidierte Form der IES-Revised, in der zusätzlich die Symptome posttraumatischer Übererregung (Hyperarousal) befragt werden. Zu weiteren Instrumenten zur Selbstbewertungsverfahren zählen: PTSD

---

<sup>69</sup> Knaevelsrud C., Bering R., Rau H. (2019) Behandlung der PTBS bei Erwachsenen Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Posttraumatische Belastungsstörung S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft) (online) (Zitierdatum: 15.03.20) abrufbar unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/155-0011\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2020-02\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf). 16.

<sup>70</sup> Schützwohl M., Haase A. (2009) Diagnostik und Differentialdiagnostik. In: Maercker, A. Posttraumatische Belastungsstörungen. © Springer Medizin Verlag Heidelberg. 96

<sup>71</sup> Ebd. 89.

<sup>72</sup> Maercker A., Augsburger M. (2019) Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Maercker A. (Hrsg.), Traumafolgestörungen, © Springer-Verlag GmbH Deutschland, 137.

<sup>73</sup> Morina N., Müller J. (2011) Diagnostik von Traumafolgestörungen und komorbiden Erkrankungen. In: Seidler H., Freyberger H., Maercker A. (Hrsg). Handbuch der Psychotraumatologie. Klett- Cotta Stuttgart, 161.

Symptom Scale –self Report, Posttraumatic Diagnostic Scale-PDS, Posttraumatische Stress Skala-10 (PTSS-10), Harvard Trauma Questionnaire-HTQ und andere. Selbstbeurteilungsverfahren sind wichtige, praktische und kostengünstige Instrumente und zusammen mit strukturierten Interviews wertvoll in der Diagnostik einer PTBS.

## 4.2. Differentialdiagnostik

Bei der PTBS Diagnostik können die Symptome komorbider Erkrankungen in den Vordergrund rücken und dazu führen, dass die PTBS Erkrankung nicht als primäre Erkrankung erkannt wird. Solche differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten können öfters bei Fällen vorkommen, wo das traumatische Erlebnis Jahre bis Jahrzehnte zurückliegt. Das trifft in besonderer Weise auf Patienten, die an Langzeitfolgen aus Kindheit und an manifesten Persönlichkeitsveränderungen wie zB. Borderline- und dissoziativen Störungen leiden, zu. Differentialdiagnostisch soll PTBS von vielen anderen Störungen unterschieden werden, wie zB. akuten Belastungsstörung, KPTBS, Trauerreaktionen, Angst und Zwangsstörungen und andere schon erwähnte Erkrankungen. Eine der Erkrankungen, die schwerwiegende Folgen haben kann, ist die Posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED) in ICD-10, F43.8 unter der, die Patienten, an schwer beeinträchtigenden, spezifischen, langanhaltenden und schwer behandelbaren emotionalen Störungen leiden.<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> Linden M. (2017) Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung. Hogrefe Verlag, Göttingen.



## 5. Behandlung von PTBS

In der Behandlung von PTBS ist sehr wichtig, mit der Therapie so früh wie möglich zu beginnen. Die Therapie soll durch einen Psychiater in der Regel ambulant erfolgen.

Die Unterbringung in einer Klinik richtet sich nach der Schwere der Erkrankung und kann teilstationär oder stationär sein. Eine stationäre Unterbringung ist erforderlich, wenn der Patient unter schweren depressiven Symptomen leidet oder eine akute psychotische Störung entwickelt. Das Vorliegen von akuter Suizidgefahr ist auch eine Indikation für eine stationäre Unterbringung. In anderen Fällen erfolgt die Behandlung ambulant.

Für die Behandlung einer psychischen Traumatisierung ist die Aufklärung über die Therapieplanung für den Betroffenen und für seine unterstützenden Angehörigen von großer Bedeutung. Vor dem Behandlungsbeginn sollen Voraussetzungen, die eine sogenannte „sichere Umgebung“, in der sich der Betroffene sicher und geschützt fühlen soll, erfüllt werden.

In der Therapie werden drei Phasen unterschieden.<sup>75</sup> Während in der Stabilisierungsphase der Traumatherapie bewusst vermieden wird, über das traumatische Erlebnis zu reden, ist die Auseinandersetzung mit dem Trauma, in der sich der Patient unter Kontrolle an das Trauma erinnert und auf diese Art die traumatischen Erinnerungen aufarbeitet, das Ziel der zweiten Phase, der sogenannten Konfrontation.

Die letzte, dritte Phase, Integrationsphase, soll dazu führen, den Patienten zu befähigen, das traumatisch Erlebte in seine Lebenserfahrungen zu integrieren und auf diese Weise bereit zu werden, sein Leben neu zu bewerten.

### 5.1. Psychotherapeutische Behandlung der PTBS

Die traumaspezifische Behandlung soll frühzeitig mit einer Reihe wirksamer Therapiemodellen und nur durch qualifizierte Fachkräfte (ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten) durchgeführt werden. Das Ziel der Therapie ist die Patienten so weit zu stabilisieren, dass sie ihren Alltag ohne oder zumindest mit reduzierten Symptomen bewältigen können.

Bei traumafokussierten Interventionen<sup>76</sup> liegt der Schwerpunkt auf der Verarbeitung (erneutes Durchleben) der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder

---

<sup>75</sup> Neuner F. (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie Karger GmbH, Freiburg. 109–118.

<sup>76</sup> Ehring T., Hofmann A., Kleim B., Liebermann P., Lotzin A., Maercker A., Neuner F., Reddemann, O., Schäfer I., Schellong J. (2020) Psychotherapeutische Behandlung der



seiner Bedeutung. Zu diesen Behandlungsansätzen gehören, als die am besten untersuchte Variante und als Methode der ersten Wahl, die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), die für die Behandlung der PTBS wie auch für die Frühintervention nach traumatischen Ereignissen eingesetzt werden.<sup>77</sup>

## 5.2. Psychopharmakologische Behandlung der PTBS

Da die psychopharmakologische Behandlung der PTBS nicht die Effektstärken wie eine traumafokussierte Psychotherapie zeigt, wird die medikamentöse Therapie bei Patienten, die stark unter den Symptomen der Erkrankung oder an einer anderen psychischen Erkrankung leiden, angewendet. Nach den Recherchen zahlreicher Studien wurden in S3 Leitlinien drei Schlüsselempfehlungen<sup>78</sup> für den Einsatz von Medikamenten in der Behandlung von PTBS erlassen: die Psychopharmakotherapie ist nie die einzige oder primäre Therapiemöglichkeit. Zweitens, bei einer medikamentösen Behandlung sollen nur Antidepressiva aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) als Mittel der ersten Wahl angeboten werden. Von der Anwendung von Benzodiazepinen wegen zahlreichen unerwünschten Nebenwirkungen abgeraten.

Für eine frühzeitige und patientengerechte Behandlung einer PTBS Erkrankung ist neben der medizinischen und psychologischen Unterstützung die Einbeziehung der Familie und anderer dem Patienten nahstehender Personen für den Erfolg der Behandlung von großer Wichtigkeit. Die Tatsache, dass traumatisierte Patienten neben der Primärerkrankung auch an vielen anderen komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen leiden, muss in der Planung und Durchführung der Therapie berücksichtigt werden, mit dem Ziel bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erreichen.

---

Posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen. Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie. *Trauma & Gewalt*, 14 (2). 92–100.

<sup>77</sup> Bengel J., Becker-Nehring K., Hillebrecht (2019) Psychologische Frühinterventionen. In: Maercker A. (Hrsg.), *Traumafolgestörungen*, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 202.

<sup>78</sup> Schellong J., Frommberger U., Liebermann P., Bering R. & Schäfer I. (2020) Pharmakotherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 14 (2), 102–111.

## 6. Verlauf und Prognose

Die Symptome einer PTBS können in jedem Alter auftreten<sup>79</sup> und sich spontan innerhalb von Wochen oder Monaten zurückbilden. Die Erkrankung zeigt aber auch ein starkes Chronifizierungsrisiko.<sup>80</sup> Die Ergebnisse einer Studie ergaben, dass noch ein Jahr nach der Diagnose einer PTBS 60% der Patienten und 33% der Patienten nach 10 Jahren die Kriterien einer PTBS erfüllten.<sup>81</sup>

Chronische Verläufe der Erkrankung kommen vor allem bei den Traumaopfern vor, bei denen die Symptome länger als drei bis sechs Monate dauern. Die Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung steigt mit der Schwere der anfänglichen Symptome und der Art traumatischer Erlebnisse. Das gilt vor allem für Opfer von erlebter zwischenmenschlicher Gewalt und Kindheitstraumata. Bei Patienten, die eine therapeutische Behandlung bekommen haben, liegt die durchschnittliche Symptombdauer bei 36 Monaten, während sie bei Betroffenen ohne adäquate Begleitung 64 Monate beträgt.<sup>82</sup>

Die Folgen traumatischer Erfahrungen und Chronifizierung der Erkrankung drücken sich oft in einer dysfunktionalen Lebenswahrnehmung von sich selbst und anderen aus. Die betroffenen Personen fühlen sich oft hilflos, depressiv und neigen zu einem gesteigerten Suchtverhalten, was zu einer erhöhten Suizidneigung, höherer Morbidität und zu einer verkürzten Lebenserwartung führen kann.<sup>83</sup>

---

<sup>79</sup> Maercker A. (2015) Belastungs- und Traumafolgestörungen. In Maercker A. (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer S. 182–206.

<sup>80</sup> Rosner R., Nocon A., Olf M. (2013) Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *PSYCH up2date* 7 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349479>.

<sup>81</sup> Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048-60.

<sup>82</sup> Senger K. (2019) Traumafolgestörungen PiD - Psychotherapie im Dialog; 20: 12–13 (online) (Zitierdatum 01.04.20) abrufbar unter: <file:///U:/THIEME/a-0771-5273.pdf>.

<sup>83</sup> Fillipp S.G., Aymanns P. (2010) *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Von Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. © W. Kohlhammer, Stuttgart. 15.

## 7. Kriegstrauma

Menschen, die in einem Krieg aktiv als Soldaten oder Zivilisten teilgenommen haben, erleben unvorstellbare traumatische Erfahrungen, an deren Folgen nicht nur sie, sondern auch ihre Familie, nächste Generationen und die Gesellschaft lebenslang leiden können. Kriegstraumata gehören zu den „Man made disasters“ und zu den längerdauernden, wiederholten Traumata. In einem Krieg sind die Menschen komplexen, multiplen Traumatisierungen in Form von körperlichen Verletzungen, Vertreibungen, Verwundungen, Folter, Todesängsten und vielen anderen unvorhersehbaren und schwer traumatischen Erlebnissen ausgeliefert.

In Deutschland kommen akute PTBS aufgrund von Militäreinsätzen und Kriegshandlungen bei militärischem Personal in Auslandseinsätzen vor. Nach den neuesten Angaben der Bundeswehr<sup>84</sup> wurden für das Jahr 2019 bei 290 deutschen Soldaten einsatzbedingte psychische Erkrankungen diagnostiziert. Davon waren es 183 Soldaten, die an PTBS erkrankten. Die Dunkelziffer ist vermutet höher, weil etwa drei Prozent aller im Einsatz befindlichen Soldaten an einer PTBS erkranken, aber nur die Hälfte davon diagnostiziert wird. Die Gründe dafür können unterschiedlich sein. Vor allem die empfundene Scham, psychisch krank und behandlungsbedürftig zu sein, Angst zu versagen, oder Angst, wegen der Erkrankung stigmatisiert zu werden.

Man kann darauf schließen, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Großteil der Bevölkerung in Deutschland (und gewiss auch in anderen Ländern) nach dem II. Weltkrieg traumatisiert war und unter unerkannten Traumafolgestörungen gelitten hat oder immer noch leidet. Einige Studien belegen, dass nach dem Ende des zweiten Weltkriegs, einige der damaligen Soldaten nach wie vor von kampfbedingten traumatischen Symptomen, betroffen sind.<sup>85</sup> Noch mehr gilt dies für die Überlebenden des Nazi-Terrors, der Konzentrationslager und insbesondere der Shoa. Nach den Angaben verschiedener Studien an älteren Menschen, die den zweiten Weltkrieg erlebt haben, leiden 50-65% der Holocaust-Überlebenden unter einer PTBS, 29-48% der Kriegsgefangenen, 29% der ehemaligen Soldaten und 4-10% der zivilen Kriegsoffer.<sup>86</sup>

Ihre nicht oder kaum behandelten Störungen belasteten seither (u.a.) die Familien und das soziale Umfeld, v.a. Ehepartner und Kinder. Man spricht von transgenerationaler Weitergabe der Traumatisierung, die unbewusst geschieht und weiter-

---

<sup>84</sup><https://www.bundeswehr.de/de/betreuung-fuersorge/ptbs-hilfe/trauma-ptbs/statistik>. (online). (Zitierdatum 01.09.2020).

<sup>85</sup> Hunt N., Robbins I. (2001) The long-term consequences of war: the experience of World War II. *Aging Ment Health* 5:183–190.

<sup>86</sup> Hermann M-L., Bäurle P. (2010) Traumata – Warum werden sie im Alter wieder aktiv? *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin* 8 Jg. Heft 4.

wirkt, sodass Traumafolgen von einer Generation auf die nächste übertragen werden können. Z.T. ebenfalls mit psychopathologischen Belastungen und Folgen wie Depression, Angststörungen und anderen psychischen und physischen Erkrankungen. In einer großen repräsentativen Studie<sup>87</sup> in Deutschland, die das Ziel hatte das Vorliegen der posttraumatischen Belastungsstörung sowie partieller Störungsbilder zu untersuchen, wurden (n=2426) Personen zwischen 14 und 93 Jahre befragt. Die Ergebnisse der Studie zeigten eine hohe signifikante Prävalenz des PTBS Vollbildes von 3,4% bei über 60-Jährigen im Unterschied zu jüngeren Befragten (14-29 Jahre) die eine Prävalenz von 1,3% aufzeigten. Die Prävalenz der partiellen PTBS Symptome zeigte bei der älteren Gruppe im Unterschied zu der jüngeren auch einen signifikanten Unterschied. Diese 2- bis 3fach erhöhten Prävalenzraten für PTBS der älteren Befragten, könnten durch kriegsbedingte Traumatisierung dieser Menschen erklärt werden, da ein großer Teil dieser Personen ist, die Erfahrungen als Kriegskinder aus dem zweiten Weltkrieg haben.

Jeder Krieg hat seine Kriegskinder; Kinder die im Krieg geboren oder den Krieg und seine Folgen miterlebt haben. Nach Ermann<sup>88</sup> werden die die Angehörigen der Geburtsjahrgänge 1939 bis 1945 als Kriegskinder bezeichnet. Die Entwicklung mancher dieser Kinder wurde durch die Bewältigung von frühen Traumatisierungen durch Kriegserfahrungen geprägt. In ihrem Erwachsenwerden fanden sie keinen Schutz und keine Unterstützung von ihren kriegstraumatisierten Eltern, was zur Folge hatte, dass diese Kinder ihr eigenes Leid nicht wahrnehmen konnten und sie zu „stummen Zeugen“ eigener Geschichte wurden<sup>89</sup>. Diese unverarbeiteten und verdrängten Psychotraumata werden manchmal im Alter wieder reaktiviert. Einer der Gründe dafür könnte in den Folgen des Alterungsprozesses liegen, in einer Abnahme von körperlichen und psychischen Fähigkeiten und der Angst, hilflos und abhängig zu werden. Sekundäre und nachfolgende Generationen werden durch erlebte Traumata ihrer Vorfahren auf unterschiedliche Weise belastet. So zeigten die Studien, dass durch Vergewaltigungen geborene Kinder, nach dem Krieg in Bosnien und Herzegowina im Unterschied zu anderen Kindern, ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen hatten. Darunter etwa somatoforme Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen.<sup>90</sup>

---

<sup>87</sup> Maercker A., Forstmeier S., Wagner B., Glaesmer H., Brähler E. (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt* 5 79: © Springer Medizin Verlag. 577–586.

<sup>88</sup> Ermann M. (2010) Verdeckte Spuren deutscher Geschichte Kriegskinder und ihre Kinder – ein ungewolltes Erbe. *Forum Psychoanal* 26. © Springer-Verlag 325–334.

<sup>89</sup> Ermann M (2009) Stumme Zeugen. Über die (Un-)Fähigkeit, die Kriegskindheit zu betrauern. In: Wellendorf F, Wesle T (Hrsg) Über die (Un-)Möglichkeit zu trauern. Klett-Cotta, Stuttgart, 263–275.

<sup>90</sup> Roupetz S., Haberkern L., Schretter L. (2018) Transgenerationale Folgen sexueller Gewalt während des Bosnien-Krieges, 1992–1995. (2018) Tagungsbericht. *Trauma & Gewalt* 12 (03), - [www.traumaundgewalt.de](http://www.traumaundgewalt.de) © Klett-Cotta Verlag.

Transgenerationale Auswirkungen des Krieges zeigen sich auch heute noch in vielen Familien bis in die dritte Generation, sogenannte Kriegsenkel mit typischen Folgeerscheinungen wie bei ihren Eltern oder Großeltern.<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> Bode S. (2013) Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. Klett-Cotta.

## 8. Kriegstraumata am Beispiel Kroatiens



Abbildung 5: Zivilisten aus Vukovar werden vertrieben Foto Christopher Morris und Ron Haviv

*„Wir laufen an Leichen vorbei, Trümmer, Glassplitter liegen überall herum, und es herrscht eine grausame Stille. ... Wir hoffen, dass das Leiden in Vukovar nun beendet ist“<sup>92</sup>*

### 8.1. Geschichte des Krieges in Kroatien

In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts waren zwei Länder im Herzen Europas, Kroatien und Bosnien und Herzegowina, Schauplätze größter Gräueltaten nach dem Zweiten Weltkrieg. Während dieser Zeit waren die Menschen unermesslichem Leid, Zerstörung und Tod ausgesetzt. Die Kriege hinterließen viele Spuren, dessen Folgen sich in psychischen, körperlichen und seelischen Folgen bei Menschen, die den Krieg erlebt haben, als auch in Nachkriegsgenerationen ihre Auswirkung haben.

Die Ursache der Eroberung und des Vernichtungskrieges in Kroatien lag in einer langen und gut geplanten expansionistischen Idee Serbiens, durch ethnische Säuberung, ein großserbisches Reich in Grenzen, die nie serbisch waren – unter dem

---

<sup>92</sup> Mit diesen Worten beendete am 18.11.91 der Journalist Sinisa Glavasevic die letzte Radiosendung aus dem drei Monate lang belagerten Vukovar.

Motto: „Wo Serben wohnen, ist Serbien“ zu errichten. Als Anlass, diese Idee in die Tat umzusetzen, nahm die serbische Regierung an, das in Kroatien abgehaltene Referendum<sup>93</sup> in dem 93,2% der Wahlberechtigten für die Souveränität des Landes und eine Loslösung von Jugoslawien gestimmt haben.

Die serbisch nationale Minderheit boykottierte das Referendum und begann im März 1991, unterstützt durch die von Serben dominierte Volksarmee und ihren Freischärlern, eine blutige Aggression auf das kroatische Territorium<sup>94</sup> mit dem Ziel, zwei Drittel kroatischen Gebiets militärisch zu besetzen. Die kroatische Gegenwehr war der Volksarmee militärisch weit unterlegen, hinzu kam noch ein über Kroatien verhängtes Waffenembargo. 54% des kroatischen Territoriums war von direktem Krieg und Kriegszerstörung betroffen. 26% des Landes war nach der Vertreibung oder Ermordung von Kroaten und anderer, nicht serbischer Bevölkerung, okkupiert. 1992 wurde in Kroatien mit etwa 800.000 Vertriebenen und Flüchtlingen die größte humanitäre Krise verzeichnet.<sup>95</sup> Am 15. Januar 1992 wurde Kroatien völkerrechtlich international anerkannt und am 22. Mai 1992 in die UN-Organisation aufgenommen. Am 7. August 1995 begann mit dem Militärsieg der Kroaten (Militäroperation Oluja) das Ende des Krieges. Am 12. November 1995 wurde durch die friedliche Wiedereingliederung der besetzten Gebiete in kroatisches Staatsgebiet und der Rückkehr von Flüchtlingen und Vertriebenen der Krieg als beendet erklärt. Am 1. Juli 2013 wurde nach der Ratifizierung durch alle EU-Mitgliedsländer Kroatien als der 28. Mitgliedstaat in die EU aufgenommen.

## 8.2. Traumafolgen des Krieges in Kroatien

Obwohl seit Kriegsende mehr als 25 Jahre vergangen sind, zeigen sich in der kroatischen Gesellschaft heute noch die Auswirkungen des Krieges vor allem bei ehemaligen Kriegsteilnehmern, aber auch in der zivilen Bevölkerung. Es wird angenommen, dass ca. 1 Million Personen in Kroatien durch den Krieg so betroffen sind, dass sie kein normales Leben mehr führen können.<sup>96</sup> Während des Krieges waren die meisten Bürger Kroatiens auf eine direkte oder indirekte Weise

---

<sup>93</sup> 19. svibnja - Referendum o hrvatskoj samostalnosti. (online) (Zitierdatum 5.06.20) abrufbar unter: <https://www.sabor.hr/hr/o-saboru/povijest-saborovanja/vazni-datumi/19-svibnja-referendum-o-hrvatskoj-samostalnosti>.

<sup>94</sup> Roggemann H. (1995) Krieg und Frieden auf dem Balkan. BWV Berliner-Wissenschaft.

<sup>95</sup> Narodne novine. (1998) Izvjesce Vlade Republike Hrvatske o dosadasnjem tijeku povratka i zbrinjavanju prognanika, izbjeglica i raseljenih osoba. (online) (Zitierdatum 13.07.20) abrufbar unter: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1998\\_07\\_92\\_1248.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1998_07_92_1248.html).

<sup>96</sup> Markovic I. (1999) Lijecenje ratne traume vjerom. In: BF, 711. 225-237.



traumatisiert. Das Besondere an der Entstehung des Psychotraumas in diesem Krieg ist das Undefinierte des Feindes. Es gab keine Kriegserklärung. Der Feind war überall; Mitglieder der Familie, Kollegen bei der Arbeit, Nachbarn, Leute aus dem nahestehenden Freundeskreis.<sup>97</sup> Mit größter Brutalität und ohne jede Achtung der Menschenrechte wurden die Menschen aus ihrem Alltag herausgerissen, aus ihren Häusern vertrieben und von nächsten Nachbarn bedroht und gedemütigt. Familienväter wurden über Nacht zu Soldaten. Plünderungen, Vergewaltigungen und Tod waren alltäglich. Angst und Misstrauen gegenüber den bisherigen Freunden und Nachbarn wurde Realität. Angst, Panik und Verzweiflung, persönliche Enttäuschung, Wut und Hass erhalten eine größere Dimension, wenn die Täter aus dem Bekanntenkreis oder der nächsten Umgebung stammen. Gewalt erzeugt Gegengewalt, eine ständige Erhöhung des Eskalationsniveaus war die Folge.

7.725 Männer (98,7%), 103 Frauen (1,3%), kamen ums Leben.<sup>98</sup> Bis heute werden noch 1.468 Personen vermisst und für 401 Getötete ist bis heute nicht bekannt, wo sie begraben wurden.<sup>99</sup> Während des Krieges kamen 4.137 Zivilopfer ums Leben, hiervon 273 Kinder. Nach dem Kriegsende wurden 125 Massengräber entdeckt und 3.113 Leichen exhumiert.<sup>100</sup> Wir gehen davon aus, dass der Anteil der zivilen Bevölkerung an der Gesamtzahl der Exhumierten wahrscheinlich dem Anteil der Zivilbevölkerung an der Gesamtzahl der noch vermissten, gewaltsam entführten oder inhaftierten Personen entspricht. Es wären also tatsächlich von 3.113 exhumierte Kriegsoffer etwa 60 Prozent oder 1.868 davon die Zivilopfer.

Wichtige Besonderheit des Krieges waren die multiplen psychischen Traumatisierungen der Betroffenen. Menschen die einerseits bereits aktiv als Soldaten gekämpft hatten, mussten zusätzlich den Verlust der Familienangehörigen oder Verwundung und Tod von Mitkämpfern miterleben. Nach den Angaben des Ministeriums für Kriegsveteranen<sup>101</sup> starben von 1998 bis einschließlich 2010 24.249 kroatische Verteidiger (4,84%).

---

<sup>97</sup> Klein E. (2000) Rat, Ratna trauma, progonoštvo, povratak. In: Gregurek R., Klein E. PTSP, hrvatska iskustva, Medicinska Naklada. Zagreb 8.

<sup>98</sup> Zivic D. (2001) Izravni demografski gubitci (ratne zrtve) Hrvatske uzrokovani velikosrpskom agresijom i neke njihove posljedice. Društvena istraživanja 10. Zagreb 3, 461-462. 97.

<sup>99</sup> Republika Hrvatska. Ministarstvo hrvatskih branitelja. Nestale osobe u Domovinskom ratu. (online) (Zitierdatum 25.07.20) abrufbar unter: <https://branitelji.gov.hr/mjere-14/nestale-osobe/nestale-osobe-u-domovinskom-ratu-834/834>.

<sup>100</sup> Vgl. Zivic D. Izravni demografski gubitci, 465-467.

<sup>101</sup> Republika Hrvatska. Ministarstvo hrvatskih branitelja. (2017) Istrazivanje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja. (online) (Zitierdatum 28.06.20) abrufbar unter <https://branitelji.gov.hr/istrazivanje-pobola-i-smrtnosti-hrvatskih-branitelji/805>.



Ein großer Teil dieser Menschen verarbeitet die Traumata nie. Sie werden im Laufe ihres Lebens von Schuldgefühlen, dem Gefühl der Lebensmüdigkeit und Todessehnsucht geplagt, was zur Entwicklung verschiedener Traumafolgen wie z.B. komplexe PTBS, Alkoholismus, Depressionen und anderen Erkrankungen führt.<sup>102</sup> Der Leidensdruck betroffener Menschen ist enorm groß, was negative Folgen nicht nur für sie, sondern auch für ihre Familie und Familiendynamik insgesamt hat.

Oft kommt es vor, dass sich die nächsten Angehörigen mit dem Leid traumatisierter Menschen identifizieren und selbst ähnliche Symptome bis in die zweite und dritte Generation hinein entwickeln. In solchen Fällen spricht man von einer sekundären Traumatisierung.<sup>103</sup>



Abbildung 6: Ein kroatisches Kind verabschiedet sich von einem Soldatenvater  
Dez.1991, Foto Jadran Mimica

*„Die Väter essen saure Trauben und den Söhnen werden die Zähne stumpf“*

(Das Buch Ezechiel, Kapitel 18)

---

<sup>102</sup> Komar Z., Loncar M., Herman Vukusic H., Dijanic Plasc I., Folnegovic-Grosic P., Groznica I., Henigsberg N. (2010) Percepcija obolijevanja od PTSP-a kod hrvatskih branitelja. Medix 16 89/90, 124.

<sup>103</sup> Figley CR. (1995) Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: Stamm BH (Hrsg.). Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Baltimore, MD: The Sidran Press. 3–28.

### 8.2.1. Sekundäre Traumatisierung

Das Phänomen der sekundären Traumatisierung bezieht sich im engeren Sinne auf die Symptome einer PTBS Erkrankung, in weiterem Sinne auf andere psychopathologische Symptome bei Personen die nicht direkt einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, aber die einer Person mit PTBS nahestehen, wie zB. Eheleute, Kinder und andere Familienmitglieder.<sup>104</sup>

Eine Studie belegt, dass ca. ein Drittel der Frauen<sup>105</sup> der an PTBS erkrankten Männer in Kroatien Symptome einer sekundären Traumatisierung zeigen. Die Ehefrauen an PTBS erkrankter Männer sind mit der ganzen Situation überfordert; sie übernehmen Aufgaben ihrer Männer und häufig die alleinige Verantwortung für finanzielle, praktische, emotionale und alltägliche Bedürfnisse und Nöte der anderen Familienmitglieder. Die Belastungen und Erwartungen führen zu Stresssituationen, Erschöpfung und Minderung der Lebensqualität, Albträumen, chronischer Müdigkeit, Depressionen, Aggressionen, sozialem Rückzug, erhöhtem Alkoholkonsum und Medikamentenmissbrauch. Obwohl in Kroatien keine systematische Epidemiologie bezüglich der Anzahl der psychotraumatisierten Personen durchgeführt wurde, wird nach Angaben der Regierung die Zahl der Menschen, die direkt einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren auf 1.000.000 Menschen angegeben. Von einer erheblich größeren Zahl an sekundär traumatisierten Menschen ist zusätzlich auszugehen. Es wird angenommen, dass sich die Prävalenz an PTBS bei Flüchtlingen und Vertriebenen während des Krieges zwischen 25% und 50% und bei Kriegsveteranen bei 25 bis 30% bewegt.<sup>106</sup> Wenn Kinder sekundär betroffen sind, spricht man von intergenerationaler Traumatisierung. Bei Kindern wird die sekundäre Traumatisierung auch durch schulisches Versagen und psychische Störungen<sup>107</sup> gekennzeichnet. Die beschriebenen Symptome lassen sich bei ca. 30% der Kinder beobachten.<sup>108</sup>

---

<sup>104</sup> Boricevic Marsanic V., Paradzic Lj., Karapetric-Bolfan Lj., Zecevic I., Grgic V. (2014) Sekundarna traumatizacija djece veteran oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. In *Socijalna psihijatrija*, 42. 155 – 161.

<sup>105</sup> Franciskovic T., Stefanovic A., Jelusic I., Roganovic B., Klaric M., Grkovic J. (2007) Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. In: *Croat Med J.* 48, 177-84.

<sup>106</sup> Vlada Republike Hrvatske (2007) Nacionalni program psihosocijalne pomoci za zrtve Domovinskog rata. Zagreb: Ministarstvo branitelja, 1999. In: Kozaric-Kovacic D. et al: *Posttraumatski stresni poremećaj: Medix God XIII Broj 71.*

<sup>107</sup> Boricevic Marsanic V., Paradzic Lj., Karapetric Bolfan Lj., Zecevic I., Grgic V. (2014) Sekundarna traumatizacija djece veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. In: *Socijalna psihijatrija* 42, 155-161.

<sup>108</sup> Jordan B., Marmar CR., Fairbank J., Schlenger W., Kulka R., Hough RL., Weiss DS. (1992) Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(6). 916-926.

Eine Studie,<sup>109</sup> die in Kroatien durchgeführt wurde, zeigte ähnliche Ergebnisse in Bezug auf das Risiko der Entwicklung einer psychopathologischen Symptomatik der Kinder im Alter zwischen 12 und 18 Jahren von an PTBS erkrankten Vätern.

In dieser Gruppe besteht ein zweifach höheres Risiko psychopathologische Symptome zu entwickeln, als bei Kindern der Kriegsveteranen ohne PTBS. Sekundäre Traumatisierung der Mutter durch den an PTBS erkrankten Vater könnte zu einer stärkeren intergenerationellen Traumatisierung des Kindes durch die Mutter führen,<sup>110</sup> weil die Mutter primäre Bezugsperson für das Kind darstellt und das Kind der mütterlichen Symptomatik stärker ausgesetzt ist. Solche Situationen, wo ein Elternteil an einer Traumafolgeerkrankung leidet und der andere Elternteil sekundär traumatisiert ist, können sich mit einem äußerst dysfunktionalen und gewaltbesetzten Erziehungsverhalten äußern. Diese Beobachtung wird schon seit dem Ende des zweiten Weltkriegs untersucht und es wurde festgestellt, dass die Reaktion der Kinder auf ein erlebtes traumatisches Ereignis in großem Masse von der Reaktion seiner Eltern abhängig ist.<sup>111</sup> In einem Review von Dekel und Goldblatt heben die Autoren hervor, dass die Stärke der Belastung, der die Väter im Kampf ausgesetzt sind, sich auf ihre Kinder auswirken. Je stärker die Väter belastet wurden, desto größer wird der Distress bei ihren Kindern.<sup>112</sup> Die Betroffenheit der Kinder wird noch durch die Symptomatik einer PTBS Erkrankung verstärkt.<sup>113</sup> In seiner Metaanalyse fand Alisic<sup>114</sup>, dass eine posttraumatische Erkrankung der Eltern ein Risikofaktor auch für das Entstehen der Erkrankung bei ihren Kindern darstellt. Als besonderes Risiko für die Entstehung der Erkrankung wird ein jüngerer Alter hervorgehoben.<sup>115</sup>

---

<sup>109</sup> Boricevic Marsanic V., Aukst Margetic B., Jukic V., Matko V., Grgic V. (2014) Self-reported emotional and behavioral symptoms, parent-adolescent bonding and family functioning in clinically referred adolescent offspring of Croatian PTSD war veterans. *European Child Adolescent Psychiatry* 23 (5). 295-306.

<sup>110</sup> Bachem R. (2019) Intergenerationale Weitergabe von Traumata. *PiD - Psychotherapie im Dialog*; 20. 44.

<sup>111</sup> Profaca B. (2016) Traumatisacija djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada* 23(3). 345-361.

<sup>112</sup> Dekel R., Goldblatt H. (2008) Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3). 281-289.

<sup>113</sup> Klütsch V., Reich G. (2012) Die mehrgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen - empirische und familiendynamische Perspektiven. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(8), 564-583.

<sup>114</sup> Alisic E., Jongmans M. J., van Wesel F., & Kleber R. J. (2011) Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(5). 736-747.

<sup>115</sup> Trickey D., Siddaway A.P., Meiser-Stedman R., Serpell L., Field AP. (2012) A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.*, 32(2):122-38.

Aufgrund der psychischen Störungen der kroatischen Kriegsveteranen, die nicht nur durch den Krieg, sondern auch durch das anhaltende Stigma der Öffentlichkeit verursacht wurden, ist die Familie häufig der Übertragung traumatischer Erfahrungen ausgesetzt. In letzter Zeit zeigt sich eine steigende Tendenz von Neu-erkrankungen (Angstzustände und Depressionen) bei der jüngeren Generation<sup>116</sup> für die einer der Erklärungsversuche die transgenerationale Übertragung des Traumas auf Kinder durch ihre traumatisierten Eltern ist. Traumatisierende Kriegserlebnisse der Kinder während des Krieges prägen sie jahrzehntelang und können sich auf ihre eigenen Kinder auswirken. Traumatisierung in Kindheit und Jugend, insbesondere sog. zwischenmenschliche Traumata, können, in Abhängigkeit von Dauer und Schwere der einschneidenden Erlebnisse, nicht nur zu psychischen, sondern auch zu körperlichen Gesundheitseinschränkungen führen.<sup>117</sup>

### 8.2.2. Suizid bei den Kriegsveteranen

Menschen, die schwere Traumatisierungen erlebt haben, sind häufig suizidgefährdet. Besonders hoch ist die Suizidrate bei Patienten, die im Krieg Ereignissen mit hoher Gewalt, Tod und Zerstörung ausgesetzt waren. Ein großer Teil dieser Menschen verarbeitet die Traumata nie und wird im Laufe ihres Lebens von Schuldgefühlen, dem Gefühl der Lebensmüdigkeit und Todessehnsucht geplagt. Suizidversuche kommen bei Kriegsveteranen acht Mal häufiger als bei der Normalbevölkerung vor.<sup>118</sup>

Kriegsveteranen zählen zur am stärksten gefährdeten sozialen Gruppe in Kroatien. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen werden die Veteranen marginalisiert, stigmatisiert und viktimisiert. Mit der Zeit läßt das Verständnis für das Leiden der Opfer und die Anerkennung seitens des engeren und breiteren sozialen Umfelds nach, was zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Veteranen und zur Entwicklung neuer pathologischer Tendenzen führt. Nach den Angaben des kroatischen Instituts für öffentliche Gesundheit aus dem Jahr 2017 wurden 21.236 Kriegsveteranen wegen einer depressiven Störung medizinisch versorgt.<sup>119</sup> PTBS und andere Traumafolgen können zu Suizidalität führen bzw.

---

<sup>116</sup> Hrvatska danas (2019) Istraživanje u Hrvatskoj: Porazni rezultati, 13% srednjoškolaca u depresiji, svaki peti razmišljao o samoubojstvu. (online) (Zitierdatum 15.07.20) abrufbar unter: <https://hrvatska-danas.com/2019/05/30/istrazivanje-u-hrvatskoj-porazni-rezultati-13-srednjoskolaca-u-depresiji-svaki-peti-razmisljao-o-samoubojstvu/>.

<sup>117</sup> Waller C. (2017) (Trans-)Generationale Weitergabe früher Traumatisierung auf das kardiovaskuläre System Psychotherapeut 62:507–512 <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0235-3>.

<sup>118</sup> Maercker A. (2013) Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A. (Hrsg.) Posttraumatische Belastungsstörungen. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, 2013. 30.

<sup>119</sup> Maric I., Tulicic Z. (2018) Veteranski centri kao primjer sveobuhvatne skrbi za hrvatske branitelje. Poslovna izvrsnost. Zagreb God. XII, br.2.

mit ihr verbunden sein. Im Zeitraum von 2013 -2015 haben ehemaligen Soldaten in Kroatien doppelt so viele Selbstmorde verübt<sup>120</sup>, wie die zivile Bevölkerung.

Die Suizidrate zeigt bis heute eine steigende Tendenz. Das Durchschnittsalter der Betroffenen beträgt 43 Jahre, 68% waren jünger als 50 Jahre. Die höchste Suizidrate zeigt sich bei Veteranen mit hohem Grad der Behinderung (GdB 60-100%).<sup>121</sup> Obwohl diese Gruppe vom Staat verschiedene Unterstützungen für sich und ihre Familie erhielt, zeigt sich die soziale Sicherheit nicht als protektiver Faktor in Bezug auf Suizid. Die Tatsache, dass sich die Menschen, die im Krieg bereit waren für das eigene Land zu sterben und als Helden gefeiert wurden, sich jetzt im Frieden entschließen ihrem Leben ein Ende zu machen, ist dramatisch und weist auf viele offene Fragen nach den Gründen solchen Verhaltens hin. Das vertiefte Interesse der Bevölkerung in Kroatien für dieses Thema ist verständlich, insbesondere, weil in den letzten Jahren in Kroatien die Suizidrate bei Zivilpersonen abnimmt, während sie in der Population der Veteranen steigt.<sup>122</sup> Diese Tatsachen sprechen für langjährige, dramatische Folgen des Krieges, die bis heute die Gesellschaft betroffen machen.

Dabei können Religiosität und Spiritualität für die Betroffenen eine wichtige Ressource sein, die ihnen Kraft und Unterstützung gibt, mit ihrer Erkrankung besser umzugehen und sie erfolgreicher zu bewältigen. Nach Ergebnissen mehrerer Studien, weisen die Autoren<sup>123</sup> darauf hin, dass es eine positive Verbindung zwischen dem persönlichen Glauben, psychischer Gesundheit und Optimismus, Hoffnung, Glück, Sinn und Zweck im Leben, Selbstwertgefühl, Kontrollgefühl und soziale Unterstützung besteht. Angesichts der Tatsache, dass sich die meisten kroatischen Bürger (und Kriegsveteranen) als Gläubige deklarieren, sollen Vertreter aller Religionsgemeinschaften, insbesondere der katholischen Kirche in der Suizidprävention einbezogen werden

Es ist zwingend erforderlich und eine wichtige Aufgabe der Gesellschaft, der Politik aber auch der Kirche, diese Menschen zu unterstützen und ihnen zu helfen mit dem Ziel, die Entwicklung von schweren psychischen Störungen über Generationen hinweg zu verhindern oder zumindest zu mildern.

---

<sup>120</sup> Komar Z., Koic E. (2015) Samoubojstva hrvatskih branitelja u Zagrebu i Hrvatskoj [Suizid bei kroatischen Kriegsveteranen]. Uriho-Zagreb 2015, 47.

<sup>121</sup> Ebd. 36

<sup>122</sup> Ebd. 11.

<sup>123</sup> Ebd. 10.

### 8.3. Zur Erinnerung an Vukovar und alle Kriegsoffer in Kroatien

#### *A Story about the City*<sup>124</sup>

*I refrain from searching for all justice, truth, I refrain from attempts to let ideals arrange my personal life, I refrain from everything that until yesterday I considered essential for some good beginning or good end. I would possibly refrain from myself, but I cannot. Because who will remain if we renounce ourselves and flee into our fears. Who will inherit the city? Who will watch it for me, when I am gone, while I am searching in the trash heaps of the human spirit, while I am as it is alone, staggering without myself, wounded, tired, feverish, while my eyes begin to wax before my personal defeat.*

*Who will watch my city, my friends, who will carry Vukovar from the dark? There aren't shoulders stronger than mine or yours, and therefore if it isn't too much for you, if there still remains in you a youthful whisper, join us. Somebody has touched my parks, the benches that still have your names carved into them, that shadow that you gave it at the same moment, and received your first kiss - somebody has simply stolen it all, because how do you explain that not even a Shadow remains? There isn't that store window in which you admired your personal joys, there isn't that movie theater in which you saw the saddest film, your past has been simply decimated and you have nothing. You must build anew. First your roots, your past, and then your present, and then if you still have the strength, invest in the future. Do not be alone in the future. Do not worry about the city, it has been with you all this time. Only hidden. So that the murderer cannot find it.*

*The city - it is you.*

---

<sup>124</sup> Glavasevic S. (1994) Prica o gradu. In: Geschichten aus Vukovar. Taschenbuch. Kleine Schritte (Hrsg.) Der Journalist, Publizist und Prosaiker Siniša Glavasevic wurde 1960 in Vukovar geboren. In Sarajevo studierte er Literaturwissenschaft und Bibliothekswesen und war Herausgeber des kroatischen Rundfunks Vukovar und Kriegsberichterstatte. Nach der Eroberung von Vukovar wurde er zusammen mit 300 Patienten aus dem Vukovar-Krankenhaus verschleppt und später aus dem Massengrab von Ovcara exhumiert und identifiziert.



## 9. Stand der Forschung bei Traumafolgen und Religiosität und Spiritualität

Welche Rolle spielten die Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie von Menschen mit traumatischen Folgeerkrankungen und Patienten mit anderen Erkrankungen. Unter welchen Bedingungen sie als Bewältigungsmechanismus eingesetzt werden können, werden in dem vorliegenden Forschungsstand dargestellt.

Erst im 20. Jahrhundert entstand ein Riss zwischen Religion/Spiritualität und dem Feld der Psychologie bzw. auch bei der Versorgung von Kranken, was zum großen Teil auf die Arbeit des großen Arztes Sigmund Freud zurückzuführen ist. Durch Freud und seine Zeitgenossen wurde Religion in einen negativen Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gebracht, und die Folgen dauern bis heute an.<sup>125</sup>

Forschung zum Thema Religiosität und Spiritualität im Gesundheitsbereich gibt es seit Anfang der 70er Jahre. Seit Anfang der 90er Jahre steigt die Anzahl Forschungsartikel zu diesem Thema stetig an, vor allem in den USA. Allerdings ist auch im deutschsprachigen Raum<sup>126</sup> eine steigende Anzahl von Forschungsarbeiten zu psychischer Gesundheit und Religiosität zu verzeichnen.<sup>127</sup> Aktuelle Recherchen zufolge wird in den letzten zwei Jahrzehnten eine Zunahme der Publikationen mit den Themen Religiosität und Spiritualität in den psychologischen Forschungsdatenbanken festgestellt.<sup>128</sup> Religiosität und Spiritualität sind eng miteinander verbunden, da beide Definitionen eng mit dem menschlichen Geist und den jeweils eigenen Erfahrungen verknüpft sind.<sup>129</sup> Die Bezeichnung Religiosität wird in Abhängigkeit von bestimmten Religionen bzw. religiösen Organisationen verwendet, während Spiritualität das menschliche Bedürfnis nach Transzendenz, Einheit, Geborgenheit bezeichnet und somit eher einer angeborenen

---

<sup>125</sup> Koenig H. G. (2012) "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications" International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry. ID 278730, doi:10.5402/2012/278730.

<sup>126</sup> Schowalter M., Murken S. (2003) Religion und psychische Gesundheit - empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In: Henning, C., Murken S., Nestler E. (Hrsg.), Einführung in die Religionspsychologie. Schöningh: Paderborn. 138-162.

<sup>127</sup> Klein C., Albani C. (2011) Religiosität und psychische Gesundheit-empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: Klein C., Berth H., Balck F. (Hrsg). Gesundheit-Religion-Spiritualität 215-245.

<sup>128</sup> Utsch M., Klein C. (2011) Religion, Religiosität, Spiritualität: Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In: Klein C., Berth H., Balck F. (Hrsg). Gesundheit-Religion-Spiritualität 215-245.

<sup>129</sup> Büssing A. (2006) "Spiritualität" – Worüber reden wir? In: Büssing A., Ostermann T., Matthiessen P. F. (Hrsg.). Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin. Frankfurt am Main: VAG. 12.



Ausstattung mit psychischen Grundbedürfnissen entspringen dürfte.<sup>130</sup> Zahlreiche Forschungen zeigen Zusammenhänge zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und körperlicher Gesundheit auf,<sup>131</sup> obgleich die Wirkungsmechanismen bei weitem noch nicht enträtselt sind. Diese Forschungen gehen allerdings nicht von übernatürlichen Mächten aus, sondern beschreiben Religion bzw. Spiritualität als Wirkungsfaktoren.<sup>132</sup>

### 9.1. Religiosität/Spiritualität und Trauma

Das Erleben einer psychischen Traumatisierung stellt eine tiefe seelische Erschütterung dar, die zu einer Verunsicherung des Selbst- und Weltbilds führt. Solche Ereignisse wirken sich nicht nur auf die psychologische Dimension einer Person aus, sondern können auch zur Veränderung persönlicher Einstellungen gegenüber Religiosität und Spiritualität führen. Das lateinische Verb *religare* bedeutet: anbinden, zurückbinden, sich an etwas festmachen. In diesem Sinne bedeutet das Wort *Religion* eine Rückbindung, einen festen Halt, was durch Trauma tief erschüttert sein kann und den innersten Kern des Glaubens trifft.<sup>133</sup>

So zeigen einige Studien, dass traumatisierte Patienten aufgrund ihrer traumatischen Erlebnisse, ihrer Wut über das Erlebte und ihrer Zweifel an Gott nicht mehr religiös sind.<sup>134</sup> Betroffene fühlen sich oft von Gott verlassen und bestraft,<sup>135</sup> während andere gerade nach einer Traumaerfahrung neu nach Gott suchen und versuchen, mit Hilfe ihrer Religiosität und Spiritualität diese negativen Erfahrungen besser zu bewältigen und einen positiven Sinn in der Situation mit Hilfe der Religion zu finden.<sup>136</sup>

---

<sup>130</sup> Lübeck D., Böhmer A., Collatz, M. (2018) Spiritualität mit Blick auf die Leitgedanken Sozialer Psychiatrie. (Online) (Zitierdatum 14.04.20), abrufbar unter [www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/sozialpsychiatrische-informationen](http://www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/sozialpsychiatrische-informationen).

<sup>131</sup> Zwingmann C., Klein C. (2013) Sind religiöse Menschen gesünder, und wenn ja, warum? Ergebnisse empirisch-sozialwissenschaftlicher Forschung. In: *Spiritual Care*, Kolhammer, Stuttgart.

<sup>132</sup> Baumann K. (2008) Macht Glaube gesund? Zum Effekt religiösen Glaubens in Prävention und Krankheitsbewältigung. In: *Prävention* 2. 61-64.

<sup>133</sup> Baumann K. (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D. (Hrsg) *Flucht, Trauma, Integration. Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich*. 25.

<sup>134</sup> Chen Y. Y., Koenig H. G. (2006) Traumatic stress and religion: Is there a relationship? A review of empirical findings. In: *Journal of religion and health* 45 (3). 372.

<sup>135</sup> Fontana A, Rosenheck, R. (2004) Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD. In: *J Nerv Ment Dis*. 192:579-84.

<sup>136</sup> Wansink B, Wansink CS. (2013) Are There Atheists in Foxholes? Combat Intensity and Religious Behavior. *J Relig Health*; 52 (3) 768-79. (online) (Zitierdatum 18.03.20), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-013-9733-y>.

Genauso komplex wie auch unterschiedlich die Reaktionen der Menschen auf Traumaerfahrungen sind, sind auch die Forschungsergebnisse in Bezug auf Religion und Spiritualität in der Verarbeitung von Trauma.

Laut einem großen Forschungsüberblick<sup>137</sup> der Pub Med Literatur im Zeitraum von 1990 -2010 über Religion, Spiritualität und psychische Erkrankungen, fanden Bonelli et al. einen positiven Zusammenhang zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit bei 72,1% der Publikationen. Diese Ergebnisse beziehen sich auf 43 Veröffentlichungen, die die Kriterien der Suche erfüllten. Gemischte Ergebnisse, in der Form positiv und negativ wurden bei 18,6% und negativer Zusammenhang bei 4,7% der Veröffentlichungen festgestellt. Eine positive Auswirkung wurde bei allen Studien über Demenz, Suizid und Drogenmissbrauch ermittelt, was für eine positive Auswirkung von Religiosität bei dieser Gruppe psychischer Erkrankungen spricht. In drei von elf Untersuchungen, gingen die PTBS Patienten besser mit ihrer Erkrankung um, je höher das spirituelle Wohlbefinden war und in vier Untersuchungen wurde eine Reduktion der Symptomatik durch religiöses bzw. spirituelles Coping erreicht. Über die Zusammenhänge bei anderen psychischen Erkrankungen seien die Erkenntnisse noch unzureichend, bzw. fehlten völlig, laut dem Forscherteam. Nach Dörr<sup>138</sup> wird religiöses Coping besonders angewendet, wenn die Personen einer hohen Stresssituation ausgesetzt sind oder/und wenn sie eine starke religiöse Überzeugung haben.

Chen und Koenig<sup>139</sup> weisen in ihrem Review von elf Studien den Zusammenhang zwischen Religiosität/ Spiritualität und PTBS auf signifikante Korrelationen hin. Da die Studien jedoch uneinheitlich waren, diskutieren die Autoren Faktoren (Messungen, Forschungsdesign), die zu den heterogenen Ergebnissen beigetragen haben könnten. Resümierend bestätigen sie den Zusammenhang zwischen Religion und Trauma, sehen aber weiteren Forschungsbedarf, um die Wirkungsbeziehungen besser verstehen zu können. Zum ähnlichen Ergebnis kamen auch Fontana und Rosenheck<sup>140</sup> in ihrer Studie, die sie mit 1385 von PTBS betroffenen Kriegsveteranen im Programm Department of Veterans Affairs durchgeführt ha-

---

<sup>137</sup> Bonelli R. M., Koenig H. G. (2013) Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010. A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52. 657-73.

<sup>138</sup> Dörr A. (2004): Religiöses Coping als Ressource bei der Bewältigung von Life Events. In: Zwingmann C., Moosbrugger H. (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster. 261-275.

<sup>139</sup> Chen Y. Y., Koenig H. G. (2006) Traumatic stress and religion: Is there a relationship? A review of empirical findings. In: *Journal of religion and health* 45 (3).

<sup>140</sup> Fontana A., Rosenheck R. (2004) Trauma, Change in Strength of Religious Faith, and mental Health Service Use among Veterans treated for PTSD. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192: 579-584.

ben. Die Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen, sozialer Anpassung und den Veränderungen des religiösen Glaubens und der Behandlungsdauer der Veteranen. Die Ergebnisse der Erhebung zeigten, dass traumatische Erfahrungen der Veteranen, wie zB. andere Menschen töten zu müssen, dazu führten, dass ihr religiöser Glaube direkt, oder durch die empfundenen Schuldgefühle, geschwächt wurde und dass das der wichtigste Grund für längere Behandlungen war. Die Autoren der Studie nehmen an, dass bei diesen Patienten, die Frage nach dem Sinn und Zweck ihrer traumatischen Erfahrungen der wichtigste Grund für ihre längeren Behandlungen war, und stellen die Frage, ob Spiritualität in die Behandlung einfließen könnte, entweder in Form einer größeren Rolle für die Seelsorge oder als ein Teil klassischer Psychotherapie der PTBS. In einer anderen Untersuchung<sup>141</sup> die die Auswirkungen der Kriegshandlungen auf die Religiosität untersuchte, wurden Veteranen aus dem Zweiten Weltkrieg befragt. Die Veteranen gaben an, dass sich ihr religiöses Verhalten änderte je nach Intensität und Schwere des Einsatzes. Die Veteranen beteten mehr, wenn die Intensität des Kampfes stärker war. Soldaten, die einem schweren Kampf ausgesetzt waren, besuchten die Kirche häufiger, als diejenigen die nicht direkt den Kampfhandlungen ausgesetzt waren. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Intensität des Kampfes mit dem sich daraus ergebenden späteren Grad religiöser Aktivität zusammenhängt und, dass die Beziehung zwischen Religion und Kampferfahrung je nach der retrospektiven Sicht der Person (auch 50 Jahre später) auf ihre Kampferfahrung erheblich variiert.

## **9.2. Stand der Forschung in Kroatien und Bosnien und Herzegowina zum Thema Trauma und Re/S**

Vor und nach dem Krieg wurde in Kroatien und Bosnien und Herzegowina die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung großen Herausforderungen ausgesetzt. Der Grund dafür liegt daran, dass nicht nur die aktiven Kriegsteilnehmer, sondern auch ihre Angehörigen und andere Kriegsopfer psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen mussten.<sup>142</sup>

Schon während des Krieges haben die ersten Untersuchungen<sup>143</sup> gezeigt, dass 14% der kroatischen Soldaten alle Symptome einer PTBS und 17% der Soldaten

---

<sup>141</sup> Wansink B, Wansink CS. (2013) Are There Atheists in Foxholes? Combat Intensity and Religious Behavior. *J Relig Health*;52(3) 768-79. (online) (Zitierdatum 18.03.20), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-013-9733-y>.

<sup>142</sup> Rasovic R. (2014) Gotovo polovica branitelj ima simptome PTSP-a. In: *Vecernji list*. (online) (Zitierdatum 05.04.20), abrufbar unter <http://www.vecernji.hr/hrvatska/gotovo-polovicabranitelj-ima-simptome-ptsp-a-977354>.

<sup>143</sup> Komar Z., Loncar M., Vukusic H., Dijanic Plasc I., Folnegovic- Grosic P., Groznica I., Heningsberg N (2010) Percepcija obolijevanja od PTSP-a kod hrvatskih branitelj. In:

eine partielle PTBS zeigten. Kurz nach dem Krieg lag die Anzahl der Patienten, die ein volles Krankheitsbild der PTBS entwickelten bei 16 % und bei fast einem Drittel (26%) der Patienten wurde eine partielle PTBS diagnostiziert.<sup>144</sup> Schon damals wurde deutlich, dass man von einer hohen Prävalenz an PTBS erkrankten Menschen ausgehen konnte, die nicht unter den Veteranen diagnostiziert wurden. In Kroatien befanden sich während des Krieges ca. 700.000 Menschen, die damals aus Bosnien und Herzegowina geflüchtet sind, oder aus anderen Regionen Kroatiens vertrieben wurden. Bei fast der Hälfte dieser Menschen (45,5%) wurde PTBS diagnostiziert.<sup>145</sup> Dies bedeutet, dass ein großer Teil der Gesamtbevölkerung in Kroatien von PTBS nach dem Krieg betroffen war, nicht nur Soldaten und Veteranen, sondern auch Geflüchtete und Vertriebene.

In den letzten Jahren gibt es vermehrt Hinweise dafür, dass traumatisierte Patienten in Kroatien und Bosnien und Herzegowina ein größeres Interesse an religiösen Themen zeigen. Dementsprechend wird das Thema Religiosität und Spiritualität im Kontext von traumatisierten Patienten öfter ein fester Bestandteil von international und national organisierten psychiatrischen Kongressen und Tagungen. Die Zahl publizierter Veröffentlichungen mit dem Thema, das bis vor kurzem in diesen Ländern nicht berücksichtigt wurde, ist noch überschaubar, zeigt aber eine steigende Tendenz.

Hier ein kurzer Überblick:

Im Universitätsklinikum Zagreb wurde eine Fragenbogenstudie durchgeführt. In der Studie nahmen 45 kroatische Kriegsveteranen, die an PTBS litten und 32 gesunde freiwillige Probanden, die aus dem medizinischen Personal der Klinik rekrutiert wurden, teil. Das Ziel der Untersuchung war, zu erforschen welche Beziehung zwischen dem seelischen Wohlbefinden (SWB), intrinsischer Religiosität (IR) und dem suizidalen Verhalten bei den Befragten besteht und ob sich diesbezüglich ein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppen ergibt. Die Variable seelisches Wohlbefinden bestand aus zwei Komponenten: dem existenziellen Wohlbefinden (EWB), die das Gefühl der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben der Person abbildete, und der zweiten Komponente des religiösen Wohlbefindens (RWB), die das Gefühl der Nähe und der Beziehung zu Gott darstellen sollte. Die Analyse der Ergebnisse ergab, wie von den Autoren vermutet, deutlich

---

Medix 16 (2010) 89/90, 122-124, (online) (Zitierdatum 20.03.20), abrufbar unter [https://bib.irb.hr/datoteka/755437.PTSP\\_Medix.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/755437.PTSP_Medix.pdf).

<sup>144</sup> Komar Z., Vukusic H. (1999) Post-traumatic stress disorder in Croatian war veterans: prevalence and psychosocial characteristics. Croatian Academy of Sciences and Arts symposium "New Insights in posttraumatic stress disorder", Zagreb. (online) (Zitierdatum 20.03.20), abrufbar unter [http://www.iamps.org/IAMPS\\_Split\\_2000\\_Komar.pdf](http://www.iamps.org/IAMPS_Split_2000_Komar.pdf).

<sup>145</sup> Kozaric-Kovacic D., Ljubin T., Grubisic-Ilic M., Ljubin-Sternak S. (1997) Ucestalost PTSP-a u skupini prognanika i moguca povezanost sa zatocenistvom u logoru. In: *Drustvena istrazivanja* 6(1997)2-3. 327-341.

niedrigere Werte des seelischen und existenziellen Wohlbefindens bei den Veteranen. Zwischen den Gruppen gab es keinen signifikanten Unterschied ( $p = 0,803$ ) zwischen religiösem Wohlbefinden (RWB) und der intrinsischen Religiosität (IR). Die Suizidalität der Veteranen korrelierte negativ mit dem seelischen Wohlbefinden (SWB), existenziellem Wohlbefinden (EWB) ( $p = 0,000$ ), religiösem Wohlbefinden (RWB) ( $p = 0,026$ ) und der intrinsischen Religiosität (IR) ( $p = 0,041$ ), wobei der Zusammenhang für die EWB-Subskala stärker war als für die RWB-Subskala. Veteranen, die mindestens einmal in ihrem Leben einen Selbstmordversuch unternahmen, hatten signifikant höhere Werte für die Selbstmordbewertungsskala und niedrigere EWB-Werte als Veteranen, die niemals einen Selbstmordversuch unternommen hatten. Niedrige EWB-Werte können ein erhöhtes Suizidrisiko bedeuten. Einige religiöse Aktivitäten wie zB. Kirchenbesuche oder das Lesen religiöser Literatur waren bei den Veteranen häufiger praktiziert als bei gesunden Probanden, was man als eine Art Bewältigungsstrategie und Suche nach Hilfe und Trost deuten könnte.<sup>146</sup>

Hoffnungslosigkeit bei PTBS Patienten ist eine häufige Begleiterscheinung einer traumatischen Erfahrung und oft ein starker Prädiktor für Suizidverhalten.

Während des Krieges in Bosnien und Herzegowina (1992-1995) wurden die Menschen schrecklichen Traumata ausgesetzt, deren Folgen, heute noch den Alltag dieses Landes bestimmen. Obwohl in BiH bisher keine systematische Epidemiologie bezüglich der Anzahl der psychotraumatisierten Personen durchgeführt wurde, wird nach verschiedenen Angaben<sup>147</sup> die Zahl der Menschen, die an PTBS leiden, auf 450.000 (der 3,7 Mio. Einwohner) geschätzt.

Für die Bevölkerung Bosnien und Herzegowinas hat die Religion<sup>148</sup> eine große Bedeutung. Muslime bilden die größte Gruppe mit 40 %, gefolgt von serbisch-orthodoxen Christen (i.d.R. Serben; 31 %), Katholiken (i.d.R. Kroaten; 15 %) und noch 14 % der Bevölkerung, die eine andere religiöse Überzeugung haben. Geleitet von der Annahme, dass Religion in BiH eine wichtige Rolle spielt, wurden verschiedene Studien durchgeführt, die die Beziehung zwischen dem islamischen Glauben und seiner Praxis beschreiben. Eine von diesen Studien mit Patienten mit multiplen traumatischen Erfahrungen wies religiöse Überzeugungen als

---

<sup>146</sup> Nad S., Marcinko D., Vuksan-Cusa B., Jakovljevic M., Jakovljevic G. (2008) Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder; a case control study. *Journal of Nervous Mental Disease*, in: Medline. UI: 18195647.

<sup>147</sup> Veteran online magazine. Od PTSP boluje 450.000 BH gradana (online) 31.03.2018 (Zitierdatum 11.03.2019), abrufbar unter [http://www.veteranmagazin.ba/clanak/9/od\\_ptsp\\_a\\_bolu\\_je\\_450\\_000\\_bh\\_gradjana.html](http://www.veteranmagazin.ba/clanak/9/od_ptsp_a_bolu_je_450_000_bh_gradjana.html).

<sup>148</sup> Renovabis Bosnien und Herzegowina (online) 01.03.2019 (Zitierdatum 14.03.19), abrufbar unter <https://www.renovabis.de/laender/suedosteuroopa/bosnien-und-herzegowina/>.

Schutzfaktor für die Stabilisierung mentaler Gesundheit dieser Patienten nach.<sup>149</sup> In der gleichen Klinik wurde in einer Vergleichsstudie<sup>150</sup> mit 100 bosnischen Kriegsteilnehmer die Auswirkung des Betens auf die psychische Gesundheit kriegstraumatisierten Veteranen erforscht. Die Veteranen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. In der ersten Gruppe waren Veteranen, die nach muslimischer Sitte fünf Mal pro Tag beteten. In der Vergleichsgruppe waren Veteranen, die nicht beteten. Das Ergebnis der Studie bestätigte die Hypothese, dass Religiosität eine positive und stabilisierende Auswirkung auf die psychische Gesundheit haben kann. Veteranen der ersten Gruppe, die also täglich beteten, neigten zu weniger Aggressivität, Regression und hatten größere Resistenz gegen verschiedene Stressfaktoren im Alltag als Veteranen, die kein Gebet praktizierten.

Die Studien unterstreichen die Verwendung der täglichen muslimischen Routine in der Therapie psychischer Störungen und betonen in ihren Ergebnissen die unterstützende Rolle von Religiosität und Spiritualität in der Traumabehandlung und Begleitung dieser Patienten.

Ein erster Versuch<sup>151</sup> in dieser Richtung wurde an der Uniklinik Tuzla (BiH) mit einem spirituellen Gruppentherapieansatz für PTBS-Patienten unternommen, in dem die Patienten entsprechend dem nationalen und religiösen muslimischen Hintergrund der Mehrheit der Bevölkerung, in ihrer täglichen Therapie, die Möglichkeit haben, über spirituelle Themen zu sprechen und ihre religiösen Rituale auszuüben.

PTBS als meist diagnostizierte Traumafolgeerkrankung wird sehr oft von komorbiden Erkrankungen, vor allem Depression, Angstzuständen oder Suchterkrankungen begleitet. Die Forschergruppe an der Uniklinik Tuzla, die sich intensiv mit dem Thema Religiosität und Spiritualität bei traumatisierten Patienten in BiH befasste, erforschte den Zusammenhang zwischen religiösen moralischen Einstellungen und der Intensität der PTBS komorbiden Erkrankungen wie Depression, Ängstlichkeit und Suchterkrankungen (vor allem Alkohol und Zigarettenmissbrauch).<sup>152</sup> An der Studie nahmen 152 Veteranen teil, vorwiegend mit einer

---

<sup>149</sup> Hasanovic M. (2011) Psychological consequences of war-traumatized children and adolescents in Bosnia and Herzegovina (online) (Zitierdatum 30.04.2019), abrufbar unter <http://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/102/97>.

<sup>150</sup> Pajevic I, Sinanovic O, Hasanovic M (2017) Association of Islamic prayer with psychological stability in Bosnian war veterans (online) (Zitierdatum 18.03.2019), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-017-0431-z>.

<sup>151</sup> Hasanovic M, Pajevic I, Sinanovic O (2017) Spiritual and religious Islamic perspectives of healing of posttraumatic stress disorder (online) (Zitierdatum 01.04.2019), abrufbar unter <https://www.heighpubs.org/hda/ida-aid1004.php>.

<sup>152</sup> Hasanovic M., Pajevic I. (2010) Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity (online) (Zitierdatum 23.04.2019), abrufbar unter <https://hrcak.srce.hr/file/84619>.



PTBS-Diagnose (60%), die auch noch eine der folgenden Komorbiditäten aufwies: Depression, Angstzustände und Alkoholproblem. Bei der Befragung wurden mehrere Fragebogeninstrumente angewendet: Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Hopkins Check Scale SBCL 25), Michigan Alcohol Screening Test (MAST) und Moral Beliefs. Die Ergebnisse zeigten bessere psychische Verfassung und eine bessere Stressbewältigung, sowie eine bessere Kontrolle von Tabak und Alkoholmissbrauch bei den Veteranen, die einen höheren Index religiöser moralischer Überzeugungen hatten.

Zusammenfassend zeigen mehrere Studien in BiH, die sich mit dem Thema des islamischen Glaubens und der Anwendung individueller und kultureller Ressourcen in der Therapie psychischer Störungen befasst haben, komplexe Zusammenhänge zwischen Kriegstraumata, Psychopathologie und Religiosität und Spiritualität. Wenn man Religiosität und Spiritualität wahrnimmt, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die, die Behandlung von PTBS direkt oder indirekt verbessern und unterstützen können.

### **9.3. Stand der Forschung zum Thema Trauma und Religiosität/ Spiritualität (ReS)**

Trauma und ReS ist nicht nur bei Kriegsveteranen ein aktuelles Forschungsthema, sondern auch bei Menschen, die Katastrophen jeglicher Art erlitten haben. In diesem Abschnitt werden Studien vorgestellt, die den Zusammenhang zwischen ReS und Trauma bei traumatischen Lebensereignissen untersuchen.

Nach dem schweren Terroranschlag am 11. September 2001 am World Trade Center in New York, wurde in einer retrospektiven Querschnittsstudie die Beziehung zwischen der Religiosität und psychischer Gesundheit und den Veränderungen religiöser Überzeugungen bei komplizierter Trauer, PTBS und Major Depression untersucht.<sup>153</sup> Die Studie fand im Zeitraum von 2,5 bis 3,5 Jahre nach dem Terroranschlag statt und umfasste 608 Teilnehmer. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die meisten Teilnehmer keine Veränderungen im Glauben erlebten, während es bei 11% der Befragten zu einer Verstärkung ihres (religiösen) Glaubens kam. Eine Schwächung ihres (religiösen) Glaubens (bei 10%) hing mit der Stärke des Traumas zusammen. Teilnehmer, deren Glauben durch das Trauma geschwächt wurde, hatten dreimal öfter die Diagnose Komplizierter Trauer als andere und zeigten zweimal öfter das klinische Bild einer PTBS. In einer weiteren Studie, die nach den Ereignissen vom 11. September stattfand,

---

<sup>153</sup> Seirmarco G., Yuval N., Insel B., Kiper D., Doruk A., Gross R., Litz B. (2012) Religiosity and Mental Health: Changes in Religious Beliefs, Complicated Grief, Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression Following the September 11, 2001 Attacks. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1): 10-18.

wurden die US-Amerikaner und ihre Kinder gebeten, sich in einer telefonischen Umfrage über ihre Reaktionen und Stressauswirkungen durch dieses Ereignis zu äußern. An der Befragung nahmen 560 Personen teil. Ca. 90% der Befragten berichteten, dass sie sich nach dem Angriff und dem damit erlebten Trauma, mehr der Religion zuwandten und sie in der Verarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse anwendeten.

Das Ziel einer Umfrage,<sup>154</sup> in Norwegen, die zwei Jahre nach der Tsunami Katastrophe, in Südostasien 2004 durchgeführt wurde, war zu untersuchen, ob bzw. inwieweit diese Umweltkatastrophe Auswirkungen in Bezug auf Religiosität und psychisches Leiden, bzw. auf Religiosität und Lebenszufriedenheit hatte. Befragt wurden norwegische Touristen, die den Tsunami auf ihrer Reise erlebt haben. Folgende Forschungsfragen sollten überprüft werden: 1. kam es aufgrund der Tsunami Erfahrung zu einer Veränderung religiösen Glaubens, 2. welche Rolle spielt die Religiosität im Leben der Überlebenden 2 Jahre nach der Katastrophe, 3. gibt es Unterschiede in Bezug auf posttraumatischen Stress, allgemeine Psychopathologie und Lebenszufriedenheit bei Menschen, für die Religion eine Quelle der Stärke ist, und denen, die es nicht so empfinden. Die Studie lieferte folgende Ergebnisse: 86,5% der Befragten gaben einen Wandel bezüglich ihres religiösen Glaubens an, 8,3% erlebten eine Stärkung ihres religiösen Glaubens, 5,2% der Betroffenen erfuhren eine Schwächung ihres religiösen Glaubens. 10,8% der Teilnehmer gaben an, dass Religion eine bedeutende Quelle für ihre persönliche Stärke und Trost gewesen sei. Änderungen bezüglich religiöser Überzeugungen fanden sich vermehrt unter Befragten, deren Erfahrungen mit dem Tsunami am schlimmsten waren. Befragte, die schon früher, also vor der Katastrophe psychische Probleme hatten, berichteten über eine Stärkung ihrer religiösen Überzeugung und dass sie schon früher die Religion als Bewältigungsstrategie genutzt haben. Es ergab sich kein bedeutender Unterschied in der Lebenszufriedenheit zwischen religiösen und nicht religiösen Befragten.

Beim Erleben von kritischen Lebensereignissen werden die Menschen angeregt sich mit ihnen auseinanderzusetzen, um sie so erfolgreich wie möglich zu bewältigen. Dabei ist für die Bewältigung die Belastung als solche nicht so bedeutend wie die subjektive Bewertung der betroffenen Person.

Im nächsten Teil der Arbeit wird kurz auf die persönlichen Ressourcen Kohärenzgefühl und Resilienz im Zusammenhang mit Trauma eingegangen.

---

<sup>154</sup> Hussain A., Weisaeth L., Heir T. (2006) Changes in religious beliefs and the relation of religiosity to posttraumatic stress and life satisfaction after a natural disaster. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46:1027–1032.



## 9.4. Forschungsergebnisse zur Salutogenese und Trauma

Wieso zeigen die Menschen Unterschiede bei der Bewältigung traumatischer Lebensereignisse? Wieso entwickeln manche Menschen nach einem Trauma eine PTBS oder eine andere Traumafolgestörung, und andere nicht? Über welche Bewältigungsstrategien verfügen solche Menschen? Mit dieser Frage hat sich auch der israelische Forscher Antonovsky beschäftigt. Seine Forschungsinteresse galt der Frage, wieso manche Menschen nach schweren Schicksalsschlägen und schweren traumatischen Erlebnissen fähig sind, das zu überwinden und normal weiterzuleben oder sogar etwas Positives in dem Erlebten zu finden.

In seinem Salutogenese Modell steht im Zentrum das Konstrukt des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence - SOC) als zentrale personelle Ressource. Es handelt sich dabei um ein Modell, das den Menschen hilft, die erlebte Situation zu sehen, zu verstehen und ein Gefühl der Sinnhaftigkeit bei den erlebten Situationen zu finden. Nach diesem Modell gehen Menschen mit einem hohen Kohärenzsinn besser mit Stress und den Folgen der Trauma Erfahrungen um.

Für Antonovsky ist das Kohärenzgefühl eine feste Eigenschaft jeder Person, die sich im ersten Drittel ihres Lebens entwickelt und eine entscheidende Rolle im Umgang jedes Menschen mit den Herausforderungen des Lebens spielt. Antonovsky vertritt die Meinung, dass das auch zutrifft, wenn Menschen schweren traumatischen Belastungen ausgeliefert werden. Diese These erstellte er nach seinen Untersuchungen von Holocaust Überlebenden, die dank dieses Gefühls der Sinnhaftigkeit ihre traumatischen Belastungen besser bewältigen konnten.<sup>155</sup>

Drei Komponenten spielen in dem Salutogenese Modell eine entscheidende Rolle:

- **Verstehbarkeit:** Das bedeutet, dass die Ereignisse als geordnet, vorhersehbar und erklärbar wahrgenommen werden. Unter dieser Komponente versteht Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster.
- **Handhabbarkeit:** Damit wird der Grad der Überzeugung von Menschen ausgedrückt, mit den vorhandenen Ressourcen aufgetretene Herausforderungen und Probleme bewältigen zu können.
- **Bedeutsamkeit/ Sinnhaftigkeit:** der Traumatisierte sieht im Durchstehen oder Überleben des Traumas einen Sinn.

Je höher die Werte in jedem der drei Bereiche sind, desto eher kann mit einem guten Verlauf nach einem Trauma gerechnet werden.<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> Antonovsky A. (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Fransisco: Jossey-Bass.

<sup>156</sup> Ludewig R., Wullschleger R. (2012) Wachstum nach Trauma? „Eine schwarze Perle in der bunten Perlenkette“ Integration von traumatischen Erfahrungen in die eigenen Lebensgeschichten: In: Molter, H., Schindler R. von Schlippe, A. (Hrsg). Vom Gegenwind

Der dritte Faktor - Sinnhaftigkeit ist wahrscheinlich die wichtigste Ressource, die einem Menschen zur Verfügung steht, und ermöglicht es erst, dass Menschen ihre übrigen Ressourcen überhaupt nutzen können. Wer keine Sinnhaftigkeit empfindet, handelt nicht und kann auch nur schwer genesen.<sup>157</sup>

Menschen, die die Fähigkeit besitzen, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, die Welt als schlüssig zu erleben und zu verstehen, dass sie ihr Leben ändern können und es einen Sinn hat, leben gesünder als Menschen, die dazu neigen die Welt als etwas Bedrohliches zu empfinden. Die Fähigkeit mit den Herausforderungen des Lebens auszukommen und dabei einen Sinn zu sehen, findet besonders in Situationen wie schweren Krankheiten oder anderen kritischen Lebensereignissen ihre Bedeutung. In dem Prozess, mit der entstandenen Situation fertig zu werden, sich nicht aufzugeben und sein Leben nicht ausschließlich von der Krankheit beeinflussen zu lassen, kann eine religiöse/ spirituelle Unterstützung von großer Bedeutung für die Betroffenen sein. Belastungen werden als Herausforderung angesehen, was zu einer Aktivierung und Stärkung persönlicher Ressourcen führt.

Das Kohärenzgefühl sieht das Potenzial zur Belastungsbewältigung durch den Glauben gestärkt,<sup>158</sup> und der Glaube kann ein motivierender Faktor für eine positivere Bewertung emotional belastender Situationen sein.

Die Ergebnisse der Studien bezüglich Kohärenz, Religiosität/Spiritualität und Krankheitsbewältigung zeigen unterschiedliche Auswirkungen.

In einer Studie an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Duisburg-Essen mit 389 Probanden von verschiedenen Settings (n = 251 Psychosomatik Patienten und n = 138 gesunde Blutspender), wurde unter anderem der Einfluss von Religiosität und Kohärenzgefühl auf die psychische Gesundheit und allgemeine Lebenszufriedenheit untersucht. Die Auswertung ergab keine signifikanten Korrelationen zwischen Religiosität und Variablen der psychischen Gesundheit sowie der Lebenszufriedenheit. Signifikante Korrelationen ergaben sich zwischen Kohärenzgefühl und Angst, Depression, PTBS-Symptome, und Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse der Studie unterstrichen den protektiven Einfluss des Kohärenzgefühls und nicht der Religiosität für die psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit.<sup>159</sup>

---

zum Aufwind - Der Aufbruch des systemischen Gedankens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 245.

<sup>157</sup> Knuf A. (2008) Spiritualität, Genesung und psychiatrische Arbeit. In: Soziale Psychiatrie. 23.

<sup>158</sup> Baumann K. (2009) Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen und Fragen im interdisziplinären Feld von Theologie und Religionswissenschaft, Medizin und Psychotherapie. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 55. 138.

<sup>159</sup> Tagay S., Erim Y., Brähler E., Senf W. (2006) Religiosity and sense of coherence – Protective factors of mental health and well-being? Z Med Psychol, 15: 165-171.

In vielen Studien konnte nachgewiesen werden, dass traumatische Erkrankungen mit reduzierter Lebensqualität und einem geringen Kohärenzgefühl zusammenhängt.<sup>160</sup>

In der Studie von Frommberger<sup>161</sup> mit Unfallopfern wurde eine negative Korrelation zwischen dem SOC -Score (Kohärenzgefühl) und der Entwicklung posttraumatischer Symptomatik festgestellt und das Kohärenzgefühl konnte in dieser Studie als protektiver Faktor bei der Entstehung posttraumatischer Psychopathologie belegt werden.

## 9.5. Forschungsergebnisse zu Resilienz und Trauma

Unter dem Begriff Resilienz wird die psychische Widerstandsfähigkeit verstanden, die Menschen hilft, nach einem belastenden oder kritischen Erlebnis ihr Selbstwertgefühl und ihre Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten, und die verhindert oder abmildert, daran psychisch zu erkranken.<sup>162</sup> Der Begriff Resilienz stammt ursprünglich aus der Materialkunde und bezeichnet dort die Materialeigenschaft, sich bei mechanischen Einwirkungen wieder in die Ausgangsgestalt zurückformen zu können bzw. »zurückzuspringen«<sup>163</sup> bzw. sich verformen zu lassen und dennoch in die ursprüngliche Form zurückzufinden. Resilienz steht inzwischen für psychische Widerstandsfähigkeit, die es ermöglicht, eigene körperliche und seelische Gesundheit auch in belastenden Situationen zu erhalten.<sup>164</sup> Sie wird nicht als eine (angeborene) Persönlichkeitseigenschaft bewertet, sondern entwickelt sich bzw. kann gelernt werden.<sup>165</sup> Resilienz ist ein dynamischer Prozess, in dem soziale und Umweltfaktoren in besonderer Weise mit den persönlichen und biologischen Faktoren interagieren und dem Menschen helfen, seine

---

<sup>160</sup> Flatten G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2001) Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer.

<sup>161</sup> Frommberger U., Stieglitz RD., Straub S., Nyberg E., Schlickewei W., Kuner E., Berger M. (1999) The concept of sense of coherence and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *J Psychosom Res*, Apr:343–348.

<sup>162</sup> Hecker T., Maercker, A. (2015) Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlages und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. Psychologisches Institut, Psychopathologie und Klinische Intervention, Universität Zürich, Zürich, Schweiz *Psychotherapeut* 60:547–561. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

<sup>163</sup> Fookien I. (2009) Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Maercker, A: Posttraumatische Belastungsstörungen, Springer Medizin Verlag Heidelberg. 70.

<sup>164</sup> Rieckmann N. (2002) Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe. 462–465.

<sup>165</sup> Fröhlich-Gildhoff K., Ronnau-Böse M. (2009) Resilienz. München, Basel.

Gesundheit beizubehalten oder wiederherzustellen. Bezogen auf psychische Gesundheit umfasst Resilienz Phänomene wie psychische Robustheit und Spannkraft unter der Bedingung von Risiko, Bedrohung und ungünstigen Lebensumständen.<sup>166</sup> Nicht alle Betroffenen besitzen die Resilienzfähigkeit, nach einem traumatischen Erlebnis das Negative in etwas Positives zu verwandeln und daran wachsen zu können. Im Umgang mit traumatischen Erlebnissen kann Resilienz als ein dynamischer Prozess in drei verschiedenen Formen verlaufen: Resistenz, Regeneration und Rekonfiguration. Zur Differenzierung dieser Formen nehmen Lepore und Revenson<sup>167</sup> die Analogie eines sturmgebeutelten Baumes und erklären die Begriffe folgendermaßen:

1. Resistenz beschreibt, dass die Struktur des Baumes so stark ist, dass sie den Sturm ohne Schaden besteht.
2. Regeneration bedeutet, dass die Teile des Baumes, die Äste und Blätter, verbogen werden, Widerstand leisten und nach dem Sturm wieder in ihre Ausgangsform zurückkehren. Menschen werden kurz von einem Stressor belastet, finden aber wieder in den Alltag zurück.
3. Rekonfiguration bedeutet, dass sich die Struktur des Baumes mit der Zeit ändert, um sich besser für den Sturm in der Zukunft vorzubereiten.

Menschen, die eine starke Resilienz besitzen, können ähnlich wie ein Baum in schweren, bedrohlichen Situationen a) ihre psychische Gesundheit behalten, (Resistenz), b) sie können sich regenerieren (Regeneration) und c) nach dem Erlebten ihr Leben umstrukturieren und positiv verändern (Rekonfiguration).

Zum Prozess der Resilienz gehören auch die Schutzfaktoren; unter anderem, ein gefestigtes Selbstwertgefühl; die Überzeugung, das eigene Leben positiv beeinflussen zu können; intellektuelle Fähigkeiten; Unterstützung durch Familie und Freundschaften; positive soziale Orientierung usw. Zu den Faktoren zählen auch der Glaube an einen Sinn im Leben, Gebet und Meditation, Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft und religiöse Rituale.<sup>168</sup>

---

<sup>166</sup> Fookon I. (2009) Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Maercker, A: Posttraumatische Belastungsstörungen, Springer Medizin Verlag Heidelberg. 65-87.

<sup>167</sup> Lepore S.J, Revenson T.A. (2006) Resilience and posttraumatic growth: recovery, resistance, and reconfiguration. In: Calhoun L.G, Tedeschi R.G., (Hrsg). Handbook of posttraumatic growth: Research & practice. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 24–46.

<sup>168</sup> Fookon I. (2009) Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Maercker, A: Posttraumatische Belastungsstörungen, Springer Medizin Verlag Heidelberg. 73.

### 9.5.1. Soziale Unterstützung als Resilienzfaktor

Einer der wichtigsten Schutzfaktoren, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen beim Vorliegen von Belastungen vermindern und bei traumatisierten Patienten eine grundlegende Bedeutung für die Bewältigung des Traumas hat, ist die soziale Unterstützung.<sup>169</sup> Bei schweren traumatischen Ereignissen hat die soziale Unterstützung einen wichtigen Einfluss auf die negativen Folgen des Ereignisses, weil sie als ein Puffer wirkt, der die Auswirkungen mindert.

In Kroatien haben die Kriegsveteranen auch 25 Jahre nach dem Kriegsende schwerwiegende Probleme. Die Veteranen leiden an psychischen und physischen Folgen des Krieges und haben aufgrund ihrer Erkrankungen Schwierigkeiten im familiären Kontext, bei der Arbeit und vor allem mit der schwindenden Akzeptanz in der Bevölkerung. Nach einer Untersuchung<sup>170</sup> gaben 23% der kroatischen Veteranen an, Schwierigkeiten zu haben, ihre täglichen Aktivitäten aufgrund einer vorhandenen Erkrankung, Behinderung oder ihres Alters auszuüben. Besonders in Fällen einer sekundärer Viktimisierung, die in Fällen fehlender sozialer Unterstützung und das mangelnde Verständnis für das Leiden der Opfer sowie fehlender Anerkennung seitens des engeren und breiteren sozialen Umfelds auftritt,<sup>171</sup> kann sich das negativ auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Veteranen auswirken. Andere Traumafolgen können aus dem Befinden der Betroffenen resultieren wie z.B. Komplexe PTBS, Alkoholismus, Depressionen, bis hin zum Suizid. Für die Betroffenen ist es wichtig, ob sie in ihren Leiden von der Umgebung verstanden, wertgeschätzt und anerkannt werden. Mangelnde soziale Unterstützung kann zur Folge haben, dass die Betroffenen retraumatisiert werden.<sup>172</sup> Eine Analyse<sup>173</sup> von 13 systematischen Reviews und 29 prospektiven Originalarbeiten zu Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen nach Typ-I-Traumata, kam zum Ergebnis, dass eine fehlende soziale Unterstützung neben der wahrgenommenen Lebensbedrohung und peritraumatischen Risikofaktoren

---

<sup>169</sup> Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 748 – 766.

<sup>170</sup> Sucur Z., Babić Z., Ogrresta J. (2017) Demografska i socioekonomska obilježja hrvatskih branitelja. Državni zavod za statistiku.

<sup>171</sup> Glavas A. (2018) Traumatische Erfahrungen am Beispiel des Krieges in Kroatien. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D (Hg.) *Flucht, Trauma, Integration; Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich*. Berlin: LIT Verlag. 97-105.

<sup>172</sup> Fischer G., Riedesser P. (2009) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt Verlag.

<sup>173</sup> Becker-Nehring K., Witschen I., Bengel J. (2012) Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen. Ein systematischer Review. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*. 41 (3). Hogrefe Verlag. 148-165. DOI: 10.1026/1616-3443/a000150.

der bedeutendste Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS ist. Die Entwicklung hängt davon ab, wie der Betroffene das Ereignis peritraumatisch verarbeitet hat und wie er das Ereignis und dessen Folgen bewältigt, bewertet und ob er soziale Unterstützung bekommt.

In einer Studie mit 262 kroatischen Veteranen,<sup>174</sup> die an PTBS erkrankt waren, gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Familie oder Freunde und Symptomen ihrer Erkrankung. Die Autoren der Studie vermuten, dass dies das Ergebnis von sekundärer Viktimisierung, Traumatisierung und anhaltenden Persönlichkeitsveränderungen während des Verlaufs der PTBS sein könnte. Im Gegensatz gab es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit institutioneller Unterstützung und PTBS-Symptomen. Daraus kann die Forderung abgeleitet werden, die Strukturen in der Gesellschaft für die Unterstützung dieser Betroffenen stärker auszubauen.

Eine weitere Studie,<sup>175</sup> die 2007 in Kroatien durchgeführt wurde, untersuchte die Wahrnehmung der Kriegsversehrten in Kroatien in Bezug auf ihren Status und ihre Zukunftsperspektiven. In der Studie nahmen 17 ehemalige Soldaten an semistrukturierten Interviews teil, in denen sie einen Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen und Einstellungen als Kriegsinvaliden bezüglich ihrer gesellschaftlichen Position gewährten.

Folgende Umstände bestimmen den gesellschaftlichen Status der Kriegsinvaliden aus ihrer eigenen Sicht:

- Stigmatisierung der Invaliden,
- ihre Stereotypisierung in den Medien,
- Unzufriedenheit über das System der Gesundheitsfürsorge,
- unbefriedigende rechtliche Situation sowie
- die politische Lage „zur Regelung des gesellschaftlichen Status“
- unbefriedigende soziale Stellung sowie
- Bedürfnis nach gesellschaftlicher Beteiligung.

Als Faktoren, die das Zurechtfinden im Alltag erleichtern, wurden folgende fünf Kategorien benannt:

- Familie und Freunde als Rückhalt und Schutzfaktor
- Selbstrespekt als Mechanismus zur Selbstverteidigung
- das Gefühl, nützlich zu sein

---

<sup>174</sup> Dordevic V., Bras M., Milunovic V., Brajkovic L., Boban M., Bicanic I., Jasaragic M., Gregurek R., Milicic D., Laco M. (2011) Self-Perceived Social Support in Croatian War Veterans suffering from Combat-related Post-traumatic Stress Disorder – What should not have happened. *Acta Clin Croat*, 50: 177-184.

<sup>175</sup> Jasarevic T., Leutar, Z. (2010) Samopercepcija drustvenog poloazja invalida Domovinskog rata. In: *Druistra*. Zagreb. Br. 1-2. 93-116.

- positive Behandlung und
- Respekt im weiteren gesellschaftlichen Umfeld

Im Hinblick auf die Zukunft wiederum seien folgende Kategorien ausschlaggebend:

- Ungewissheit,
- Gesundheitsfürsorge und
- Hilfeleistungen für Veteranen

Die Schlussfolgerung der Studie war, dass die Kriegsversehrten des kroatischen Unabhängigkeitskriegs mit ihrem sozialen Status unzufrieden waren und aktiv am gesellschaftlichen Geschehen teilnehmen wollten. Sie drückten ihre Wünsche aus, aktive Teilnehmer in der Gesellschaft zu werden, und betonten die Wichtigkeit sozialer Unterstützung und Achtung der Menschenwürde. Für die Zukunft wünschen sie sich eine angemessene gesundheitliche Fürsorge, Solidarität mit den einstigen Mitkämpfern und Unterstützung in Bemühungen um die eigene Rehabilitation.

Wie werden traumatisierte Menschen in Bosnien und Herzegowina im Gesundheits- und im Sozialsystem versorgt, bzw. wie sehen die Organisationen und Strukturen für psychosoziale Unterstützung von Traumapatienten aus? Diesen Fragen ist eine Studie im Kanton Tuzla nachgegangen. Die Studie ergab,<sup>176</sup> dass die meisten Patienten, die unter den Folgen des Krieges in Bosnien leiden, überwiegend Patienten mit einer PTBS Diagnose sind. Die Stigmatisierung dieser Population ist ein großes Problem in der Nachkriegszeit, und es wird seitens der Politik und der Gesellschaft zu wenig für diese Population getan. Die Studie fordert bessere Strukturen und mehr Zentren für die Behandlung und Versorgung traumatisierter Patienten, um das Problem von Kriegsveteranen mit traumabedingten psychischen Störungen zu lösen.

## 9.6. Stressbewältigung (Coping)

In dem von Lazarus und Folkman entwickelten Stressmodell werden Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Verhaltensweisen verstanden, die die Menschen anwenden um die Anforderungen einer Situation, die sie als belastend empfinden, zu bewältigen.<sup>177</sup> Der Stress entsteht bei einem Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen, die vor einer Person stehen, und ihren eigenen Ressourcen, diese Anforderungen bewältigen zu können. In einer

---

<sup>176</sup> Avdibegovic E., Hasanovic M., Selimbasic Z., Pajevic I., Sinanovic O. (2008) Mental Health Care of Psychotramatized Persons in Post-War Bosnia and Herzegovina – Experiences from Tuzla Canton. *Psychiatria Danubina*, 20(4). 474-484.

<sup>177</sup> Lazarus R. S.; Folkman S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.



Stresssituation unterscheidet Lazarus eine primäre Bewertung (Primary appraisal), wobei es um die Stressursache geht. Die Person prüft wie gefährlich eine Situation für sie ist. In der sekundären Bewertung (Secondary appraisal), setzt sich die betroffene Person mit ihren eigenen Bewältigungsressourcen und Möglichkeiten, die ihr zur Verfügung stehen, auseinander. Dieser Umgang mit der Situation ist ein kognitiver Umgang bzw. eine Bewältigungsstrategie. Am Ende kommt es zu einer Neubewertung (Reappraisal), die davon abhängig ist, wie die Person mit der Herausforderung zurechtkommt und die Situation bewältigen kann oder nicht. Coping kann damit als ein Prozess verstanden werden, der in Abhängigkeit von verschiedenen Bewertungen, der situativen Ziele und anderer Determinanten in einem dynamischen Prozess verändert und adaptiert wird.

Wie jemand ein traumatisches Erlebnis verarbeitet, hängt auch von vielen Risiken und Schutzfaktoren ab. Dabei können religiöser Glaube und Spiritualität Menschen bei der Bewältigung ihrer Erkrankungen unterstützen. In Konfrontation mit psychischen Erkrankungen, in kritischen Lebenssituationen oder nach einem traumatischen Erlebnis können die Menschen Hilfe, Trost und Hoffnung in der Religion finden. Besonders wenn die Menschen einer außergewöhnlichen Situation ausgeliefert sind und dadurch ihre psychische und physische Gesundheit beeinflusst wird, kann die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft erste Antworten auf Traumata geben und eine Möglichkeit zur Reflexion bieten.<sup>178</sup>

### **9.6.1. Religiöses Coping**

Das kognitiv-transaktionale Stress-Coping-Modell von Lazarus und Folkman wurde von Pargament um das Konzept der Religiosität bzw. des persönlichen Glaubens an eine höhere Macht erweitert.<sup>179</sup> Pargament ist der Meinung, dass es bei belastenden Situationen nicht wichtig ist, wie stark religiös eine Person ist oder nicht, sondern dass es darauf ankommt, wie die religiösen Konzepte in die Bewältigung integriert werden.

Ob und auf welche Weise die Religiosität und Spiritualität die Belastung von kritischen Lebensereignissen und anderen Erkrankungen günstig beeinflussen und bewältigen helfen können, hängt auch von der motivationalen Einstellung gegenüber der Religiosität ab. Inspirierend und relevant ist die Unterscheidung von intrinsischer und extrinsischer Religiosität, die der amerikanische Psychologe

---

<sup>178</sup> Naji A. H., Religious and pastoral responses to Trauma (2012) In: Figeley, C. R. (Hrsg.) Encyclopedia of Trauma. An interdisciplinary guide. 542-544.

<sup>179</sup> Wigger S., Murken S., Maercker A. (2008) Positive und negative Aspekte religiösen Copings im Trauerprozess. Trauma & Gewalt 2.



Gordon W. Allport eingeführt hat.<sup>180</sup> Für ihn stellt die intrinsische religiöse Orientierung eine tiefe Verbundenheit mit religiösen Werten dar, die sich im Schätzen und Praktizieren der Religion aus innerer Überzeugung spiegelt, während extrinsisch religiöse Orientierung eine zweckorientierte, oberflächliche Gläubigkeit darstellt und ein selbstsüchtiges und oberflächliches Verhältnis zur Religion hat.<sup>181</sup>

Pargament<sup>182</sup> definiert drei Formen religiösen Copings:

1. „Aktiv-selbständiges Coping“ drückt aus, dass Menschen, die im Vertrauen auf Gott leben, ihre durch Gott erfahrene Ressource verantwortlich im Umgang mit den belastenden Situationen nutzen.
2. „passiv-delegierendes Coping“ beschreibt passives Verhalten des Betroffenen und Übergabe der Verantwortung der Bewältigung an Gott. Es handelt sich um vollkommene Abgabe der Verantwortung für die Bewältigung an Gott, während der Mensch selbst passiv bleibt.
3. Unter „kollaboratives Coping“ versteht Pargament ein gemeinsames, partnerschaftliches Tun von Mensch und Gott im Copingprozess. Diese letzte Form des Copings, in der Mensch und Gott gemeinsam als Partner fungieren, soll den stärksten Effekt in der Bewältigung von Krankheit oder anderen schwierigen Lebenserfahrungen haben.

Die Unterscheidung der drei Formen hängt damit zusammen, ob der Mensch in seinem Handeln und Denken selbst Verantwortung übernimmt oder die Verantwortung an Gott delegiert. Auch die zweite Coping-Form („das Schicksal in Gottes Hände legen“) kann für Betroffene in einer schweren Belastungssituation (lebensbedrohliche Erkrankung, bevorstehender eigener Tod) als Ressource wirken, da sie Hoffnung und inneren Frieden stiften kann.<sup>183</sup> Pargament unterscheidet in seiner Theorie auch zwischen „positivem“ und „negativem“ Coping. Beim positiven Coping sucht man nach einem Sinn und Nähe zum Gott, während negatives religiöses Coping eine negative Einstellung zu Gott beschreibt, wie z.B. der

---

<sup>180</sup> Baumann K. (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D (Hg.) Flucht, Trauma, Integration; Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich. Berlin: LIT Verlag. 17–28.

<sup>181</sup> Allport G.W. (1966) The religious context of prejudice. In: *Journal for the Scientific Study of Religion*, 5 (3). 447-457.

<sup>182</sup> Pargament K. I. (1997) *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford.

<sup>183</sup> Kaiser P. (2007) *Religion in der Psychiatrie: eine (un)bewusste Verdrängung?* Göttingen: V & R Unipress.

Glaube von Gott verlassen oder bestraft worden zu sein, Unzufriedenheit mit Gott und Abgabe der Verantwortung an Gott.<sup>184</sup>

Von den erwähnten Formen der religiösen Bewältigung zählen die erste und die dritte Form zu positivem religiösem Coping, das von einer positiven Beziehung und Vertrauen zu Gott sowie einem aktiven Leben in Glaubensgemeinschaften und der Anwendung religiöser Riten charakterisiert wird.

Für Zwingmann und Klein<sup>185</sup> stellen „*religiöse Traditionen umfassende Erklärungen und einen kognitiven Bedeutungsrahmen zur Verfügung, durch den komplexe Anforderungen und Lebensbelastungen sinnvoll eingeordnet und interpretiert werden können.*“

Die Autoren sprechen in ihrem Übersichtsartikel auch über positives und negatives religiöses Coping, wobei positives religiöses Coping besonders bei der Bewältigung belastender Situationen ihre Anwendung findet. Zu diesen positiven Seiten des religiösen Copings gehören eine intensive Beziehung zu Gott, Rückbesinnung auf die eigene Religiosität, und Stärkung. Ein positives Verhältnis zwischen Religiosität und Gesundheit bezieht sich sowohl auf den psychischen als auch auf den körperlichen Gesundheitszustand. In den meisten Studien finden sich positive Assoziationen zwischen dem subjektiven Wohlbefinden, Depressivität, Suizidalität und Substanzmissbrauch und bei den somatischen Auswirkungen wie Lebensbedrohliche Erkrankungen, insb. Krebs, oder niedrige Mortalität in Zusammenhang mit Religiosität und Gesundheit.<sup>186</sup>

### **9.6.2. Religiöses Coping bei traumatischen Erfahrungen**

Die Auswirkung eines Traumas beruht auch auf der Zerstörung des Grundvertrauens und verletzt nicht nur die Seele eines Menschen, sondern auch das Vertrauen auf Gott.<sup>187</sup> Menschen, die traumatische Erfahrungen machen mussten, werden von Gefühlen des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit so überwältigt, dass sie sich oft in ihrer Verzweiflung von Gott verraten und verlassen fühlen. Fragen wie „warum ist mir das passiert“ oder „was habe ich getan, dass ich das erleben musste“ sind oft die Fragen, die sich die Menschen in ihrer Hilflosigkeit

---

<sup>184</sup> Grom B. (2012) Religiosität/Spiritualität- eine Ressource für Menschen mit psychischen Problemen? In: Psychotherapeutenjournal 11 (3).

<sup>185</sup> Zwingmann C., Klein C. (2013) Sind religiöse Menschen gesünder, und wenn ja, warum? Ergebnisse empirisch-sozialwissenschaftlicher Forschung. In: Spiritual Care, Spiritual Care 2(2):21-36.

<sup>186</sup> Ebd. 24-26.

<sup>187</sup> Pfeifer S. Traumaverarbeitung und Spiritualität. (2013) In: Utsch M., Bonelli R.M., Pfeifer S. Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Springer verlag.165-173.

und Betroffenheit stellen. In solchen existenziellen Krisen werden öfters die Fragen nach dem Sinn im Leben und Sinn der Krankheit gestellt, mit den Fragen nach dem Glauben und Gottes Hilfe. Menschen, denen es gelingt, einen Sinn in ihrem Leben zu finden, sind zufriedener und gehen besser mit Stress und schwierigen Lebenssituationen um.

Ano und Vasconcelles<sup>188</sup> erforschten in einer Meta-Analyse (49 empirische Studien mit 13.000 Teilnehmern) die Beziehung (Wirkung) von positiven (z.B., Vergebung, spirituelle Unterstützung in der Gemeinde) und negativen (z.B., Gott anzweifeln oder sich von Gott bestraft fühlen) Strategien religiösen Copings im Umgang mit Stress. Die Studien zeigten, dass Menschen, die positive religiöse und spirituelle Strategien zur Bewältigung anwenden, besseres körperliches und seelisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit aufweisen. Das Forschungsteam resümierte, dass positives religiöses Coping zu besserem Umgang mit belastenden Situationen und so zur Stressbewältigung beiträgt.<sup>189</sup> Demgegenüber trug negatives religiöses Coping nicht zur Stressbewältigung bei und wird oft im engen Zusammenhang mit negativer psychologischer Anpassung gebracht.

Anhand einer Stichprobe von 327 Kirchgängern, die angegeben haben, ein Trauma erlebt zu haben, wurden die Auswirkungen von positivem und negativem religiösen Coping untersucht. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Befragten ängstlicher waren und mehr Schuldgefühle hatten, wenn sie höhere Werte in der Skala für negatives religiöses Coping hatten, während die (aktive) Suche nach spiritueller Unterstützung positiv mit Posttraumatischem Wachstum zusammenhing.<sup>190</sup> Negatives religiöses Coping kann mit höherer psychischer Belastung verbunden sein oder mit einer höheren Depressions symptomatik, wie in der Studie von Znoj<sup>191</sup>, wo der Tod des eigenen Kindes bei den Eltern als eine Strafe Gottes gesehen wird. Positives religiöses Coping ist deutlich häufiger und erleichtert die

---

<sup>188</sup> Ano G.G., Vasconcelles E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61. 461-480.

<sup>189</sup> Pargament K.I., Smith B.W., Koenig H.G., Perez L. (1998) Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4). 710-724.

<sup>190</sup> Harris J. I., Erbes C. R., Engdahl B., Olson R. H. A., Winkowski A. M., McMahon J. (2008) Christian religious functioning and trauma outcomes. *Journal of clinical psychology*, 64(1). (online) (Zitierdatum 15.05.20) abrufbar unter <https://doi.org/10.1002/jclp.20427>.

<sup>191</sup> Znoj H., Morgenthaler Ch., Zwingmann Ch. (2004) Mehr als nur Bewältigen? Religiosität, Stressreaktionen und Coping bei elterlicher Depressivität nach dem Verlust eines Kindes. In Zwingmann Ch. - Moosbrugger H. (Hrsg.), *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Münster: Waxmann 277-297.

Belastungsbewältigung. Über ähnliche Beobachtungen berichtet Koenig<sup>192</sup> in seinem Überblick über Religiosität, Spiritualität und mentale Gesundheit und verweist auf die positiven Seiten der Religion in der Behandlung von Menschen, die unter psychischen, emotionalen Störungen oder diversen schwierigen Lebenssituationen leiden. Religiöse Überzeugungen und Aktivitäten können eine starke Quelle für Trost und Hoffnung darstellen und so eine positive Wirkung haben; zugleich macht er auch auf ungesunde, negative Formen der religiös spirituellen Auswirkungen aufmerksam.

Tix et al.<sup>193</sup> berichten neben den positiven Effekten religiöser Bewältigung deren negativen Auswirkungen auf die Bewältigung, wie etwa verstärkte Ängste wegen göttlicher Bestrafung, das Empfinden von Gott verlassen zu sein oder verstärkten Schuldgefühlen.

Viele traumatisierte Menschen, besonders diejenigen, die eine PTBS entwickeln, empfinden keinen Sinn in ihrem Leben und sind hoffnungslos und verzweifelt. Geplagt von solchen Gedanken kommen diese Menschen oft in eine unerträgliche Situation, aus der sie nur einen Ausweg kennen; den Selbstmord. In einer Studie<sup>194</sup> mit kriegstraumatisierten Patienten mit PTBS wurde in Kroatien untersucht, welche Rolle der religiöse Glaube bei diesen Patienten spielt bzw. ob der Glaube eine positive oder negative Rolle in der Bewältigung ihrer Erkrankung eine Rolle spielt. Untersucht wurde an zwei Gruppen: in einer Gruppe waren 111 Kriegsveteranen mit einer PTBS und in der zweiten Gruppe waren 39 freiwilligen Probanden. Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen Hoffnungslosigkeit (gemessen mit der BHS - Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala) und dem Stil der religiösen Bewältigung (positiv oder negativ) gemessen mit R-COPE. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Patienten, die im Umgang mit ihrer Erkrankung einen positiven religiösen Stil einsetzten, eine niedrigere Suizidrate hatten und weniger hoffnungslos waren.

### **9.6.3. Religiöses Coping bei Krebspatienten**

Die Diagnose „Krebs“ zu bekommen, stellt ein traumatisches Erlebnis dar und erfordert eine psychische Anpassung und eine Neuorientierung. In einer in den USA durchgeführten Studie wurde die religiös/spirituelle Bewältigung bei Frauen untersucht, die sechs Monate vorher die Diagnose Brustkrebs bekommen

---

<sup>192</sup> Koenig H. (2009) Research on religion, spirituality, and mental health a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 54, No 5.

<sup>193</sup> Tix A.P., Frazier P.A. (1998) The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical*.

<sup>194</sup> Mihaljevic S., Aukst-Margetic B., Vuksan-Cusa B. Koic E., Milosevic M. (2012) Hopelessness, Suicidality and religious Coping in Croatian War Veterans with PTSD, in: *Psychiatria Danubina* 243. 292-297.

hatten. Befragt wurden Frauen, die älter als 65 Jahre waren und unterschiedliche religiöse Hintergründe hatten. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass der religiöse Glaube während dieser Zeit entweder stärker wurde oder gleich blieb. Für 91% der Patientinnen waren Spiritualität und religiöser Glaube eine große emotionale Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Erkrankung. 64% der Frauen gaben an, durch ihren religiösen und spirituellen Glauben die Fähigkeit einen Sinn in ihrem Alltag zu bekommen.<sup>195</sup>

In einer ähnlichen Querschnittsstudie<sup>196</sup> in Deutschland mit 156 Patientinnen, die an Brustkrebs erkrankt waren, sollte die Bedeutung religiöser Bewältigungsstrategien und der psychosozialen Anpassung an die Krebserkrankung überprüft werden. Nach der Auswertung der Ergebnisse konnte religiöses Coping nicht als prädiktive Faktor bestätigt werden, was eventuell mit einer schwächeren Stellung der Religiosität bei der deutschen Population im Gegensatz zur USA zusammenhängen könnte. Laut den Studienergebnissen kann ein negatives religiöses Coping mit hoher psychischer Belastung, erhöhtem wahrgenommenen Stress und Angst verbunden sein.

Tarakeshwar et al. untersuchten in ihrer Studie mit 170 Krebspatienten in den USA den Zusammenhang zwischen positiven und negativen religiösen Copingstrategien und der Lebensqualität. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass die häufigere Anwendung positiver religiöser Copingstrategien mit einer besseren Lebensqualität zusammenhängt, während die häufigere Anwendung negativer religiöser Copingstrategien mit schlechterer Lebensqualität verbunden ist.<sup>197</sup> Spirituelle Interventionen können das spirituelle Wohlbefinden und die Lebensqualität verbessern und Depressionen, Angstzustände und Hoffnungslosigkeit bei Krebspatienten verringern.<sup>198</sup>

---

<sup>195</sup> Fehrer S., Maly R. C. (1999) Coping with Breast Cancer in later Life: The Role of religious faith. 408-416.

<sup>196</sup> Zwingmann C., Wirtz M., Müller C., Körber J., Murken S. (2006) Positive and Negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients. In: Journal of Behavioral Medicine, 29 (6). 533-547.

<sup>197</sup> Tarakeshwar N., Vanderwerker L.C., Paulk E., Pearce M.J., Kasl S.V., Prigerson H.G. (2006) Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. Journal of Palliative Medicine, 9 (3). 646-657.

<sup>198</sup> Xing L., Xiujing G., Lu B., Jiahui Q., Jing C. (2018) Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer? A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA

Medicine: Volume 97 – Issue 35 - p e11948 doi: 10.1097/MD.0000000000011948.

Ähnliche Ergebnisse wurden in einer anderen wichtigen Studie bei Krebspatienten, die auf eine Knochenmarkstransplantation warteten, beobachtet. Die Patienten fanden größte Unterstützung und Hoffnung bei der Ausübung religiöser Rituale und in dem Gefühl, dass sie mit ihrem Gott verbunden sind.<sup>199</sup>

Religiosität als Ressource in der Krankheitsverarbeitung bei onkologischen Patienten war das Thema einer weiteren Studie in der Hautklinik im Hamburg Eppendorf. Die Forschergruppe<sup>200</sup> untersuchte den Zusammenhang zwischen religiösen Glaubensüberzeugungen und Bewältigungsstrategien bei 117 Patienten mit malignem Melanom. Die Auswertung zeigte einen positiven Zusammenhang zwischen religiösen Glaubensüberzeugungen und Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft, aber keine signifikante Beziehung zwischen religiösen Glaubensüberzeugungen und psychischem Wohlbefinden. Ein Drittel bis die Hälfte aller Krebspatienten hatte das Bedürfnis über die Fragen nach dem Sinn des Lebens zu sprechen und sich mit jemandem darüber auszutauschen. Gerade bei existenziellen Krisen, traumatischem Stress und schweren lebensbedrohlichen Erkrankungen kommt es oft zu intensiven Auseinandersetzungen mit der Sinnfrage. Menschen, die nach einer positiven Bewältigung eines Traumas Sinn entwickeln können, sind besser angepasst und psychisch gesünder als diejenigen, die in der Erfahrung keinen Sinn finden konnten.<sup>201</sup> Die Aktivierung von spirituellen Ressourcen<sup>202</sup> kann eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung dieser Krankheiten spielen.

Im Umgang mit chronischen Erkrankungen gewinnen Religiosität und Spiritualität an Bedeutung. In einer Studie von Büssing et al.<sup>203</sup> wurden 710 Patienten über ihre spirituell religiöse Selbsteinschätzung, ihre Suche nach sinnvoller Unterstützung und Vertrauen in eine höhere Macht im Umgang mit ihrer Erkrankung befragt. Die Patienten litten an verschiedenen chronischen Erkrankungen wie chronischen Schmerzerkrankungen, Krebs, Multipler Sklerose und anderen Erkrankungen. Insbesondere bei den Krebspatienten waren Vertrauen in eine höhere Macht und konventionelle religiöse Aktivitäten wichtig für die Bewältigung

---

<sup>199</sup> Saleh U.S., Brockopp D.Y. (2001) Hope among patients with cancer hospitalized for bone marrow transplantation: a phenomenologic study. *Cancer Nurs* 24. 308–314.

<sup>200</sup> Mehnert A., Rieß S., Koch U. (2003) Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24. JG. (2). 147 – 166.

<sup>201</sup> Debats D. L., Drost J., Hansen P. (1995): Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. *Brit J Psychol* 86, 359–375.

<sup>202</sup> Madert K. (2007) Trauma und Spiritualität. *Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension*. München. Kösel Verlag.

<sup>203</sup> Bussing A., Ostermann T., Koenig H.G. (2007) Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37. 39-57.

der Erkrankung. Nach Büssing<sup>204</sup> stellt sich religiöses Coping bei chronisch Kranken in drei Formen dar: in der Suche nach externer Hilfe, im Vertrauen auf Gott und seine Hilfe sowie in Reflexion auf eine Lebensänderung durch die Erkrankung.

#### 9.6.4. Religiöses Coping bei Depressionen und Angsterkrankungen

Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung können auch unter anderen psychischen Erkrankungen leiden. Diese Erkrankungen können gleich als Folge auf das traumatische Ereignis entstehen oder sich erst später entwickeln. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen da Depression und Angststörungen. Ob es einen Zusammenhang gibt und welchen, zwischen Religiosität, PTBS und depressiven Symptomen von stationär behandelten PTBS Patienten, untersuchten Tran et al (2012).<sup>205</sup> Sie fanden heraus, dass Menschen, die sozial-religiös motiviert waren, besser mit der Belastung ihrer PTBS Erkrankung umgehen konnten und weniger depressiv waren. Die Gründe dafür könnten soziale Unterstützung der Betroffenen in ihren Glaubensgemeinschaften sein, die als ein Schutzfaktor empfunden wird. Die Autoren nahmen an, dass Gottesdienst alleine keinen Einfluss auf Symptome hat, sondern nur wenn die Gottesdienstbesuche mit einer sozialen Motivation verknüpft sind, haben sie eine positive Wirkung auf die Krankheitssymptomatik. Weitere Beobachtungen aus der Studie waren, dass ein negatives Bild von Gott zu mehr PTBS und depressiven Symptomen führte, während ein positives Bild von Gott die Krankheitssymptome linderte; negatives bzw. positives religiöses Coping hing mit der Fähigkeit, allgemein mit Stress umgehen zu können, zusammen. In einer Literaturrecherche<sup>206</sup> die über 444 Studien umfasst, konnte bei 61% dieser Studien eine bestimmte Beziehung zwischen Religiosität bzw. Spiritualität und Depression gefunden werden, d.h. religiöse Patienten waren signifikant weniger depressiv oder weniger ängstlich. In der Studie vom Rosmarin et al.<sup>207</sup> fand man auch in Verbindung mit positivem religiösem Coping

---

<sup>204</sup> Büssing A. (2011) Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In: Büssing A., Kohls N. (Hrsg.), *Spiritualität transdisziplinär* Berlin: Springer. 107-124.

<sup>205</sup> Tran C.T., Kuhn E., Walser R.D., Drescher K.D. (2012) The Relationship between Religiosity, PTSD, and Depressive Symptoms in Veterans in PTSD Residential Treatment. *Journal of Psychology and Theology*. 40 (4), 313–322.

<sup>206</sup> Bonelli R., Dew R. E., Koenig H. G. Rosmarin D. H., Vasegh S. (2012) Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. In: *Depression Research and Treatment*. doi:10.1155/2012/962860. 1-8.

<sup>207</sup> Rosmarin D. H., Bigda-Peyton J.S., Öngur D., Pargament K. I., Björgvinsson T. (2013) Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.023>.



niedrigere Depression- und Angstwerte, aber auch die Ergebnisse, dass ein negatives oder strafendes Gottesbild zu höheren Depression- und Angstwerten führte. Positives partnerschaftliches Tun von Mensch und Gott im Copingprozess stellt für Menschen mit Depressionen nach kritischen Lebensereignissen eine hilfreiche Ressource dar.<sup>208</sup>

In der Studie von Brown et al.<sup>209</sup> haben die Forscher den Zusammenhang zwischen zwei spirituellen Variablen (spirituelles Wohlbefinden und religiöses Coping) und zwei psychologischen Variablen (Depression und Angststörungen) untersucht. Sie befragten dazu Studenten, von denen über 90 % christlichen Glaubens waren. Zur Untersuchung der religiösen Coping-Strategien wurde die Religious Problem Solving Scale (RPSS) verwendet, während das spirituelle Wohlbefinden anhand der Spiritual Well-Being Scale (SWBS)<sup>210</sup> untersucht wurde. Den Ergebnissen nach hängt religiöses Coping nicht eindeutig mit niedrigeren Niveaus von Depression und Angststörungen zusammen. Jedoch äußerten Menschen, die religiöses Coping einsetzten, ein höheres spirituelles Wohlbefinden. Ein besseres spirituelles Wohlbefinden hängt außerdem mit weniger depressiven Symptomen zusammen (dieser Zusammenhang könnte (wie stets) in beide Richtungen wirken – also wechselseitige Beeinflussung). Eine sinnstiftende, persönliche Beziehung mit Gott kann Depression und Angststörungen reduzieren, aber es kann auch sein, dass religiöse Menschen nach einem traumatischen Erlebnis, sich deswegen von Gott in Stich gelassen fühlen und mit ihrem Glauben zu hadern beginnen.

## 9.7. Posttraumatisches Wachstum (Reifung)

Das Erleben von traumatischen Ereignissen kann neben negativen Auswirkungen auf physische und psychische Gesundheit auch eine Chance sein, an diesen Erfahrungen zu wachsen.<sup>211</sup>

---

<sup>208</sup> Dörr A (2001): Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhgangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte. Kovac, Hamburg.

<sup>209</sup> Brown D. R., Carney J. S., Parrish M.S., Klem J.(2013) Assessing Spirituality: The Relationship Between Spirituality and Mental Health. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15:107-122.

<sup>210</sup> Die SWBS ist ein 1991 von Craig W. Ellison und Raymond F. Paloutzian entwickelter Indikator, der zur Beurteilung des individuellen und des spirituellen Wohlbefindens verwendet wird. Der zugehörige Fragebogen besteht aus 20 Items. Zehn der Items beurteilen das religiöse Wohlbefinden und die anderen 10 das existentielle Wohlbefinden. Die Subskala Religiöses Wohlbefinden ermittelt eine Selbsteinschätzung der Beziehung des Befragten zu Gott. Die Subskala zum existentiellen Wohlbefinden bildet eine Selbsteinschätzung des Sinns des Lebens und der allgemeinen Lebenszufriedenheit der Person ab.

<sup>211</sup> Maercker A., Langner R. (2001) Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47. 153 – 162.



Das Erleben traumatischer Ereignisse führt nicht immer zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Nach dem Erleben traumatischer Ereignisse, entwickeln nicht alle Menschen eine PTBS, sondern berichten danach oft über positive persönliche Entwicklungsprozesse und Veränderungen und ein tieferes Verständnis für sich und andere. Die Gründe für solche Veränderung liegen an mehr oder weniger erfolgreichen Bewältigungsstrategien.<sup>212</sup> Posttraumatisches Wachstum wird nach der Definition von Tedeschi und Calhoun<sup>213</sup> als eine positive Veränderung bezeichnet, die sich nach einer Auseinandersetzung mit einer schweren, herausfordernden und belastenden Situation einstellt. Dem geht eine Erschütterung psychischer Grundannahmen und eine Zeit des Leidens voraus.<sup>214</sup> Posttraumatisches Wachstum kann verschiedene Lebensbereiche betreffen und ist für jede Person unterschiedlich ausgeprägt. In ihrem Artikel beschreibt Zöllner<sup>215</sup> die von Tedeschi und Calhoun<sup>216</sup> (1996) in der Entwicklung der Posttraumatic Growth Inventory<sup>217</sup> dargestellten Bereiche, die auch heute als wesentliche Merkmale posttraumatischen Wachstums gelten:

- *Intensivierung der Wertschätzung des Lebens:* Menschen, die ein Trauma erlebt haben, erleben einen Reifungsprozess, der mit positiver Selbst- und Weltsicht verbunden ist und zu einer Veränderung der bisherigen Lebensweise führt. Es entsteht eine neue Wertschätzung der kleinen, alltäglichen Dinge, ein anderes Wahrnehmen der Natur.
- *Intensivierung der persönlichen Beziehungen:* Persönliche Beziehungen, die auch nach dem traumatischen Erlebnis geblieben sind, werden intensiviert und als wertvoll empfunden. Das Gefühl der Empathie und Mitgefühl werden

---

<sup>212</sup> Ludewig R., Wullschleger R. (2012) Wachstum nach Trauma? Eine schwarze Perle in der bunten Perlenkette« Integration von traumatischen Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte. In: Molter, H., Schindler, R. & von Schlippe, A. (Hrsg.). Vom Gegenwind zum Aufwind - Der Aufbruch des systemischen Gedankens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

<sup>213</sup> Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (1995) Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Sage Publications, Newbury Park.

<sup>214</sup> Mangelsdorf J. (2020) Posttraumatisches Wachstum. Z Psychodrama Soziom 19. (online) (Zitierdatum 12.10.20) abrufbar unter <https://doi.org/10.1007/s11620-020-00525-5>.

<sup>215</sup> Zöllner T., Calhoun L. C., Tedeschi R. G. (2006) Trauma und persönliches Wachstum. In: Maercker A., Rosner R. Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Georg Thieme Verlag. 36–45.

<sup>216</sup> Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996) The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. In: Journal of Traumatic Stress. 9, 455–471.

<sup>217</sup> Die deutschsprachige Version "Posttraumatische Persönliche Reifung" (PPR) wurden vorgestellt und teststatistisch überprüft und die Verwendung des fünf Dimensionen erfassenden PPR-Fragebogens wird empfohlen: in Maercker und Langner (2001) Persönliche Reifung (personal growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. Diagnostica, 47. 153-162.

größer. Erlebnisse, die früher selbstverständlich angenommen oder nicht wertgeschätzt wurden, werden jetzt wertgeschätzt.

- *Bewusstwerdung der eigenen Stärken:* durch das Erleben bzw. Überleben von schweren Erfahrungen empfinden die Betroffenen ein Gefühl der inneren Stärke, die ihnen Kraft gibt, auch in der Zukunft mit folgenschweren Ereignissen zurechtzukommen zu können.
- *Bewusstwerden der eigenen Verletzlichkeit:* obwohl sie nach dem Ereignis stärker geworden sind, ist ihnen auch ihre Vulnerabilität mehr bewusst.
- *Entdeckung von neuen Möglichkeiten im Leben:* Neue Interessen werden geweckt zB. Berufswechsel, Entdeckung neuer Möglichkeiten, oder intensiveres soziales Engagement.
- *Intensivierung des spirituellen Bewusstseins:* das traumatische Ereignis kann zu Reflexionen über den Lebenssinn und zu Stärkung und Wachstum des spirituellen und religiösen Bewusstseins führen.

Im Artikel von Zöllner et al.<sup>218</sup> stellen die Autoren die Frage, wie wahr das Phänomen posttraumatischer Reifung ist, und bilden zur Erklärung das Konstrukt eines Januskopf-Modells. Das Modell beschreibt zwei Seiten, eine konstruktive und eine illusorische, die von Betroffenen empfunden und wiedergegeben werden.

Die erste konstruktive Seite deutet auf eine positive psychologische Anpassung hin und beschreibt positiv empfundene, nach dem Traumaerleben gewonnene Erkenntnisse wie zB: „Ich habe wirklich neu erfahren können, wie sehr Freunde und Verwandte mir verbunden sind; das war vorher noch nicht so wichtig in meinem Leben“ und die zweite illusorische Seite als Ausdruck eines Wunschdenkens „Wenn es schon passiert ist, dann muss es wenigstens für etwas gut gewesen sein“.<sup>219</sup> Es zeigt sich, dass die meisten Menschen dazu neigen, positive Konsequenzen traumatischer Erfahrungen anzunehmen und dem Erlebten etwas Gutes beizumessen. Demzufolge entsprechen die wahrgenommenen positiven Veränderungen nicht immer einer psychologischen Reifung, sondern auch positiven Illusionen,<sup>220</sup> was für den Betroffenen kurzfristig von Nutzen sein kann.

---

<sup>218</sup> Vgl. Zöllner T., Calhoun L. G; Tedeschi R. G. (2006).

<sup>219</sup> Maercker A., Zöllner, T. (2004). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41 – 48.

<sup>220</sup> Mangelsdorf J. (2020) Posttraumatisches Wachstum. *Z Psychodrama Soziom* 19, 21–33 <https://doi.org/10.1007/s11620-020-00525-5>.

Eine Studie,<sup>221</sup> die in Sarajevo wenige Jahre nach dem sogenannten Balkankrieg durchgeführt wurde, untersuchte, ob die Menschen nach den schrecklichen traumatischen Ereignissen ihr eigenes Leben führen oder nur versuchen zu „überleben“. Befragt wurden damalige Flüchtlinge, die während des Krieges im Ausland waren, und Menschen, die in andere Teile Ex- Jugoslawiens vertrieben wurden. Dabei stellte sich heraus, dass Flüchtlinge über weniger Kriegserlebnisse erzählten als die Vertriebenen. Frauen berichteten von weniger traumatischen Erlebnissen. Die Auswertung ergab ein höheres Resilienzniveau im Zusammenhang mit dem Posttraumatischen Wachstum. Erstaunlich war, dass ein signifikanter Alters-effekt festgestellt werden konnte. Ältere Menschen erlangten bedeutend niedrigere Wachstumswerte als jüngere Menschen. Die Autoren der Studien führen dies auf die vorherige Erfahrung und Reifung im Leben älterer Menschen zurück.

In ihrem Artikel schreibt Zöllner,<sup>222</sup> „*dass Betroffene sich nicht nur vom Trauma erholen, sondern das Erlebnis als Gelegenheit für weitere persönliche Entwicklung nutzen. Wachstum ist nicht das direkte Ergebnis des Traumas, sondern die individuelle Auseinandersetzung der Person mit der neuen Realität.*“<sup>223</sup> Deshalb darf Wachstum keinesfalls als eine Verleugnung des traumatischen Geschehens gesehen werden. Ein Mensch, der an einem Trauma zu wachsen vermag, „leugnet nicht die Wunde und die Zerstörung, sondern sieht die Destruktion als einen Aspekt des Werdens“.<sup>224</sup>

Das Phänomen posttraumatischen Wachstums wurde bisher in vielen Studien beschrieben, so unter anderem auch bei Park, Chmielewski und Murch (2010). Die Autoren der Studie mit 167 Krebspatienten untersuchten den Zusammenhang zwischen dem posttraumatischen Wachstum und den drei Hauptsymptomen der posttraumatischen Belastungsstörung (Intrusionen, Vermeidung und Übererregtheit). Als einen wichtigen Aspekt posttraumatischen Wachstums beschreiben die Autoren die Möglichkeit der Sinnfindung und definieren diese als hilfreiche Ressource. Sie beschreiben, dass Patienten, die einen positiven Sinn in ihrer Krebserkrankung gefunden haben, auch mehr Lebensfreude empfinden, und ihre

---

<sup>221</sup> Powell S., Rosner R., Butollo W., Tedeschi R. G., Calhoun, L.G. (2003) Posttraumatic growth after war: A study of former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59. 71-83.

<sup>222</sup> Zöllner T., Calhoun L.G., Tedeschi R. G: (2006) Trauma und persönliches Wachstum. In: Maercker, A. Rosner, R. (Hrsg.). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme Verlag. 37.

<sup>223</sup> Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 15 (1). 1- 18.

<sup>224</sup> Wirtz U. (2002) Weiser werden nach dem Trauma? *Weltkongress für Psychotherapie*, Wien. (Online) (Zitierdatum 15.05.20), abrufbar unter: <http://www.wirtz.ch/texte/Celan%20Wien.pdf>.

Krankheit besser bewältigen können. Zusammenfassend betrachten sie posttraumatisches Wachstum als einen empirisch bedeutenden Faktor für das psychische Wohlbefinden nach einer Krebsdiagnose.<sup>225</sup>

In einer Krisensituation handeln nichtreligiöse Menschen z.T. anders als religiöse, die Kraft in ihrem Glauben finden.<sup>226</sup> Ein systematisches Review mit 11 empirischen Studien zum Zusammenhang zwischen Religion, Spiritualität und posttraumatischem Wachstum<sup>227</sup> ergab drei Hauptergebnisse:

1. Religion und Spiritualität können meistens eine hilfreiche, positive Rolle im Umgang mit Trauma und Traumafolgen haben,
2. das Erleben traumatischer Erfahrungen kann zu einer Vertiefung des Glaubens/Spiritualität führen, und
3. Religiöses Coping, religiöse Offenheit und intrinsische Religiosität hängen positiv mit posttraumatischem Wachstum zusammen.

Spiritualität und Religiosität werden als eine von mehreren möglichen Ressourcen bei der Bewältigung traumatischer Ereignisse und Entwicklung von posttraumatischem Wachstum belegt. Auch die empirische Studie von Cadell, Regehr und Hemsworth<sup>228</sup> mit 174 Hinterbliebenen von HIV/AIDS-Verstorbenen, zeigte, dass Spiritualität signifikant und in einem hohen Ausmaß mit posttraumatischem Wachstum zusammenhängt.

Positive Zusammenhänge zwischen der Religiosität und Spiritualität und Posttraumatischem Wachstum wurden in amerikanischen Studien mit an kriegsbedingter PTBS erkrankten Veteranen belegt.<sup>229</sup> Es wird auf die Notwendigkeit der Einbeziehung religiös spiritueller Angebote in traditionelle psychotherapeutische Interventionen für PTBS gleich am Beginn der Behandlung hingewiesen.<sup>230</sup>

---

<sup>225</sup> Park C. L., Chmielewski J., Blank T.O. (2010) Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*. 19. 1139-1147.

<sup>226</sup> Kaiser P. (2017) Pathologische Religiosität im psychiatrischen Kontext. Ein Überblick mit Fallbeispielen. In: Zwingmann C., Klein C., Jeserich F. *Religiosität: Die dunkle Seite*. Waxmann, Münster.

<sup>227</sup> Shaw A. J., Linley S.P. (2005) Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. In: *Journal Mental Health, Religion & Culture* Volume 8, - Issue 1 8(1). 1-11.

<sup>228</sup> Cadell S., Regehr C., Hemsworth D. (2003) Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*. 73. 279-287.

<sup>229</sup> Tsai J., El-Gabalawy R., Sledge W. H., Southwick S. M., Pietrzak R. H. (2015) Post-traumatic Growth among Veterans in the USA: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study, u: *Psychological Medicine*, 45 1. 165–179.

<sup>230</sup> Currier J.M., Holland J.M., Drescher K.D. (2015) Spirituality factors in the prediction of outcomes of PTSD treatment for U.S. military veterans, u: *Journal of Traumatic Stress*, 28 1. 57–64.

Neben diesen positiven Zusammenhängen von Religiosität und Spiritualität und Belastungsbewältigung, gibt es auch Studien, die einen negativen Zusammenhang bestätigen, wie zB. in der Studie von Renner und Salem.<sup>231</sup> In der Studie wurden 26 Klienten, Opfer verschiedenerer Verbrechen befragt. Die in der Studie gestellten Hypothesen, dass Religiosität mit verbesserter Belastungsbewältigung einhergeht und für das posttraumatische Wachstum eine wichtige Rolle spielen würde, wurde nicht bestätigt. Religiosität korrelierte positiv mit den Symptomen von Angst und Depressionen und stellte keinen positiven Beitrag zu posttraumatischem Wachstum her.

---

<sup>231</sup> Renner W., Salem I. (2004) Wertorientierungen und Bewältigung traumatischer Erfahrungen: Welche Rolle spielt Religiosität? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 66. 117-124.

## 10. Zusammenfassung des Forschungsstandes

In dem vorangegangenen Forschungsüberblick wurden verschiedene Studien, die sich mit dem Thema Trauma, Traumafolgeerkrankungen und der Rolle der Religiosität und Spiritualität befassen, dargestellt.

Die Ergebnisse vieler dieser Studien belegen eine unterstützende Wirkung für die gesundheitsförderlichen Bewältigungsbemühungen von Traumapatienten, besonders durch die persönliche Religiosität/Spiritualität (zB. privates Gebet). Sie schreiben der Religiosität und Spiritualität eine wichtige Rolle zu, die sogar als eine Hauptressource bei der Verarbeitung der Erkrankung gesehen wird. Trotzdem muss beachtet werden, dass Religiosität und Spiritualität als Copingstrategien auch andere Auswirkungen haben können und zur Verschlechterung von posttraumatischer Belastungsstörungen, kritischen Lebensereignissen, häufigeren Depressionen, Ängsten und größerem Leid führen können.<sup>232</sup> In solchen Fällen glauben die Traumapatienten häufig, dass sie von Gott bestraft oder gar verlassen worden sind. Besonders beim Erleben von Traumata können religiöse Glaubensgrundsätze und spirituelle Orientierungen erschüttert und beeinträchtigt werden.<sup>233</sup> Ein möglichst früher Beginn der Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Störungen durch eine qualifizierte Psychotherapie und entsprechende Medikamente ist entscheidend, um die Krankheit zu lindern. Zusätzlich zu dieser notwendigen Behandlung soll ein ganzheitlicher therapeutischer Ansatz dabei helfen, die Ressourcen und Schutzfaktoren der Patienten zu entdecken, zu aktivieren und zu stärken. Dazu gehören religiöse und spirituelle Ressourcen.<sup>234</sup> Eine solche Behandlung soll einer Chronifizierung vorbeugen und ein posttraumatisches Wachstum erleichtern.

Wie die steigende Zahl der Forschungsartikel zu diesem Thema zeigt, wächst das Interesse bezüglich der Religiosität und Spiritualität und deren Interventionen im psychiatrischen bzw. medizinischen Kontext stetig. Zu diesem Thema besteht ein großer Forschungs- und wissenschaftlich verantworteter Handlungsbedarf, dem auch die Caritaswissenschaft mit ihrer Forschung und Lehre einen Beitrag leisten will.

---

<sup>232</sup> Zwingmann C., Wirtz M., Müller C., Körber, J. & Murken, S. (2006) Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 533-547.

<sup>233</sup> Baumann K (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung, In Baumann K, Bendel R, Maruhukiro D (eds) *Flucht, Trauma, Integration; Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich*. Lit Verlag, Berlin Münster-Wien-Zürich. 17-28.

<sup>234</sup> Reddemann L, Dehner-Rau C (2007) *Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele*. Trias. Stuttgart.



## 11. Traumabewältigung als Forschungsthema der „Caritaswissenschaft“

Menschen, die unter den Folgen eines Traumas leiden, fühlen sich machtlos und leben mit schmerzhaften Erinnerungen an beängstigende Ereignisse aus der Vergangenheit, die sie allein nicht vermeiden oder überwinden können.

Ein psychisches Trauma wird durch eine Bedrohung ausgelöst, der der Mensch hilflos ausgeliefert ist und die ihn überwältigt zurücklässt. Die Erschütterung des Selbstverständnisses wird von einem Verlust von Sinn und Vertrauen in das bisherige Leben, von Hoffnungslosigkeit, Zweifeln und Schuldgefühlen begleitet. Für traumatisierte Menschen ist es besonders wichtig, das Vertrauen in sich und in die Umwelt wieder zurückzugewinnen, was eine große Herausforderung sowohl für die Betroffenen als auch für alle Beteiligten darstellt. Die Bewältigung traumatischer Erfahrungen ist ein schwieriger und langer Prozess, der neben gesundheitlich-medizinischen Aspekten auch die geistige und spirituelle Seite umfasst.

In solchen Lebenslagen suchen viele Menschen Hilfe, Trost und Hoffnung in der Religion. Die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft kann erste Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Leidens geben und den Betroffenen eine Möglichkeit zur Reflexion bieten. Eine gelungene Trauma-Verarbeitung kann sogar eine Chance für eine persönliche Reifung und Sinnfindung darstellen<sup>235</sup>; dabei können Religiosität und Spiritualität in einer supportiven Behandlung und Begleitung als Hemmnis oder Ressource wirken.

Während des Krieges in Kroatien und in der Zeit danach hat die dortige Caritas viel für die leidenden Menschen getan und damit ihre Aufgabe erfüllt, die aus dem inneren Wesen der Kirche hervorgeht, denn von der ursprünglichen Wortbedeutung her meint „Caritas“ die selbstlose Liebe, die sich verschenkt und in Freude und Leid am Leben des anderen Menschen teilhat.

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche Rolle Religiosität und Spiritualität in der Therapie von Patienten mit Traumafolgestörungen im Nachkriegs-Kroatien spielen können. Sie zeigt beispielhaft die interdisziplinäre Ausrichtung der Caritaswissenschaft, die auf der einen Seite eine Querschnittsdisziplin innerhalb der Theologie darstellt und andererseits eine Brücke zwischen der Theologie und den nicht-theologischen Humanwissenschaften (Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften) bildet.

---

<sup>235</sup> Zöllner, T., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2006) Trauma und persönliches Wachstum in: Maercker, A. Rosner, R. (Hrsg.). Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen (S. 36-45). Stuttgart: Thieme Verlag.



Die Aufgabe der Caritaswissenschaft ist es, die „Theorie und Praxis von Caritas und Christlicher Sozialarbeit zu beschreiben, zu erklären und zu fördern bzw. konstruktiv zu verändern“. Sie schließt insbesondere ein (vgl. *H. Pompey, in: Lexikon der Pastoral 1, Freiburg: Herder 2002, 252f*):

- den leidenden Menschen,
- den helfenden Menschen und
- die Kirche (mit ihren Vorgaben für ihr sozial-caritatives Wirken im Dienst für die Armen und Bedrängten aller Art') (GS 1).

Als theologisches Fach mit Bezügen zu allen anderen theologischen Fächern trägt sie zum Verständnis der „Caritas“ als Wesensvollzug der Kirche bei. Die Nächstenliebe als Wesensmerkmal der Kirche wird durch den Dienst am leidenden Mitmenschen nach außen getragen und in der Gesellschaft sichtbar. Wird dagegen die praktische Arbeit der Caritas und ihrer Organisationen in den Blick genommen, bildet die Caritaswissenschaft eine Brücke zwischen der Theologie und unterschiedlichen nicht-theologischen Disziplinen wie der Medizin, der Psychologie und den Sozialwissenschaften.

## II. METHODE

Die vorliegende empirische Erhebung widmet sich der Frage nach Religiosität und Spiritualität (ReS) als Ressource und Copingstrategie von psychisch erkrankten Menschen, insbesondere der überaus zahlreichen Patienten mit Traumafolgestörungen und Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen nach den Kriegshandlungen in Kroatien. Eine differenzierte und statistisch relevante Beschreibung der Sachlage könnte zu einer verbesserten Wahrnehmung und Berücksichtigung von ReS in Prävention, Therapieverlauf, Rehabilitation und Nachsorge von psychisch erkrankten Menschen beitragen, sei es als Ressource, sei es als Problemfaktor.

### 1. Zusammenfassung der Pilotstudie in Kroatien und Bosnien und Herzegowina

Vor dem Beginn der Hauptstudie wurde eine Pilotstudie an den Kliniken für Psychiatrie an der Uni Kliniken Rijeka in Kroatien und an der Klinik Tuzla in Bosnien und Herzegowina durchgeführt. Die Pilotstudie diente der Generierung der Daten als Planungsgrundlage für die geplante Hauptstudie. Vor allem sollten die für die Hauptstudie geplanten Forschungsinstrumente und geeigneten Zielgrößen der Patienten überprüft werden. Ein positives Votum Nr: 179/12 der Ethikkommission Uniklinik Freiburg für die Durchführung der Pilotstudie wurde am 3. Mai 2012 erteilt. Registriert in DRKS – Nr.00004185.

In der Studie sollten die religiöse und spirituelle Selbsteinschätzung von traumatisierten und anderen psychiatrischen Patienten und die Rolle der ReS bei Erleben und Verarbeitung ihrer Erkrankung untersucht werden. In der Studie identifizierte sich eine große Mehrheit der Befragten 61,0% als religiös und/oder spirituell, davon waren 68,3% ehemalige Soldaten und 31,7% Zivilisten.

Von 102 Patienten suchten 52,0% der Patienten einen Zugang zu ReS, 74,8% hatten das Bedürfnis, über ihre Sorgen und Ängste zu reden, und 63,8% wünschten sich, inneren Frieden zu finden. Für die Soldaten waren die Bedürfnisse nach innerer Ruhe (81%), nach einer Beziehung und Zuneigung (78%) und nach existentieller Reflexion und Sinn (76%) von größter Bedeutung. Bei zivilen Patienten waren die größten Bedürfnisse die nach innerer Ruhe (90%), nach Beziehung und Zuneigung (84%), existentielle Reflexion und einen Sinn (72%) zu finden. Im Vergleich zu den Zivilisten, die häufiger an religiösen Ritualen teilnahmen und religiöse Bücher lasen, war bei den Veteranen der Wunsch größer, einen Sinn in ihrer Krankheit (84%) zu finden.

Patienten, die stärkere religiöse Bedürfnisse hatten, bewerteten ihre Erkrankung positiver. 48% der Patienten waren mit ihrem Leben nicht zufrieden. Es zeigte sich aber, dass Patienten die sich als religiös und spirituell selbsteinschätzten, eine positivere Lebensgestaltung und größeres Wohlbefinden hatten. Religiös spirituelle Patienten hatten eine signifikant altruistischere Lebensweise; sie konnten besser mit den Symptomen ihrer Depression umgehen und hatten eine höhere Selbstwirksamkeit. Je selbstwirksamer die Patienten waren, desto schwächer ausgeprägt waren ihre Ängste und desto positiver interpretierten sie ihre Krankheit als etwas Wertvolles und nicht als Bestrafung oder Versagen.

Obwohl es sich bei dieser Pilot-Studie sachgemäß um eine kleinere Anzahl an Befragten handelte, konnten wir feststellen, dass die Religion und die Spiritualität im Leben und dem Umgang mit der Erkrankung bei diesen Patienten in Kroatien und Bosnien und Herzegowina eine wichtige Rolle spielten.

Die Ergebnisse der durchgeführten Pilotstudie zeigten, dass traumatisierte und andere psychiatrische Patienten ihre spirituellen und religiösen Ressourcen für ihre Krankheitsbewältigung nutzten bzw. die entsprechenden Bedürfnisse danach hatten. Diese und weitere positive Ergebnisse der Pilotstudie, die wegen der kleineren Anzahl befragter Patienten eine begrenzte Aussagekraft hatte, stellte für die Generalisierung ihrer Ergebnisse einen wichtigen Ansatzpunkt für die Vorbereitung und Durchführung dieser größer angelegten Studie dar und verlangten nachdrücklich nach einer weiteren wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema im Interesse der Patient/innen und ihrer besseren Versorgung im Gesundheitswesen.

## **2. Ablauf der Studie**

Diese Arbeit ist Teil der o.g. Haupt-Studie, die an drei Unikliniken und drei Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Kroatien und zwei Unikliniken in Bosnien und Herzegowina durchgeführt wurde.

Die Dissertation stellt eine interdisziplinäre und multizentrische internationale Zusammenarbeit dar zwischen Medizin – Psychiatrische Kliniken (Vukovar und Split) in Kroatien – und Theologie – AB Caritaswissenschaft und Christliche Sozialarbeit der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg im Br., Deutschland.

### **2.1. Studiendesign und Rekrutierung**

Die beteiligten Kliniken in Kroatien wurden im Vorfeld im persönlichen Kontakt der Autorin und der Klinikleitung, per Mail und telefonisch um Zusammenarbeit angefragt und über die Studie informiert. Die Ethikkommission der Universität Freiburg/Br. als federführende Instanz gab am 22. 05.2015 Nr. 78/5 ein positives Votum für die Studie ab. Die Zustimmung der Kliniken wurde in der Klinik Vukovar am 12.07. 2015 und am 28. 01. 2016, Nr. 500-03/15-01/41 in der Klinik Split eingeholt, so dass die Studie 2016 beginnen konnte. Registriert in DRKS – Nr. 00008939. Die Patientenrekrutierung fand im Universitätsklinikum Split in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und in ihrem Regionalzentrum für Psychotraumatologie statt, in Vukovar in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Allgemeinen Bezirkskrankenhaus und im kroatischen Veteranenkrankenhaus Vukovar.

Bei der Studie handelte es sich um eine offene, prospektive, explorative und anonyme Querschnittserhebung und eine nicht interventionelle Studie. Bei der Durchführung der Studie wurden auf neun Seiten standardisierte und validierte Fragebogeninstrumente angeboten. Nach der vorherigen Absprache mit der zuständigen Leitung der Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie wurden je Klinik 200 Expl. des Fragebogens zur Verfügung gestellt. Psychometrische Beratung erfolgte durch Dr. Rückert vom Institut für Medizinische Biometrie und Statistik (IMBI) des Universitätsklinikums Freiburg.

### **2.2. Stichprobe**

An der Befragung nahmen psychiatrische Patienten teil, die ambulant, teilstationär oder stationär ärztlich behandelt wurden. Die Studienteilnehmer waren selbst an Kriegshandlungen beteiligt oder haben im Kriegsgebiet während oder nach dem Krieg gelebt bzw. – für jüngere Studienteilnehmer – sind dort aufgewachsen. Die Patienten (m/w, Alter ab 18 Jahre) wurden in zwei Gruppen aufgeteilt:

Die erste Patientengruppe (G1) waren Patienten mit einer Traumafolgerkrankung: entweder einer verifizierten PTBS Diagnose (F43.1) oder Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (F62.0). Zu dieser Patientengruppe gehörten entweder Patienten die im Krieg aktiv als Soldaten teilgenommen haben oder zivile Patienten mit einer anderen Trauma-Ätiologie. Als Ausschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie galt die Diagnose einer akuten Psychose.

Die zweite Patientengruppe (G2) waren Patienten (m/w), mit einer anderen psychischen Erkrankung nach ICD-10 F Klassifikation. Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie für diese Patientengruppe war die Erkrankung an Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) oder anderer Traumafolgestörung und Akute Psychose. Für die zweite Gruppe der Patienten wurden die Diagnosen gemäß ICD-10 F möglichst homogen gebildet.<sup>236</sup>

### 2.3. Durchführung der Erhebung

Die Patienten füllten den Fragebogen in der Anwesenheit des Arztes/Ärztin aus und benötigten dafür ca. 25 Minuten. Das Zuordnen der Patientengruppe und des Fragebogens war die Aufgabe des Arztes/der Ärztin, der/die den Patienten behandelte. Für eine leichtere Zuordnung der Fragebögen zu den Patientengruppen bekam jede Patientengruppe ihre Farbe des Fragebogens: für Gruppe 1 grün, für Gruppe 2 weiß.

Bei der Aufnahme erhielten die Patienten von ihrem behandelnden Arzt/Ärztin den Fragebogen zusammen mit der Aufklärung und Bitte um Teilnahme (Informed Consent). Eine schriftliche Patienteninformation und Einverständniserklärung<sup>237</sup> der Patienten an der anonymen Befragung teilnehmen zu wollen, musste vor Studieneinschluss vorliegen. Die Patienten konnten in Übereinstimmung mit den Vorgaben der Helsinki-Deklaration jederzeit auch bei schon gegebener Einwilligung ihre Teilnahme an der Studie ohne Nachteile abbrechen. Die Patienten wurden gebeten, die Fragen möglichst spontan zu beantworten und darauf hingewiesen, dass es bei den Fragen nicht um „richtige“ oder „falsche“ Antworten ging. Schweigepflicht und Datenschutz wurden zugesichert. An der Abt. für Medizinische Dokumentation der Kliniken werden die Einverständniserklärungen verwahrt. Die Fragebögen wurden von den behandelnden Ärzten/Ärztinnen in den teilnehmenden Kliniken eingesammelt und in anonymisierter Form posta-

---

<sup>236</sup> Einteilung der Diagnosegruppen: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Opiate F10, F11; Psychotische Störung F20, F22x, F25x; Depressive Störung F31x (nicht psychotisch), F32, F33x; Angst und Zwangsstörungen F41, F42, F44, F45; Persönlichkeitsstörung F60, F63, F69; Posttraumatische Belastungsstörung F43.1, Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung F62.0.

<sup>237</sup> Im Anhang.

lich an den Arbeitsbereich Caritaswissenschaft der Universität Freiburg weitergeleitet, wo sie statistisch von der Autorin ausgewertet wurden. Die Fragebogendaten wurden anonym ausgewertet. Es war nicht möglich, die Angaben mit der jeweils befragten Person in Verbindung zu bringen.

Zu den erhobenen Daten hatten und haben nur wissenschaftliche Mitarbeiter der Studie Zugang, die alle der Schweigepflicht unterliegen. Die Fragebogen wurden am AB Caritaswissenschaft der Universität Freiburg aufbewahrt. Die Rechte und Sicherheit der Probanden wurden im Sinne der Deklaration von Helsinki geschützt.

## **2.4. Fragestellung und Hypothesen**

Das Ziel der vorliegenden empirischen Arbeit war, zu untersuchen ob und inwiefern Religiosität und Spiritualität (ReS) einen Einflussfaktor für die Krankheitsbewältigung

bei psychiatrischen Patienten in Kroatien darstellt. Unter anderem lag unser Interesse darin zu untersuchen, welche religiös/spirituelle Bedürfnisse haben diese Patienten, und welche Rolle spielt die ReS bei diesen Patienten im Umgang und Bewältigung ihrer Erkrankung.

Weiter haben wir uns die Frage gestellt, ob es Unterschiede im Krankheitserleben und in der Verarbeitung der Erkrankung unter den Patientengruppen gab und welchen Einfluss ReS in der Behandlung, Nachsorge und dem Leben dieser Patienten allgemein haben.

Wir gehen auf Grundlage des Forschungsstandes davon aus, dass ReS einen Einfluss haben. Diese Hypothese wurde in Kroatien bisher kaum wissenschaftlich untersucht und publiziert.

Die Fragestellung der Studie mit Blick auf diese Patienten wurde wie folgt aufgefächert:

1. Wie religiös/spirituell sind die Patienten mit und ohne eine Traumafolgestörung?
2. Wie unterscheiden sich ReS je nach Beruf, Geschlecht, Religion und anderen demografischen Angaben?
3. Welche religiös/spirituellen Bedürfnisse haben die Patienten mit und ohne einer Traumafolgestörung
4. Gibt es Unterschiede im Erleben und Verarbeiten der Erkrankung bei Patienten, die sich als religiös, spirituell oder beides verstehen und denen die sich als nicht religiös und nicht spirituell einschätzen?
5. Welche Beziehungen zur Schwere der Krankheitsbelastung haben persönliche ReS bei diesen Patienten?

6. Wie zufrieden sind die Patienten in ihrem Leben? Welche Rolle spielen dabei die ReS?
7. Welche Rolle haben ReS beim Erleben der PTBS- bzw. Traumafolgestörungs-Symptomatik?
8. Welche Rolle im Umgang mit der Belastung spielen die SpREUK-Faktoren Suche nach Sinn gebender Bindung, Vertrauen in eine höhere Führung und Reflexion/ positive Krankheitsbewertung bei traumatisierten und nicht traumatisierten Patienten?
9. Welchen subjektiven Nutzen für die Bewältigung ihrer Erkrankung schreiben die beiden Patientengruppen ihrer ReS zu?
10. Spielen ReS eine Rolle in der Vergebungsbereitschaft bei traumatisierten und nicht traumatisierten Patienten?

Folgende Hypothesen wurden gebildet und untersucht:

1. Bei psychisch erkrankten Patienten in Kroatien spielen Religiosität und Spiritualität eine wichtige Rolle in dem Erleben ihrer Erkrankung.
2. Religiöse und spirituelle Bedürfnisse stellen einen bedeutenden Faktor für Patienten mit psychischen Erkrankungen dar.
3. Patienten die sich als religiös, spirituell oder beides verstehen, unterscheiden sich im Erleben und Verarbeiten ihrer Erkrankung von anderen Patienten.
4. Patienten die sich als religiös, spirituell oder beides verstehen, empfinden die Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Belastung erträglicher als andere Patienten.
5. Patienten, die religiös/spirituell sind, sind mit ihrem Leben zufriedener.
6. Patienten die sich als religiös, spirituell oder beides verstehen, haben größere Vergebungsbereitschaft als andere Patienten.
7. Patienten mit Traumafolgeerkrankungen unterscheiden sich im Erleben und Bewältigung ihrer Erkrankung von Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen. Religiosität und Spiritualität helfen ihnen im Umgang mit ihrer Erkrankung.

## **2.5. Untersuchungsinstrumente**

Die in der Studie verwendeten Instrumente wurden durch die Autorin (Muttersprachlerin) aus dem deutschen Original ins Kroatische übersetzt und noch mal in die Ursprungssprache zurückübersetzt. Die Übersetzung wurde von einem vereidigten Dolmetscher auf ihre Richtigkeit überprüft und bestätigt.

Einige Teile des Fragebogens wurden von Prof. Dr. med. Arndt Büssing (Universität Witten / Herdecke) erarbeitet und validiert<sup>238</sup> und bereits in verschiedenen Forschungsprojekten eingesetzt. In der Studie wurden folgende Instrumente aus Arbeiten von Prof. Büssing verwendet: SpNQ, SpREUK, Benefit, BMLSS.

Außerdem wurden noch Visuell analog Skala (VAS) Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung und PTSD Checklist (PCL –M) angewendet.

### 2.5.1. SpNQ - Spiritual Needs Questionnaire

Für die systematische Erfassung spiritueller Bedürfnisse wurde der Spiritual-Needs-Fragebogen (SpNQ 20)<sup>239</sup> verwendet (Büssing et al. 2018). Der Fragebogen erfasst mit 20 Items die Ausprägung („Intensität“) unterschiedlicher religiöser, existenzieller und spiritueller Bedürfnisse. Die Items bilden 4 „spirituelle“ Hauptfaktoren bzw. Subskalen: 1) Religiöse Bedürfnisse, 2) Bedürfnisse nach innerem Frieden, 3) Existenzielle Bedürfnisse, 4) Bedürfnisse nach Geben und Generativität. Die mögliche Punkteskala für Intensität der Bedürfnisse reicht von 0 (keine), 1 (gering), 2 (mittel) bis 3 (groß), d.h. je niedriger die Punktzahl, desto weniger ist ein Bedürfnis ausgeprägt.

Die interne Konsistenz (Reliabilität) der 20 Fragen ist mit Cronbach´s  $\alpha = 0,93$  sehr hoch. Die Items bilden die folgenden Subskalen (Hauptfaktoren)

#### 1. Religiöse Bedürfnisse

In dieser Subskala werden die Patienten zu Aussagen über ihre Aktivitäten und Bedürfnisse nach religiösen Inhalten befragt, z. B. haben Sie das Bedürfnis allein zu beten, für jemanden zu beten, dass jemand für Sie betet, religiöse Bücher zu lesen, an einer religiösen Feier teilzunehmen, sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel) zu wenden? Die interne Konsistenz der sechs Fragen ist in diesem Sample mit Cronbach´s  $\alpha = 0,88$  gut.

#### 2. Existenzielle Bedürfnisse

In diesen Items des Fragebogens hatten die Patienten die Möglichkeit, sich über Aspekte von Sinnfindung im Leben und in ihrer Krankheit zu äußern, über das Bedürfnis zu vergeben und Vergebung zu erlangen etc. Die sechs Fragen zeigten in diesem Sample eine gute Reliabilität (Cronbach´s  $\alpha = 0,82$ ).

---

<sup>238</sup> Büssing, A. (2011b) Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In: Büssing A., Kohls, N. (Hg.): Spiritualität interdisziplinär, S. 107-124.

<sup>239</sup> Büssing A, Recchia DR, Koenig H, Baumann K, Frick E (2018a) Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals. Religions 9,13 doi:10.3390/rel9010013.



### 3. *Bedürfnis nach innerem Frieden*

Mit vier Fragen gaben die Patienten Antworten auf ihre Bedürfnisse, an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können, in die Schönheit der Natur einzutauchen und inneren Frieden finden und mit jemandem über Sorgen und Ängste reden zu können, sowie die Hingabe für andere Menschen. Die Skala wies in diesem Sample eine schlechte interne Konsistenz auf (Cronbach's  $\alpha = 0,54$ ).

### 4. *Bedürfnisse nach Geben und Generativität*

Diese Itemgruppe stellt vier Fragen danach, welche Bedürfnisse die Probanden bezüglich der Zuwendung zu anderen empfinden und was sie weitergeben möchten: ihre Lebenserfahrung weitergeben zu können, jemandem Trost spenden zu können und etwas von sich zu verschenken. Dazu gehört auch das Bedürfnis, Gewissheit zu haben, dass das bisherige Leben wertvoll und sinnvoll war. Die vier Fragen zeigten eine gute Reliabilität (Cronbach's  $\alpha = 0,86$ ).

### 5. *Bedürfnisse nach familiärem Support*

Dieser unabhängige 4-Item Faktor enthält besonders Bedürfnisse bezüglich der eigenen Familie; sie thematisieren die Verbundenheit mit der Familie und den Wunsch, von der Familie mehr Rückhalt zu bekommen und stärker mit einbezogen zu sein. Die interne Konsistenz der vier Fragen ist in dieser Studie gut (Cronbach's  $\alpha = 0,74$ ).

## 2.5.2. **SpREUK - Spirituelle und religiöse Einstellungen von Kranken im Umgang mit ihrer Krankheit**

Das Modul weist drei Faktoren mit jeweils fünf Items mit Blick auf den religiös-spirituellen Auftrag nach ihrem subjektiven Befinden und vermeidet explizit religiöse Termini wie Gott oder Jesus und ist so auch für nicht religiöse Menschen zu beantworten.

- *Suche nach sinngebender Rückbindung.* Die Items beziehen sich auf die Suche nach Sinn im Leben und Zugang zu Religiosität und Spiritualität.
- *Vertrauen in höhere Führung* mit Items, wie Vertrauen in eine höhere Macht, Verbundenheit mit einer höheren Quelle und Überzeugung, dass mit dem Tod kein Ende ist.
- *Reflexion: Positive Krankheitsbewertung* mit den Fragen nach dem Sinn der Krankheit und der Frage was im Leben wichtig ist.

Das Instrument nutzt eine 5-Punkte-Skala von 0-trifft gar nicht zu, 1 trifft eher nicht zu, 2-kann ich nicht sagen, 3-trifft eher zu, 4 trifft ganz genau zu.

Die Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten (SpR) als religiös und/oder spirituell oder keins von beiden wurde mit den Fragen F2.6 (Ich empfinde

mich als religiösen Menschen) und Frage F1.1 (Ich empfinde mich als spirituellen Menschen) aus dem SpREUK Fragebogen erhoben. Antwortmöglichkeiten bewegen sich zwischen 0 bis 2 für gar nicht zutreffend, eher nichtzutreffend und unentschieden Die Werte von 3 und 4 stehen für eher zutreffend und genau zutreffend (Büssing et al. 2005). So entstehen vier Gruppen, die sich nach ihrer Selbsteinschätzung in: religiös und spirituell (R + S +), religiös, aber nicht spirituell (R + S-), nicht religiös, aber spirituell (R-S +), weder religiös noch spirituell.

### **2.5.3. Benefit Modul**

Dieses Instrument stellt dar wieviel Nutzen, Patienten durch ihre Religiosität und Spiritualität im Umgang mit ihrer Erkrankung erfahren haben.<sup>240</sup>

Die Antwortmöglichkeiten bestehen aus einer fünfstufigen Likert-Skala mit Werten von 0 bis 4 (0- trifft gar nicht zu, 1- trifft eher nicht zu, 2- kann ich nicht sagen, 3- trifft eher zu, 4- trifft genau zu).

### **2.5.4. Lebenszufriedenheit BMLSS 10 - (Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale)**

Die „Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale“ (BMLSS; Büssing et al. 2009<sup>241</sup>) ist ein Instrument, das für die Messung genereller Lebenszufriedenheit eingesetzt wird. Mit 8 Fragen werden momentane Zufriedenheit hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche wie soziale Zufriedenheit zB: Familienleben, Freundschaften, Arbeiten, Wohnen, Zufriedenheit die die finanzielle Situation oder Zukunftsaussichten betrifft usw. gemessen. Mit weiteren zwei Fragen werden eigene Gesundheitssituation, Fähigkeit zur Alltagsbewältigung und bisheriger Behandlungserfolg gemessen. Die Antwortmöglichkeiten befinden sich in einer Likert-Skala mit Werten von 0 bis 6 (sehr unzufrieden, unzufrieden, überwiegend unzufrieden, uneinheitlich (sowohl als auch), überwiegend zufrieden, zufrieden, sehr zufrieden). Diese Scores wurden auf eine 100er-Skala bezogen, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Skalen zu erleichtern.

Darüber hinaus wurden noch folgende etablierte Erhebungsinstrumente eingesetzt:

---

<sup>240</sup> Büssing A. (2011b) Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In: Büssing A., Kohls, N. (Hg.): Spiritualität interdisziplinär. 118.

<sup>241</sup> Büssing A., Fischer J., Haller, A., Heusser, P., Ostermann, T., Matthiessen, P.F. (2009): Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. In: European Journal of Medical Research 14 (4). 171-177.

### **2.5.5. VAS -Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (Visuelle Analogskala)**

Mit Hilfe einer Visuell Analogskala (VAS) die oft in der Medizin und Psychologie angewendet wird, konnten die Patienten die von ihnen empfundene Krankheitsbeeinträchtigung markieren. In der Skala entspricht 0 der Aussage „gar nicht“, 10 „gering“, 20-30 „etwas“ bzw. „mäßig“, 40-50 „mittel“, 60 „schwer“, 70-80 „sehr schwer“, während 90-100 für eine „unerträgliche“ Beeinträchtigung stand.

### **2.5.6. PTSD Checklist (PCL )<sup>242</sup>**

PTSD (PCL) ist ein Instrument, welches das Vorliegen einer PTBS-Erkrankung nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)<sup>243</sup> misst, und dient der Befragung von Soldaten und zivilen traumatisierten Patienten. In dieser Studie wurde für die Erfassung von Problemen und Beschwerden traumatisierter Patienten der Fragebogen PCL-C für zivile Patienten und PCL-M für Soldaten verwendet. Der jeweilige Fragebogen geht mit siebzehn Fragen die Probleme und Beschwerden der Patienten durch, die manchmal nach einem belastenden traumatischen Erlebnis berichtet werden. Die Patienten schätzen auf einer Punktskala ein, in welchem Ausmaß sie sich durch diese Beschwerden im letzten Monat beeinträchtigt fühlten.<sup>244</sup> Die Punktskala der PTSD Checklist (PCL), die das Ausmaß der Beschwerden abbildet, reicht auf einer Likert-Skala von 1 (nie), 2 (selten), 3 (manchmal), 4 (häufig) und bis 5 (andauernd), d.h. je niedriger die Punktzahl, desto weniger verspürten die Patienten ihre Beschwerden.

Der Fragebogen besteht aus 17 Items, die drei Subskalen bilden und sich auf Intrusion (Items 1, 2, 3, 4, 5), Vermeidung (Items 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) und Hyperarousal (Items 13, 14, 15, 16, 17) beziehen.

## **2.6. Statistische Analyse**

Daten in dieser Studie wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 für Microsoft Windows analysiert. Alle

---

<sup>242</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4 th). Washington, DC: APA.

<sup>243</sup> Übersetzung der PCL-M for DSM-IV (11/1/94) nach Weathers, F./Litz, B./Huska, J./Keane, T.M. (1994). Boston: National Center for PTSD © deutsche Version: Fred Zimmermann und Arndt Büssing

<sup>244</sup> Deutsche Version: © Fred Zimmermann und Arndt Büssing, kroatische: Andrijana Glavas.

Items wurden in Häufigkeit und Prozent deskriptiv ausgewertet. Häufigkeitsunterschiede zwischen den Gruppen wurden, den Hypothesen folgend, durch den Chi-Quadrat-Test nach Pearson und die Mittelwerte durch Varianzanalyse (Uni-Anova) auf signifikante Unterschiede geprüft. Als signifikant wurden Ergebnisse mit  $p < 0,05$  und als hochsignifikant mit  $p < 0,01$  angenommen. Für den Zusammenhang zwischen den Faktoren wurde die Korrelationsberechnung nach Spearman angewendet. Als Signifikanzniveau wurde  $\alpha = 0,05$  festgelegt. Korrelationen  $r < 0,20$  werden als marginal und vernachlässigbar,  $0,20$  bis  $0,30$  als schwach, ab  $0,30$  bis  $0,50$  als moderat und ab  $0,50$  als stark betrachtet.

Die deskriptive Statistik diene der Beschreibung, die Inferenzstatistik der Überprüfung der Hypothesen.



### III. ERGEBNISSE

#### 1. Rücklauf

Von 400 (Vukovar 200 Fragebögen, Split 200 Fragebögen) Fragebögen kamen 343 Fragebögen (aus Split 199, aus Vukovar 144) zurück. Die Gesamtrücklaufquote betrug 85,75% (Split 99,5%, Vukovar 72%).

Zur besseren Vergleichbarkeit füllten beide Patientengruppen den gleichen Fragebogen aus. Die ICD 10-kodierte Diagnose<sup>245</sup> wurde von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin nach der Rückgabe des Fragebogens eingetragen.

#### 2. Demografische Angaben

Von N = 343 Patienten waren N = 187 (54,5%) Patienten mit einer Traumafolgerkrankung (G1) und N = 156 (45,5%) Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (G2). Die Patienten, die aktiv als Soldaten im Krieg beteiligt waren, hatten am häufigsten eine verifizierte PTBS Diagnose (N = 161), und N = 19 Patienten hatten die Diagnose einer Andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung. Sechs Patienten mit einer verifizierten PTBS Diagnose waren zivile Personen, die nicht aktiv im Krieg teilgenommen haben.

In der Domäne anderer psychischer Erkrankungen waren Depressionen und rezidivierende depressive Störungen die häufigsten Diagnosen, vor allem bei zivilen Personen (Abb. 7).<sup>246</sup>

---

<sup>245</sup> In dieser Studie wurde ICD 10 (international Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 10) als medizinische Diagnoseschlüssel angewendet.

<sup>246</sup> Depressive Störung (F32.x, F33.x (nicht psychotisch), Psychotische Störung: F20.x, F22x, F25.; F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Angststörungen F41.x, Zwangsstörung F42.x, Persönlichkeitsstörung F60.x, Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung F62.0, Posttraumatische Belastungsstörung F43.1.

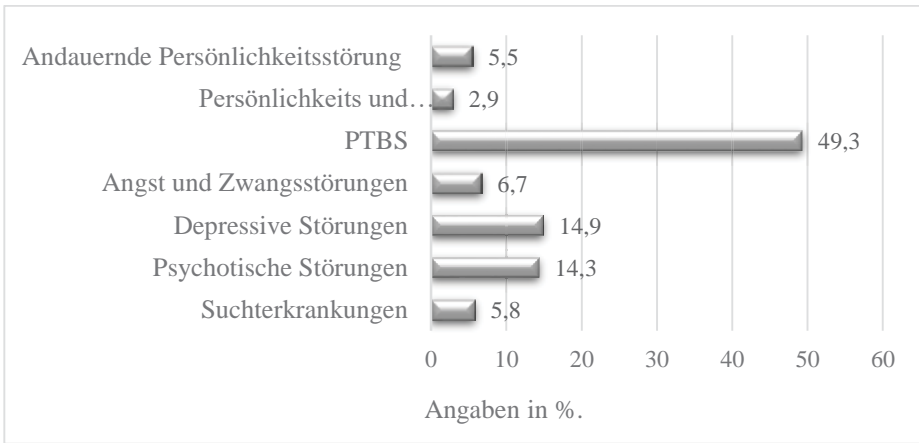


Abbildung 7: Häufigkeit der Erkrankungen in Gesamtstichprobe (%)

In der gesamten Stichprobe waren 76% Männer und 24% Frauen. Am häufigsten waren die Befragten älter als 56 Jahre (29,3%), die zweitgrößte Altersgruppe waren die jüngeren Patienten im Alter von 18 bis 44 Jahren (25,9%). Weitere demographische Verteilungen finden sich in Tabelle 3.

Nach der Religionszugehörigkeit waren die meisten Patienten katholisch (88,7%), zweithäufigste Religionszugehörigkeit war orthodox (4,5%). Von der Gesamtzahl der Patienten (N = 343) waren mehr als die Hälfte der Patienten (57,0%) entweder berentet (38,1%) oder krankgeschrieben (18,9%).

Von N = 316 Patienten, befanden sich 22,2% der Patienten in ärztlicher Behandlung in einer Zeitspanne von 0-5 Jahre, ähnlich wie die Prozentzahl der Patienten die länger als 20 Jahre (22,4%) wegen ihrer Erkrankung behandelt wurden. Fast zwei Drittel (86,8%) der Patienten, nennt die Teilnahme im Krieg und demzufolge die Kriegserlebnisse als Grund ihrer Erkrankung. Eine sehr große Anzahl der Patienten (73,4%) antwortete auf die Frage "Die Verletzung / Traumatisierung wirkt sich in meinem Leben derzeitig aus" mit Antwortmöglichkeiten: nein, gar nicht, ein wenig, und ja, und sehr stark, sehr stark an den Auswirkungen ihrer Erkrankung zu leiden, im Unterschied zu 6,5% der Patienten, die keine Auswirkungen ihrer Erkrankung verspürten. In der Stichprobe waren 62,7% der Befragten entweder als Soldaten oder in anderem militärischen oder polizeilichem Dienst im Krieg aktiv. Mehr als die Hälfte von ihnen (57,7%) haben den ganzen Krieg, also fünf Jahre, aktiv miterlebt.

		Häufigkeit	%
Alter (N = 321)	bis 44	83	25,9
	45-50	65	20,2
	51-55	78	24,3
	ab 56	94	29,3
Geschlecht (N = 341)	weiblich	82	24,0
	männlich	259	76,0
Familienstand (N = 336)	verheiratet	180	53,6
	zusammenlebend	16	4,8
	geschieden	34	10,1
	alleinlebend	93	27,7
	verwitwet	13	3,9
Kinder (N = 327)	nein	102	31,2
	ja	225	68,8
Zahl der Kinder (N = 221)	1	30	13,6
	2	110	49,8
	3	55	24,9
	4	14	6,3
	5	6	2,7
	6	3	1,4
	7	3	1,4
Schulabschluss (N = 340)	Grundschule (8Jahre)	63	18,5
	Realschule/Berufsschule	208	61,2
	Gymnasium	21	6,2
	FHS/Uni	48	14,1
Religion (N = 335)	katholisch	297	88,7
	muslimisch	8	2,4
	orthodox	15	4,5
	andere	2	0,6



	keine	13	3,9
Dauer der Behandlung (N = 343)	bis 5 Jahre	76	22,2
	5 bis 10 Jahre	68	19,8
	10 bis 15 Jahre	59	17,2
	15 bis 20 Jahre	36	10,5
	> 20 Jahre	77	22,4
Auswirkungen der Erkrankung (N = 308)	nein, überhaupt nicht	20	6,5
	wenig	62	20,1
	ja, sehr	226	73,4
Aktive Kriegsteilnahme (N = 332)	nein	124	37,3
	ja	208	62,7
Dauer der aktiven Kriegsteilnahme (N = 194)	weniger als ein Jahr	37	19,1
	weniger als drei Jahre	45	23,2
	ganze Kriegszeit	112	57,7
Re/S Einschätzung (N = 305)	R+S+	140	45,9
	R+S-	27	8,9
	R-S+	19	6,2
	R-S-	119	39,0

Tabelle 3: Häufigkeit demografischer Daten

Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) gehörten eher zur älteren Gruppe (33% ab 56 Jahre,  $p = <0,001$ ), waren eher Männer (95,7%,  $p = <0,001$ ) und haben im Krieg aktiv teilgenommen (96,8%,  $p = <0,001$ ).

### 3. SpNQ Spiritual Needs Questionnaire

#### 3.1. Häufigkeit SpNQ Bedürfnisse - Gesamtstichprobe und beide Patientengruppen

Die Antworthäufigkeiten auf die Einzel-Items nach der Präsenz und Stärke psychosozialer, religiöser und spiritueller Bedürfnisse beziehen sich auf die Anzahl und den Prozentsatz der Antworten, die mit „mittel“ (2) oder „groß“ (3) beantwortet wurden und werden in Tabelle 4 und Abb. 8 für die Gesamtstichprobe und in Tabelle 5 für beide Patientengruppen dargestellt.

		<b>Basiszahl Alle Patienten (N)</b>	<b>Anzahl</b>	<b>%</b>
Religiöse Bedürfnisse	Kontakt zu einem Seelsorger zu haben, der Sie unterstützt?*	329	187	56,8
	sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel....) zu wenden?	333	231	69,3
	religiöse / spirituelle Bücher/Schriften zu lesen?	336	166	49,4
	an einer religiösen Feier (z.B. Gottesdienst) teilzunehmen?	332	192	57,8
	selber zu beten	324	206	63,6
	dass jemand für sie betet?	327	163	49,8
	mit jemandem zu beten?	330	156	47,2
	dass sich jemand aus Ihrer Gemeinde bzw. Religionsgemeinschaft (z.B. der Pfarrer) um sie kümmert?*	335	126	37,6
Existenzielle Bedürfnisse	auf Ihr bisheriges Leben zurückzuschauen?*	338	240	71,0
	ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären?	331	234	70,7
	einen Sinn in Ihrer Krankheit bzw. Lebensbeeinträchtigung sehen zu können?	338	249	73,7

	mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen zu können?	328	195	59,4
	mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden zu können?	329	130	39,5
	jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?	335	242	72,2
	dass Ihnen vergeben wird?	325	198	60,9
Innerer Frieden	in die Schönheit der Natur eintauchen zu können?	334	253	75,7
	an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können?	333	297	89,1
	inneren Frieden finden zu können?	335	274	81,8
	mit jemandem über Ihre Ängste und Sorgen reden zu können?	340	227	66,8
Geben/ Generativität	Ihre Lebenserfahrungen weitergeben zu können?	326	232	71,1
	Gewissheit zu haben, dass das bisherige eigene Leben sinn- und wertvoll war?	335	241	71,9
	jemandem Trost spenden zu können?	334	257	76,9
	etwas von sich verschenken zu wollen?	337	257	76,2
	<i>Unabhängige Items</i>			
Bedürfnisse nach Beziehung/ Zuwendung	mit der Familie verbunden zu sein *	329	231	70,2
	von der eigenen Familie (wieder) stärker einbezogen werden *	337	265	78,6
	von Familie mehr Rückhalt zu bekommen *	335	290	86,6
	sich jemandem liebevoll zuwenden *	332	243	72,1

\*werden nicht in den vier Haupt-Skalen verrechnet

Tabelle 4: Antworthäufigkeit von Einzel Items – Gesamtstichprobe

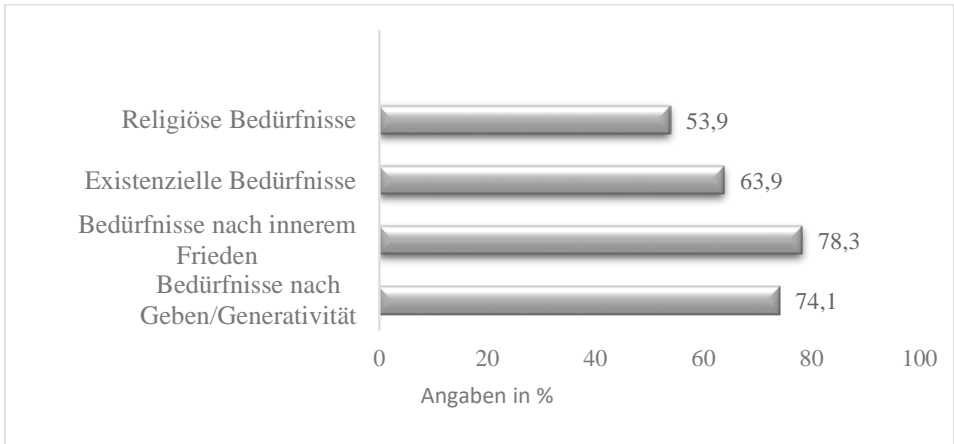


Abbildung 8: Häufigkeit SpNQ Bedürfnisse – Gesamtstichprobe

		Basis- zahl (G1)	G1 Anzahl* Häufig- keit (%)	Basis- zahl (G2)	G2 Anzahl* Häufig- keit (%)
Religi- öse Be- dürf- nisse	Kontakt zu einem Seelsorger zu haben, der Sie unterstützt?*	180	106 (58,8)	149	81 (54,3)
	sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel....) zu wenden?	182	134 (73,6)	151	97 (64,2)
	religiöse / spirituelle Bücher/Schriften zu lesen?	184	90 (48,9)	152	76 (50,0)
	an einer religiösen Feier (z.B. Gottesdienst) teilzunehmen?	182	119 (65,4)	150	73 (48,7)
	selber zu beten	179	118 (66,0)	145	88 (60,7)
	dass jemand für sie betet?	181	84 (46,4)	146	79 (54,1)
	mit jemandem zu beten?	182	91 (50,0)	148	65 (43,9)
	dass sich jemand aus Ihrer Gemeinde bzw. Religionsgemeinschaft (z.B. der Pfarrer) um sie kümmert?*	182	70 (38,5)	153	56 (36,6)
Existen- tielle Bedürf- nisse	auf Ihr bisheriges Leben zurückzuschauen?*	185	124 (67,0)	153	116 (75,8)
	ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären?	178	122 (68,5)	153	112 (73,2)
	einen Sinn in Ihrer Krankheit bzw. Lebensbeeinträchtigung sehen zu können?	184	136 (73,9)	154	113 (73,4)
	mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen zu können?	180	98 (54,5)	148	97 (65,5)
	mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden zu können?	180	71 (39,5)	149	59 (39,5)

	jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?	183	125 (68,3)	152	117 (76,9)
	dass Ihnen vergeben wird?	176	90 (51,1)	149	108 (72,5)
Innerer Frieden	in die Schönheit der Natur eintauchen zu können?	182	125 (68,7)	152	128 (84,2)
	an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können?	183	169 (92,3)	150	128 (85,3)
	inneren Frieden finden zu können?	184	147 (79,9)	151	127 (84,1)
	mit jemandem über Ihre Ängste und Sorgen reden zu können?	185	129 (69,8)	155	98 (63,2)
Geben/ Generativität	Ihre Lebenserfahrungen weitergeben zu können?	177	119 (67,2)	149	113 (75,8)
	Gewissheit zu haben, dass das bisherige eigene Leben sinn- und wertvoll war?	183	122 (66,6)	152	119 (78,3)
	jemandem Trost spenden zu können?	182	135 (74,2)	152	122 (80,3)
	etwas von sich verschenken zu wollen?	183	134 (73,2)	154	123 (79,9)
Bedürfnisse nach Beziehung/ Zuwendung	<i>Unabhängige Items</i>				
	mit der Familie verbunden zu sein *	181	154 (85,0)	148	136 (91,9)
	von eigenen Familie stärker einbezogen werden *	183	144 (78,7)	154	135 (88,3)
	von Familie mehr Rückhalt zu bekommen *	182	144 (78,7)	153	121 (78,6)
	sich jemandem liebevoll zuwenden *	184	123 (66,8)	153	120 (78,4)
*werden nicht in den vier Haupt-Skalen verrechnet					

Tabelle 5: Häufigkeit von Einzel Items bei beiden Patientengruppen

\*Zahl der Patienten, die mit mittel und groß geantwortet haben.

### 3.2. Mittelwertvergleich zwischen demografischen Merkmalen und SpNQ Bedürfnissen – Gesamtstichprobe

Die Mittelwerte für psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse (SpNQ) betragen für:

Religiöse Bedürfnisse (N = 337, m = 1,64 (0,90)), Existenzielle Bedürfnisse (N = 342, m = 1,81 (1,81)), Bedürfnisse nach innerem Frieden (N = 342, m = 2,21 (0,64)) und Bedürfnisse nach Geben/Generativität (N = 342, m = 2,04 (0,75)).

#### 3.2.1. Mittelwertvergleich nach Geschlecht

Frauen hatten im Vergleich zu Männern signifikant höhere Mittelwerte bei allen religiös spirituellen Bedürfnissen (Tab. 6).

	Frauen	Männer	
Religiöse Bedürfnisse	N = 81, m = 1,86 SD 0,93	N = 254, m = 1,56 SD 0,88	F = 6,5, p = 0,01
Existenzielle Bedürfnisse	N = 82, m = 2,03 SD 0,73	N = 258, m = 1,73 SD 0,71	F = 10,5, p = <0,001
Bedürfnisse nach innerem Frieden	N = 82, m = 2,35 SD 0,59	N = 258, m = 2,17 SD 0,65	F = 4,8, p = 0,02
Bedürfnisse nach Geben und Generativität	N = 82, m = 2,3 SD 0,66	N = 258, m = 1,9 SD 0,76	F = 13,3, p = <0,001

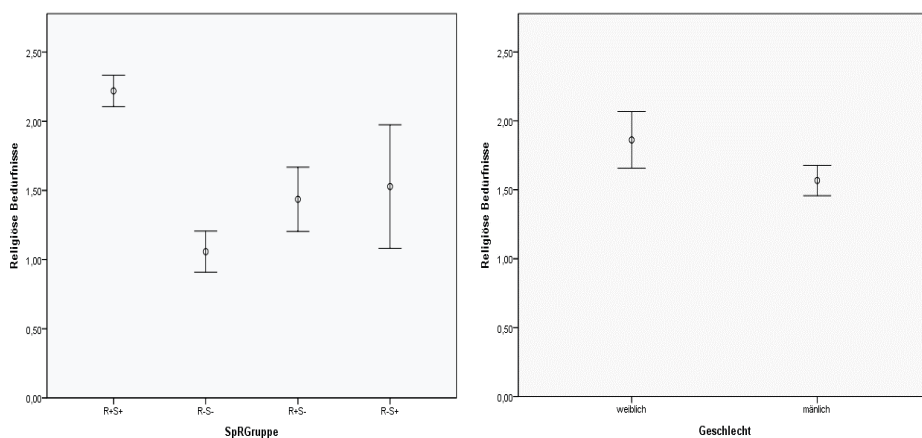
Tabelle 6: Mittelwertvergleich SpNQ Bedürfnisse nach Geschlecht

### 3.2.2. Religiöse Bedürfnisse

Signifikant höhere Mittelwerte für Religiöse Bedürfnisse hatten erwartungsgemäß Patienten, die sich als religiös und spirituell selbsteingeschätzt haben, Patienten, die angegeben haben, sehr unter den Auswirkungen ihrer Erkrankung zu leiden und verwitwete Patienten. (Tab. 7 und Abb.9).

<i>Religiöse Bedürfnisse</i>		<i>m (SD)</i>	<i>p</i>
Gesamt N = 337		1,64 (0,90)	
Geschlecht N = 335, F 6,5	weiblich männlich	1,86 (0,93) 1,56 (0,88)	0,01
SpR Selbsteinschätzung N= 257, F53,3	R+S+ R-S-	2,21 (0,67) 1,05 (0,81)	<0,001
Familienstand N=331, F 3,08	verwitwet geschieden	2,06 (0,81) 1,24 (0,81)	0,01
Auswirkungen der Erkrankung N=303, F 4,7	Sehr wenig	1,73 (0,88) 1,33 (0,93)	<0,001

Tabelle 7: Mittelwertvergleich religiöse Bedürfnisse und demografischen Daten





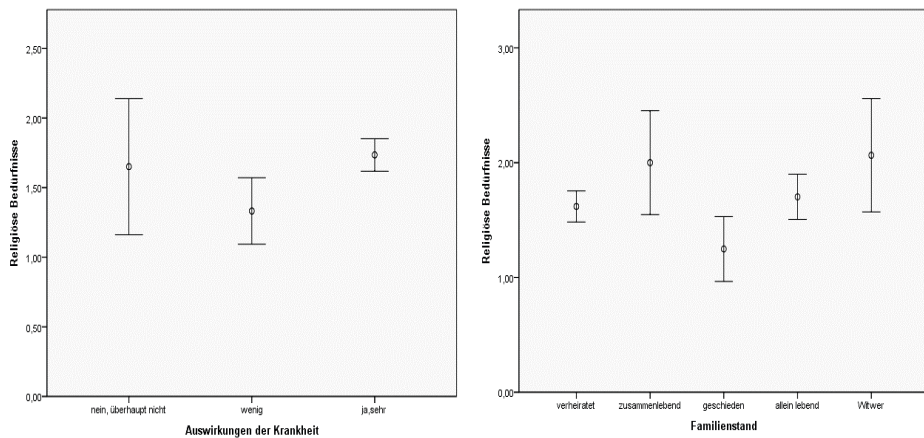


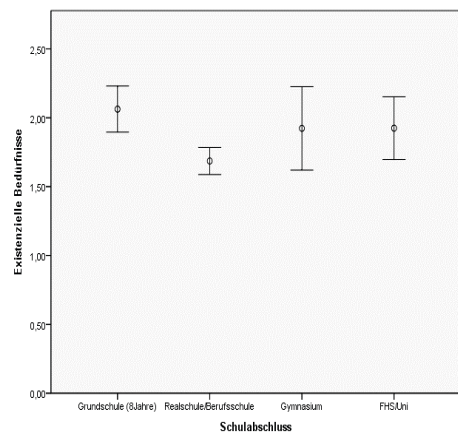
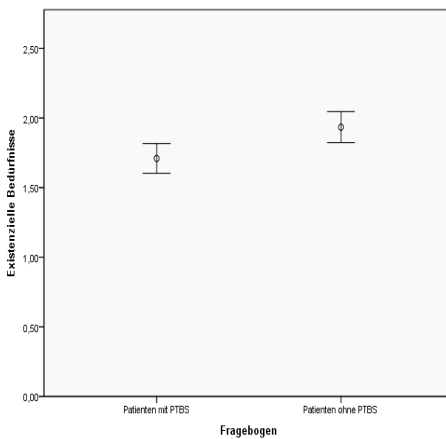
Abbildung 9: Mittelwertvergleich Religiöse Bedürfnisse und demografische Daten

### 3.2.3. Existentielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben/Generativität

Patienten mit einem niedrigeren Bildungsstatus (Grundschule (8 Jahre Ausbildung) hatten signifikant höhere Existentielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben/Generativität als Patienten mit einem Real- oder Berufsschulabschluss. Aktive Kriegsteilnehmer hatten signifikant niedrigere Existentielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben/Generativität als zivile Patienten. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) hatten im Unterschied zu Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1) signifikant höhere Mittelwerte für Existentielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben/Generativität. Patienten die sich als religiös und spirituell bezeichneten hatten höhere Existentielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben/Generativität als nicht religiöse und nicht spirituelle Patienten. Patienten die krankgeschrieben wurden, hatten einen höheren Mittelwert für Existentielle Bedürfnisse als Patienten die noch gearbeitet haben. Patienten, die im Krieg aktiv teilgenommen haben, hatten signifikant niedrigere Existentielle Bedürfnisse (Tab.8, Abb.10) und Bedürfnisse nach Geben und Generativität (Tab. 9 und Abb. 11).

<i>Existenzielle Bedürfnisse</i>	Gesamt: N = 342 m =1,81 SD 0,73	<i>m (SD)</i>	<i>p</i>
Patientengruppe N = 342, F 7,3	Patienten mit Traumafolgeerkrankung (G1)  Patienten ohne Traumafolgeerkrankung (G2)	1,71 (0,73)  1,92 (0,70)	<0,001
Geschlecht N = 340, F 10,5	weiblich  männlich	2,03 (0,73)  1,73 (0,71)	<0,001
Schulabschluss N = 339, F 5,2	Grundschule (8 Jahre Ausbildung)  Real- oder Berufsschulabschluss	2,06 (0,66)  1,68 (0,72)	<0,001
SpR Selbsteinschätzung N= 259, F11,5	R+S+  R-S-	1,98 (0,69)  1,58 (0,73)	<0,001
Krankgeschrieben N=154, F 6,41	ja  nein	2,05 (0,70)  1,77 (0,65)	0,012
Aktive Teilnahme im Krieg N=331, F 10,7	ja  nein	1,72 (0,74)  1,99 (0,67)	<0,001

Tabelle 8: Mittelwertvergleich Existenzielle Bedürfnisse und demografische Daten



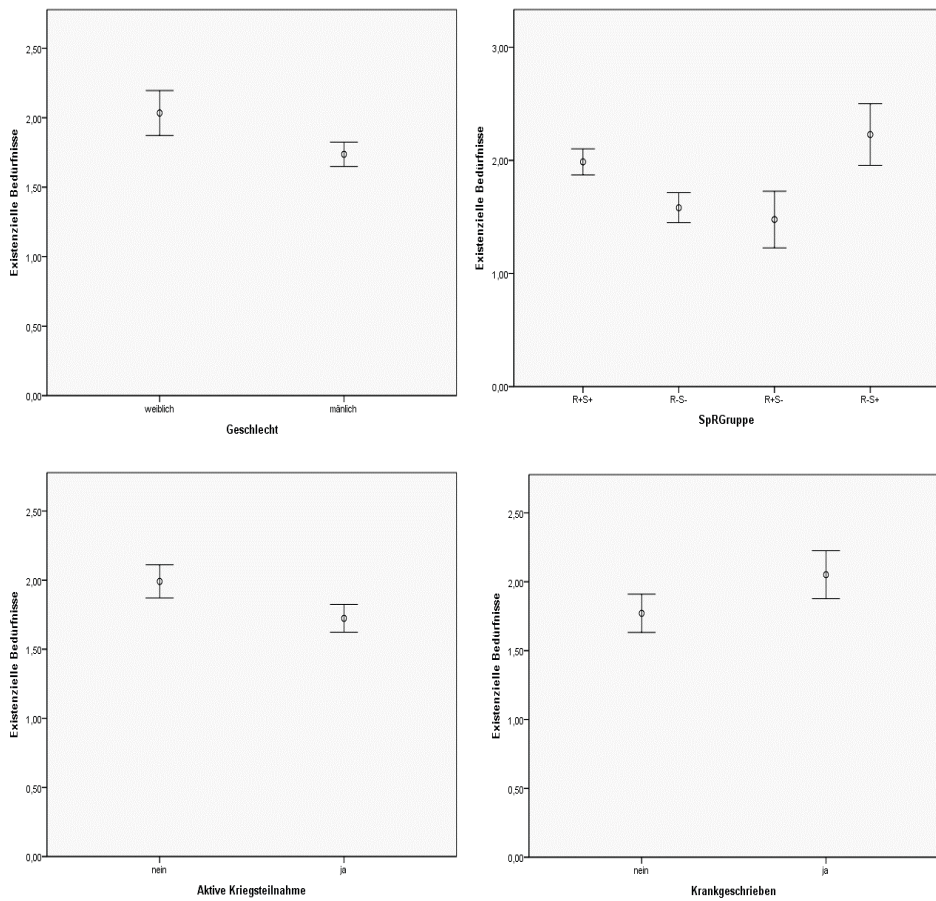


Abbildung 10: Mittelwertvergleich Existenzuelle Bedürfnisse und demografische Daten

<i>Bedürfnisse nach Geben/Generativität</i>	Gesamt N = 342 m =2,04 SD 0,75	<i>m (SD)</i>	<i>p</i>
Patientengruppe N = 342, F 8,5	Patienten mit Traumafolgenkrankung (G1)	1,9 (0,78)	<0,001
	Patienten ohne Traumafolgenkrankung (G2)	2,1 (0,69)	
Geschlecht N = 340, F 13,3	Weiblich	2,3 (0,66)	<0,001
	Männlich	1,9 (0,76)	
Schulausbildung N = 339, F 3,2	Grundschule (8 Jahre Ausbildung)	2,26 (0,65)	<0,001
	Real- oder Berufsschulabschluss	1,94 (0,77)	
SpR Selbsteinschätzung N= 259, F13,1	R+S+	2,29 (0,68)	0,02
	R-S-	1,75 (0,77)	
Aktive Teilnahme im Krieg N=331, F 7,9	Ja	1,96 (0,78)	<0,001
	Nein	2,20 (0,68)	

Tabelle 9: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach Geben/Generativität und demografische Daten

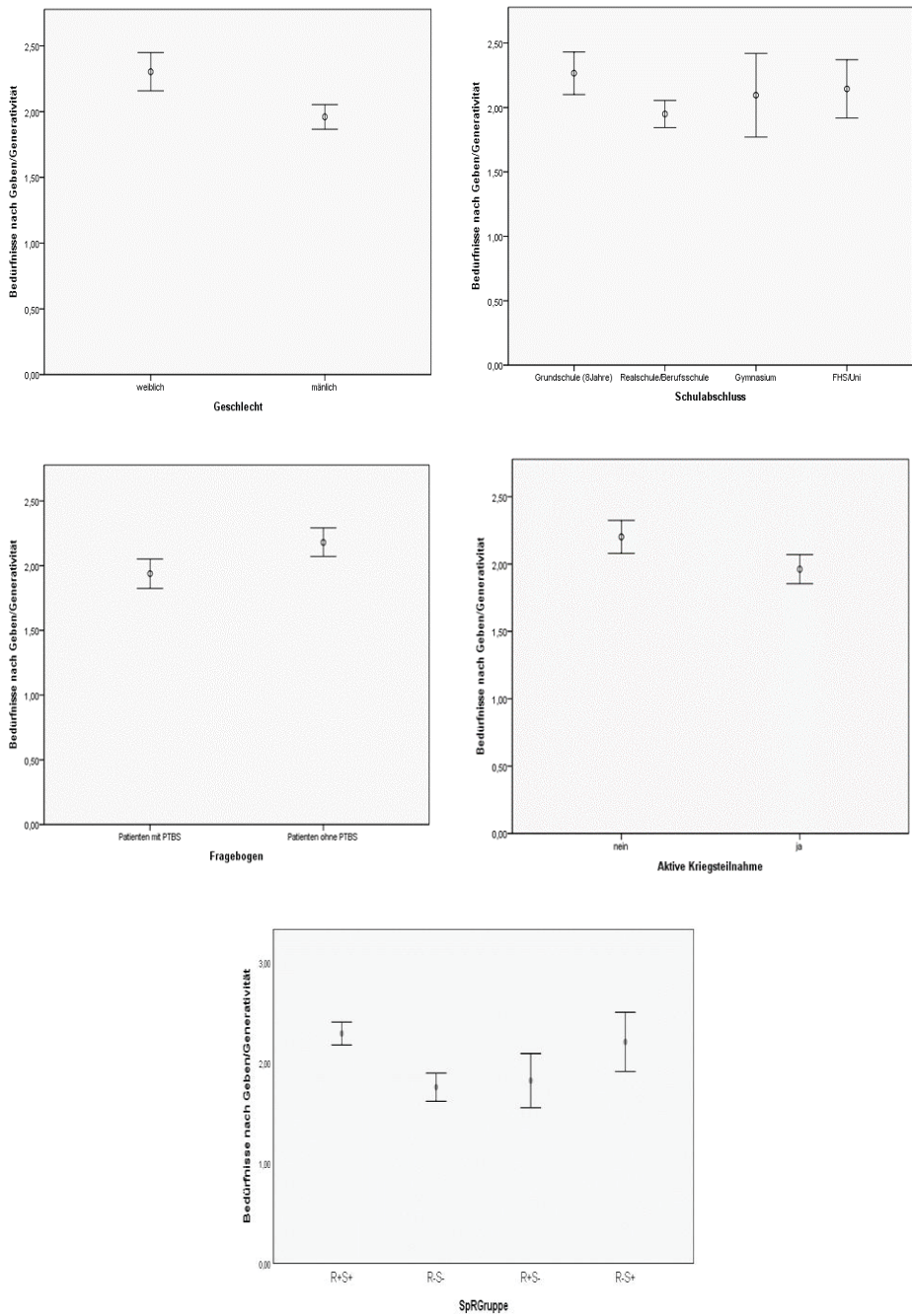


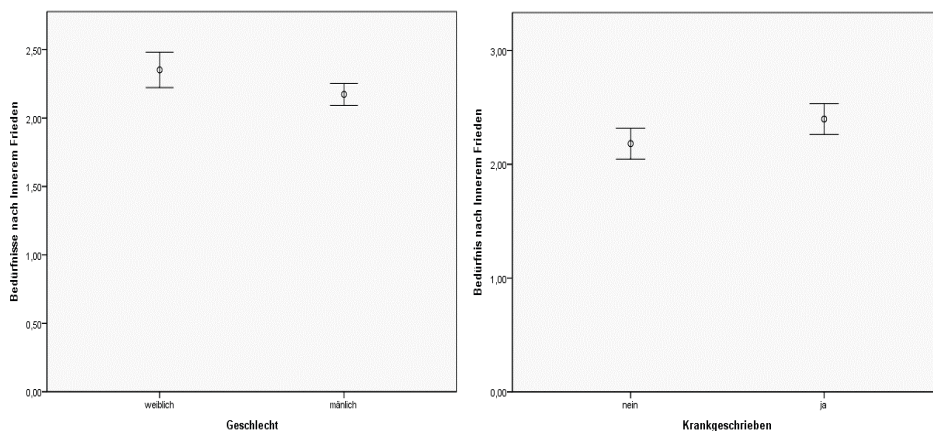
Abbildung 11: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach Geben/Generativität und demografische Daten

### 3.2.4. Bedürfnisse nach innerem Frieden

Signifikant höhere Bedürfnisse nach innerem Frieden hatten Patienten, die während der Befragung krankgeschrieben waren, Patienten die angegeben haben, sehr unter den Auswirkungen ihrer Erkrankung zu leiden und Patienten, die sich als religiös und spirituell bezeichneten (Tab. 10, Abb. 12).

<i>Bedürfnisse nach innerem Frieden</i>	Gesamt N = 342 m=2,21 SD 0,64	m (SD)	p
Geschlecht N = 340, F 13,3	weiblich männlich	2,3 (0,59) 2,1 (0,65)	<0,001
Krankgeschrieben N=154, F 4,79	ja nein	2,39 (0,54) 2,17 (0,65)	0,02
SpR Selbsteinschätzung N 259, F5,8	R+S+ R-S-	2,36 (0,55) 2,07 (0,71)	<0,001
Auswirkungen der Erkrankung N=307, F 4,7	sehr überhaupt nicht	2,31 (0,61) 2,01 (0,70)	<0,001

Tabelle 10: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach innerem Frieden und demografische Daten





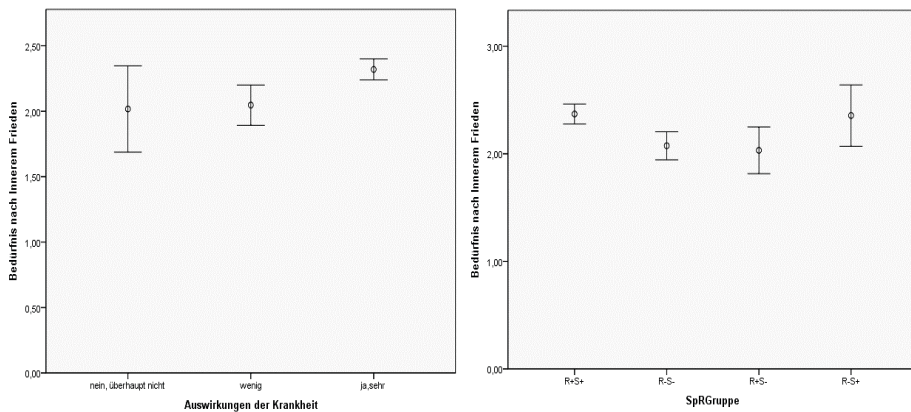
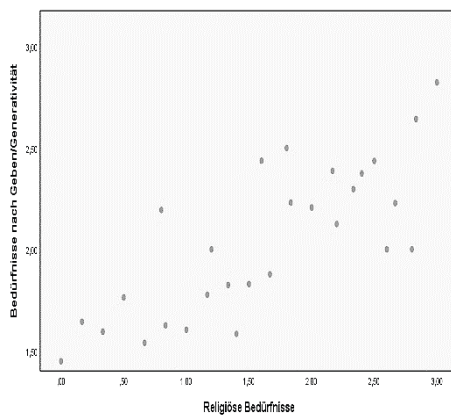


Abbildung 12: Mittelwertvergleich Bedürfnisse nach innerem Frieden und demografische Daten

### 3.3. Korrelation zwischen den SpNQ Bedürfnissen –Gesamtstichprobe

#### 3.3.1. Religiöse Bedürfnisse

Die Korrelation zwischen religiösen Bedürfnissen und anderen Skalen psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse (SpNQ) ergab mit Existenziellen Bedürfnissen ( $N=337, r = 0,52, p < 0,001$ ) und mit Bedürfnissen nach Geben und Generativität ( $N = 337, r = 0,51, p < 0,001$ ) eine signifikante, starke Korrelation. Mit Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 337, r = 0,39, p < 0,001$ ) hatten Religiöse Bedürfnisse einen signifikanten, moderaten Zusammenhang (Abb.13).



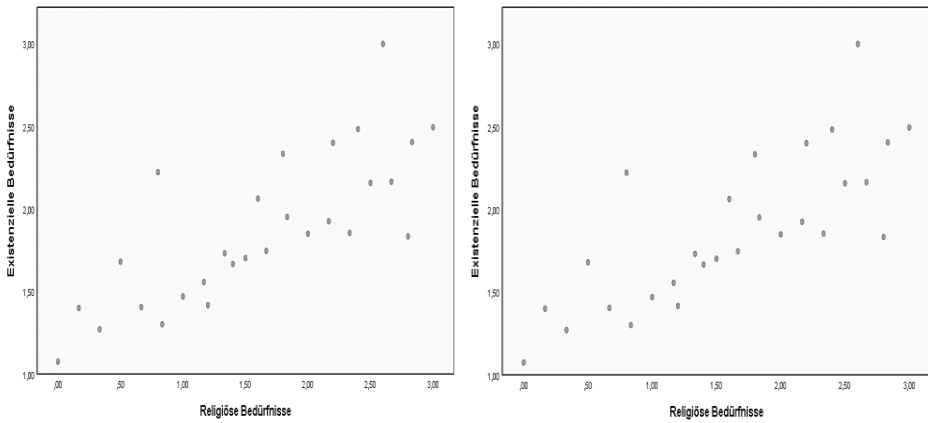


Abbildung 13: Korrelationen zwischen Religiösen Bedürfnissen und anderen SpNQ Bedürfnissen

### 3.3.2. Existenzielle Bedürfnisse

Die Korrelation zwischen existenziellen Bedürfnissen und anderen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen ergab eine Reihe von signifikanten Korrelationen.

Existenzielle Bedürfnisse zeigten eine signifikante, starke Korrelation mit Bedürfnissen nach Geben und Generativität ( $N = 342$ ,  $r = 0,64$ ,  $p < 0,001$ ) und mit Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 342$ ,  $r = 0,60$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb. 14).

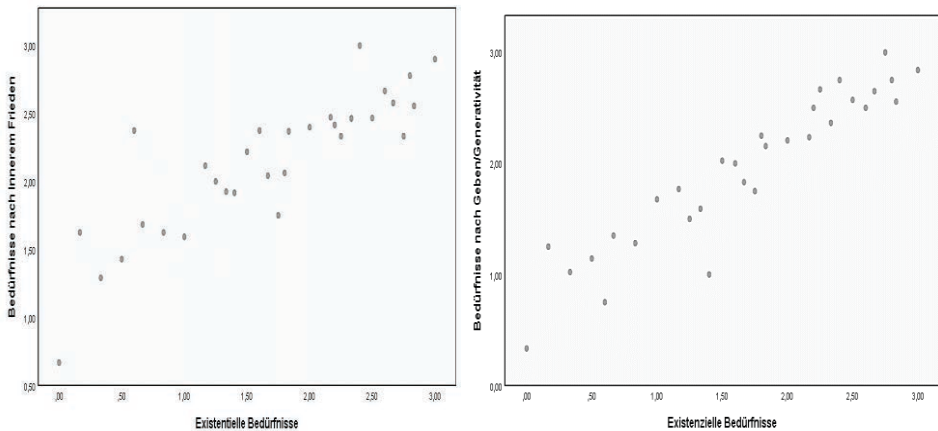


Abbildung 14: Korrelationen zwischen Existenziellen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach Geben und Generativität und Bedürfnissen nach innerem Frieden



### 3.3.3. Bedürfnisse nach Geben und Generativität und Bedürfnisse nach innerem Frieden

Die Korrelation von Bedürfnissen nach Geben und Generativität mit Bedürfnissen nach innerem Frieden zeigte einen starken, signifikanten Zusammenhang ( $N = 342$ ,  $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb.15).

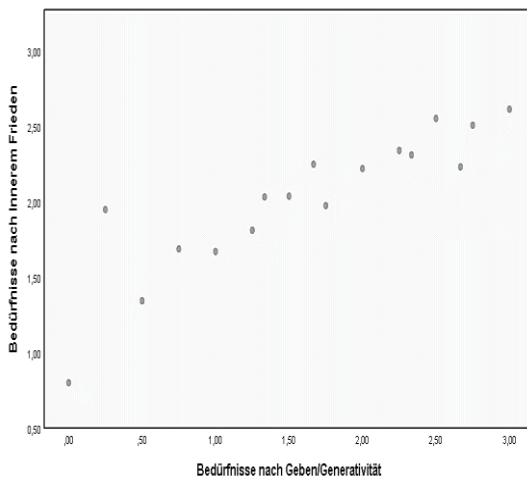


Abbildung 15: Korrelationen zwischen Bedürfnis nach innerem Frieden und Bedürfnisse nach Geben und Generativität

### **3.4. Korrelation von SpNQ Bedürfnissen zwischen den Patientengruppen**

#### **3.4.1. Religiöse Bedürfnisse**

Der Korrelationsvergleich von Religiösen Bedürfnissen und anderen religiös spirituellen Bedürfnissen zwischen beiden Patientengruppen:

der Zusammenhang zwischen Religiösen Bedürfnissen und Existenziellen Bedürfnissen war bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) stärker ( $N = 184$ ,  $r = 0,56$ ,  $p < 0,001$ ) als bei den Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) ( $N = 153$ ,  $r = 0,47$ ,  $p < 0,001$ ). Bei der Korrelation von Religiösen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach Geben und Generativität gab es zwischen den beiden Patientengruppen keine bedeutenden Unterschiede: Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) ( $N = 184$ ,  $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$  vs. Patientengruppe mit anderen psychischen Erkrankungen (G2)  $N = 153$ ,  $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ). Bei den Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) war die Korrelation zwischen Religiösen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 153$ ,  $r = 0,45$ ,  $p < 0,001$ ) stärker als bei den Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) ( $N = 184$ ,  $r = 0,35$ ,  $p < 0,001$ ).

#### **3.4.2. Existenzielle Bedürfnisse**

Der Korrelationsvergleich von Existenziellen Bedürfnissen und anderen SpNQ Skalen unter den zwei Patientengruppen ergab keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Patientengruppen.

#### **3.4.3. Bedürfnisse nach Geben/Generativität**

Der Korrelationsvergleich von Bedürfnissen nach Geben/Generativität und anderen religiös spirituellen Bedürfnissen zwischen beiden Patientengruppen:

Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) hatten etwas stärkeren Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Geben/Generativität und dem Bedürfnis nach innerem Frieden als die Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) ( $N = 156$ ,  $r = 0,55$ ,  $p < 0,001$  vs.  $N = 186$ ,  $r = 0,48$ ,  $p < 0,001$ ).

### 3.5. Korrelationen zwischen SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen-Gesamtstichprobe

#### 3.5.1. Religiöse Bedürfnisse

Religiöse Bedürfnisse korrelierten mit der Skala Suche nach sinngebender Rückbindung signifikant und stark ( $N = 316, r = 0,62, p < 0,001$ ), genau wie mit Vertrauen in eine höhere Führung ( $N = 316, r = 0,61, p < 0,001$ ) und signifikant, moderat mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung ( $N = 317, r = 0,40, p < 0,001$ ). Religiöse Bedürfnisse korrelierten signifikant und stark mit Benefit ( $N = 310, r = 0,61, p < 0,001$ ). (Abb. 16).

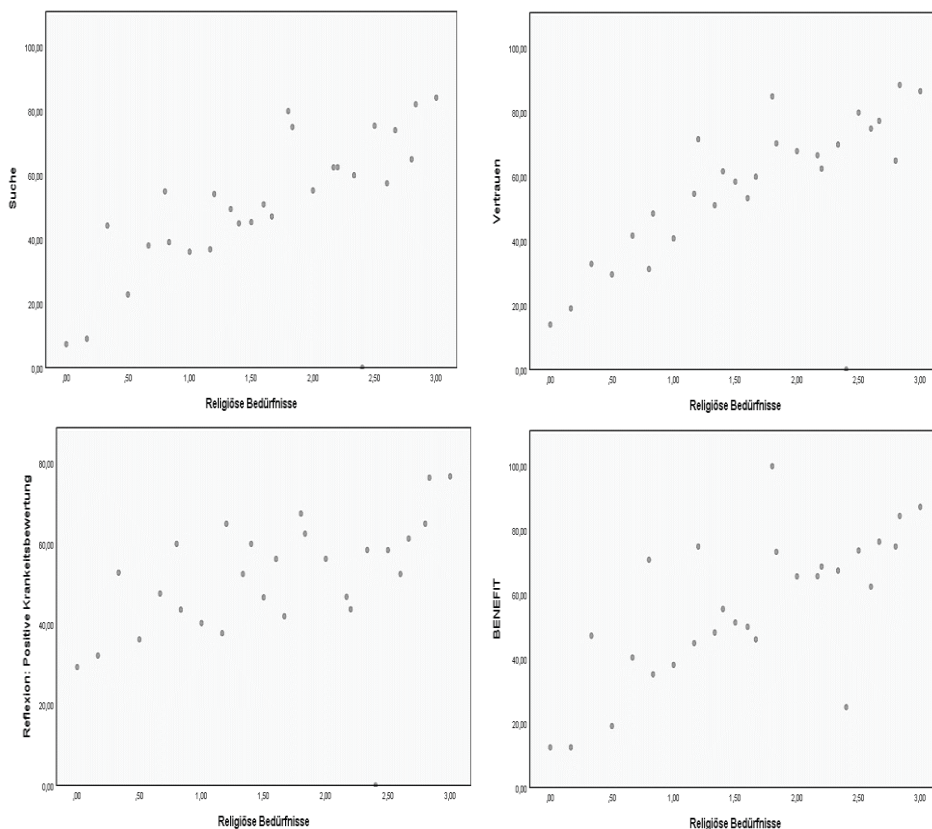
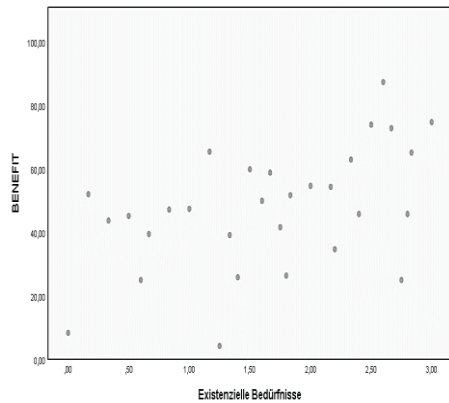
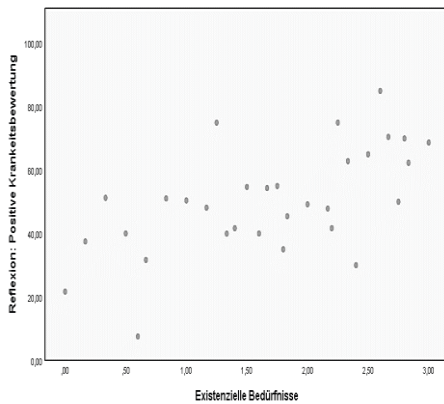
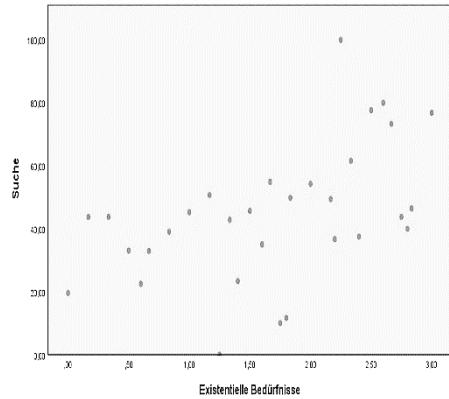
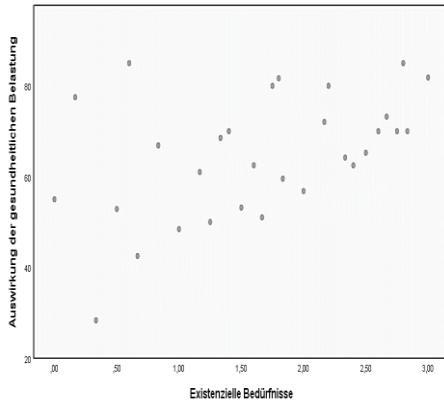


Abbildung 16: Korrelationen zwischen Religiösen Bedürfnissen und SpREUK Skalen

### 3.5.2. Existenzielle Bedürfnisse

Existenzielle Bedürfnisse korrelierten signifikant, moderat mit Suche nach sinngebender Rückbindung ( $N = 319$ ,  $r = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ), und signifikant, relativ schwach mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung ( $N = 289$ ,  $r = 0,28$ ,  $p < 0,001$ ), Vertrauen in eine höhere Führung ( $N = 320$ ,  $r = 0,28$ ,  $p < 0,001$ ) und Benefit ( $N = 315$ ,  $r = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb. 17).



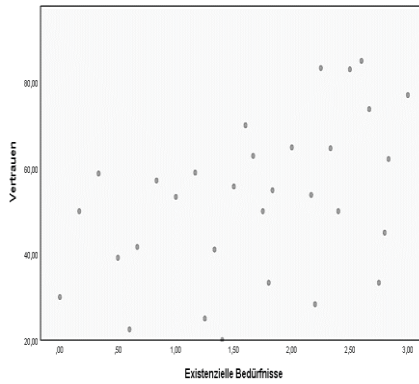
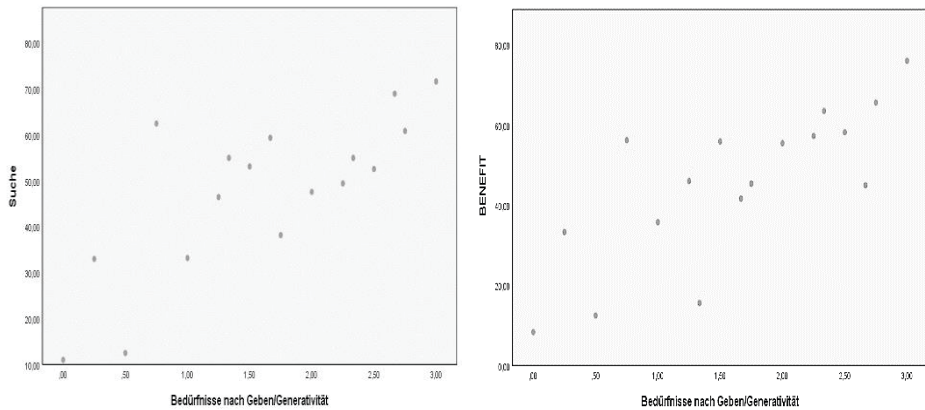


Abbildung 17: Korrelation zwischen existenziellen Bedürfnissen und SpREUK Skalen

### 3.5.3. Bedürfnisse nach Geben /Generativität

Die Korrelation zwischen den Bedürfnissen nach Geben/Generativität und SpREUK Skala Reflexion. Positive Krankheitsbewertung ( $N = 322, r = 0,39, p < 0,001$ ), Benefit ( $N = 315, r = 0,38, p < 0,001$ ), Suche nach sinngebender Rückbindung ( $N = 319, r = 0,33, p < 0,001$ ) und Vertrauen in eine höhere Führung ( $N = 320, r = 0,30, p < 0,001$ ) ergab signifikante, moderate Zusammenhänge. (Abb.18).



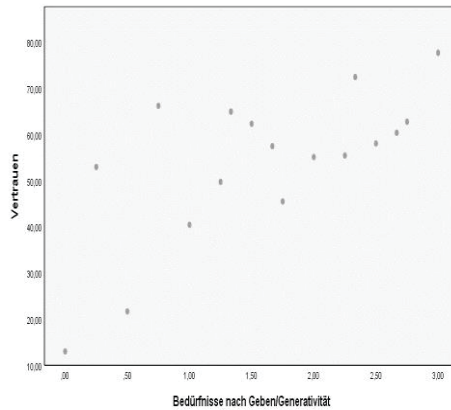


Abbildung 18: Korrelation zwischen den Bedürfnissen nach Geben/Generativität und SpREUK Skalen

### 3.5.4. Bedürfnis nach innerem Frieden

Bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Bedürfnis nach innerem Frieden mit SpREUK Skalen ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse.

### 3.6. Korrelation zwischen SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen bei den Patientengruppen

Beim Vergleich zwischen den zwei Patientengruppen ergaben sich folgende Ergebnisse:

Der Korrelationsvergleich von religiös spirituellen Bedürfnissen (SpNQ) und SpREUK Skalen ergab bei beiden Patientengruppen ähnliche signifikante Korrelationen die sich unter den Patientengruppen in ihrer Stärke wenig unterschieden haben – und dass trotz der unterschiedlichen m/w-Verteilung zwischen G1 und G2. (Tab. 11).

Religiöse Bedürfnisse		
	G1	G2
Suche G1(N=178) G2 (N = 138)	$r = 0,61$ $p < 0,001$	$r = 0,64$ $p < 0,001$
Vertrauen G1 (N = 178) G 2 (N = 138)	$r = 0,59$ $p < 0,001$	$r = 0,63$ $p < 0,001$
Reflexion G1 (N = 179) G2 (N = 138)	$r = 0,40$ $p < 0,001$	$r = 0,44$ $p < 0,001$
Benefit G1 (N = 177) G2 (N = 133)	$r = 0,63$ $p < 0,001$	$r = 0,59$ $p < 0,001$
Existenzielle Bedürfnisse		
	G1	G2
Suche G1(N = 180) G2 (N = 138)	$r = 0,31$ $p < 0,001$	$r = 0,36$ $p < 0,001$
Vertrauen G1 (N = 180) G 2 (N = 140)	$r = 0,26$ $p < 0,001$	$r = 0,31$ $p < 0,001$
Reflexion G1 (N = 181) G2 (N = 141)	$r = 0,22$ $p < 0,003$	$r = 0,31$ $p < 0,001$
Benefit G1 (N = 180) G 2 (N = 140)	$r = 0,29$ $p < 0,001$	$r = 0,23$ $p < 0,005$
Bedürfnisse nach Geben/Generativität		
	G1	G2
Suche	$r = 0,31$	$r = 0,34$

G1(N = 180) G2 (N = 139)	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Vertrauen G1 (N = 180) G 2 (N = 140)	$r = 0,25$ $p < 0,001$	$r = 0,38$ $p < 0,001$
Reflexion G1 (N = 181) G2 (N = 141)	$r = 0,35$ $p < 0,001$	$r = 0,43$ $p < 0,001$
Benefit G1 (N = 179) G2 (N = 136)	$r = 0,41$ $p < 0,001$	$r = 0,34$ $p < 0,001$
<b>Bedürfnisse nach innerem Frieden</b>		
	G1	G2
Suche G1(N = 180) G2 (N = 139)	$r = 0,24$ $p < 0,001$	$r = 0,30$ $p < 0,001$
Vertrauen G1 (N = 180), G 2 (N = 140)	$r = 0,17$ $< 0,01$	$r = 0,26$ $< 0,002$
Reflexion G1 (N = 181) G2 (N = 141)	$r = 0,18$ nicht signif.	$r = 0,24$ $< 0,003$
Benefit G1 (N = 179) G 2 (N = 136)	$r = 0,21$ $< 0,005$	$r = 0,27$ $< 0,001$

Tabelle 11: Korrelation zwischen SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen bei den Patientengruppen





## 4. Analyse der Fragen bezüglich des Bedürfnisses nach Vergebung

Aus dem SpNQ Modul wurden zwei Fragen, die Bedürfnisse bezüglich Vergebung betreffen, analysiert: Frage N16 W: „*Ich habe das Bedürfnis jemandem aus einem bestimmten Abschnitt des Lebens zu vergeben*“ und Frage N17 W: „*Ich habe das Bedürfnis, dass jemand mir etwas vergibt*“.

Vor der Analyse von Mittelwertunterschieden, wurde die Häufigkeit der Fragen N16W und N17W beschrieben:

### 4.1. Häufigkeiten der Fragen nach Vergebung

Frage N16W: „*Ich habe das Bedürfnis jemandem aus einem bestimmten Abschnitt des Lebens zu vergeben*“

Dieses Bedürfnis war für N = 119 (35,5%) der Patienten *mittel* und für N = 123 (36,7%) Patienten *groß* von Bedeutung. (Abb.19).

N = 93 (27,8%) der Patienten hatten kein oder geringes Bedürfnis jemandem zu vergeben. Von N = 183 Patienten mit Traumafolgerkrankungen G1) war für 68,3% der Patienten dieses Bedürfnis mittel oder groß und für 76,9% (N = 176) der Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2).

Frage N17 W: „*Ich habe das Bedürfnis, dass jemand mir etwas vergibt*“

Bei dieser Frage war das Bedürfnis für N = 95 (29,2%) der Patienten *mittel* und für N = 103 (31,7%) *groß*. Für N = 75 (23,1%) der Patienten war das Bedürfnis gering und N = 52 (16,0%) hatten kein Bedürfnis, dass ihnen jemand etwas vergibt.

Für 51,1% Patienten der Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1) war das Bedürfnis mittel oder groß und für 72,5% der Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2).

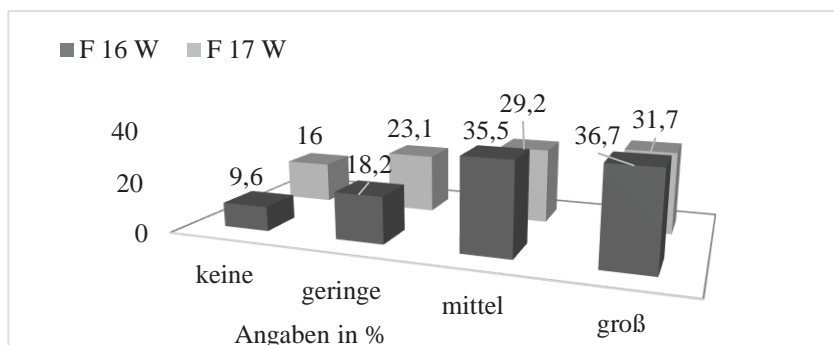
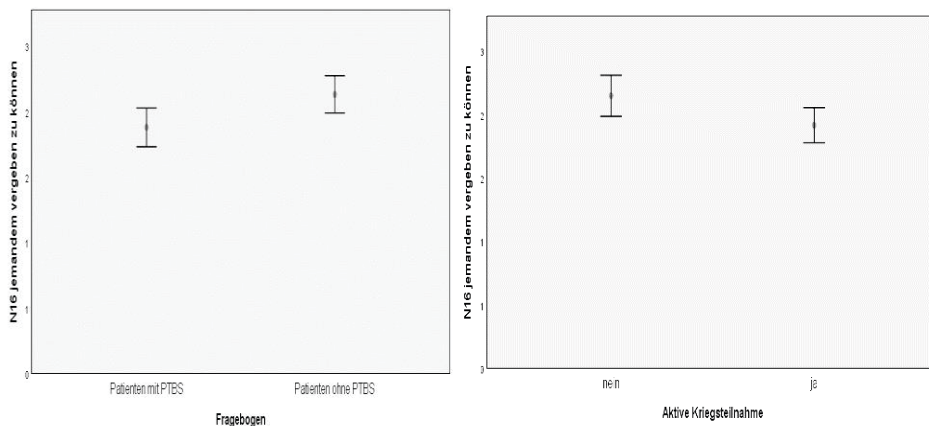


Abbildung 19: Häufigkeit Fragen F16W und F17 W (Gesamtzahl)

## 4.2. Mittelwertvergleich zwischen der Frage N16W und demografischer Daten – Gesamtstichprobe

Bei der Auswertung der Mittelwerte zwischen der Frage N16W und demografischer Daten (Abb. 20), ergaben sich mehrere signifikante Unterschiede. Der Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen zeigte, dass Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) signifikant weniger das Bedürfnis hatten jemandem aus einem bestimmten Abschnitt ihres Lebens zu vergeben als Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (N = 184, m = 1,89 (1,01) vs. N = 151, m = 2,13 (0,88) F 5,1, p = 0,02).

Ähnliche Ergebnisse zeigte der Vergleich zwischen den Patienten, die aktiv im Krieg teilgenommen haben, im Unterschied zu den Patienten, die den Krieg als zivile Personen erlebt haben. Patienten die aktiv (z.B. als Soldaten) am Krieg teilgenommen haben, zeigten im Unterschied zu anderen, „nicht aktiven“ Patienten signifikant weniger Bedürfnis, jemandem aus einem bestimmten Abschnitt ihres Lebens zu vergeben (N = 203, m = 1,92, (0,99) vs. N = 121, m = 2,15 (0,90), F 4,4, p = 0,03). Patienten die sich als religiös und spirituell bezeichneten, hatten ein größeres Bedürfnis zu vergeben als nicht religiöse und nicht spirituelle Patienten (N = 138, m = 2,16 (0,94) vs. N = 117, m = 1,74 (1,0), F 5,3, p < 0,001). Mittelwertvergleiche mit anderen demografischen Daten ergaben keine weiteren signifikanten Ergebnisse.



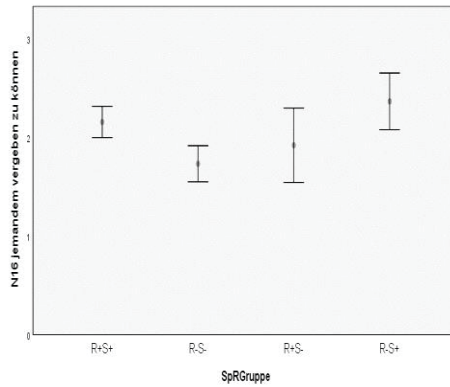


Abbildung 20: Mittelwertvergleich zwischen der Frage F16W und demografischer Daten

#### 4.3. Mittelwertvergleich zwischen der Frage N17 W und demografischen Daten- Gesamtstichprobe

Bei der Analyse zwischen den Patientengruppen zeigte sich auch bei dieser Frage, dass Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) signifikant weniger das Bedürfnis hatten, dass ihnen jemand etwas vergibt, als es bei den Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) der Fall war ( $N = 176$ ,  $m = 1,55$  (1,05) vs.  $N = 149$ ,  $m = 2,02$  (1,03),  $F 16,3$ ,  $p < 0,001$ ). Frauen hatten ein größeres Bedürfnis, dass ihnen vergeben wird als die Männer ( $N = 79$ ,  $m = 2,04$  (1,15) vs.  $N = 244$ ,  $m = 1,68$  (1,03),  $F 6,8$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb.21) Patienten die aktiv als Soldaten im Krieg waren, hatten weniger Bedürfnis, dass ihnen vergeben wird als Patienten die nicht aktiv im Krieg waren ( $N = 193$ ,  $m = 1,6$  (1,05) vs.  $N = 121$ ,  $m = 2,06$  (1,0),  $F 14,7$ ,  $p < 0,001$ ).

Patienten, die sich als religiös und spirituell empfanden, hatten ein größeres Bedürfnis nach Vergebung als die Patienten, die sich als nicht religiös und nicht spirituell selbsteinschätzten ( $N = 134$ ,  $m = 1,96$  (1,02) vs.  $N = 115$ ,  $m = 1,52$  (1,02),  $F 6,7$ ,  $p < 0,001$ ).

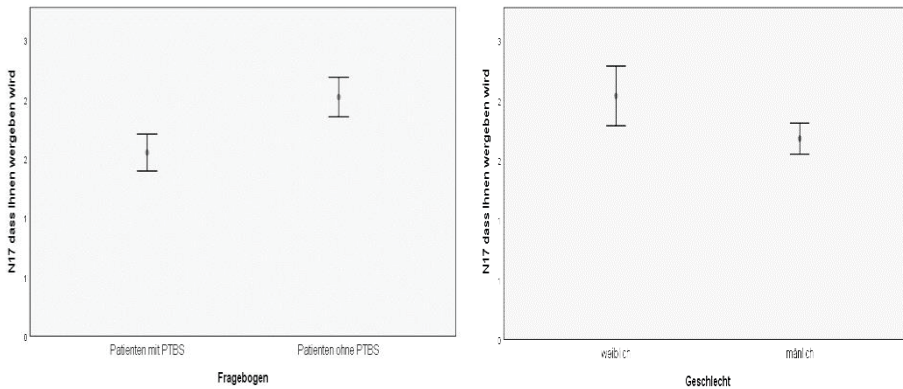
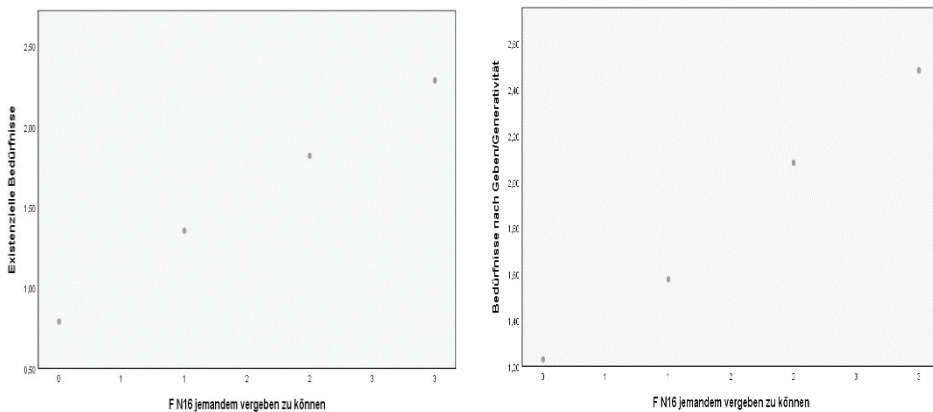


Abbildung 21: Mittelwertvergleich zwischen der Frage N17W und demografischer Daten

#### 4.4. Korrelation zwischen der Frage N16W und SpNQ Bedürfnissen – Gesamtstichprobe

Bei der Korrelation zwischen der Frage N16W und anderen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen aus dem SpNQ Modul ergaben sich mehrere signifikante Korrelationen. (Abb. 22). Das Bedürfnis, „jemandem aus einem bestimmten Abschnitt des Lebens zu vergeben“, zeigte eine signifikante, starke Korrelation mit Existenziellen Bedürfnissen ( $N = 335, r = 0,61, p < 0,001$ ) und den Bedürfnissen nach Geben und Generativität ( $N = 335, r = 0,53, p < 0,001$ ), moderate Korrelationen mit Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 333, r = 0,39, p < 0,001$ ) und mit Religiösen Bedürfnissen ( $N = 313, r = 0,31, p < 0,001$ ).



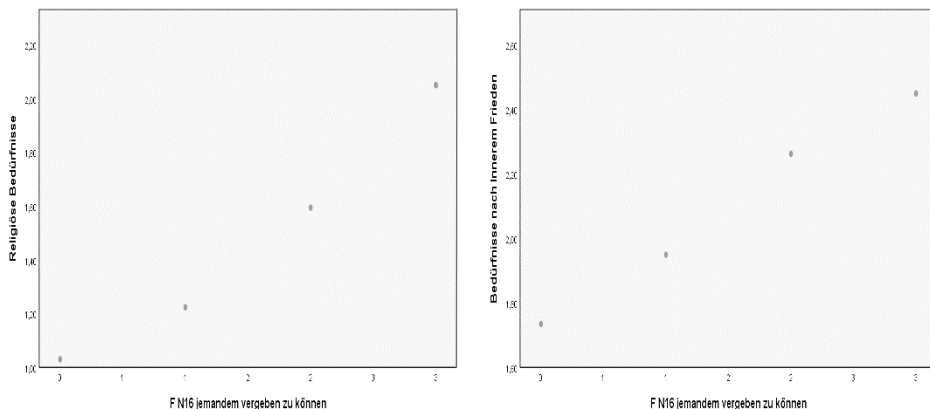
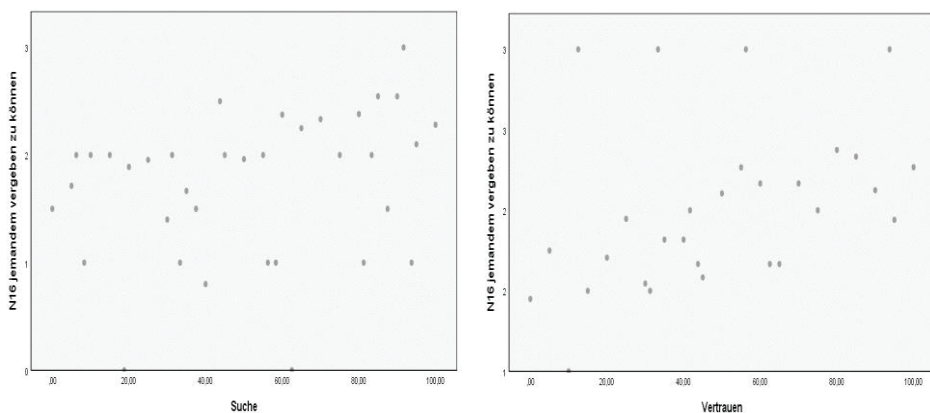


Abbildung 22: Korrelation zwischen der Frage N16W und SpNQ Bedürfnissen

#### 4.5. Korrelation zwischen der Frage N16W und SpREUK Skalen-Gesamtstichprobe

Bei der Überprüfung der Korrelationen zwischen der Frage N16W und SpREUK Skalen zeigten sich folgende signifikante Zusammenhänge. (Abb. 23).

Das Bedürfnis, „jemandem aus einem bestimmten Abschnitt des Lebens zu vergeben“, korrelierte signifikant und schwach mit der Suche nach sinngebender Rückbindung ( $N = 313, r = 0,25, p < 0,001$ ), mit Vertrauen in eine höhere Führung ( $N = 314, r = 0,23, p < 0,001$ ) und mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung ( $N = 315, r = 0,22, p < 0,001$ ). Die Korrelation mit Benefit war ebenfalls signifikant und schwach ( $N = 309, r = 0,27, p < 0,001$ ).



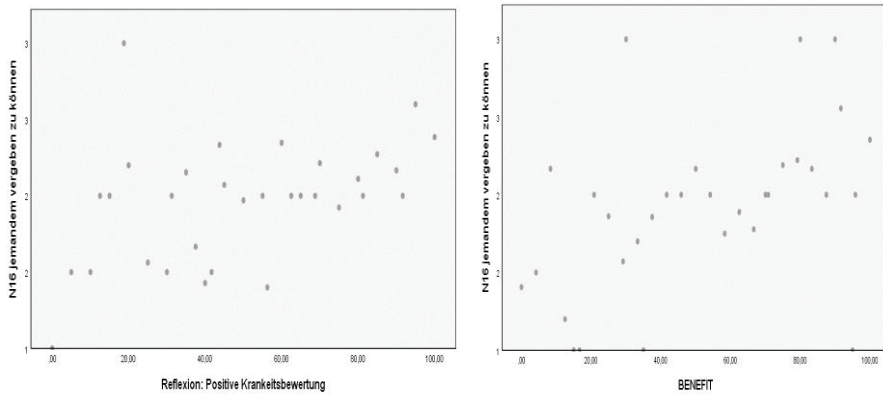


Abbildung 23: Korrelation zwischen der Frage N16W und SpREUK Skalen

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Frage N16 W und Frage N17W ergab sich ein signifikanter, starker Zusammenhang: ( $N = 322$ ,  $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb. 24).

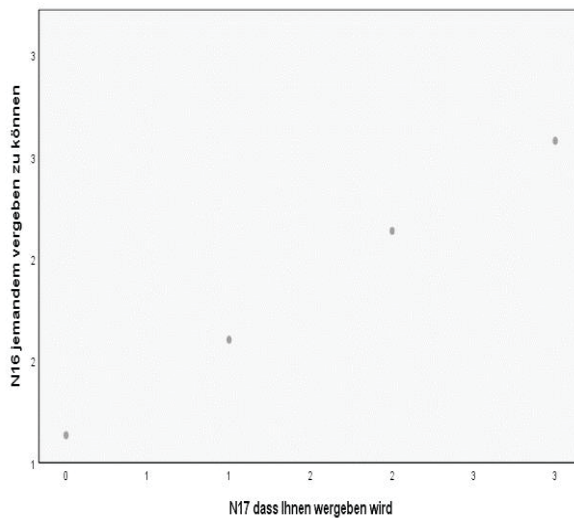


Abbildung 24: Korrelation zwischen der Frage N16 W und der Frage N17W

#### 4.6. Korrelation der Frage N17 W und SpNQ Bedürfnisse-Gesamtstichprobe

Bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen der Frage N17W und anderen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen zeigten sich mehrere signifikante Korrelationen. (Abb. 25).

Das Bedürfnis, „dass mir jemand etwas vergibt“, zeigte eine signifikante, starke Korrelation mit Existenziellen Bedürfnissen ( $N = 325, r = 0,70, p < 0,001$ ) und Bedürfnissen nach Geben und Generativität ( $N = 325, r = 0,52, p < 0,001$ ), moderate Korrelationen mit Religiösen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 323, r = 0,39, p < 0,001 / N = 325, r = 0,38, p < 0,001$ ).

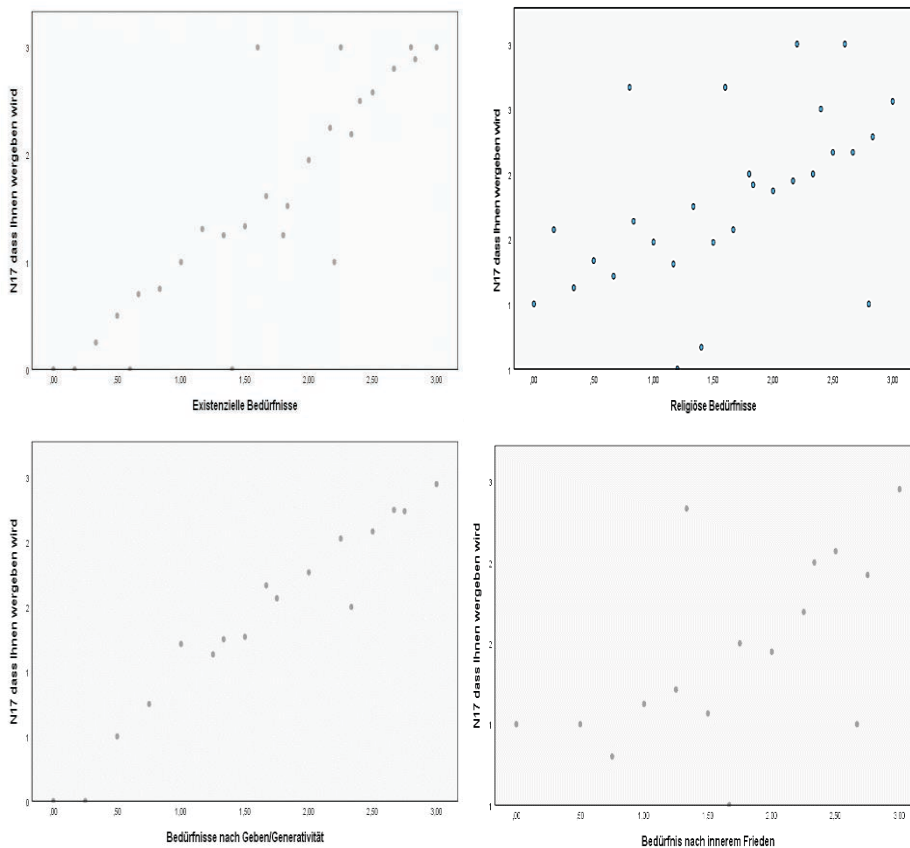


Abbildung 25: Korrelation zwischen der Frage N17W und SpNQ Bedürfnisse



## 4.7. Korrelation zwischen der Frage N17W und SpREUK Skalen Gesamtstichprobe

Die Korrelationen zwischen der Frage N17W und SpREUK Skalen zeigten folgende signifikanten Zusammenhänge. (Abb. 26).

Das Bedürfnis, „dass mir jemand etwas vergibt“, korrelierte signifikant, relativ schwach mit Suche nach sinngebender Rückbindung ( $N = 304$ ,  $r = 0,28$ ,  $p < 0,001$ ), mit Vertrauen in eine höhere Führung ( $N = 305$ ,  $r = 0,25$ ,  $p < 0,001$ ) und mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung ( $N = 306$ ,  $r = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ). Die Korrelation mit Benefit war auch signifikant, relativ schwach ( $N = 299$ ,  $r = 0,26$ ,  $p < 0,001$ ).

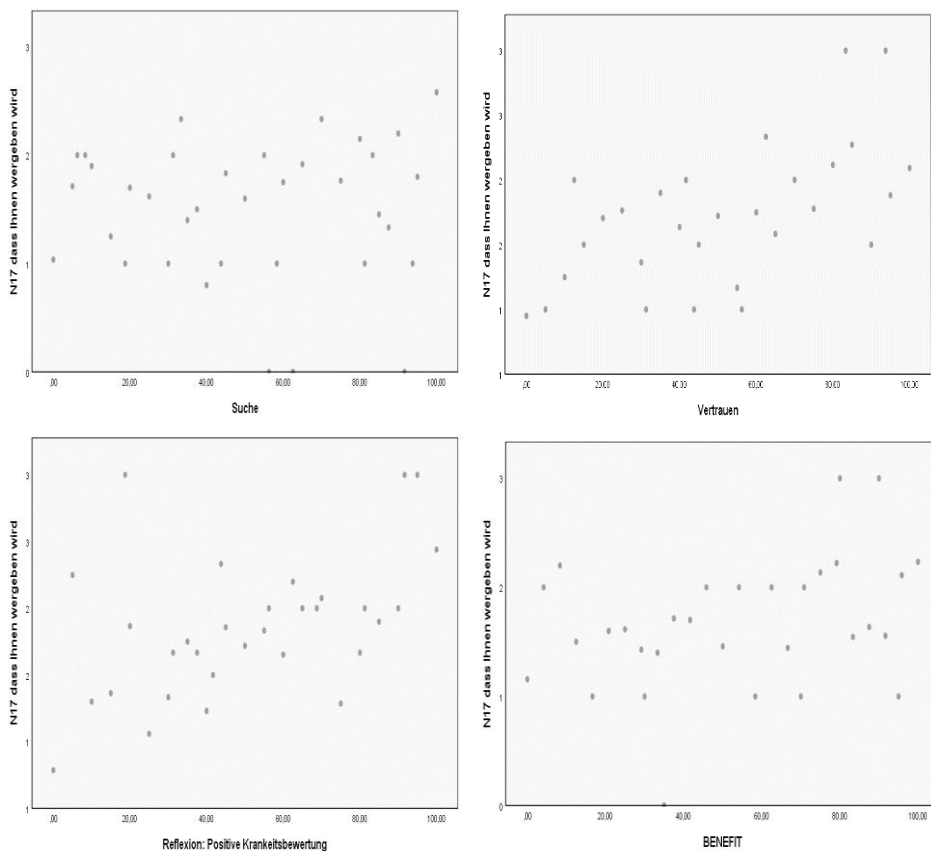


Abbildung 26: Korrelation zwischen der Frage N17W und SpREUK Skalen

#### 4.8. Korrelation zwischen den Fragen nach der Vergebung, SpNQ Bedürfnissen und SpREUK Skalen zwischen den Patientengruppen

Die Überprüfung signifikanter Zusammenhänge zwischen der Frage N 16W, N17W und spirituellen Bedürfnissen zwischen den Patientengruppen zeigte keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Beide Gruppen zeigten vergleichbare signifikante Zusammenhänge: starke, signifikante Ergebnisse zwischen den Fragen N16W und N17W mit Existenziellen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach Geben und Generativität und moderate, signifikante Ergebnisse bei Religiösen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach innerem Frieden.

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen der **Frage N16W** und SpREUK Skalen zwischen den Patientengruppen zeigte keine bedeutenden Unterschiede: relativ schwachen, signifikanten Zusammenhang mit Suche nach sinngebender Rückbindung, Vertrauen in eine höhere Führung und schwachen signifikanten Zusammenhang mit Reflexion: positive Krankheitsbewertung bei beiden Patientengruppen.

Beide Patientengruppen (G1 und G2) moderaten, signifikanten Zusammenhang zwischen der **Frage N17W** und Suche nach sinngebender Bindung (N = 171, r = 0,39, vs. (G2) N = 133, r = 0,16, p < 0,001), Vertrauen in höhere Führung (N = 171, r = 0,30, vs. (G2) N = 134, r = 0,21, p < 0,001) und schwach positiv mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung (N = 172, r = 0,27, vs. (G2) N = 134, r = 0,21, p < 0,001).

Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) hatten im Unterschied zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) zwischen Frage 17W und Benefit einen moderaten, signifikanten Zusammenhang (N = 170, r = 0,34, p < 0,001). Bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) war diese Korrelation nicht signifikant (G2) (N = 129, r = 0,16, p = 0,65).



## 5. Selbsteinschätzung (SpR) als religiös bzw. spirituell - R+/-S+

In dem SpREUK Fragebogen konnten Patienten ihre verschiedenen Gefühle, Einstellungen und Reaktionen bezüglich ihrer Krankheit und Beschwerden, auch im Kontext von spirituellen Bedürfnissen und Einstellungen zum Ausdruck bringen.

Im SpREUK Modul konnten sich die Patienten anhand zweier Fragen:( F2.6. und F1.1.) über ihre Selbsteinschätzung ob religiös und/oder spirituell oder keins von beiden äußern. Zuerst wurde die Häufigkeit der Selbsteinschätzung erhoben.

### 5.1. Häufigkeit der Fragen F2.6 und F1.1– Gesamtstichprobe

Die Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten als religiös und/oder spirituell oder keins von beiden, ist ein wichtiger Hinweis wie sich die Befragten über ihre religiös spirituelle Selbsteinschätzung sehen oder fühlen. Die religiös spirituelle Selbsteinschätzung wurde mit den Fragen F2.6 „*Ich empfinde mich als religiösen Menschen*“ und Frage F1.1 „*Ich empfinde mich als spirituellen Menschen*“ erhoben. Antwortmöglichkeiten bewegten sich zwischen 0 bis 2 für gar nicht zutreffend, eher nichtzutreffend und unentschieden. Die Werte von 3 und 4 stehen für eher zutreffend und genau zutreffend. (Tab.12).

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft genau zu
Ich empfinde mich als religiösen Menschen (F2.6)	14,6%	16,5%	13,9%	19,7%	35,3%
Ich empfinde mich als spirituellen Menschen (F 1.1)	12,9%	16,1%	18,4%	21,0%	31,6%

Tabelle 12: Häufigkeit der Fragen F2.6 und F1

In der Stichprobe (N =305) schätzten sich 45,9% (140) der Patienten als religiös und spirituell (R+S+) ein, als religiös, aber nicht spirituell (R+S-) 8,9%, (27), als spirituell, aber nicht religiös (S+R-) 6,2% (19) und als nicht religiös und nicht spirituell (R-S-) 39% (119) ein. (Tab.13).

	R+	R-
S+	140 (45,9%)	19 (6,2%)
S-	27 (8,9%)	119 (39%)

Tabelle 13: Selbsteinschätzung als religiös bzw. spirituell (R+/-S+-)

## 5.2. Mittelwertvergleich SpR Selbsteinschätzung und SpNQ Bedürfnisse – Gesamtstichprobe

Die Analyse der Mittelwerte bei SpR Selbsteinschätzung und SpNQ Bedürfnissen ergab bei Analyse aller Mittelwerte signifikante Ergebnisse. Patienten, die sich religiös und spirituell einschätzten, hatten bei allen religiös spirituellen Bedürfnissen signifikant höchste Mittelwerte im Unterschied zu den Patienten, die sich als nicht religiös und nicht spirituell bezeichneten. Diese Gruppe hatte niedrigste Mittelwerte für alle religiös spirituelle Bedürfnisse. Detaillierte Ergebnisse wurden in Tab. 14 und Abb. 27 dargestellt.

	Religiöse Bedürfnisse	Existenzielle Bedürfnisse	Bedürfnisse nach Geben/Generativität	Bedürfnisse nach innerem Frieden
R+S+	2,2 (SD 0,67)	1,9 (SD 0,69)	2,2 (SD 0,68)	2,2 (SD 0,55)
R+S-	1,4 (SD 0,57)	1,6 (SD 0,61)	1,8 (SD 0,67)	2,0 (SD 0,53)
R-S+	1,5 (SD 0,92)	2,2 (SD 0,56)	2,2 (SD 0,61)	2,3 (SD 0,59)
R-S-	1,0 (SD 0,81)	1,5 (SD 0,73)	1,7 (SD 0,77)	2,0 (SD 0,71)
N	302	304	304	304
F	53,3	11,5	13,1	5,86
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Tabelle 14: Mittelwertvergleich SpR Selbsteinschätzung und SpNQ Bedürfnisse

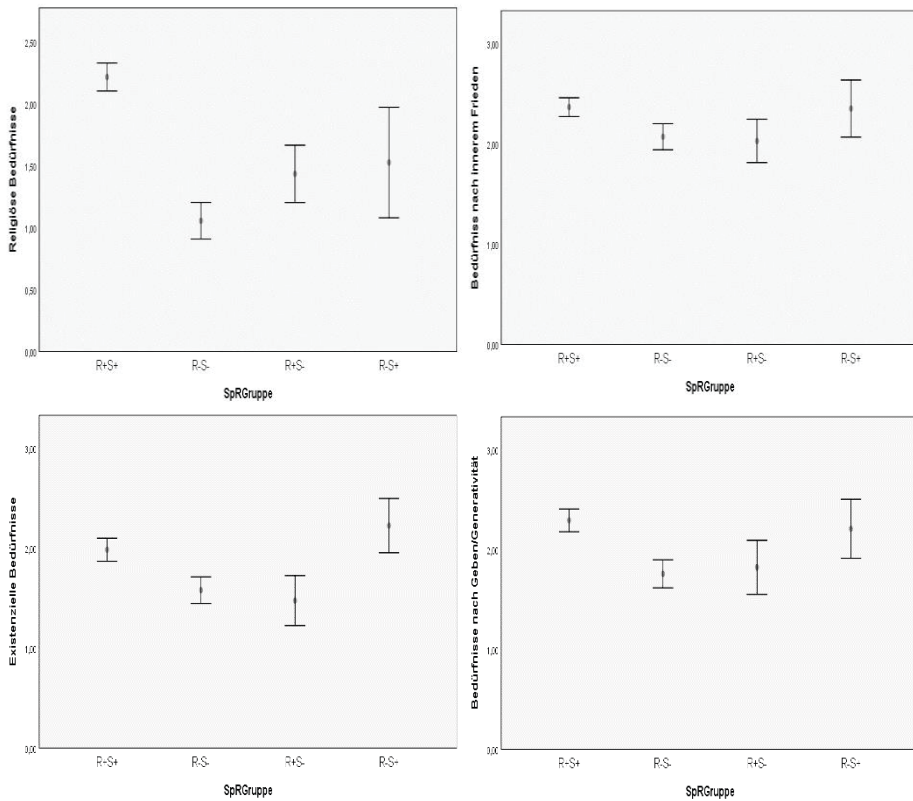


Abbildung 27: Mittelwertvergleich SpR Selbsteinschätzung und SpNQ Bedürfnisse

### 5.3. Mittelwertvergleich Selbsteinschätzung (SpR) – SpREUK Skalen und Benefit – Gesamtstichprobe

Bei der Auswertung der Mittelwerte zwischen SpR Selbsteinschätzung und SpREUK Skalen sind sehr große Unterschiede zwischen den SpR Gruppen aufgefallen. Bei der Skala Vertrauen in höhere Führung hatte die Gruppe R+S+ ( $m = 83,9$  (18,5)) deutlich höheren Mittelwert als Gruppe R-S- ( $m = 28,5$  (18,2)). Bei der Skala Suche nach sinngebender Rückbindung unterscheidet sich die Gruppe R+S+ ( $m = 76,9$  (20,7)) auch sehr stark von der Gruppe R-S- ( $m = 24,2$  (20,6)). Bei der Skala Reflexion: Positive Krankheitsbewertung betrug der Mittelwert der Skala bei der Gruppe R+S+ ( $m = 66,1$  (23,8)) und bei Gruppe R-S- ( $m = 33,4$  (20,7)). (Tab.15 und Abb. 28).

	Suche	Vertrauen	Reflexion: Positive Krankheitsbewertung	Benefit
R+ S+	76,9 (SD 20,7)	83,9 (SD 18,5)	66,1 (SD 23,8)	79,8 (SD 23,0)
R+S-	34,3 (SD 15,7)	52,5 (SD 18,4)	43,7 (SD 24,2)	44,9 (SD 22,0)
R-S+	65,0 (SD 28,6)	55,3 (SD 24,7)	63,8 (SD 21,8)	62,9 (SD 26,3)
R-S-	24,2 (SD 20,6)	28,5 (SD 18,2)	33,4 (SD 20,7)	26,2 (SD 20,7)
N	305	305	304	303
F	145,2	185,3	47,5	125,0
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Tabelle 15: Mittelwertvergleich Selbsteinschätzung (SpR) – SpREUK Skalen und Benefit

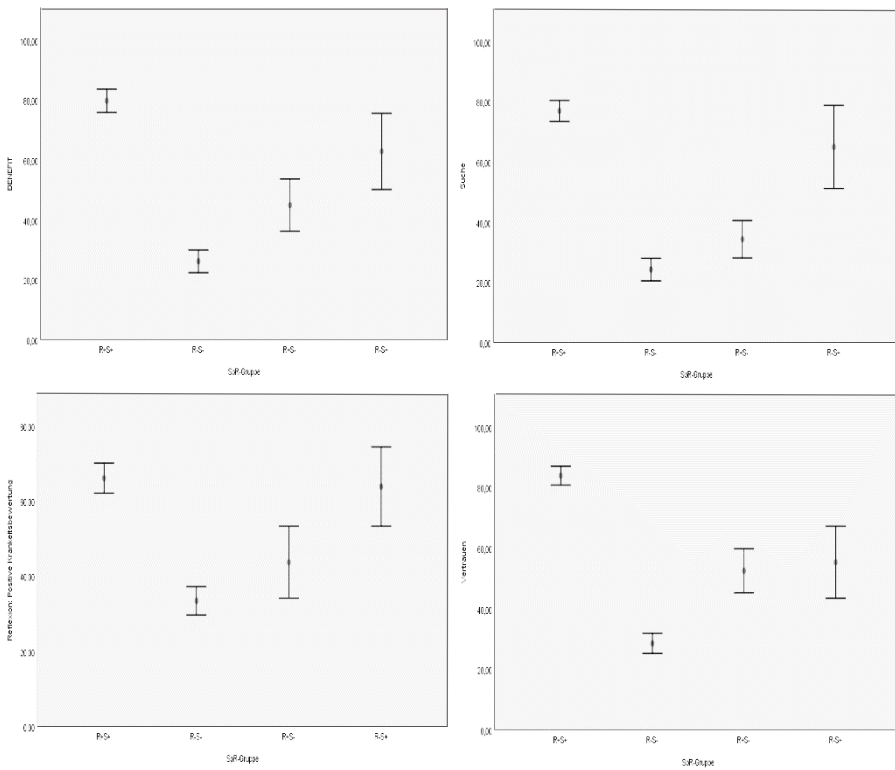


Abbildung 28: Mittelwertvergleich Selbsteinschätzung (SpR) – SpREUK Skalen und Benefit

## **6. SpREUK–Spirituell/religiöse Einstellungen und Umgang mit der Krankheit**

Vor dem Mittelwertunterschied wurde die Häufigkeit der drei Skalen im SpREUK Modul und die Häufigkeit einzelner Fragen analysiert.

Für die Mehrheit der Patienten in der Stichprobe war die Skala Vertrauen in höherer Führung von größter Bedeutung (49,9%) die mit Antworten „eher zutreffend“ oder „genau zutreffend“ geantwortet haben. Die Skala Suche nach sinngebender Rückbindung war für 36,3% sehr wichtig. Ein großer Teil der Patienten (41,6%) fühlte sich durch ihre Erkrankung zu einer Reflexion und Neuorientierung im Leben bewegt.

### **6.1. Häufigkeit einzelner Fragen SpREUK – Gesamtstichprobe**

#### **6.1.1. Suche nach sinngebender Rückbindung**

45,9% der befragten Patienten empfinden sich als religiös und spirituell und 42,8% der Patienten sind davon überzeugt, dass sich ihre Beschwerden günstig beeinflussen lassen, wenn sie einen Zugang zu einer spirituellen Quelle finden können. 40,6% der Patienten ist auf der Suche nach einem Zugang zu Spiritualität und Religiosität und 17,8 % der Patienten äußerten sich, durch ihre (belastenden) Erfahrungen ihren Glauben verloren zu haben.

Für mehr als ein Drittel der Patienten (36,7%) war ihre Krankheit ein Grund, sich mehr mit spirituellen und religiösen Fragen zu beschäftigen, und fast die Hälfte der Patienten (45,1%) möchte religiöse und spirituelle Erkenntnisse gewinnen, unabhängig davon, ob sich das auf ihre Erkrankung mindernd auswirkt oder nicht. (Ergebnisse aller Skalen in Tab. 16 und Abb.29).

#### **6.1.2. Vertrauen in eine höhere Führung**

Für mehr als die Hälfte der Patienten (58%) war ihr Glaube ein fester Halt in schwierigen Zeiten, und 57,5% der Patienten vertrauten in eine höhere Macht, die sie trägt. 50,5% der Befragten war überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist, und 46,6% der Patienten hatten Vertrauen in eine geistige Führung in ihrem Leben. 36,9% der Patienten fühlte sich mit einer höheren Quelle verbunden.

#### **6.1.3. Reflexion: Positive Krankheitsbewertung**

Bei 45,9% der Patienten hat die Erkrankung sie dazu gebracht, sich mehr mit dem Thema über ReS auseinander zu setzen, und für 48,5% der Patienten war sie ein Auslöser darüber nachzudenken, was für sie in ihrem Leben wirklich wichtig ist. Für 47,8% der Befragten, war die Erkrankung ein Hinweis dafür, etwas in ihrem



Leben zu ändern. Mehr als ein Drittel der Patienten (35,2%) glaubte, dass die Erkrankung einen Sinn hat, und 30,6% sahen ihre Erkrankung als eine Chance für weitere persönliche Entwicklung.

		Häufigkeit	%
Suche	Ich bin davon überzeugt, dass sich meine Beschwerden günstig beeinflussen lassen, wenn ich einen Zugang zu einer spirituellen Quelle finden kann.	125	42,8
	Ich suche einen Zugang zu Spiritualität / Religiosität	123	40,6
	Es drängt mich zu spiritueller oder religiöser Erkenntnis, egal ob sich dadurch meine Beschwerden / Schwierigkeiten mindern oder nicht.	128	45,1
	Meine Beschwerden bzw. belastende Erlebnisse haben mich dazu gebracht, mich wieder intensiv mit spirituellen / religiösen Fragen zu beschäftigen.	112	36,7
	Aufgrund meiner (belastenden) Erfahrungen habe ich meinen Glauben verloren.	55	17,8
Vertrauen	Egal was auch passiert, ich habe Vertrauen in eine höhere Macht, die mich trägt.	179	57,5
	Ich habe Vertrauen in eine geistige Führung in meinem Leben.	144	46,6
	Ich fühle mich mit einer „höheren Quelle“ verbunden.	112	36,9
	Ich bin davon überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist.	155	50,5
	Mein Glaube ist mir ein fester Halt in schwierigen Zeiten.	178	58,0
Reflexion: Positive Krankheitsbewertung	Was mir zustößt, ist mir ein Hinweis, etwas in meinem Leben zu ändern.	147	47,8
	Durch meine Beschwerden bzw. belastenden Erlebnisse komme ich dazu, mich mehr mit mir selber auseinander zu setzen.	146	45,9

Ich bin überzeugt, dass meine Beschwerden bzw. beeinträchtigenden Symptome einen Sinn haben.	104	35,2
Ich sehe meine Beschwerden bzw. die gemachten Erfahrungen mit belastenden Erlebnissen als Chance für meine persönliche Entwicklung an.	92	30,6
Durch meine Beschwerden bzw. belastenden Erlebnisse komme ich dazu, darüber nachzudenken, was mir in meinem Leben wirklich wichtig ist.	146	48,5

Tabelle 16: Antworthäufigkeiten auf die Einzel-Items SpREUK Skalen

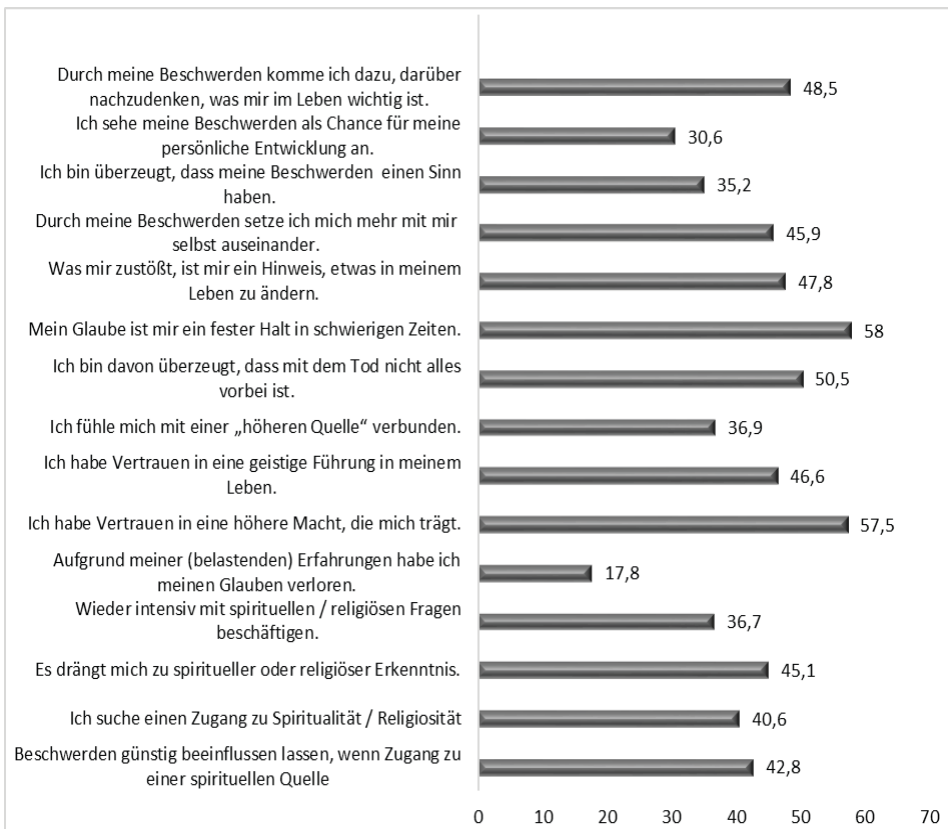


Abbildung 29: Antworthäufigkeit auf die Einzel-Items SpREUK

## 6.2. Mittelwertvergleich SpREUK Skalen –Gesamtstichprobe

Für die drei Skalen gemäß SpREUK (Suche nach sinngebender Rückbindung (N = 320, m = 51,7 (32,5)), Vertrauen in höhere Führung (N = 321, m = 58,0 (31,8)) und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung (N = 323, m = 51,7 (27,6)) zeigen sich hinsichtlich demografischer Daten mehrere signifikante Gruppenunterschiede. (Tab. 17).

Patientinnen hatten bei der Auswertung in der Skala Suche nach sinngebender Rückbindung und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung höhere Mittelwerte als männliche Patienten. Patienten, die während des ganzen Krieges (5 Jahre) aktiv im Krieg teilgenommen haben, waren signifikant mehr auf der Suche nach sinngebender Rückbindung und hatten mehr Vertrauen in eine höhere Führung als Patienten, die als Soldaten kürzer (bis 3 Jahre) aktiv im Krieg teilgenommen haben. Patienten, die sich selbst als religiös und spirituell einschätzten, hatten deutlich höhere Mittelwerte in Skala Suche nach sinngebender Rückbindung, Vertrauen in höhere Führung und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung als nicht religiöse und nicht spirituelle Patienten. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) zeigten signifikant höheren Mittelwert zu Fragen der Reflexion: Positive Krankheitsbewertung als Patienten, die unter eine Traumafolgeerkrankung (G1) gelitten haben. Höhere Mittelwerte für diese Skala hatten auch Patienten mit einer höheren Schulausbildung.

Suche	Gesamt N=320, m = 51,7 (32,5)	m (SD)	p
Geschlecht N = 319, F 5,7	weiblich männlich	59,5 (34,5) 49,2 (31,5)	0,01
Dauer der Kriegsteilnahme N = 188, F 4,4	bis 1 Jahr ganzer Krieg	39,4 (32,8) 55,0 (31,1)	0,01
SpR Selbstein- schätzung N = 159, F 145,2	R+S+ R-S-	76,9 (20,7) 24,2 (20,6)	<0,001

Vertrauen	Gesamt N=321, m = 58,0 (31,8)	m (SD)	P
SpR Selbstein- schätzung N= 159, F 185,3	R+S+ R-S-	83,9 (18,5) 28,5 (18,2)	<0,001
Dauer der Kriegsteilnahme N = 145, F 4,4	bis 1 Jahr ganzer Krieg	46,7 (32,5) 62,6 (31,4)	0,01

Reflexion: Positive Krankheitsbewertung	Gesamt: N = 323, m = 51,7 (27,6)	<i>m (SD)</i>	<i>p</i>
Fragebogen N = 343, F 19,4	Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1)	45,9 (26,9)	<0,001
	Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2)	59,2 (26,7)	
Geschlecht N = 322, F 13,5	weiblich männlich	61,8 (27,7) 48,6 (27,0)	<0,001
Schulbildung N = 320, F 3,4	FHS/Uni Grundschule (8Jahre)	63,3 (28,1) 46,8 (26,4)	<0,001
Kriegsteilnahme N =, F 16,1	nein ja	59,5 (27,6) 46,7 (26,0)	0,01
SpR Selbsteinschätzung N = 258, F 47,5	R+S+ R-S-	66,1 (23,8) 33,4 (20,7)	<0,001

Tabelle 17: Mittelwertvergleich von SpREUK Skalen und demografische Daten

### 6.3. Korrelation zwischen den SpREUK Skalen – Gesamtstichprobe

Die drei SpREUK Skalen wiesen auf untereinander signifikante, starke Korrelationen auf. Suche nach sinngebender Rückbindung und Vertrauen in höhere Führung zeigten signifikanten, starken Zusammenhang (N = 318,  $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ). Suche nach sinngebender Rückbindung und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung korrelierten etwas schwächer, stark untereinander (N = 319,  $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ). Vertrauen in höhere Führung zeigte einen starken Zusammenhang mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung (N = 319,  $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb.30).

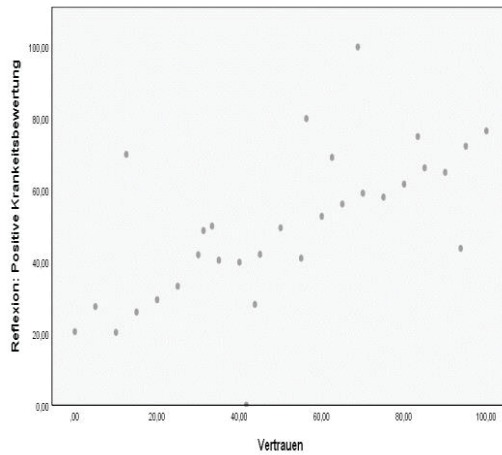
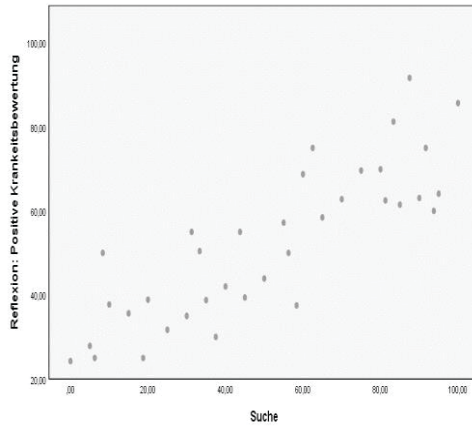
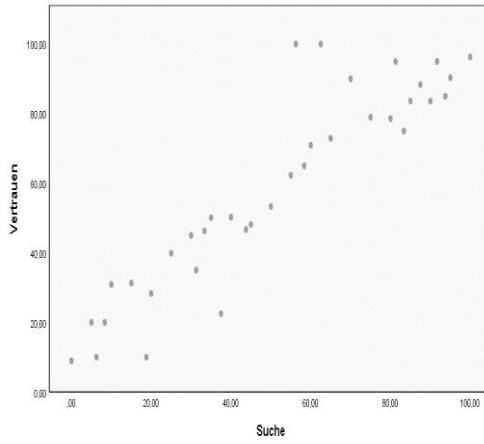


Abbildung 30: Korrelationen zwischen den SpREUK Skalen

## 7. Benefit Modul

In Fragen aus dem Benefit Modul konnten sich die Patienten über ihre momentanen Empfindungen und Nutzen bezüglich ihrer Religiosität und Spiritualität äußern. Bevor die Mittelwertunterschiede berechnet wurden, wurde die Häufigkeit der sechs Fragen dargestellt.

### 7.1. Häufigkeit Benefit Modul- Gesamtstichprobe

Fast eine Hälfte der Patienten (45,68%) hat auf die Frage im Benefit Modul als eher zutreffend oder ganz zutreffend geantwortet, 18,4% konnten sich nicht entscheiden (Abb. 31).

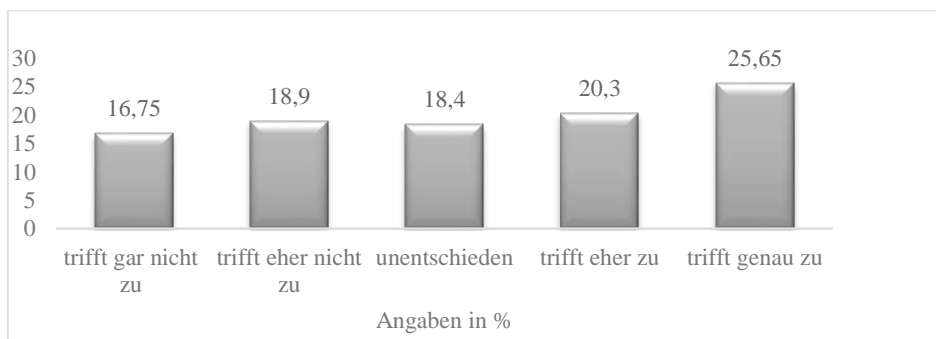


Abbildung 31: Häufigkeit aller Benefit Antworten

### 7.2. Häufigkeit einzelner Fragen – Benefit Modul – Gesamtstichprobe

In unserer Stichprobe spielte für die Patienten ReS im Umgang und Verarbeitung ihrer Erkrankung eine wichtige Rolle. Positive Antworten unserer Patienten für dieses Modul bewegten sich in einem Prozentsatz von 42,4% bis 50,2% der Patienten. Von N = 311 befragten Patienten antworteten N = 132 (42,4%), dass ihre ReS eine Hilfe zu einer tieferen Beziehung mit ihrer Umwelt und ihren Mitmenschen für sie darstellt. Für fast die Hälfte aller befragten Patienten (43,7%) war ihre eigene ReS eine wichtige Hilfe im Umgang mit ihrer Erkrankung. Mehr als die Hälfte (50,2%) antwortete auf die Frage „*Im Alltag fördert meine ReS meine innere Kraft*“ mit zutreffend. 31,6% der Patienten hat diese Unterstützung verneint. 46,6% Patienten gingen mit Hilfe ihrer ReS bewusster mit ihrem Leben um, und bei 46,1% der Patienten war das Ausüben von ReS, ein Weg um zu allgemeiner Zufriedenheit und inneren Frieden zu gelangen. Bei fast der Hälfte der Patienten (45,8%) war ihre ReS eine Hilfe auf dem Weg ihre geistige und körperliche Gesundheit wieder zu erlangen.

Weitere Ergebnisse werden in Tab. 18 dargestellt.

	Häufigkeit	%
Meine Religiosität/Spiritualität verhilft mir zu einer tieferen Beziehung mit meiner Umwelt und meinen Mitmenschen.	132 (N = 311)	42,4
Durch meine Religiosität/Spiritualität gehe ich mit meinem Leben bewusster um	145 (N = 311)	46,6
Meine Religiosität/Spiritualität hilft mir, mit meiner Krankheit/Trauma besser umzugehen.	150 (N = 311)	43,7
Die Ausübung meiner Religiosität/Spiritualität hilft mir, geistige und körperliche Gesundheit wieder zu erlangen.	142 (N = 310)	45,8
Wenn ich meine Religiosität/Spiritualität ausübe, dann erfahre ich im allgemeinen Zufriedenheit und inneren Frieden.	144 (N = 312)	46,1
Im Alltag fördert meine Religiosität/Spiritualität meine innere Kraft.	157 (N = 313)	50,2
*Häufigkeiten und Prozentzahl beziehen sich auf Antworten "trifft eher zu" und trifft genau zu" auf einer fünfstelligen Likert Skala		

Tabelle 18: Häufigkeit einzelner Fragen - Benefit Modul

### 7.3. Mittelwertvergleich Benefit Modul – Gesamtstichprobe

Der Mittelwert der Benefit Skala betrug (N = 316, m = 55,3 (33,4).

Die Auswertung bezüglich demografischer Daten ergab außer mit Religionszugehörigkeit und spirituell religiöser Selbsteinschätzung (Abb. 32) keine weiteren signifikanten Ergebnisse. Wie erwartet, zeigt sich bei der Religionszugehörigkeit zwischen der Gruppe „keine“ (m = 27,2 (35,8)) und „katholisch“ (m = 56,8 (32,7), F 2,9, p = 0,02)) ein signifikanter Unterschied.

Patienten, die sich als R+S+ selbsteinschätzten, hatten in Unterschied zu R-S-Patienten einen signifikant höheren Mittelwert (N = 139, m = 79,8 (23,0) vs. N = 118, m = 26,3 (20,7), F 125,0, p < 0,001).

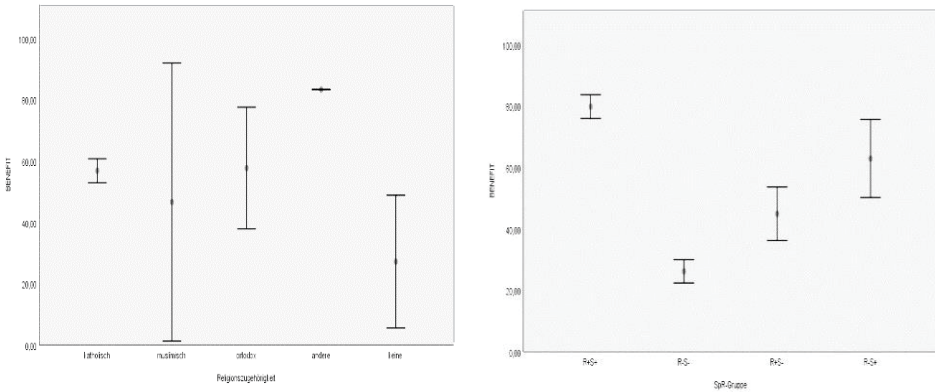


Abbildung 32: Mittelwertvergleich Benefit und demografische Daten

#### 7.4. Korrelationen zwischen dem Benefit Modul und anderen Modulen

Das Benefit Modul zeigte starke positive Korrelationen mit allen SpREUK Skalen: Vertrauen in höhere Führung (N = 313,  $r = 0,80$ ,  $p < 0,001$ ), Suche nach sinngebender Rückbindung (N = 311,  $r = 0,80$ ,  $p < 0,001$ ), und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung (N = 312,  $r = 0,69$ ,  $p < 0,001$ ). Das Benefit Modul zeigte auch einen signifikanten Zusammenhang mit den SpNQ Skalen: starken mit Religiösen Bedürfnissen (N = 310,  $r = 0,61$ ,  $p < 0,001$ ) und moderaten mit Bedürfnissen nach Geben/Generativität (N = 315,  $r = 0,38$ ,  $p < 0,001$ ) und relativ schwachen mit Existenziellen Bedürfnissen (N = 315,  $r = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ) und Bedürfnissen nach innerem Frieden (N = 315,  $r = 0,23$ ,  $p < 0,001$ ).

Die Überprüfung der Korrelationen von Benefit mit SPNQ Skalen und SpREUK Skalen zwischen Patientengruppe G1 und G2 zeigte keine signifikanten Unterschiede.





## 8. Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung – Visuelle analoge Skala (VAS)

### 8.1. Häufigkeit der gesundheitlichen Belastung – Gesamtstichprobe

Bei der Häufigkeitsanalyse persönlich empfundene Schwere der Krankheitsbeeinträchtigung wurden folgende Ergebnisse erhoben: schwer unter der Erkrankung zu leiden gaben 15,6% der Patienten an. Ein Drittel der Patienten (32,9%) gab an, sehr schwer unter der Krankheit zu leiden. Fast ein Viertel der Befragten (23,2%), empfanden die Krankheitsbeeinträchtigung als unerträglich. Zusammen haben sich 71,7% die Patienten geäußert, schwer, sehr schwer oder unerträglich unter ihrer Erkrankung zu leiden. Nur ein kleiner Teil der Patienten (5,7%) empfand keine oder geringe Belastung durch ihre Erkrankung. (Abb.33).

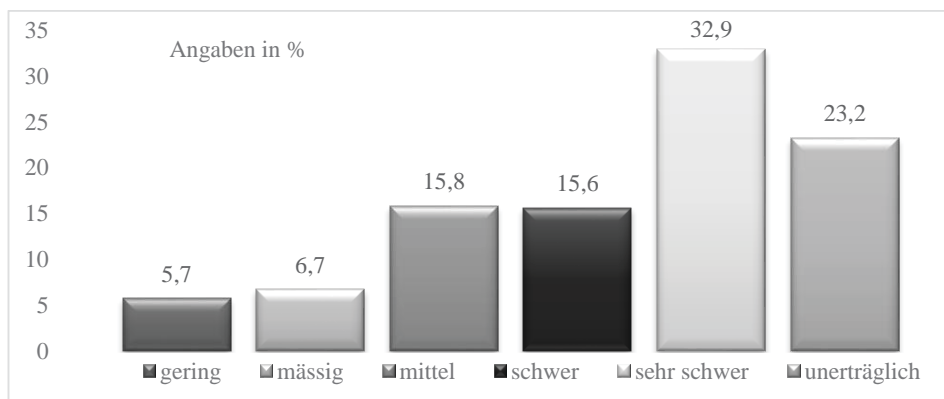


Abbildung 33: Häufigkeit der Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung

### 8.2. Häufigkeit der gesundheitlichen Belastung zwischen Patientengruppen

82,3% der Patienten mit einer Traumafolgestörung (G1) gaben an, im Unterschied zu 59,2 % der Patienten, die der Gruppe mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) gehörten, schwer, sehr schwer oder unerträglich, unter der Belastung ihrer Erkrankung zu leiden. Weitere Ergebnisse in Abb. 34.

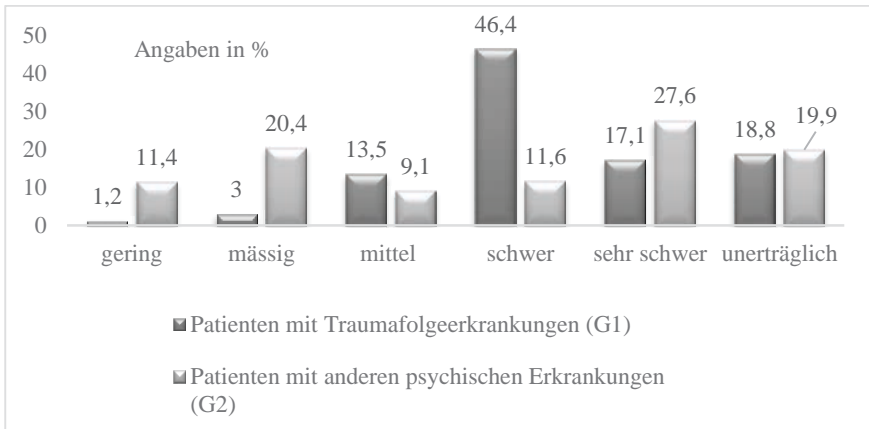


Abbildung 34: Häufigkeit der Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung bei beiden Patientengruppen

### 8.3. Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung – (VAS Skala) – Gesamtstichprobe

Der Mittelwert für Skala Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS) betrug (N = 301, m = 62,7 (0,25)).

Hinsichtlich demografischer Daten und der Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung ergaben sich mehrere signifikante Ergebnisse (Abb. 35).

Bezüglich der Patientengruppen zeigen Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) signifikant höheren Mittelwert auf der Belastungsskala (N = 170, m = 68,5 (20,2)) als die Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) (N = 131, m = 55,1 (29,2), F 21,8, p < 0,001). Patienten, die älter als 56 Jahre waren (N = 83, m = 65,7 (23,5)), empfanden ihre Erkrankung schwerer als Patienten, die der Altersgruppe von 18-44 Jahre gehörten (N = 65, m = 54,3 (31,3), F 3,0, p = 0,03). Alleinlebende Patienten fühlten sich im Unterschied zu verheirateten Patienten schwerer durch ihre Erkrankung beeinträchtigt (N = 79, m = 57,03 (29,5) vs. N = 162, m = 66,8 (22,0), F 2,5, p = 0,03). Patienten mit Kindern hatten einen höheren Mittelwert in der Belastungsskala als kinderlose Patienten (N = 201, m = 65,7 (21,8) vs. N = 86, m = 55,29 (29,8), F 10,8, p < 0,001). Die Zahl der Kinder hatte bei dieser Analyse keine Bedeutung.

Krankgeschriebene Patienten ertrugen ihre Erkrankung schwerer als die, die nicht krankgeschrieben waren (N = 59, m = 72,9 (21,8) vs. N = 77, m = 60,8 (25,8), F 8,3, p < 0,001).

Patienten, die im Krieg aktiv teilgenommen haben, hatten höheren Mittelwert in der Belastungsskala als Patienten, die den Krieg als zivile Personen erlebt haben (N = 189, m = 67,0 (21,6) vs. N = 102, m = 57,2 (28,8), F 10,6, p < 0,001).

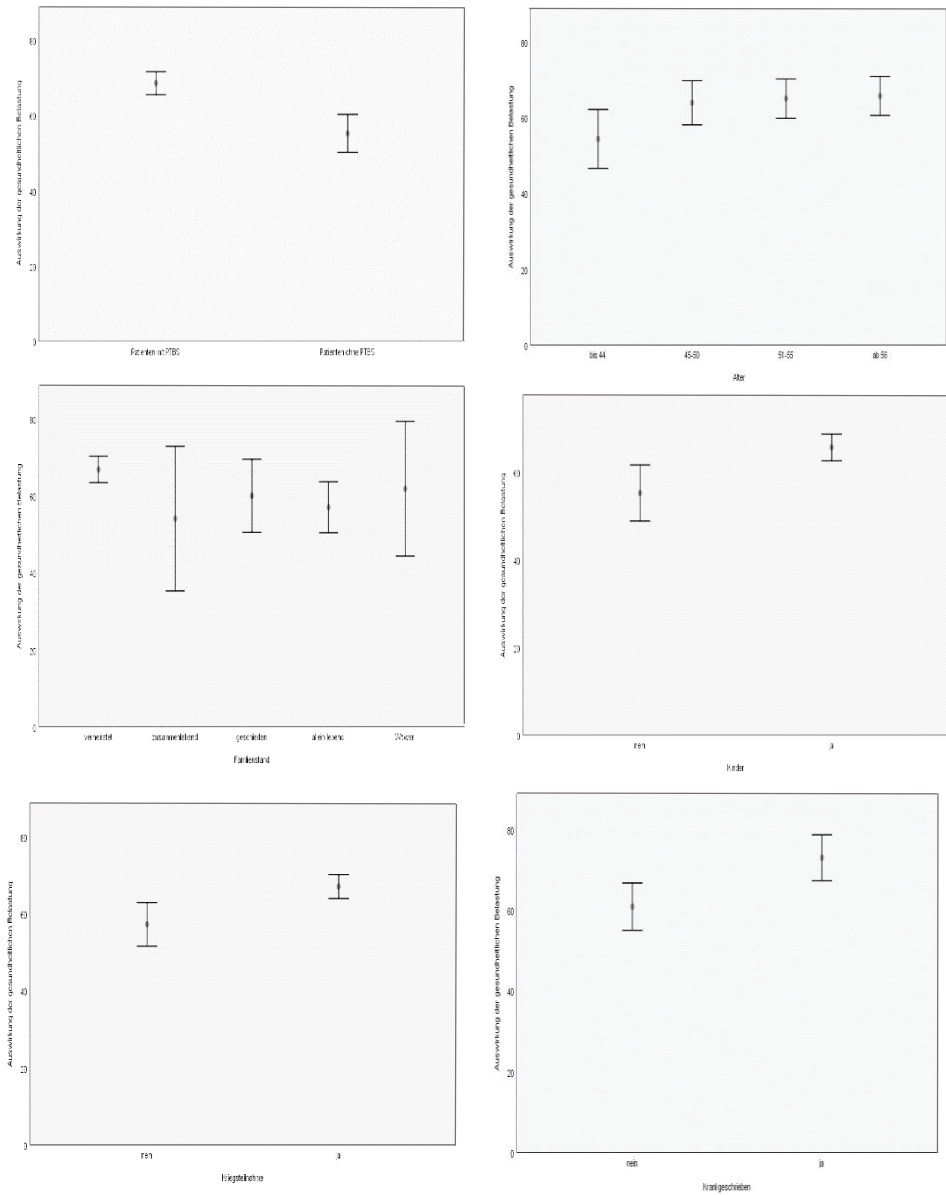


Abbildung 35: Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung und demografischer Daten

#### 8.4. Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung – (VAS Skala) zwischen den Patientengruppen

Im Vergleich der Mittelwertunterschiede zwischen den zwei Patientengruppen ergaben sich folgende Ergebnisse:

*Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1)* zeigten einen signifikanten Unterschied bei der Auswertung zwischen den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung und demografischen Daten nur beim Status krankgeschrieben; d.h., Patienten aus dieser Gruppe, die krankgeschrieben waren, hatten höhere Mittelwerte als Patienten, die nicht krankgeschrieben waren ( $N = 23$ ,  $m = 79,4$  (20,6) vs.  $N = 34$ ,  $m = 68,9$  (18,1),  $F 4,3$ ,  $p = 0,04$ ). (Abb.36).

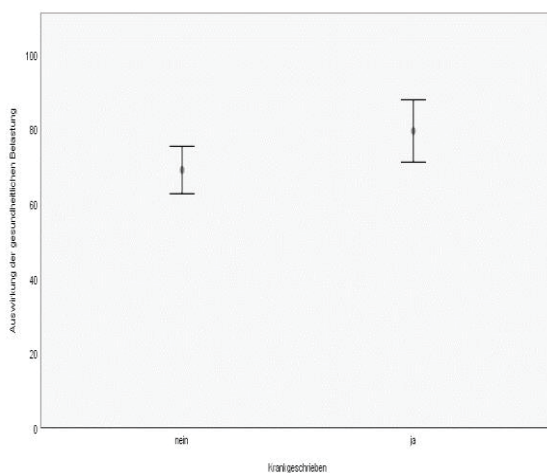


Abbildung 36: Mittelwertvergleich der Auswirkungen gesundheitlicher Belastung und demografische Daten bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1)

Bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) waren folgende Mittelwertunterschiede signifikant (Abb. 37):

Frauen hatten höhere Mittelwerte als Männer ( $N = 64$ ,  $m = 60,4$  (30,0) vs.  $N = 66$ ,  $m = 50,7$  (27,3),  $F 3,7$ ,  $p = 0,05$ ). Patienten mit Kindern hatten höhere Mittelwerte als Patienten ohne Kinder ( $N = 69$ ,  $m = 61,6$  (24,7) vs.  $N = 55$ ,  $m = 47,4$  (31,1),  $F 8,03$ ,  $p < 0,001$ ). Krankgeschriebene Patienten hatten signifikant höhere Mittelwerte als Patienten die nicht krankgeschrieben wurden ( $N = 33$ ,  $m = 67,8$  (21,6) vs.  $N = 43$ ,  $m = 54,4$  (29,2),  $F 4,9$ ,  $p = 0,03$ ).

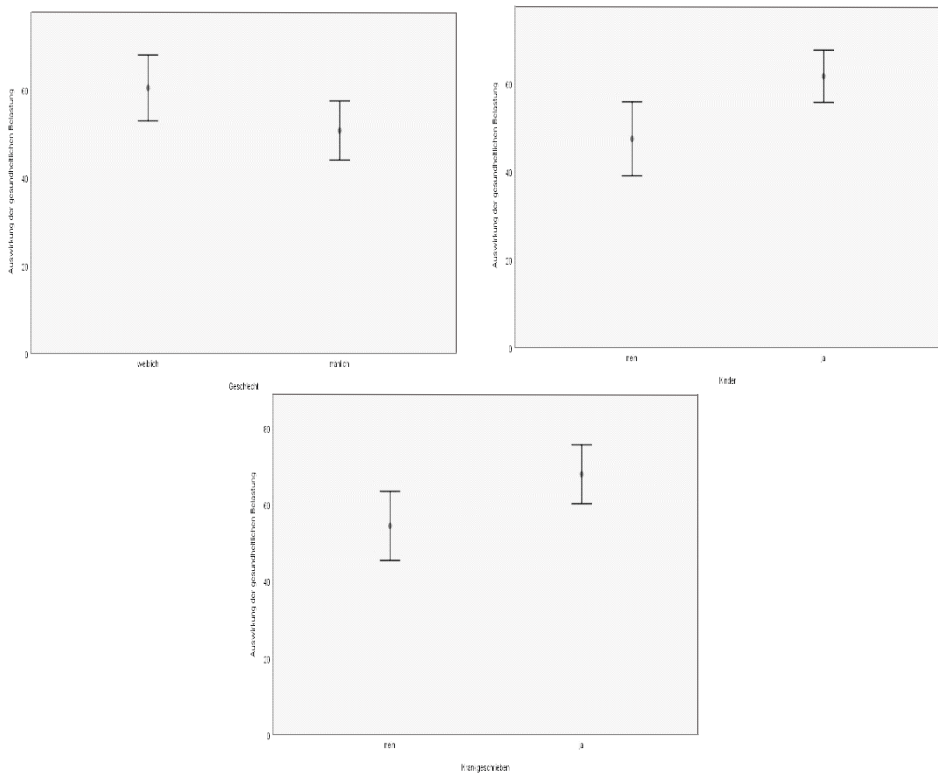


Abbildung 37: Mittelwertvergleich Auswirkungen gesundheitlichen Belastung und demografische Daten bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) Bei den Korrelationen zwischen den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung und anderen Modulen ergaben sich mehrere signifikante Ergebnisse.

### 8.5. Korrelation zwischen Auswirkung gesundheitlicher Belastung und SpNQ Bedürfnissen-Gesamtstichprobe

Patienten hatten bezüglich religiös spirituellen Bedürfnissen einen signifikanten, moderaten Zusammenhang zwischen der Auswirkung der gesundheitlichen Belastung und den Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 301$ ,  $r = 0,35$ ,  $p < 0,001$ ) und signifikanten, schwachen Zusammenhang mit Existenziellen Bedürfnissen ( $N = 301$ ,  $r = 0,26$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb. 38). Die Korrelation zwischen den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung und dem Bedürfnis nach Geben/Generativität ergab in der Gesamtstichprobe keinen signifikanten Zusammenhang ( $N = 301$ ,  $r = 0,69$ ,  $p = 0,23$ ).

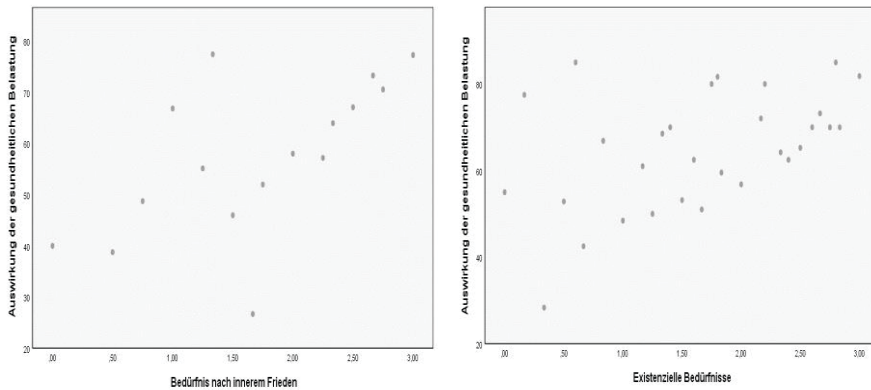


Abbildung 38: Korrelation zwischen Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung und SpNQ Bedürfnissen

### 8.6. Korrelation zwischen Auswirkungen gesundheitlicher Belastung und der Fragen N 16 und N 17 – Gesamtstichprobe

Die Korrelation der Fragen N 16 und N 17 mit den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung in der Gesamtstichprobe zeigte keinen signifikanten Zusammenhang für Frage N 16W (N = 301,  $r = 0,3$   $p = 0,57$ ) und Frage N 17W (N = 286,  $r = -0,007$ ,  $p = 0,90$ ).

### 8.7. Korrelation zwischen Auswirkung gesundheitlicher Belastung und SpREUK Skalen – Gesamtstichprobe

Die Überprüfung signifikanter Zusammenhänge zwischen der Auswirkung der gesundheitlichen Belastung und den drei SpREUK Skalen ergab keinen signifikanten Zusammenhang mit Suche nach sinngebender Rückbindung (N = 283,  $r = -0,01$ ,  $p = 0,75$ ) und Vertrauen in eine höhere Führung (N = 284,  $r = -0,05$ ,  $p = 0,38$ ). Die Korrelationen mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung und Benefit waren nicht signifikant.

### 8.8. Korrelation zwischen Auswirkung der gesundheitlichen Belastung und der Frage 1.1 und der Frage 2.6. – Gesamtstichprobe

Die Korrelation der Frage 1.1 „*Ich empfinde mich als spirituellen Menschen*“ mit den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung ergab kein signifikantes Ergebnis (N = 274,  $r = -0,04$ ,  $p = 0,83$ ). Auch bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Frage 2.6 „*Ich empfinde mich als religiösen Menschen*“ und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung wurde kein signifikantes Ergebnis (N = 274,  $r = 0,04$ ,  $p = 0,51$ ) erhoben.

### 8.9. Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung (VAS) und SpNQ Bedürfnissen zwischen Patientengruppen

Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) hatten bezüglich religiösen Bedürfnissen und Auswirkung der gesundheitlichen Belastung einen signifikanten, schwachen Zusammenhang ( $N = 129, r = 0,21, p = 0,01$ ) und einen signifikanten, moderaten Zusammenhang mit den Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 131, r = 0,44, p < 0,001$ ) und Existenziellen Bedürfnissen ( $N = 131, r = 0,43, p < 0,001$ ). Die Korrelation zwischen Bedürfnissen nach Geben/Generativität und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung war schwach ( $N = 131, r = 0,23, p < 0,001$ ). (Abb.39).

Bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) war die Korrelation zwischen Bedürfnissen nach innerem Frieden und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung signifikant, moderat ( $N = 170, r = 0,31, p < 0,001$ ). (Abb.40). Die Korrelation zwischen anderen Bedürfnissen und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung bei dieser Patientengruppe war nicht signifikant.

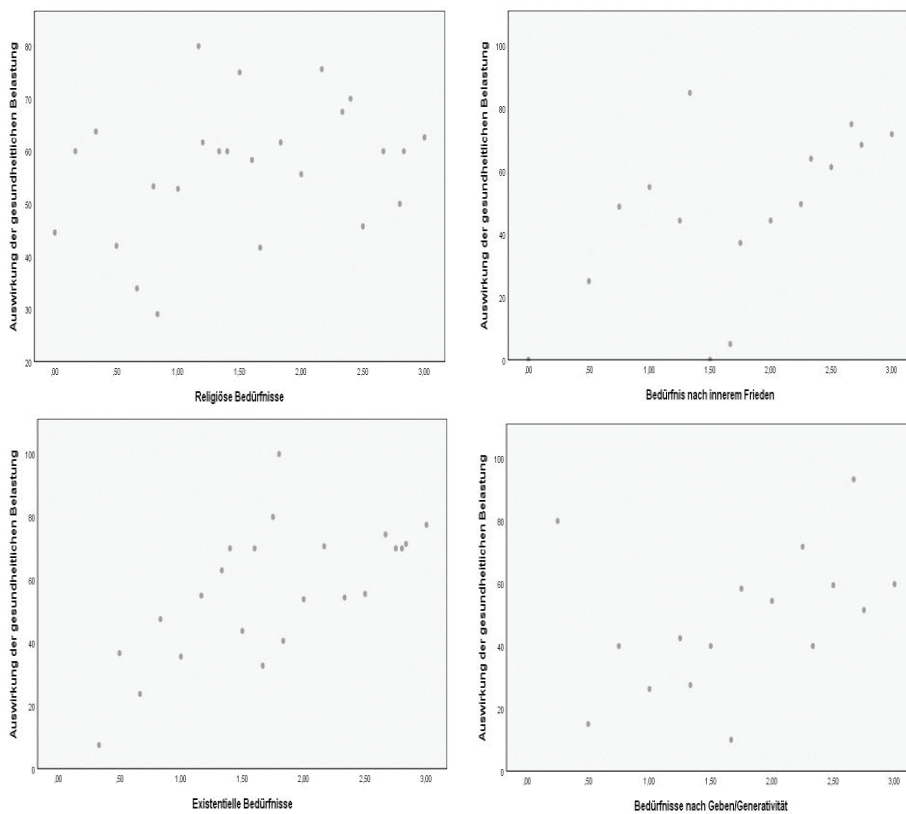


Abbildung 39: Korrelation Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung mit SpNQ Bedürfnissen bei Patientengruppe (G2)



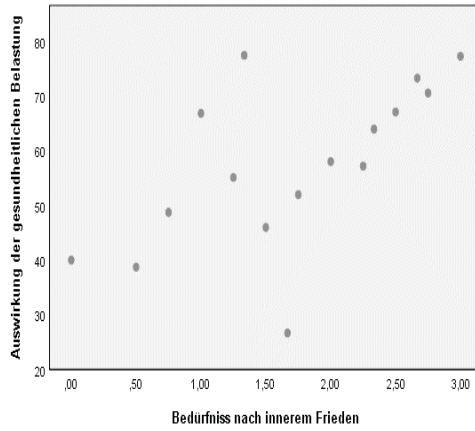


Abbildung 40: Korrelation Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung mit dem Bedürfnis nach innerem Frieden bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1)

### 8.10. Korrelation von Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS) und Fragen N 16W und N 17W zwischen Patientengruppen

Bei der Korrelation der *Fragen N 16W und N 17W* mit den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung ergab sich bei den Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) signifikante, schwache Korrelation für die Frage N 16 (N = 128,  $r = 0,25$ ,  $p < 0,001$ ) und keine für Frage 17. (Abb. 41). Bei Patienten mit Traumafolgeberkrankungen (G1) waren diese Ergebnisse bei beiden Fragen nicht signifikant.

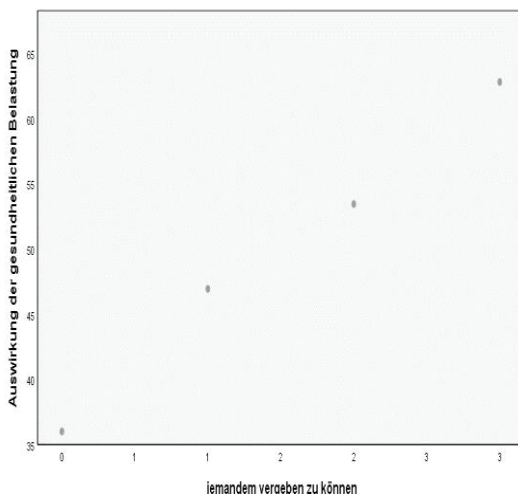


Abbildung 41: Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung (VAS) und Fragen N 16W und N 17W bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2)

### 8.11. Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung (VAS) und SpREUK Skalen zwischen Patientengruppen

Bei der Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Auswirkung der gesundheitlichen Belastung und den drei SpREUK Skalen zwischen den zwei Patientengruppen ergaben sich bei Patienten mit Traumafolgeberkrankungen (G1) folgende signifikante, schwache, negative Korrelationen: mit Reflexion: Positive Krankheitsbewertung (N = 166,  $r = - 0,27$ ,  $p < 0,001$  vs. (G2) N = 120,  $r = - 0,1$ ,  $p = 0,26$ ), und mit Benefit Modul (N = 165,  $r = - 0,26$ ,  $p < 0,001$  vs. (G2) N = 115,  $r = - 0,01$ ,  $p = 0,3$ ). (Abb. 42).

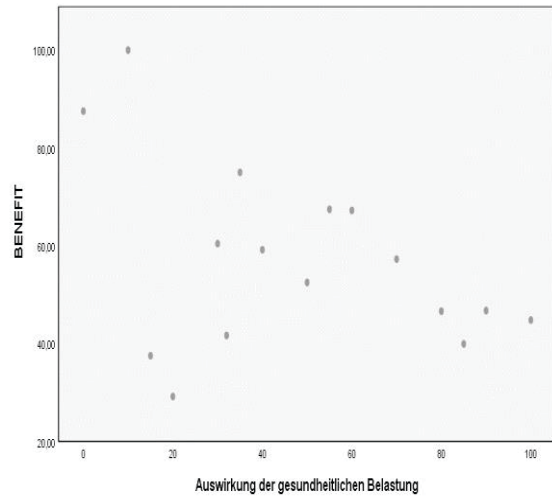
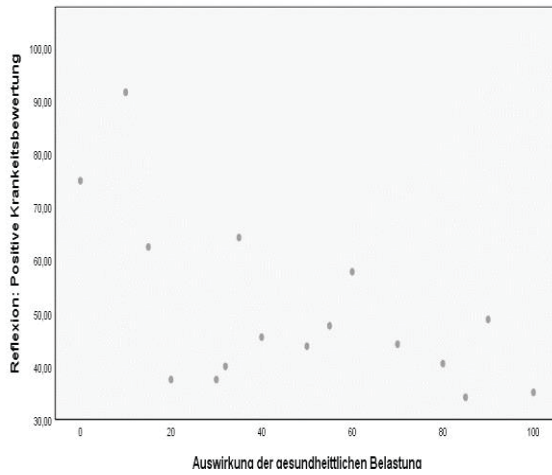


Abbildung 42: Korrelation von Auswirkung der gesundheitlichen Belastung und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung und Benefit bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1)

## 9. Lebenszufriedenheit (BMLSS) – Gesamtstichprobe

### 9.1. Lebenszufriedenheit – Häufigkeit

Wie zufrieden in verschiedenen Bereichen ihres Lebens die Patienten waren, konnten sie in Modul Lebenszufriedenheit anhand 11 Fragen beantworten.

Die Antworten wurden gemäß der Häufigkeit und Mittelwertunterschiede nach verschiedenen Gruppen verglichen.

Die Mehrheit der Patienten (22,7%) war bei der Beantwortung der Frage über ihre Lebenszufriedenheit unentschieden. Ihr Leben als zufriedenstellend empfanden 20,4% der Patienten. 17,5% der Patienten äußerten sich, überwiegend unzufrieden mit ihrem Leben zu sein. Ihr Leben als schrecklich empfanden 7,7% Patienten und nur 6,4 % der Patienten sagten aus, sehr erfreut über ihre Lebenszufriedenheit zu sein. Weitere Ergebnisse in Abb. 43.

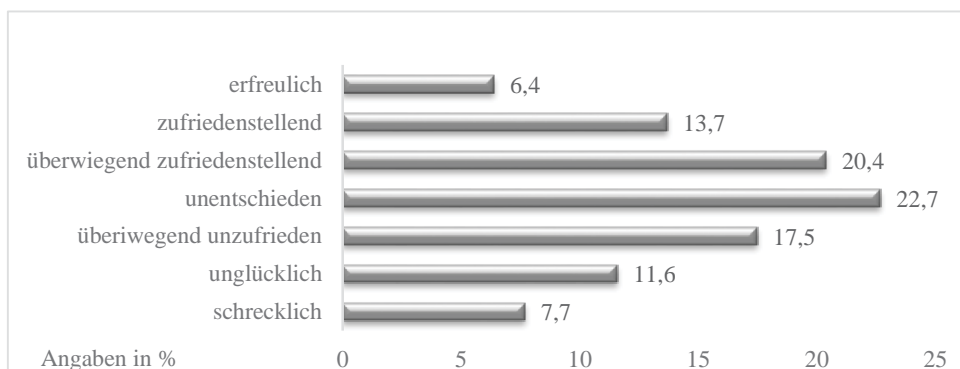


Abbildung 43: Häufigkeit Lebenszufriedenheit (Prozent %)

Negativ bewertet haben die Patienten die Zufriedenheit über ihre finanzielle Situation (18,3%), ihre Zukunftsaussichten (13,2%), und die Frage, ob sie mit sich selbst (4,7%) zufrieden waren. Als erfreulich benannten die meisten Patienten die Beziehung zu ihrer Familie (10,6%), ihrer Arbeitssituation (11,9%) und ihren Freundschaften (9,8%).

Mit sich selbst haben es als erfreulich 6,3% der Patienten empfunden, mit ihrem Leben in allgemeinen (3,8%) und mit ihrer Gesundheitssituation waren 3,4 % der Patienten zufrieden. Häufigkeit einzelner Fragen ist in der Abb. 44 dargestellt.

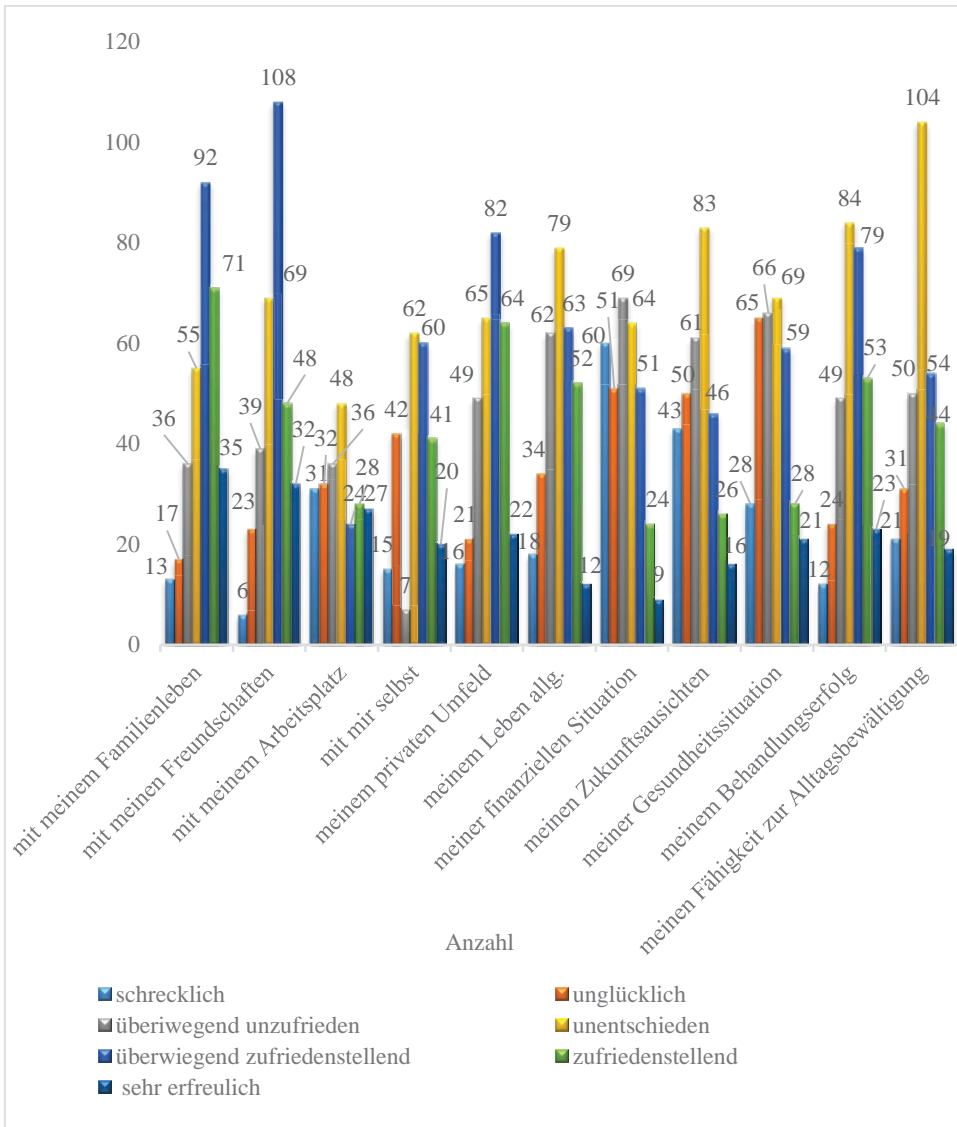


Abbildung 44: Häufigkeit einzelner Fragen (absolute Zahlen)

## 9.2. Mittelwertvergleich von Lebenszufriedenheit

Der Mittelwert für Lebenszufriedenheit betrug ( $N = 336$ ,  $m = 51,36$  (20,47)), der in der Mitte bei teils-teils (sowohl als auch) stand.

Bei der Analyse demografischer Daten und Lebenszufriedenheit ergaben sich mehrere signifikante Ergebnisse (Abb. 45):

Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1) hatten signifikant niedrigeren Mittelwert für Lebenszufriedenheit als Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2)  $N = 185$ ,  $m = 46,7$  (18,6) vs.  $N = 151$ ,  $m = 57,0$  (21,2)  $F = 22,1$ ,  $p < 0,001$ ).

Die Überprüfung, wie die Lebenszufriedenheit bei den Patienten unterschiedlichen Alters wahrgenommen wurde, brachte folgende Ergebnisse: jüngere Patienten (18 – 44 Jahre) hatten im Vergleich zu älteren Patienten (51 – 55 Jahre) signifikant höhere Lebenszufriedenheit ( $N = 83$ ,  $m = 58,3$  (22,3) vs.  $N = 77$ ,  $m = 45,7$  (20,7),  $F = 5,8$ ,  $p < 0,001$ ).

Patienten, die geschieden waren, hatten im Unterschied zu Patienten, die mit ihren Partnern zusammenlebten, die niedrigste Lebenszufriedenheit ( $N = 33$ ,  $m = 43,0$  (18,0) vs.  $N = 16$ ,  $m = 59,7$  (20,3),  $F = 3,6$ ,  $p < 0,001$ ). Eine niedrigere Lebenszufriedenheit hatten auch Patienten mit Kindern ( $N = 222$ ,  $m = 49,5$  (1,8) vs. Patienten ohne Kinder ( $N = 100$ ,  $m = 56,3$  (23,6),  $F = 7,8$ ,  $p < 0,001$ ).

Niedrige Schulausbildung spielte in der Stichprobe auch eine Rolle bei der Bewertung der Lebenszufriedenheit: Patienten mit Grundschul-Abschluss hatten einen niedrigen Mittelwert für Lebenszufriedenheit ( $N = 61$ ,  $m = 47,6$  (18,1) im Unterschied zu Patienten, die eine Fachhochschule oder eine universitäre Ausbildung hatten ( $N = 47$ ,  $m = 61,4$  (17,1),  $F = 4,8$ ,  $p < 0,001$ ).

Erwartungsgemäß hatten die Patienten, die unter den Auswirkungen ihrer Erkrankung sehr gelitten haben, signifikant niedrigere Mittelwerte für Lebenszufriedenheit als die Patienten die keine Auswirkungen ihrer Erkrankung verspürten ( $N = 221$ ,  $m = 45,8$  (18,1) vs.  $N = 20$ ,  $m = 72,3$  (18,2),  $F = 28,0$ ,  $p < 0,001$ ).

Aktive Kriegsteilnahme war ein wichtiger Faktor für das Empfinden geringer Lebenszufriedenheit. Patienten, die im Krieg aktiv teilgenommen haben, hatten signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit als Patienten ohne aktive Kriegsteilnahme ( $N = 204$ ,  $m = 47,1$  (19,2) vs.  $N = 121$ ,  $m = 57,0$  (20,7),  $F = 18,9$ ,  $p < 0,001$ ).

Patienten, die sich als religiös und spirituell bezeichneten, hatten signifikant höhere Lebenszufriedenheit als die nicht religiösen und nicht spirituellen Patienten ( $N = 183$ ,  $m = 53,0$  (20,1) vs.  $N = 118$ ,  $m = 47,9$  (20,4),  $F = 4,5$ ,  $p < 0,001$ ).

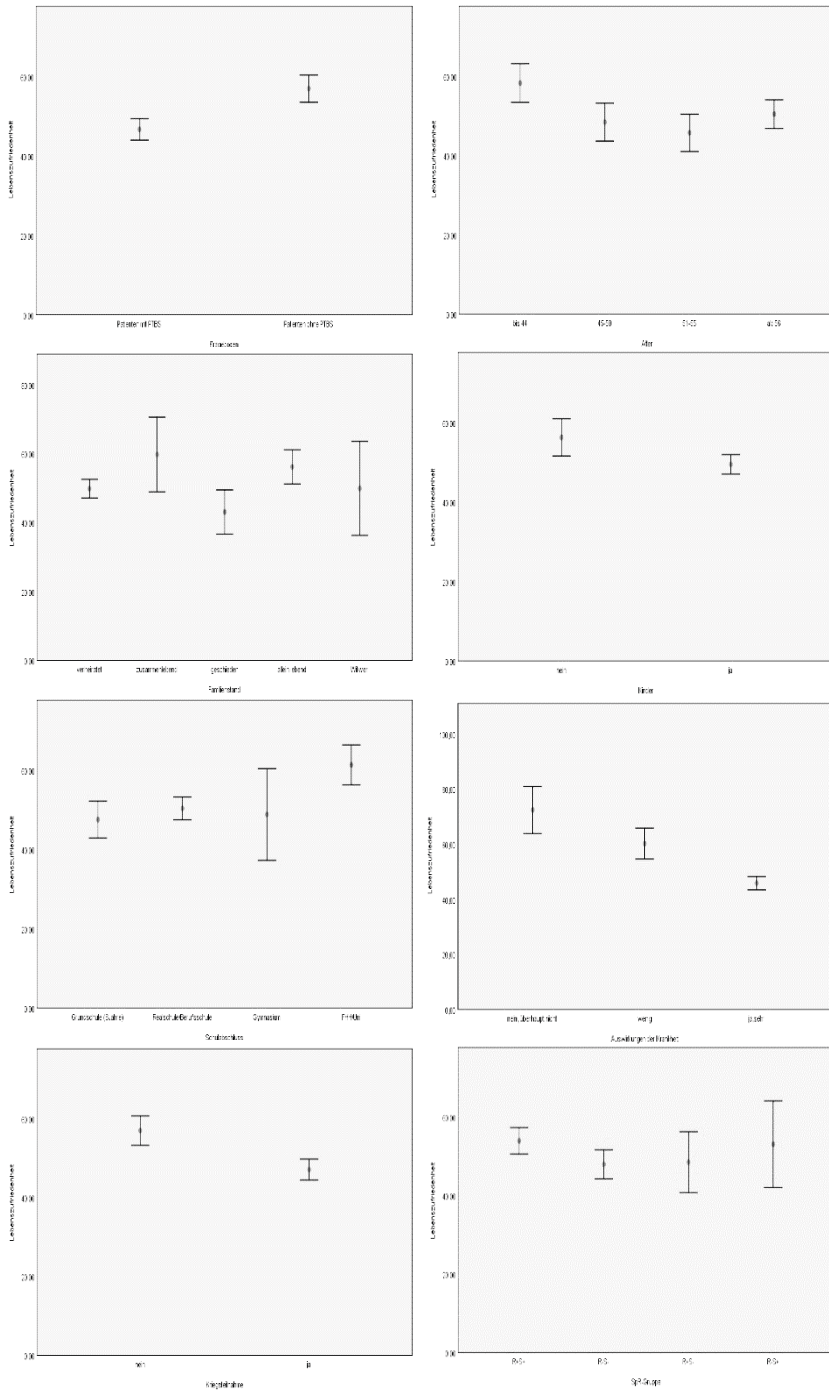


Abbildung 45: Mittelwertvergleich Lebenszufriedenheit und demografische Daten

### 9.3. Korrelation Lebenszufriedenheit mit anderen Modulen – Gesamtstichprobe

Die Überprüfung signifikanter Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und anderen Modulen brachte folgende signifikante Ergebnisse:

Die Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit mit **psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen (SPNQ)** zeigte einen signifikanten, schwachen Zusammenhang und zwar bei der Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und dem Bedürfnis nach Geben und Generativität ( $N = 335, r = 0,23, p < 0,001$ ). (Abb.46).

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und den drei **SpREUK Skalen** ergab signifikante, moderate Korrelationen zwischen Lebenszufriedenheit und Reflexion: Positive Krankheitsbewertung ( $N = 317, r = 0,30, p < 0,001$ ). (Abb. 47).

Mit **Benefit** korrelierte Lebenszufriedenheit signifikant, schwach ( $N = 311, r = 0,26, p < 0,001$ ) (Abb.48) und signifikant, negativ stark mit **Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung** ( $N = 294, r = - 0,54, p < 0,001$ ). (Abb.49).

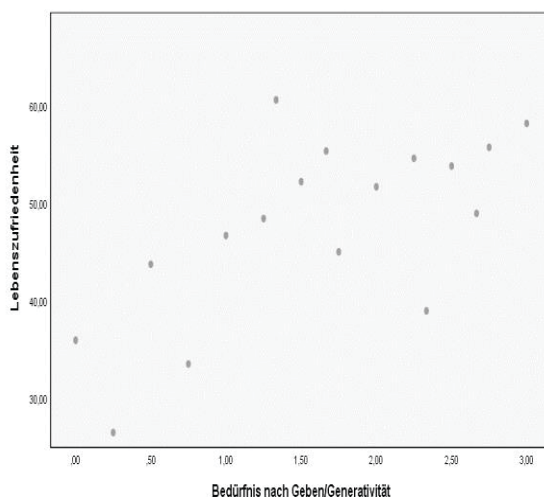


Abbildung 46: Korrelation Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnisse – Gesamtstichprobe



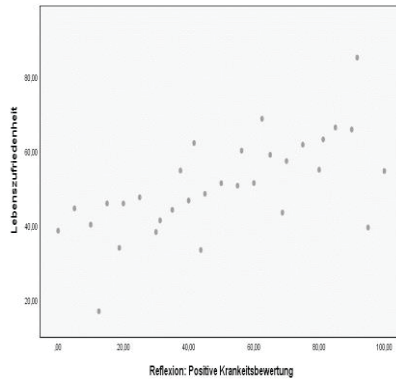


Abbildung 47: Korrelation Lebenszufriedenheit und SpREUK Skalen – Gesamtstichprobe

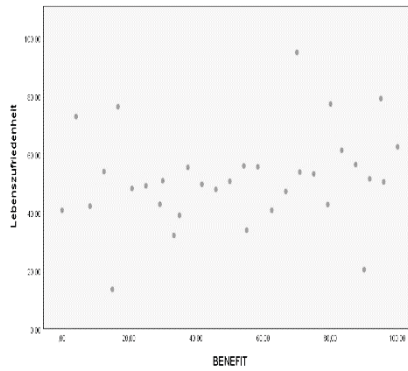


Abbildung 48: Korrelation Lebenszufriedenheit und Benefit Modul – Gesamtstichprobe

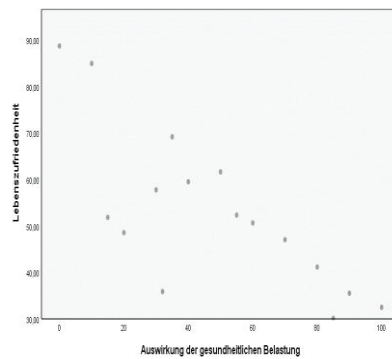


Abbildung 49: Korrelation Lebenszufriedenheit und Auswirkung der gesundheitlichen Belastung – Gesamtstichprobe

### 9.3.1. Korrelation Lebenszufriedenheit mit anderen Modulen zwischen Patientengruppen

Die Analyse der Unterschiede signifikanter Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und anderen Modulen zwischen den beiden Patientengruppen ergab folgende signifikanten Ergebnisse:

### 9.3.2. Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnissen

*Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1)* zeigten bei der Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen im Unterschied zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) moderate, signifikante Korrelation mit den Bedürfnissen nach Geben und Generativität ( $N = 184, r = 0,40, p < 0,001$  vs.  $N = 151, r = -0,05, p = 0,9$ ). (Abb.50).

*Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2)* zeigten im Unterschied zu Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) signifikante, negative, schwache Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $N = 151, r = -0,26, p < 0,001$  vs.  $N = 184, r = 0,05, p = 0,40$ ) und signifikante, negative, schwache Korrelation mit Existenziellen Bedürfnissen ( $N = 151, r = -0,21, p < 0,001$  vs.  $N = 184, r = 0,08, p = 0,26$ ). (Abb.51).

Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und den Fragen **F16W** und **F17W**, die das Bedürfnis nach der Vergebungsbereitschaft befragen, zeigte kein signifikantes Ergebnis.

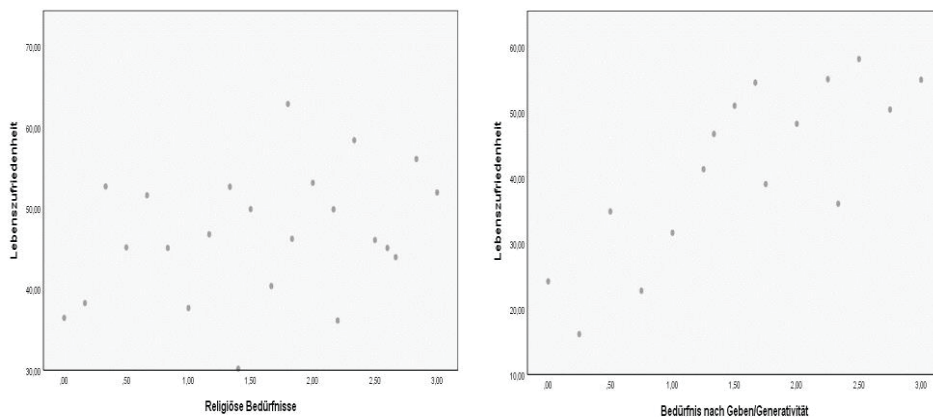


Abbildung 50: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnissen bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1)

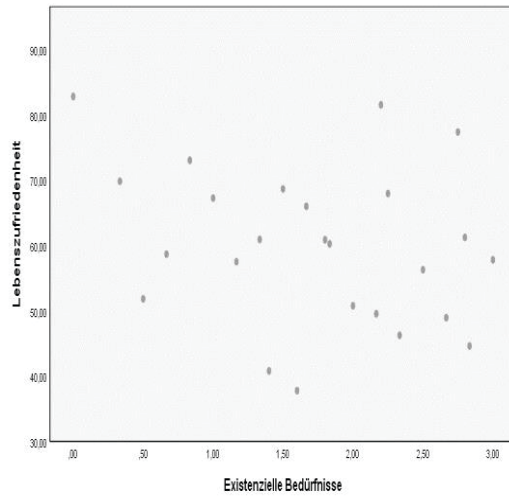
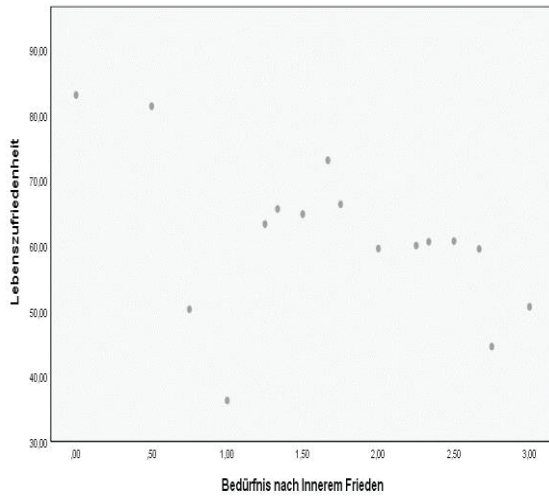


Abbildung 51: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpNQ Bedürfnissen bei Patienten mit

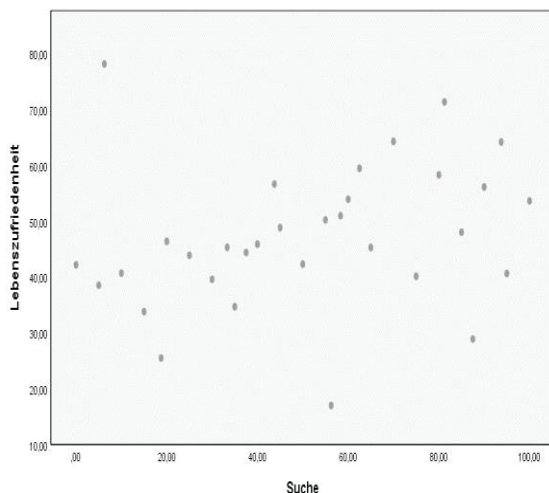
### 9.3.3. Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpREUK Skalen zwischen Patientengruppen

Die Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpREUK Skalen zwischen Patientengruppen ergab folgende signifikante Zusammenhänge:

*Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1)* zeigten im Unterschied zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) signifikante Korrelationen zwischen Lebenszufriedenheit und allen SpREUK Skalen:

bei der Suche nach sinngebender Rückbindung zeigte Patientengruppe G1 signifikante, schwache Korrelation ( $N = 180, r = 0,22, p = 0,00$  vs. (G2)  $N = 135, r = 0,02, p = 0,81$ ), und bei Reflexion: Positive Krankheitsbewertung eine signifikante, moderate Korrelation ( $N = 181, r = 0,38, p < 0,001$  vs. (G2)  $N = 136, r = 0,11, p = 0,19$ ). (Abb. 52).

Die Korrelation mit Benefit war bei den Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) signifikant, moderat ( $N = 179, r = 0,35, p < 0,001$ ) im Unterschied zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) wo das Ergebnis nicht signifikant war ( $N = 132, r = 0,66, p = 0,06$ ). (Abb.53).



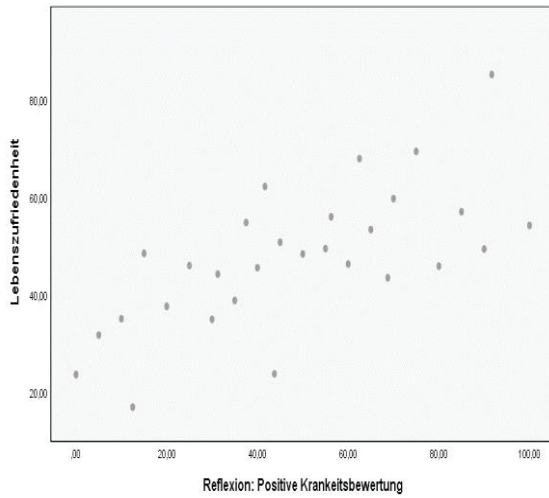


Abbildung 52: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und SpREUK Skalen bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1)

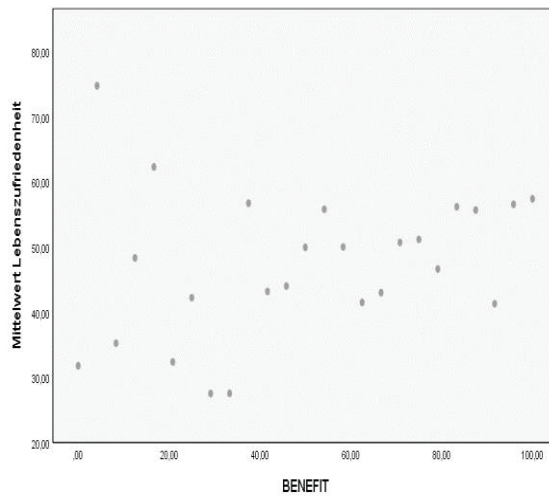


Abbildung 53: Korrelation zwischen Lebenszufriedenheit und Benefit bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen (G1)

## 10. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS Score) – Gesamtstichprobe

### 10.1. Häufigkeit PTBS Score

Von N = 265 Patienten, die dieses Modul beantwortet haben, waren N = 204 Patienten aktiv an militärischen Einsätzen als Soldaten beteiligt. Die anderen N = 57 waren während des Krieges zivile Personen. Für andere vier Personen, die dieses Modul beantwortet haben, gibt es keine Informationen über ihre Teilnahme während des Krieges.

Vor dem Mittelwertvergleich wurde die Häufigkeit der siebzehn Fragen analysiert. Es ergaben sich in der Gesamtstichprobe die in der Tab. 19 dargestellten Ergebnisse:

	Häufigkeit	%
1. Haben Sie wiederkehrende, verstörende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder eines belastenden Ereignisses?	241	58,5
2. Haben Sie wiederkehrende, verstörende Träume einer belastenden Erfahrung?	129	54,2
3. Handeln Sie manchmal oder fühlen Sie sich manchmal so, als ob die belastende Erfahrung sich wiederholt (so als ob Sie dieses Ereignis wieder durchleben)?	95	40,8
4. Fühlen Sie sich emotional aufgewühlt, wenn Sie etwas an eine belastende Erfahrung erinnert?	156	66,7
5. Haben Sie körperliche Reaktionen (wie z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie etwas an eine belastende Erfahrung erinnert?	146	61,8
6. Vermeiden Sie es, über eine belastende Erfahrung nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden Sie Gefühle, die sich darauf beziehen?	137	58,8
7. Vermeiden Sie bestimmte Aktivitäten oder Situationen, weil diese Sie an eine belastende Erfahrung erinnern?	135	57,4
8. Haben Sie Schwierigkeiten, sich an wichtige Einzelheiten einer belastenden Erfahrung zu erinnern?	67	28,5
9. Haben Sie das Interesse an Aktivitäten, die Sie früher gerne gemacht haben, verloren?	136	56,2
10. Haben Sie das Gefühl, sich gegenüber anderen Menschen distanziert oder entfremdet zu fühlen?	125	48,8
11. Haben Sie das Gefühl, emotional taub zu sein oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle gegenüber nahestehenden Menschen zu empfinden?	113	44,3

12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zukunft Ihnen irgendwie wegbricht?	116	46,2
13. Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?	159	63,3
14. Haben Sie das Gefühl, gereizt zu sein oder geraten Sie leicht in Wutausbrüche?	144	56,7
15. Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	145	56,2
16. Fühlen Sie sich dauernd in Alarmbereitschaft / Wachsamkeit oder haben Sie das Gefühl, ständig auf der Hut zu sein?	143	55,8
17. Haben Sie das Gefühl, nervös oder schreckhaft zu sein?	149	57,9

Tabelle 19: Häufigkeit der Antworten PTBS Modul

## 10.2. Mittelwertvergleich in der Gruppe aller, die das PCL-Modul beantworteten

Der Gesamtmittelwert von PTBS Score in der Gesamtstichprobe betrug  $N = 265$ ,  $m = 53,4$  (18,7).

Die Varianzanalyse zeigte beim Mittelwertvergleich einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Patienten, die im Krieg als Soldaten teilgenommen haben und den zivilen Patienten. Soldaten zeigten einen höchst signifikant höheren Mittelwert für die Symptome der PTBS Erkrankung ( $N = 204$ ,  $m = 59,5$  (13,0) als die zivilen Patienten ( $N = 57$ ,  $m = 32,4$  (20,5),  $F = 145,4$ ,  $p < 0,001$ ). Signifikant höheren Mittelwert hatten Patienten die älter als 56 Jahre alt waren im Unterschied zu jüngeren Patienten der Altersgruppe (18-44 Jahre) ( $N = 87$ ,  $m = 51,8$  (19,2) vs.  $N = 45$ ,  $m = 42,8$  (22,8),  $F = 9,4$ ,  $p < 0,001$ ). Männer hatten signifikant höheren Mittelwert als Frauen ( $N = 220$ ,  $m = 56,2$  (16,3) vs.  $N = 43$ ,  $m = 38,9$  (23,3),  $F = 34,7$ ,  $p < 0,001$ ). Bei der Frage nach der abgeschlossenen Schulbildung hatten die Patienten mit einem mittleren Abschluss (Real-/Berufsschule) signifikant höheren Mittelwert als Patienten mit höherem Abschluss (Uni/FHS) ( $N = 163$ ,  $m = 55,8$  (17,2) vs.  $N = 30$ ,  $m = 40,1$  (20,3),  $F = 6,4$ ,  $p < 0,001$ ). Berentete Patienten hatten signifikant höheren Mittelwert als Patienten, die noch berufstätig waren ( $N = 121$ ,  $m = 58,7$  (13,7) vs.  $N = 56$ ,  $m = 48,8$  (21,9),  $F = 13,4$ ,  $p < 0,001$ ). Die Patienten, die sich schon längere Zeit in ärztlicher Behandlung befanden (über 20 Jahre), hatten im Unterschied zu „neu“ Erkrankten (bis 5 Jahre) höhere Mittelwerte für PTBS Score ( $N = 71$ ,  $m = 59,8$  (14,6) vs.  $N = 46$ ,  $m = 43,6$  (2,6),  $F = 5,9$ ,  $p < 0,001$ ).

### 10.3. Korrelationen zwischen PTBS Score und einzelnen Modulen

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen PTBS Score und anderen Modulen brachte folgende signifikante Ergebnisse:

#### 10.3.1. Korrelation PTBS Score und SpNQ Bedürfnisse

Die Korrelation zwischen PTBS Score und den religiös spirituellen Bedürfnissen (SpNQ) zeigte keine signifikanten Ergebnisse.

#### 10.3.2. Korrelation zwischen PTBS Score und die Fragen F16W und F17W

Die Korrelation zwischen PTBS Score und den Fragen F16W und F17W zeigte kein signifikantes Ergebnis. Korrelation zwischen PTBS Score und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung.

#### 10.3.3. Korrelation zwischen PTBS Score und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen PTBS Score und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung wurde ein signifikantes, moderates Ergebnis gefunden ( $N = 238$ ,  $r = 0,45$ ,  $p < 0,001$ ). Je stärker die Patienten unter ihrer PTBS Erkrankung gelitten haben, desto schwerer waren auch die Auswirkungen ihrer Erkrankung. (Abb.54).

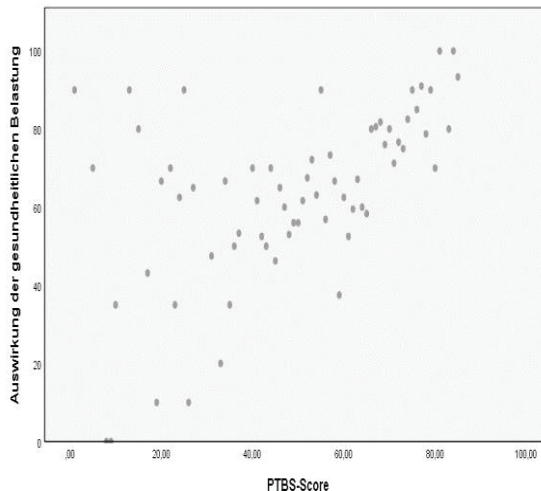


Abbildung 54: Korrelation zwischen PTBS Score und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung



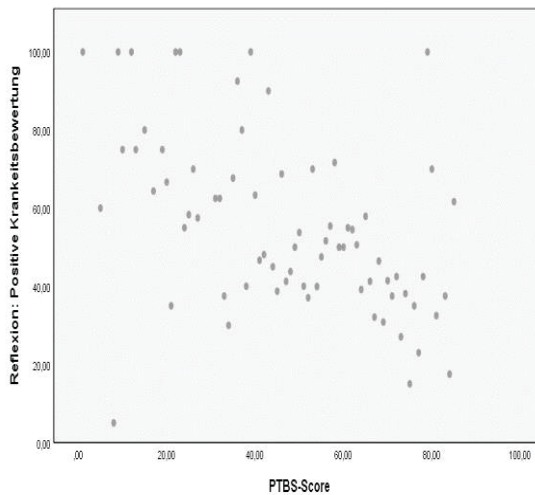
### 10.3.4. Korrelation zwischen PTBS Score und SpREUK Skalen und Benefit

Bei der Überprüfung signifikanter Zusammenhänge zwischen PTBS Score und SpREUK Skalen ergaben sich folgende signifikante Ergebnisse:

Negative und moderate Zusammenhänge mit der SpREUK Skala Reflexion: Positive Krankheitsbewertung (N = 257,  $r = -0,30$ ,  $p < 0,001$ ).

Ein signifikantes, negatives und schwaches Ergebnis wurde bei der Korrelation zwischen PTBS Score und Benefit gefunden (N = 252,  $r = -0,20$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb.55).

Der Zusammenhang zwischen PTBS Score und der Frage 2.6 „*Ich empfinde mich als religiösen Menschen*“ war nicht signifikant, auch nicht der Zusammenhang mit PTBS und der Frage 1.1 „*Ich empfinde mich als spirituellen Menschen*.“



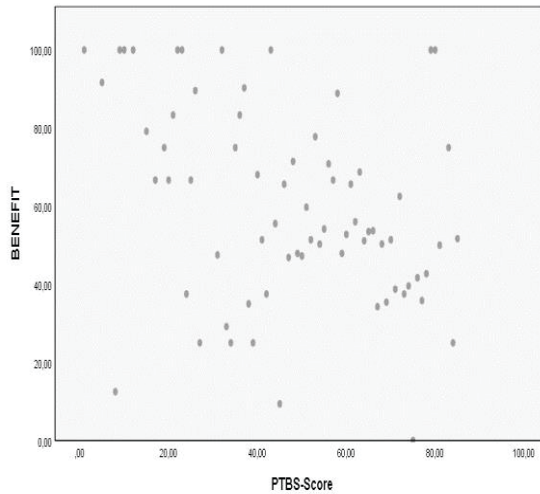


Abbildung 485: Korrelation zwischen PTBS Score und SpREUK Skalen und Benefit

### 10.3.5. Korrelation zwischen PTBS Score und Lebenszufriedenheit

Zwischen dem PTBS Score und der Lebenszufriedenheit zeigte sich ein signifikanter, negativer und starker Zusammenhang ( $N = 261$ ,  $m = -0,49$ ,  $p < 0,001$ ). (Abb. 56).

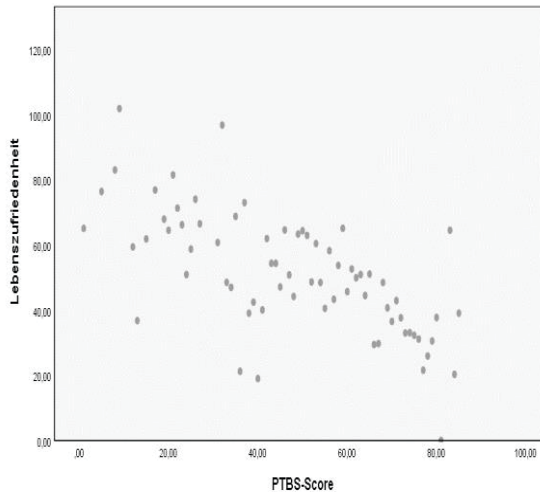


Abbildung 56: Korrelation zwischen PTBS Score und Lebenszufriedenheit



## 11. Vergebung/Klärung - Forgiveness Clarification (FC) – Gesamtstichprobe

Forgiveness Clarification Score (FC) wurde aus folgenden Fragen aus dem SPNQ Modul gebildet:

Frage N2: „Haben Sie das Bedürfnis mit jemanden über Ihre Sorgen und Ängste zu reden“

Frage N4 „Haben Sie das Bedürfnis auf das bisherige Leben zurückzuschauen“

Frage N 5 „Haben Sie das Bedürfnis ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären“

Frage N 16 „Haben Sie das Bedürfnis jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?“ und

Frage N 17 „Haben Sie das Bedürfnis, dass Ihnen vergeben wird“.

Die Ergebnisse der Häufigkeit einzelner Fragen, die in Tab. 4 dargestellt werden, beziehen sich auf Antworten, die mit „mittel“ und „groß“ beantwortet wurden.

### 11.1. Häufigkeit Vergebung/Klärung (FC) unter Patientengruppen

Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) beantworteten die Fragen für Vergebung/Klärung mit einer höheren Prozentzahl (72,3%) als Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) (Abb. 57). Die Abbildung 58 zeigt die Antworten auf den einzelnen Fragen bezüglich der Vergebung und Klärung bei beiden Patientengruppen.

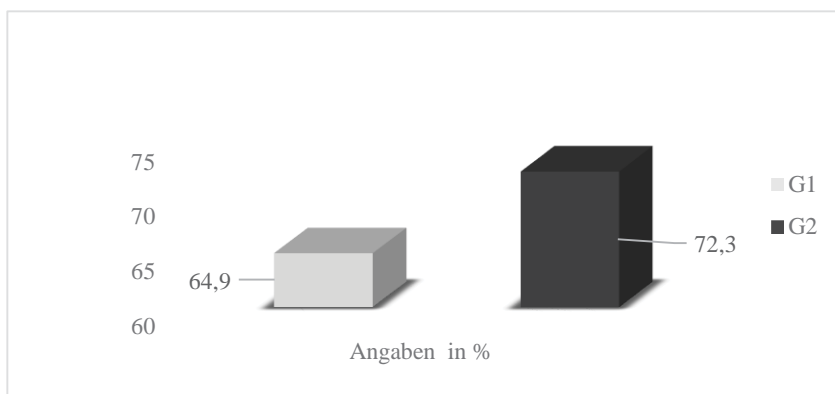


Abbildung 57: Häufigkeit Vergebung/Klärung (Forgiveness Clarification FC) unter Patientengruppen

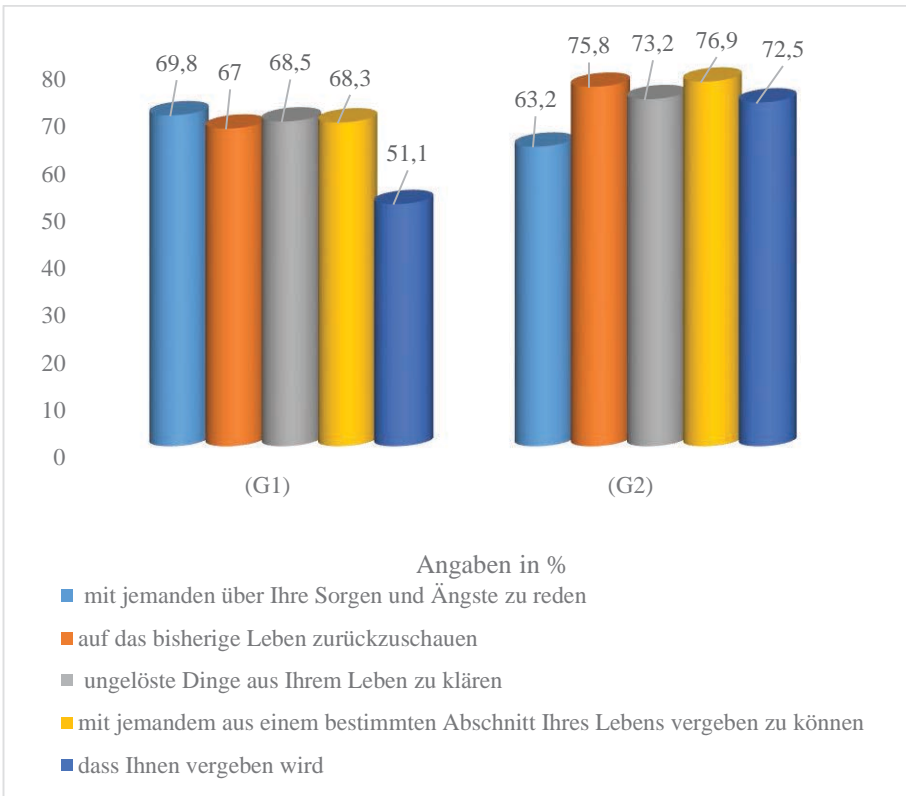


Abbildung 58: Häufigkeit einzelner Fragen Vergebung/Klärung (FC) unter Patientengruppen

### 11.2. Mittelwertvergleich zwischen Vergebung/Klärung (FC) und demografischen Daten – Gesamtstichprobe

In der Mittelwertanalyse mit demografischen Daten, ergaben sich folgende signifikante Ergebnisse: Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) hatten einen signifikant höheren Mittelwert für Vergebung/Klärung (FC) als Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) ( $N = 156$ ,  $m = 2,02$  (0,67) vs.  $N = 186$ ,  $m = 1,84$  (0,75),  $F = 5,01$ ,  $p = 0,02$ ). Frauen hatten höhere Mittelwerte für Vergebung/Klärung (FC) als Männer ( $N = 82$ ,  $m = 2,15$  (0,65) vs.  $N = 258$ ,  $m = 1,85$  (0,73),  $F = 10,6$ ,  $p < 0,001$ ).

Bei der Frage: „Auswirkungen der Erkrankung“ konnten die Patienten angeben, mit welcher Intensität ihre Erkrankung, Verletzung oder Traumatisierung noch heute Auswirkung auf ihr Leben hat. Antwortmöglichkeiten, die angeboten wurden waren, überhaupt nicht, wenig und sehr. Patienten, die diese Frage mit „sehr“ beantwortet haben, hatten den höchsten Mittelwert für Vergebung/Klärung (FC)

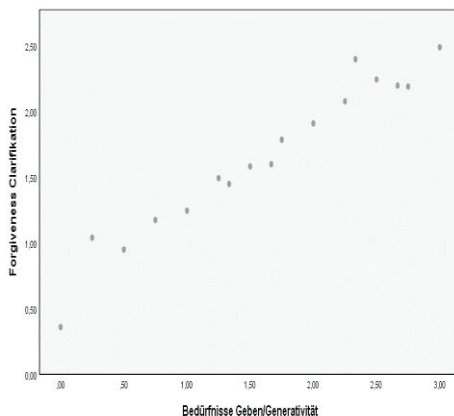
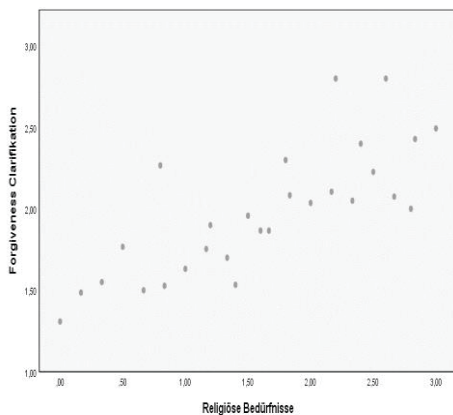
im Unterschied zu Patienten die in ihrem Alltag keine Auswirkungen ihrer Erkrankung spürten (N = 226, m = 2,0 (0,73) vs. N = 20, m = 1,59 (0,59), F = 5,26, p < 0,001). Patienten, die sich als religiös und spirituell einschätzten, hatten signifikant höhere Mittelwerte für Vergebung/Klärung (FC) als Patienten, die sich als nicht religiös und nicht spirituell selbsteingeschätzt haben (N = 130, m = 20,8 (0,65) vs. N = 114, m = 1,71 (0,77), F = 8,99, p < 0,001).

### 11.3. Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (FC) und anderen Modulen- Gesamtstichprobe

#### 11.3.1. Korrelation Vergebung/Klärung (FC) mit SpNQ Bedürfnissen

Die Analyse des Zusammenhangs der Module zwischen Vergebung/Klärung (FC) und den SpNQ Bedürfnissen ergab mehrere signifikante Ergebnisse (Abb.59):

mit Religiösen Bedürfnissen zeigte sich ein signifikanter, moderater Zusammenhang (N = 315, r = 0,42, p < 0,001). Stark korreliert mit Vergebung/Klärung haben die Bedürfnisse nach Geben und Generativität (N = 317, r = 0,59, p < 0,001), Bedürfnisse nach innerem Frieden (N = 317, r = 0,68, p < 0,001) und Existenzielle Bedürfnisse (N = 317, r = 0,87, p < 0,001).



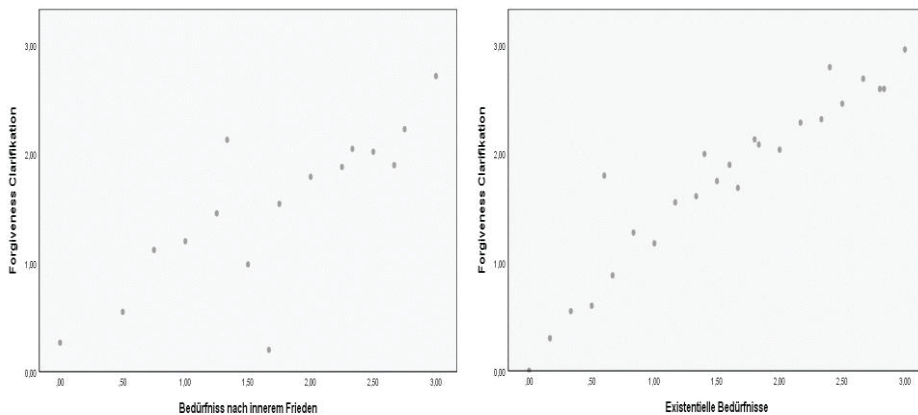


Abbildung 59: Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (SC) mit SpNQ Bedürfnissen

### 11.3.2. Korrelation zwischen Bedürfnissen nach Vergebung/Klärung (FC) und den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS)

Die Korrelation zwischen Bedürfnissen nach Vergebung/Klärung (FC) und den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung zeigte ein signifikantes und moderates Ergebnis ( $N = 280, r = 0,33, p < 0,001$ ) bei Patienten (Abb. 60).

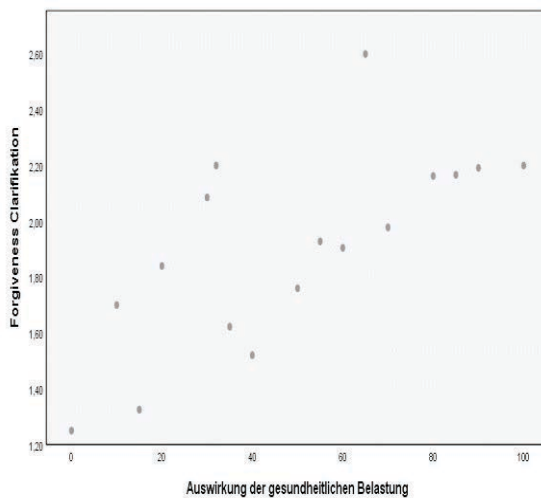


Abbildung 60: Korrelation zwischen Bedürfnissen nach Vergebung/Klärung (FC) und den Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS)

### 11.3.3. Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Skalen

Bei der Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Skalen ergaben sich mehrere signifikante Zusammenhänge mit allen SpREUK Skalen:

bei der Korrelation mit Bedürfnissen nach Reflexion: Positive Krankheitsbewertung eine signifikante, schwache Korrelation ( $N = 299, r = 0,26, p < 0,001$ ), genau wie mit Benefit ( $N = 293, r = 0,24, p < 0,001$ ).

Mit Suche nach sinngebender Rückbindung ( $N = 297, r = 0,31, p < 0,001$ ) und Vertrauen in eine höhere Führung waren die Zusammenhänge signifikant und moderat bzw. schwach ( $N = 298, r = 0,26, p < 0,001$ ) (Abb.61).

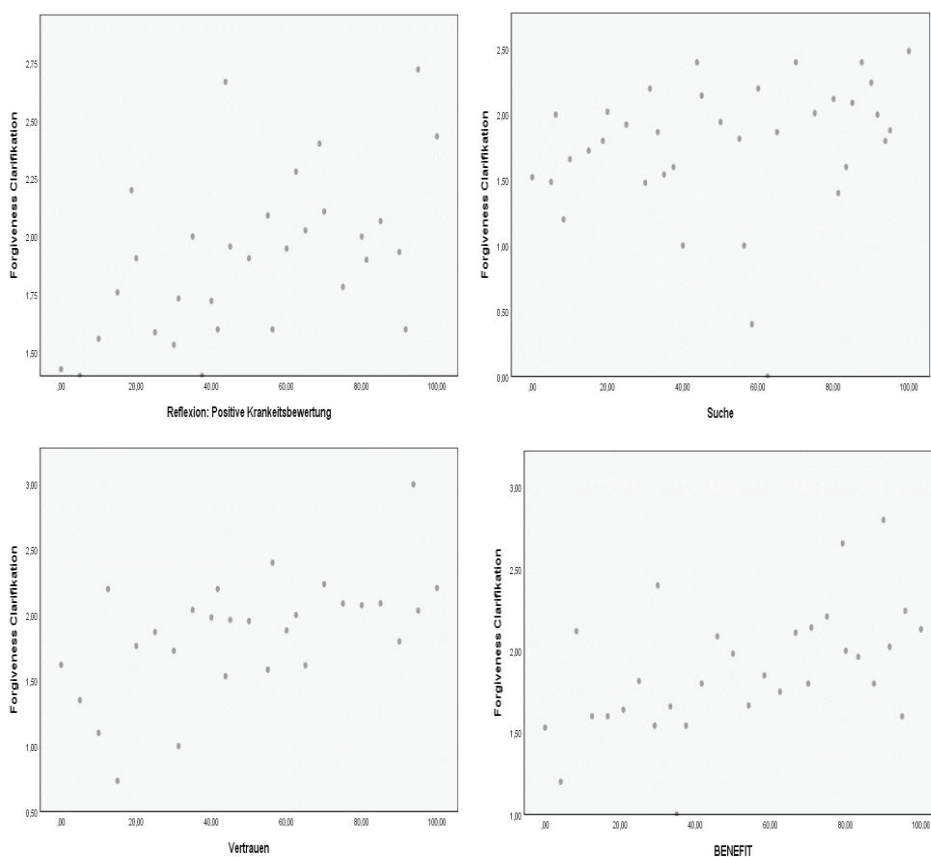


Abbildung 61: Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Skalen



### 11.3.4. Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (FC), Lebenszufriedenheit und PTBS Score

Bei der Überprüfung dieser Zusammenhänge wurden keine signifikanten Ergebnisse mit PTBS Score ( $N = 244$ ,  $r = -0,01$ ,  $p = 0,76$ ) und keine mit Lebenszufriedenheit ( $N = 312$ ,  $r = -0,76$ ,  $p = 0,17$ ) feststellbar.

### 11.3.5. Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und den Fragen F2.6 und F1.1

Mit der Frage F2.6 „Ich empfinde mich als religiösen Menschen“ ergab sich keine signifikante Korrelation, während die Korrelation mit der Frage F1.1 „Ich empfinde mich als spirituellen Menschen“ ( $N = 288$ ,  $r = 0,26$ ,  $p = 0,00$ ) signifikant schwach war (Abb. 62).

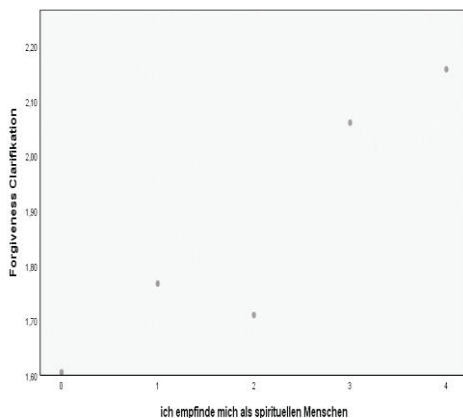


Abbildung 62: Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und der Frage F1.1

## 11.4. Korrelationen zwischen Vergebung/Klärung (FC) und anderen Modulen unter Patientengruppen

### 11.4.1. Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpNQ Skalen

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen Vergebung/Klärung (FC) und den SpNQ Skalen zeigte keine bedeutenden Unterschiede in den Ergebnissen unter beiden Patientengruppen. Vergebung/Klärung (FC) korrelierte mit:

*Religiösen Bedürfnissen* signifikant, moderat bei beiden Patientengruppen: Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) ( $N = 171$ ,  $r = 0,44$ ,  $p < 0,001$  vs. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2)  $N = 144$ ,  $r = 0,42$ ,  $p < 0,001$ ).

*Existenziellen Bedürfnissen* signifikant, stark: Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) (N = 172,  $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$  vs. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) N = 145,  $r = 0,89$ ,  $p < 0,001$ ).

*Bedürfnissen nach innerem Frieden* signifikant, stark: Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) (N = 172,  $r = 0,62$ ,  $p < 0,001$  vs. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) N = 145,  $r = 0,76$ ,  $p < 0,001$ ).

*Bedürfnissen nach Geben und Generativität* signifikant, stark: Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) (N = 172,  $r = 0,58$ ,  $p < 0,001$  vs. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) N = 145,  $r = 0,58$ ,  $p < 0,001$ ).

#### **11.4.2. Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung (VAS)**

Die Korrelation zwischen Vergebung/Klärung und Auswirkungen der gesundheitlichen Belastung VAS) war bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) signifikant, schwach (N = 157,  $r = 0,22$ ,  $p < 0,001$ ) im Unterschied zu den Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2), wo sie signifikant und stark war (N = 123,  $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ).

#### **11.4.3. Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Modul**

Bei der Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Vergebung/Klärung (FC) und SpREUK Skalen zwischen den Patientengruppen ergaben sich signifikante Korrelationen, die keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten:

bei der Korrelation: Suche nach sinngebender Bindung: signifikante, moderate und schwache Korrelation (G1 N = 167,  $r = 0,32$ ,  $p < 0,001$  vs. G2 N = 130,  $r = 0,29$ ,  $p < 0,001$ ). Vertrauen in eine höhere Führung: signifikante, schwache Korrelation (G1 N = 167,  $r = 0,27$ ,  $p < 0,001$  vs. G2 N = 131,  $r = 0,25$ ,  $p < 0,001$ ). Reflexion: Positive Krankheitsbewertung signifikante, schwache Korrelation: (G1 N = 168,  $r = 0,24$ ,  $p < 0,001$  vs. G2 N = 131,  $r = 0,25$ ,  $p < 0,001$ ), und Benefit, signifikante, schwache Korrelation (G1 N = 166,  $r = 0,26$ ,  $p < 0,001$  vs. G2 N = 127,  $r = 0,22$ ,  $p < 0,001$ ).

Bei der Überprüfung der Korrelation mit der Frage F1.1 „*Ich empfinde mich als spirituellen Menschen*“ ergaben sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Patientengruppen (G1) N = 164,  $r = 0,29$ ,  $p < 0,001$  vs. (G2) N = 124,  $r = 0,23$ ,  $p < 0,001$ ), aber jeweils schwache Korrelationen.

#### **11.4.4. Korrelation zwischen Vergebung/Klärung (FC) und Lebenszufriedenheit unter Patientengruppen**

Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) zeigten im Unterschied zu Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1), wo dieser Zusammenhang nicht signifikant war, einen signifikanten moderaten negativen Zusammenhang zwischen Vergebung/Klärung (FC) und Lebenszufriedenheit (G2)  $N = 142$ ,  $r = -0,31$ ,  $p < 0,001$  vs. (G1)  $N = 170$ ,  $r = 0,07$ ,  $p < 0,31$ ).

## 12. Zusammenfassung der Ergebnisse

### 12.1. Spirituelle Bedürfnisse (Spiritual Needs Questionnaire - SpNQ)

Für beide Patientengruppen G1 und G2 spielen die religiös spirituellen Bedürfnisse eine wichtige Rolle. Die Bedürfnisse nach innerem Frieden (mit Fragen über „sich wohl und aufgehoben fühlen“) waren bei beiden Patientengruppen stark präsent. 78% der Patienten hatten mittlere oder große Bedürfnisse nach innerem Frieden. Bedürfnisse nach Geben und Generativität, die Wünsche der Patienten ausdrücken für jemanden Trost spenden zu können, etwas von sich zu geben und Gewissheit zu haben, dass das bisherige eigene Leben sinn- und wertvoll war, waren für 74,07% der Patienten von mittlerer und großer Bedeutung. Für 63,9% der Patienten waren die Existenziellen Bedürfnisse von Bedeutung. Diese Bedürfnisse thematisieren unter anderem, die Fragen nach dem Sinn im Leben und der Krankheit. Für mehr als die Hälfte der Patienten (53,9%) waren Religiöse Bedürfnisse von mittlerer oder großer Bedeutung. Bei Bedürfnissen nach innerem Frieden als wichtige Bedürfnisse bei allen befragten Patienten, war bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen das Bedürfnis; „in der Ruhe verweilen zu können“ signifikant höher als bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen, die wiederum das höhere Bedürfnis „in die Schönheit der Natur eintauchen zu können“ hatten. Patienten, die noch immer stark unter den Auswirkungen ihrer Erkrankung litten, hatten signifikant höhere Religiöse Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden. Existenzielle Bedürfnisse, bei denen die Patienten ihr Leben reflektieren und nach einem Sinn im Leben und in der Krankheit suchen, waren besonders für Patienten, die aktiv im Krieg teilgenommen haben, von höherer Bedeutung. Diese Patienten hatten auch größere Bedürfnisse nach Geben und Generativität.

Zwischen beiden Patientengruppen zeigte sich kein signifikanter Mittelwertunterschied bei Religiösen Bedürfnissen und Bedürfnissen nach innerem Frieden. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) hatten signifikant höhere Mittelwerte für Existenzielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben und Generativität als die Patientengruppe mit Traumafolgeerkrankungen (G1).

Der Korrelationsvergleich zwischen den Bedürfnissen zeigte mehrere signifikante, starke Zusammenhänge. Bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen ließ sich signifikant erkennen, dass, je stärker ihre Religiöse Bedürfnisse waren, desto stärker waren auch ihre Existenziellen Bedürfnisse. Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen, hatten bedeutend stärkere Religiöse Bedürfnisse, je stärker ihre Bedürfnisse nach innerem Frieden und Bedürfnisse nach Geben und Generativität waren. Beide Patientengruppen zeigten starke, signifikante Zusammenhänge mit Religiösen Bedürfnissen und Suche nach sinngebender Bindung, Vertrauen in eine höhere Führung und Benefit. Je größere Religiöse Bedürfnisse

die Patienten hatten, desto mehr waren sie auf der Suche nach religiösen und spirituellen Erkenntnissen und vertrauten in eine höhere Macht, die sie trägt. Starke Korrelation zeigte sich auch zwischen religiösen Bedürfnissen und Benefit. Je größer die religiösen Bedürfnisse der Patienten waren, desto mehr Nutzen haben die Patienten durch ihre Religiosität und Spiritualität im Umgang mit ihrer Erkrankung erfahren. Dieser Befund traf für beide Patientengruppen gleichermaßen zu.

In der Studie zeigten die Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen, stärkeren Zusammenhang zwischen Auswirkungen der Erkrankung, und religiös spirituellen Bedürfnissen. Je stärker diese Patientengruppe die Auswirkungen ihrer Erkrankung spürten, desto höhere Existenzielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach Geben und Generativität hatten sie.

## **12.2. Spirituell religiöser Umgang mit der Erkrankung (SpREUK Modul)**

Die Ausprägung religiös spiritueller Einschätzung wurde an 343 Patienten untersucht, von denen sich 61% als religiös oder spirituell, oder beides und 39% als weder religiös noch spirituell einschätzten. In der Stichprobe gehörten 45,9% der Patienten der größten Gruppe an und zwar der Gruppe die sich als religiös und spirituell bezeichnete. Diese Patienten hatten signifikant höchste Werte für religiöse Einstellungen (Suche, Vertrauen, Reflexion) und höchste Mittelwerte für Benefit. Im Umgang mit ihrer Erkrankung waren Vertrauen in eine höhere Führung für fast die Hälfte der Befragten (49,9%) sehr wichtig, die Suche nach sinngebender Rückbindung bei mehr als ein Drittel der Patienten (36,3%). Durch ihre Erkrankung waren 41,6% der Patienten der Meinung eine Neubewertung ihres Lebens zu erfahren. Frauen waren signifikant mehr auf der Suche nach sinngebender Rückbindung und haben mehr über ihre Erkrankung reflektiert und sie positiver bewertet als die Männer. Patienten, die den ganzen Krieg aktiv (5 Jahren) erlebt haben, waren mehr auf der Suche nach religiösen und spirituellen Erfahrungen, haben ihre Erkrankung negativer bewertet und hatten mehr Vertrauen in eine höhere Führung.

## **12.3. Lebenszufriedenheit**

Mit dem eigenen Leben zufrieden oder überwiegend zufrieden zu sein, gaben in der Gesamtstichprobe 40,5% der Patienten an. 36,8 % waren nicht zufrieden und fühlten sich schrecklich oder unglücklich, während 22,7 % der Patienten in ihrer Aussage unentschieden waren. Patienten mit Traumafolgeerkrankungen hatten signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit als andere Patienten, und zeigten signifikanten, moderaten Zusammenhang mit religiös spirituellen Bedürfnissen. Je zufriedener diese Patienten waren, desto mehr hatten sie das Bedürfnis etwas von sich zu geben und hatten größere religiöse Bedürfnisse. Auf ihrer Suche nach

sinngebender Rückbindung, Vertrauen in eine höhere Führung und Reflexion, waren sie in ihrem Leben zufriedener und verspürten mehr Benefit durch ReS im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen korrelierte Lebenszufriedenheit negativ mit Bedürfnissen nach innerem Frieden und Existenziellen Bedürfnissen. Patienten die während der Befragung stark unter den Auswirkungen ihrer Erkrankung gelitten haben, hatten, wie auch Patienten, die sich als nicht religiös und nicht spirituell eingeschätzt haben, eine niedrigere Lebenszufriedenheit.

#### **12.4. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**

Mehr als ein Drittel (34,2%) der Patienten, mit einer Traumafolgeerkrankung, befanden sich länger als 20 Jahre in ärztlicher Behandlung. Vor allem Männer, ältere und im Krieg aktiv eingebundene Patienten zeigten höhere Mittelwerte im PTBS Modul. Symptome der Erkrankung waren besonders oft (81,8%) präsent bei Patienten, die angegeben haben, „sehr“ unter der PTBS Erkrankung zu leiden. Patienten, die öfters die Symptome der PTBS Erkrankung wahrgenommen haben, hatten weniger Bedürfnisse nach Geben und Generativität und haben ihre Erkrankung negativ bewertet.

#### **12.5. Vergebung /Klärung (FC)**

Eine der Forschungsfragen in der Studie war, wie bereit sind die Patienten jemandem zu vergeben oder für sich selbst von jemandem die Vergebung zu bekommen.

Patienten mit Traumafolgeerkrankungen und Patienten die aktiv im Krieg teilgenommen haben, waren signifikant weniger bereit jemandem zu vergeben und hatten auch weniger das Bedürfnis, dass ihnen vergeben wird, als die andere Patientengruppe.

Frauen hatten ein größeres Bedürfnis, dass ihnen vergeben wird, als die Männer und hatten höhere Bedürfnisse nach Vergebung und Klärung.

Patienten die sich als religiös und spirituell bezeichneten, verspürten ein signifikant größeres Bedürfnis jemandem zu vergeben, hatten ein größeres Bedürfnis, dass ihnen vergeben wird, und hatten ein größeres Bedürfnis nach Vergebung und Klärung als nicht religiöse und nicht spirituelle Patienten. Patienten, die ein starkes Bedürfnis hatten, jemandem zu vergeben, hatten auch starke Existenzielle Bedürfnisse und die Bedürfnisse jemandem etwas zu geben, oder für andere da zu sein. Das Bedürfnis, jemandem zu vergeben, hing bei beiden Patientengruppen positiv mit der Suche nach sinngebender Rückbindung, mit größerem Vertrauen

in eine höhere Führung, mit positiver Krankheitsbewertung und Benefit zusammen.

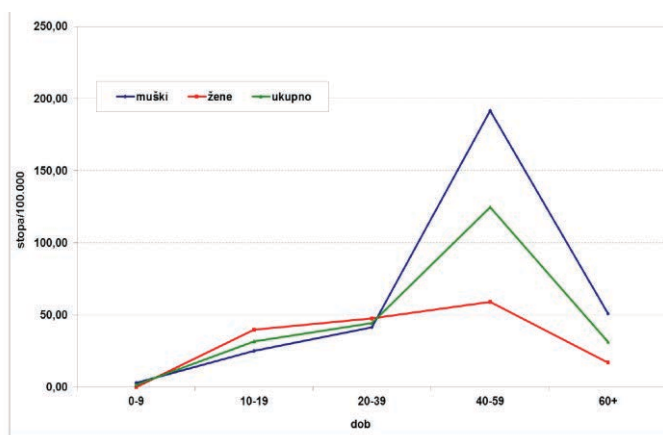
Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen, die sehr unter den Auswirkungen der Erkrankung litten, hatten im Unterschied zu Patienten mit Traumafolgerkrankungen signifikant stärkere Bedürfnisse nach Vergebung und Klärung.

Bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen hing das Bedürfnis, dass ihnen vergeben wird mit Suche nach sinngebender Rückbindung, Vertrauen in eine höhere Führung signifikant zusammen im Unterschied zu der anderen Patientengruppe, wo dieser Zusammenhang nicht signifikant war. Patienten mit Traumafolgerkrankungen bewerteten und reflektierten ihre Erkrankung zugleich positiver und waren diesbezüglich reflektierter und erfuhren durch Religiosität und Spiritualität mehr Benefit im Umgang mit ihrer Erkrankung als andere Patienten.

Bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen hingen die Lebenszufriedenheit und das Bedürfnis nach Vergebung und Klärung negativ zusammen. Je weniger zufrieden diese Patienten in ihrem Leben waren, desto stärkere Bedürfnisse nach Vergebung und Klärung hatten sie. Bei Patienten mit Traumafolgerkrankungen war dieser Zusammenhang nicht von Bedeutung.

## IV. DISKUSSION

Die Folgen des Krieges in Kroatien (1991-1995) sind auch heute, 26 Jahre danach in allen Schichten der Gesellschaft Kroatiens spürbar. Neben den wirtschaftlichen und sozialen Problemen leidet auch ein großer Teil der Bevölkerung an Erkrankungen, die ihre Ursache in traumatischen, stressigen und bisher nicht verarbeiteten und bewältigten Ereignissen haben, die in den meisten Fällen auf Ereignisse während des Krieges, aber auch in der Nachkriegszeit zurückzuführen sind. Nach den Angaben des Kroatischen Instituts für öffentliches Gesundheitswesen<sup>247</sup> für das Jahr 2017 zählte PTBS zu den häufigsten fünf Ursachen eines Klinikaufenthalts. Der durchschnittliche Klinikaufenthalt betrug 14 Tage und war bei beiden Geschlechtern zwischen 40 und 59 am längsten (Abb. 63).



grüne Linie (Gesamtzahl)  
blaue Linie (Männer)  
rote Linie (Frauen)  
X-Achse: Alter der Patienten  
Y-Achse: Krankenhausaufenthaltsrate

Angelehnt an die Tabelle 28, S. 36, von: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Bilten-mentalne.pdf>

Abbildung 63: Krankenhausaufenthalt der Patienten mit traumatischen Erkrankungen nach Geschlecht und Alter in Kroatien (2017)

<sup>247</sup> Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. (online) (Zitierdatum 15.09.20) abrufbar unter <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Bilten-mentalne.pdf>. 8.



Diese psychischen Folgeerkrankungen, insbesondere PTBS, haben tiefgreifende Auswirkungen auf andere Familienmitglieder, die Familiendynamik und das Familiensystem allgemein. Auch für die nachfolgenden Generationen ist ihre Trauma-Bewältigung und Erlebnisverarbeitung somit von hoher Bedeutung. Trotz guter medizinischer und psychologischer Begleitung befindet sich noch eine sehr große Anzahl kriegstraumatisierter Personen in ärztlicher Behandlung. Die Veteranen werden wegen ihrer Verdienste und Opfer seitens der Politik und der Gesellschaft gebührend behandelt und geehrt. Was aber langsam schwindet, ist das öffentliche Interesse für die Begleitung ihrer Erkrankung. Für die Veteranen kann das ein Problem bedeuten, bei den Ärzten ihre posttraumatischen Symptome vorzustellen.<sup>248</sup>

Die Bewältigung traumatischer Erfahrungen ist ein schwieriger und langwieriger Prozess, der neben körperlichen und psycho-sozialen Aspekten auch die geistige und spirituelle Seite umfasst.<sup>249</sup> Traumatisierte Menschen haben – nicht minder als andere Patienten – ein Bedürfnis nach einer professionell kompetenten und zugleich ganzheitlichen Wahrnehmung ihrer Person. Dies schließt Interesse am Verstehen ihrer Lebens- und Krankheitsgeschichte ein. Die Erfahrungen von Gewalt, Krisen und Trauma können religiöse bzw. spirituelle Entwicklungen stimulieren, zu einer Reflexion und Neuorientierung wichtiger Bereiche des eigenen Lebens führen<sup>250</sup> mit der Folge, eigene religiöse Traditionen und spirituelle Übungen zu vertiefen, wiederzuentdecken, von ihnen Abstand zu nehmen oder sie aufzugeben.

Diese Studie zielte darauf ab, dass die Patienten ihre Selbsteinschätzungen über die Rolle von ReS im Umgang mit ihrer langjährigen und häufig chronifizierten Erkrankung zu abgeben und bewerten. Von besonderem Interesse waren diesbezügliche Bedürfnisse und Zusammenhänge von ReS mit Lebenszufriedenheit, Vergebungsbereitschaft und dem Umgang und Bewältigungsprozess traumatisierter Veteranen und Zivilisten.

---

<sup>248</sup> Kantor V, Knefel M, Lueger-Schuster B (2017) Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 52. 52-68.

<sup>249</sup> Reddemann L., Dehner-Rau C. (2007) Trauma, Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele, Stuttgart Trias Verlag.

<sup>250</sup> Bucher A. A. (2007) Psychologie der Spiritualität; Weinheim, Basel, Beltz Verlag.

# Die Befunde der Studie im Kontext der kroatischen Gesellschaft

## 1. Diagnostische und soziodemografische Variablen

An der Studie nahmen 343 Patienten an zwei Unikliniken in Kroatien teil. In beiden Einrichtungen wurden Patienten behandelt, die selbst an Kriegshandlungen beteiligt waren, wie auch Patienten, die während des Krieges im Kriegsgebiet gelebt haben bzw. während oder nach dem Krieg – für jüngere Studienteilnehmer – dort aufgewachsen sind.

Mehr als die Hälfte (54,5%) der in der Studie eingeschlossenen Patienten litten an Traumafolgeerkrankungen, entweder an PTBS oder Andauernde Persönlichkeitsstörung, die in den meisten Fällen auf Traumatisierung während des fünfjährigen Krieges in Kroatien zurückzuführen waren. Die meisten Patienten (55,5%) mit einer Traumafolgeerkrankung, waren als aktive Soldaten im Krieg beteiligt. Die zweite Patientengruppe (45,5%) waren Patienten mit einer Diagnose aus anderen Bereichen psychiatrischer Erkrankungen, vor allem Patienten mit depressiven und psychotischen Störungen. Für PTBS und andere Traumafolgeerkrankungen betrug der Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt 14 Tage, und war bei Patienten (männlich und weiblich) in einer Altersspanne von 40 – 59 Jahren am höchsten.

Die Verteilung der Häufigkeit traumatischer Erkrankungen nach Alter in dieser Studie (Abb. 64) zeigte, dass die meisten Patienten mit einer Traumafolgeerkrankung in der Altersgruppe älter als 56 Jahre waren.

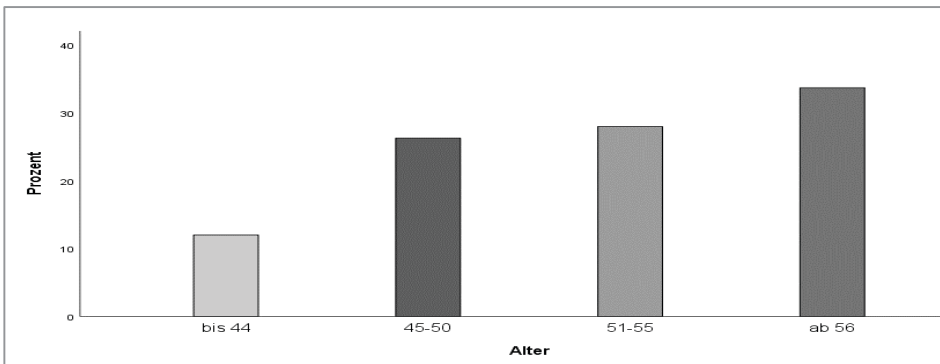


Abbildung 64: Häufigkeit traumatischer Erkrankungen nach Altersgruppen

Der größte Anteil der Patienten waren Männer (N=196, 76,0%), von denen die meisten aktiv im Krieg teilgenommen haben (77,5%) und mit direkten traumatischen Ereignissen konfrontiert wurden. Bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) waren die jüngeren Patienten (18-44 Jahre) und die ältesten Patienten (ab 56 Jahre) diejenigen, die wegen ihrer Erkrankung länger als 20 Jahre ärztlich behandelt wurden. Laut Sack könnte dieser Befund für eine Chronifizierung der PTBS Symptomatik sprechen.<sup>251</sup> Im Unterschied zu diesem Befund, waren die jüngeren Patienten (18-44 Jahre) mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) „erst“ 5 Jahre in Behandlung (51,6 %), zusammen mit fast einem Drittel (27,8%) älterer Patienten ab 56 Jahre. Patienten mit Traumafolgeerkrankungen (G1) leiden an Folgen traumatischer Erfahrungen entweder, weil sie als aktive Teilnehmer an Kriegshandlungen teilgenommen haben, oder als Kinder und Jugendlichen den Krieg miterlebt haben oder durch transgenerationale Übertragung traumatisiert wurden.<sup>252</sup> Eine große Mehrheit der Patienten (73,4%), gab an, heute noch sehr schwer oder unerträglich unter den Auswirkungen ihrer Erkrankung zu leiden. Vor allem betraf diese Äußerung Patienten (88,1%), die wegen einer Traumafolgeerkrankung behandelt wurden.

### **1.1. Wie spirituell/religiös sind die die Patienten mit und ohne einer Traumafolgeerkrankung?**

Nach den Ergebnissen der Volkszählung in Kroatien 2011,<sup>253</sup> identifizierte sich die Mehrheit der Bevölkerung (86,3%) als Katholiken.<sup>254</sup> In unserer Studie waren die Ergebnisse über die Religionszugehörigkeit der an der Studie teilnehmenden Patienten fast identisch (88,7%). 39% der befragten Patienten schätzten sich als nicht religiös und nicht spirituell ein, die Mehrheit der Patienten (61%) haben sich als religiös oder spirituell bezeichnet, und es fand sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der religiös spirituellen Selbsteinschätzung zwischen den beiden Patientengruppen.

---

<sup>251</sup> Sack M. (2004) Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, Springer, Nervenarzt 75: 451–459.

<sup>252</sup> Bode S. (2009) Kriegsenkel-die Erben einer vergessenen Generation. Klett Cotta, 3. Aufl. Stuttgart.

<sup>253</sup> Nächste Volkszählung findet im April 2021 statt.

<sup>254</sup> Drzavni zavod za statistiku. Popis stanovništva u Hrvatskoj. (2011) (online) (Zitierdatum 25.10.20) unter:  
[https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01\\_01\\_12/H01\\_01\\_12.html](https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_12/H01_01_12.html).

## 2. Welche psychosozialen, religiösen, spirituellen Bedürfnisse haben Patienten mit und ohne Traumafolgestörung?

Für beide Patientengruppen in dieser Studie spielen die religiös spirituellen Bedürfnisse eine wichtige Rolle. Nach den Ergebnissen empfinden die meisten kroatischen Patienten sie als mittelstark bis stark. Vor allem waren bei Patienten (78%) die Bedürfnisse nach innerem Frieden (mit Fragen über „sich wohl und aufgehoben fühlen“) stark verbreitet. Dieser Befund könnte ein Hinweis sein, dass es bei vielen der Patienten noch viel innere Unruhe gibt. Darüber hinaus wünschen sich 74,07% der Patienten, etwas von sich zu geben, jemandem Trost spenden zu können und Gewissheit zu haben, dass das bisherige eigene Leben sinn- und wertvoll war. Diese Ergebnisse ähneln denen einer in Deutschland durchgeführten Untersuchung religiös spiritueller Bedürfnisse von Menschen mit chronischen und Tumorerkrankungen<sup>255</sup> bei der die Verteilung der Wichtigkeit von Bedürfnissen bei diesen Patienten ähnlich den Ergebnissen unserer Studie war. Bei Patienten mit Krebserkrankungen waren auch die Bedürfnisse nach innerem Frieden und Bedürfnisse nach Geben und Generativität am stärksten ausgeprägt. Für 63,9% der Patienten in dieser Studie waren die existenziellen Bedürfnisse bedeutungsvoll. Diese Bedürfnisse waren besonders für Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) von signifikant höherer Bedeutung.

Alle Skalen erreichten vergleichsweise hohe Mittelwerte, wobei die stärksten jedoch die Bedürfnisse nach innerem Frieden ( $m = 2,21$  (0,64) und dem Bedürfnis nach Generativität und Geben ( $m = 2,04$  (0,75) waren. Existenzielle ( $m = 1,81$  (1,81) und religiöse Bedürfnisse ( $m = 1,64$  (0,90), waren etwas geringer ausgeprägt. Religiöse Bedürfnisse waren für die meisten der Patienten wichtig, besonders das Bedürfnis“ sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel...) zu wenden“ (69,3%). Sehr wichtig waren religiöse Bedürfnisse für die Patienten, die noch immer stark unter ihrer Erkrankung litten im Vergleich zu den Patienten, dieangaben überhaupt nicht, oder wenig zu leiden ( $m = 1,73$ , (0,88) vs überhaupt nicht ( $m = 1,65$  (1,04),  $F 4,7$ ,  $p = 0,009$ ). Die vier SpNQ Skalen in unserer Stichprobe haben wir mit Ergebnissen einer Studie<sup>256</sup> mit psychiatrischen Patienten in Deutschland verglichen. In einem Sample von 248 Patienten mit psychiatrischen Patienten ergaben sich einige Unterschiede: bei Bedürfnissen nach innerem Frieden ( $m = 2,0$  (0,67) und existenziellen Bedürfnissen ( $m = 1,3$  (0,8) etwas niedrigere Mittelwerte, und bei Bedürfnissen nach Geben und Generativität ( $m = 1,5$

---

<sup>255</sup> Büssing A., Balzat HJ., Heusser P. (2010) Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – Validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* 15: 266–273.

<sup>256</sup> Reiser F. (2018) Menschen mehr gerecht werden. Zur Religiosität bzw. Spiritualität von Patientinnen und Patienten in Psychiatrie und Psychotherapie. Echter Verlag GmbH Würzburg.

0,9) und religiösen Bedürfnissen ( $m = 0,75$  (0,8) deutlich niedrigere Mittelwerte als in unserer Stichprobe.

In Bezug auf die Religionszugehörigkeit katholisch, Andere (orthodox, muslimisch, andere) und Keine wurde in unserer Stichprobe ein signifikanter Unterschied sichtbar: Personen die sich als „Katholisch“ und „Andere“ bezeichneten, hatten signifikant höhere religiös- spirituelle Bedürfnisse als Personen in Gruppe „Keine“ ( $p < 0,001$ ). Für Patienten, die sich als religiös oder spirituell einschätzten, waren religiös spirituelle Bedürfnisse signifikant von höherer Bedeutung, vor allem bei den Frauen, die im Vergleich zu Männern signifikant höhere Mittelwerte bei allen Bedürfnissen hatten. Es scheint, dass Frauen ihre Krankheit anders erleben und mit ihr anders umgehen als Männer. Diese signifikanten Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Krankheitswahrnehmung und Verarbeitung geschlechterspezifische Unterschiede bestehen können.<sup>257</sup> Auch eine Studie mit Überlebenden des Bürgerkriegs in Bosnien, die die Bewältigungsstrategien von PTBS Symptomen untersucht hat, berichtete empirische Befunde dafür, dass Frauen in die Bewältigung ihrer traumatischen Erlebnisse stärker als die Männer religiöse Aspekte einbeziehen.<sup>258</sup>

Krankgeschriebene Patienten hatten signifikant größere Existenzielle Bedürfnisse, und Bedürfnisse nach innerem Frieden als Patienten, die schon berentet wurden. Die Erhebung in unserer Studie ergab signifikante Unterschiede in der Stärke der Bedürfnisse zwischen den Patienten, die als Soldaten aktiv an Kriegshandlungen teilgenommen haben und „nicht aktiven“ zivilen Patienten. Insbesondere waren bei den Zivilisten generative und existenzielle (reflexive) Bedürfnisse stärker ausgeprägt als bei den Soldaten; beide unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem Bedürfnis, inneren Frieden finden zu können, und in ihren religiösen Bedürfnissen. In der Studie<sup>259</sup> mit traumatisierten Patienten in Sarajevo (BIH) mit mehrheitlich muslimischen Patienten zeigten die Soldaten signifikant niedrigere religiöse Bedürfnisse und geringere existenzielle Bedürfnisse als die Zivilisten. Die Gründe, dass die Soldaten in beiden Ländern niedrigere religiöse Bedürfnisse hatten als die zivilen Patienten, könnten im Erlebten der Soldaten, im Verlust des Glaubens an Gott infolge der Trauma-Erschütterung und in Gefühlen von Schuld und Zweifeln gegenüber Gott und Kriegsopfern vermutet werden.<sup>260</sup> 68,5% der Patienten, die in dieser Studie während des Krieges multiplen

---

<sup>257</sup> Meyer P. (2008) Gender, Trauma, Sucht. Flucht vor der Erinnerung. In: Deutsches Ärzteblatt 11.522 – 523.

<sup>258</sup> Mladina V. & Huber, H.P. (2002) Life after War: Coping with War Trauma. Psychologische Beiträge, 44 (4). 616-626.

<sup>259</sup> Glavas A., Büssing A., Baumann K. (2020) Religiöse und spirituelle Bedürfnisse bei traumatisierten muslimischen Patienten in Sarajevo. Spiritual Care Band 9: Heft 4.

<sup>260</sup> Baumann K. (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D (Hg.) Flucht, Trauma, Integration; Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich. Berlin: LIT Verlag. 17–28.

Traumatisierungen ausgesetzt waren und heute noch mit schweren psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen leben müssen, haben das Bedürfnis, ungeklärte Dinge aus ihrem Leben zu klären. Sie reflektieren ihr bisheriges Leben und stellen sich Fragen über ihre Zukunft, oft geplagt mit den Fragen des Sinnes des erlebten Kriegseinsatzes, ihrer Krankheit und allgemein ihres Lebens. Traumatische Erlebnisse lösen die Suche nach Sinn aus, weil sie die Grundannahmen über die Welt und die eigene Person erschüttern,<sup>261</sup> eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit darstellen, und eine Begegnung des Menschen mit Gewalt und Tod einschließen.

Ein Vergleich der Ergebnisse der hier untersuchten Patienten, mit denen von chronisch kranken Patienten aus Deutschland zeigt, dass insbesondere die religiösen und existenziellen Bedürfnisse bei unserer Stichprobe stärker ausgeprägt waren als bei den deutschen Patienten.<sup>262</sup> Für die Mehrheit deutscher Patienten waren die Religiösen Bedürfnisse wenig oder gar nicht wichtig. 27% der Patienten hatten das Bedürfnis „selber zu beten“, während in unsere Stichprobe fast zwei Drittel der Patienten (63,6%) dieses Bedürfnis hatte.

Religiöse Bedürfnisse wurden in unserer Stichprobe von mehr als der Hälfte der Patienten (53,9%) hoch eingeschätzt. Unter den religiösen Bedürfnissen war für die Patienten dieser Stichprobe das Bedürfnis, „dass jemand für Sie betet“, bei 49,8%, also bei fast der Hälfte der Befragten von moderater oder großer Bedeutung. Dieses Ergebnis war aber deutlich weniger ausgeprägt als bei traumatisierten muslimischen Patienten in Sarajevo (BIH), wo dieses Bedürfnis von 91.0% der Patienten geäußert wurde.<sup>263</sup> In einer Studie mit 1.092 deutschen Soldaten<sup>264</sup> wurde nur bei 5-12% der Probanden die Intensität der spezifischen religiösen Bedürfnisse als moderat bis groß angegeben, während die existenziellen Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden für diese Gruppe die wichtigste Rolle spielten.<sup>265</sup>

---

<sup>261</sup> Löffler S., Bogausch A., Knappe R., Joraschky P., Pöhlmann K. (2012) Wachstum oder Wunde? Sinnfindung und Traumabewältigung bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. *Z Psychosom Med Psychother* 58, 192–204.

<sup>262</sup> Büssing A., Frick E. (2015) Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In: Büssing A., Surzykiewicz J., Zimowski Z. (Hrsg.), *Dem Gutes tun, der leidet*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/978-3-662-44279-1\_1. 3-13.

<sup>263</sup> Glavas A., Büssing A., Baumann K. (2020) Religiöse und spirituelle Bedürfnisse bei traumatisierten muslimischen Patienten in Sarajevo. *Spiritual Care* Band 9: Heft 4.

<sup>264</sup> Büssing A., Rodrigues Recchia D., Toussaint L.L. (2018) German Soldiers' Needs to Clarify Open Aspects in Their Life, to Talk About Fears and Worries, and to Forgive and to Be Forgiven as a Matter of Life Reflection. In: *Front. Psychiatry*.

<sup>265</sup> Büssing A., Rodrigues Recchia D. (2016) Spiritual and Non-spiritual Needs Among German Soldiers and Their Relation to Stress Perception, PTSD Symptoms, and Life Satisfaction: Results from a Structural Equation Modeling Approach. *J Relig Health* (2016) 55:747–764.

Eine schwere Erkrankung oder ein anderes kritisches Lebensereignis führt oft zu einer spirituellen und religiösen Herausforderung. Signifikante Veränderungen der Bedürfnisse bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen waren bemerkbar bei den Bedürfnissen, an einer religiösen Feier teilnehmen zu können. Patienten, die das Bedürfnis hatten, ungelöste Dinge in ihrem Leben zu klären, hatten auch das Bedürfnis selber und mit jemandem zu beten und an einer religiösen Feier teilnehmen zu können.

Für Soldaten können Religiosität und Spiritualität eine wichtige Quelle für Bewältigung traumatischer Erfahrungen darstellen. Nach einem traumatischen Erlebnis fühlen sich die Betroffenen oft hilflos, entsetzt und ängstlich. Diese Faktoren stellen ein Risiko für die Entwicklung einer Traumafolgeerkrankung dar.<sup>266</sup> Eine religiös spirituelle Unterstützung kann bei der Verarbeitung des Geschehens unterstützend wirken. Nach Forschungsergebnissen nehmen Fontana & Rosenheck an, dass der Hauptgrund für eine Einbeziehung von religiös spirituellen Themen in traditionelle psychotherapeutische Interventionen bei Soldaten zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse darin besteht, dass sie nach der Suche nach dem Sinn und Zweck ihres Kampfeinsatzes und erlebter Traumata sind.<sup>267</sup>

Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (G2) hatten demgegenüber signifikant mehr Bedürfnisse, mit jemandem über den Sinn ihrer Krankheit oder das Leiden zu sprechen ( $F 11,0, p = 0,001$ ) und sich jemandem liebevoll zuzuwenden ( $F 15,2, p=0,001$ ). Diese Patienten hatten auch ein stärkeres Bedürfnis, die Gewissheit zu haben, dass ihr bisheriges Leben wertvoll war ( $F 6,52, p = 0,001$ ). Ebenso war bei ihnen das Bedürfnis stärker, ihre Lebenserfahrung weitergeben zu können ( $F 10, 2, p = 0,001$ ), als bei Patienten mit Traumafolgeerkrankungen. Existenzielle Bedürfnisse danach, mit jemandem über Fragen nach dem Sinn in der Krankheit oder Leiden, zu sprechen, wurden in hohem Maße (>70%) von allen Patientengruppen beantwortet.

Bei Patienten mit anderen psychischen Störungen zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Bedürfnis, religiöse Bücher zu lesen, und dem Bedürfnis, ungelöste Dinge aus dem Leben zu klären und mit jemandem über Sinn in der Krankheit oder in ihrem Leiden zu sprechen. Mehr als die Hälfte aller Patienten (56,8%) äußerte das Bedürfnis Kontakt zu einem Seelsorger zu haben, der sie unterstützt und mehr als zwei Drittel (69,3%) der Patienten hatte das Bedürfnis sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel...) zu wenden.

---

<sup>266</sup> Scher C.D., Resick P.A. (2005) Hopelessness as a risk factor for post-traumatic stress disorder symptoms among interpersonal violence survivors. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(2). 99-107.

<sup>267</sup> Fontana A., Rosenheck R. (2004) Trauma, change in strength of religious faith and mental health service use among veterans treated for PTSD. *The journal of nervous and mental disease*, 192 (9), 579 – 584.



Der größte Anteil dieser Patienten waren Patienten mit Traumafolgerkrankungen, die meisten davon (über 70%) waren seit längerer Zeit (10 bis über 20 Jahre) in ärztlicher Behandlung. Diese Befunde könnten dafürsprechen, dass diese Patienten in der bisherigen Begleitung ihrer Erkrankung nicht genügend Möglichkeiten oder Gelegenheit ihre Bedürfnisse und Nöte im psychologischen und psychiatrischen Kontext zu thematisieren und deswegen einen anderen Weg suchen müssen. In Kroatien, aber auch in Deutschland werden die spirituellen Bedürfnisse von Patienten als auch ihren Angehörigen nicht genug beachtet.<sup>268</sup> Die Tatsache, dass es sich bei beiden Patientengruppen um psychisch erkrankte und in vielen Fällen um traumatisierte Menschen handelt und sie religiös spirituelle Bedürfnisse als wichtig ansehen, lässt erkennen, dass es für diese Patienten ein grundlegend wichtiges Thema darstellt, ihre Erkrankung zu reflektieren und sie durch den Umgang mit der Transzendenz zu bewältigen zu versuchen.<sup>269</sup> ReS kann diesen Menschen helfen, besser mit der Erkrankung umzugehen, ihnen Trost und Vertrauen geben, und helfen psychosoziale Probleme zu überwinden um eine bessere Resozialisierung in der Nachkriegszeit zu erreichen.<sup>270</sup> Durch die Unterstützung religiöser Gemeinschaften können diese Menschen inneren Zusammenhalt und Hilfsbereitschaft erfahren. ReS können auch Ängste hervorrufen und negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben, wenn soziale Unterstützung zum sozialen Druck wird und die Mitgliedschaft in einer religiösen Gruppierung zu gesellschaftlicher Isolation führt.<sup>271</sup>

---

<sup>268</sup> Büssing A., Surzykiewicz J. Spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In: *Imago hominis* : Quartalsschrift des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien, IMABE. 21 (2014) 1. 17-23.

<sup>269</sup> Naji Abi-Hashem (2012) Religious and pastoral responses to trauma. In: C. R. Figley (Ed.) *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. 543-544.

<sup>270</sup> Hasanovic M., Pajevic I. (2012) Religious Moral Beliefs as Mental Helath Protective Factor of war Veterans Suffering from PTSD, Depressiveness, Anxiety, Tobacco and alcohol Abuse in Comorbidity, u: *Psychiatria Danubia*, 24 3, 292–297.

<sup>271</sup> Klein C., Albani C. (2007) Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis. *Psychiatr Prax*; 34(2):e02-e12 DOI: 10.1055/s-2006-940095.





### 3. Lebenszufriedenheit bei psychiatrischen Patienten

Lebenszufriedenheit, persönliches Glück und Lebensqualität sind verschiedene Bestandteile des sogenannten subjektiven Wohlbefindens (subjective well-being). Dabei versteht man unter Lebenszufriedenheit die persönliche Wahrnehmung, Erwartungen und Bewertung des eigenen Lebens.<sup>272</sup> Sie bezeichnet die kognitiven Komponenten des subjektiven Wohlbefindens, während das Glücksgefühl eine emotionale Komponente darstellt.<sup>273</sup> Die Lebenszufriedenheit ist ein wichtiger Faktor auch bei der Therapie und Rehabilitation von psychisch erkrankten Patienten.

Eine Untersuchung, die die Europäische Union im Rahmen von „Europäische Forschung zur Lebensqualität (EQLS)“ unter anderem auch in Kroatien durchführte, ergab, dass das subjektive Wohlbefinden der kroatischen Bevölkerung zwischen 2007 und 2012 erheblich zugenommen hat.<sup>274</sup> Unter den verschiedenen Lebensbereichen bewerteten die kroatischen Bürger das Familienleben als wichtigsten Faktor für ihre Lebenszufriedenheit. Der Untersuchung nach gaben die Bürger an, mit ihrem Lebensstandard am unzufriedensten zu sein. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Ergebnis der vorliegenden Arbeit, wonach sich 32% Patienten als „zufrieden mit ihrem Familienleben“ und 10% als zufrieden mit „ihrer finanziellen Situation“ geäußert haben.

Patienten mit Traumafolgerkrankungen hatten eine signifikant niedrigere Lebenszufriedenheit als andere Patienten. Diese Patientengruppe ist einer Reihe von materiellen, Status- und existenziellen Problemen ausgesetzt, die Armut und soziale Ausgrenzung zur Folge haben.<sup>275</sup> Weitere Faktoren, die sich direkt auf die Lebenszufriedenheit auswirken und die Entwicklung der PTBS beeinflussen, sind

---

<sup>272</sup> Ajdukovic D., Kraljevic R., Penic S. (2007) Kvaliteta zivota osoba pogodenih ratom. In: Ljetopis socijalnog rada 14 3. 505- 526.

<sup>273</sup> Brajsa Zganec A., Kaliterna Lipovcan Lj. (2006) Kvaliteta zivljenja, zivotno zadovoljstvo i sreca osoba koje profesionalno pomazu drugima. Institut drustvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb. (online) (Zitierdatum 21.02.20) abrufbar unter: <https://hrcak.srce.hr/10874>.

<sup>274</sup> Kaliterna Lipovcan Lj., Babarovic T., Brajsa-Zganec A. Bejakovic P., Japec L. (2014) Trendovi u kvaliteti zivota – Hrvatska: 2007. –2012., Ured za publikacije Europske unije, Luxembourg. (online) (Zitierdatum 23.02.20) abrufbar unter: [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1438hr.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1438hr.pdf).

<sup>275</sup> Tulicic Z., Maric I. (2018) Veteranski centri kao primjer sveobuhvatne skrbi za hrvatske branitelje. (online) (Zitierdatum 24.01.20) abrufbar unter: [file:///C:/Users/AG1118/Downloads/2012201811%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AG1118/Downloads/2012201811%20(1).pdf).

niedrige Familienunterstützung und die Erfahrung der Nichtakzeptanz seitens der Gesellschaft.<sup>276</sup>

Viele Veteranen leiden neben ihre Hauptdiagnose PTBS oder KPTBS an anderen Krankheiten und Behinderungen, die ihnen den Zugang zum Arbeitsmarkt erschweren und somit Arbeitslosigkeit verursachen. Die Ergebnisse dieser Arbeit belegen, dass diese Patientengruppe in vielen Bereichen ihres Lebens signifikant unzufriedener war im Vergleich mit Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen. Unter anderem empfanden sie die Unzufriedenheit mit sich selbst, mit ihrem eigenen Leben im Allgemeinen, mit der finanziellen Situation und schlechten Zukunftsaussichten. Die Unzufriedenheit wurde durch das Empfinden eines mangelnden Behandlungserfolgs ihrer Erkrankung verstärkt, was zusätzlich zu anderen Schwierigkeiten und Beeinträchtigungen zur einer negativen Bewältigung ihrer Alltagssituation führte. Die Anzahl arbeitsloser Veteranen<sup>277</sup> in Kroatien betrug im September 2019 74.627, überwiegend Menschen in einem noch arbeitsfähigen Alter zwischen 45 und 59 Jahren. Wenn wir die Arbeitslosenzahl von insgesamt 128,659<sup>278</sup> betrachten, sind davon mehr als die Hälfte die Veteranen. Die Lebenszufriedenheit dieser Menschen hängt von den objektiven materiellen und sozialen Lebensumständen, von ihrer Persönlichkeit, den Bewältigungsstrategien und den Therapiemöglichkeiten ab, die ihnen zur Verfügung stehen und die sie tatsächlich nutzen.

Der Staat hat die Notwendigkeit eines systematischen Ansatzes zur Lösung einer Reihe komplexer und sensibler Probleme kroatischer Veteranen und von deren Angehörigen erkannt. Zur Lösung dieser Probleme wurden Veteranenzentren eingerichtet, in denen man mithilfe professioneller Strukturen und Bereitstellung psychosozialer Hilfsdienste versucht, in sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Bereichen wie auch auf dem Gebiet der Lebensqualität die Veteranen und ihre Angehörigen zu unterstützen. Unter anderem arbeiten die Veteranen dort mithilfe von Psychologen an der Entwicklung von Bewältigungsstrategien, Kon-

---

<sup>276</sup> Vuksic-Mihaljevic Z., Mandic N., Bencic M., Mihaljevic S. (2000), Posttraumatic stress disorder among Croatian veterans: A causal model, in: *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 54. 625-636.

<sup>277</sup> Novi List Online: 09.10.2019 Najnoviji podaci: Evo koliko u Hrvatskoj imamo branitelj, koliko ich radi, kolike mirovine primaju. (online) (Zitierdatum 26.01.20) abrufbar unter: <https://www.novilist.hr/vijesti/hrvatska/najnoviji-podaci-evo-koliko-u-hrvatskoj-imamo-branitelja-koliko-ih-radi-kolike-mirovine-primaju/>.

<sup>278</sup> Hrvatski zavod za statistiku. Registrirana nezaposlenost. (online) (Zitierdatum 12.12.20) abrufbar unter: <https://statistika.hzz.hr/Statistika.aspx?tipIzvjestaja=1>.

fliktlösungen und an der Stärkung ihrer eigenen Ressourcen und zwischenmenschlichen Beziehungen, um auch auf diese Weise eine größere Lebenszufriedenheit zu erzielen.<sup>279</sup>

In dieser Arbeit wurden bezüglich der Untersuchung von Lebenszufriedenheit der befragten Patienten folgende Forschungsfragen gestellt:

- Wie zufrieden sind die Patienten in oder mit ihrem Leben?
- Welche Rolle spielt die ReS für ihre Lebenszufriedenheit?

Es wurden folgende Hypothesen gestellt

- Patienten, die sich als religiös/spirituell selbst einschätzen, sind in ihrem Leben zufriedener.
- Es gibt signifikante Unterschiede zwischen der Patientengruppe mit Traumafolgeerkrankungen und Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen.

Eine niedrigere Lebenszufriedenheit in dieser Arbeit zeigten ältere Patienten, geschiedene, Patienten mit Kindern, und Patienten mit einem niedrigeren Bildungsstatus. Die Teilnahme im Krieg und die höhere Intensität der aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigung wirkten sich negativ auf die Lebenszufriedenheit der Patienten aus.

Eine höhere Lebenszufriedenheit hatten die Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen ( $m = 57,0$  SD 21,26 vs.  $m = 46,7$  SD 18,64,  $p = 0,001$ ) und die Patienten, die sich selbst als religiös und/oder spirituell einschätzten im Unterschied zu nicht religiösen und nicht spirituellen Patienten ( $m = 53,0$  SD 20,17 vs. R-S-  $m = 47,9$  SD 20,45,  $p = 0,03$ ).

In Verbindung mit Religiosität und Spiritualität empfanden die Patienten mit Traumafolgeerkrankungen Benefit durch ihre Religiosität und Spiritualität und höhere Lebenszufriedenheit. Fast die Hälfte der Patienten (45,3%) gab an, beim Ausüben ihrer Religiosität/Spiritualität, im Allgemeinen mehr Lebenszufriedenheit und inneren Frieden zu erfahren. Traumatisierte Patienten hatten allgemein eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit, je mehr sie auf der Suche nach sinngebender Rückbindung waren und je größer ihr Vertrauen in eine höhere Führung war. Es wäre möglich, dass diese Patienten, ihre Religiosität als Bewältigungsressource in schwierigen Lebenssituationen einsetzen. Umso mehr sind die in der Studie gewonnenen positiven Auswirkungen der Religiosität und Spiritualität

---

<sup>279</sup> Tulicic Z., Maric I. (2018) Veteranski centri kao primjer sveobuhvatne skrbi za hrvatske branitelje. (online) (Zitierdatum 24.01.20) abrufbar unter: [file:///C:/Users/AG1118/Downloads/2012201811%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AG1118/Downloads/2012201811%20(1).pdf).

von Bedeutung in Bezug zur erlebten Lebenszufriedenheit dieser Patienten wichtige und notwendige Bausteine, die zur Verbesserung ihrer Gesundheit und damit zu einer höheren Lebenszufriedenheit dieser Patienten selbst, ihrer Familien und der Gesellschaft insgesamt beitragen können.

Mit diesen Ergebnissen konnten unsere beiden Hypothesen bestätigt werden.

Menschen, die sich in kritischen Lebenslagen befinden oder z.B. an einer Traumafolgerkrankung leiden, beschäftigen sich oft mit den Fragen nach dem Sinn des eigenen Lebens, dem Sinn ihrer Krankheit und sind auf der Suche nach Sinn und Hoffnung, nach etwas, an dem sie sich festhalten könnten. Nach Turner et al. ist diese Suche ein wichtiger Aspekt, bei dem traumatisierte Menschen versuchen, mit ihren Gefühlen der Hilfslosigkeit und der Verletzlichkeit fertig zu werden.<sup>280</sup> In einigen Studien wurde die Beziehung von Lebenssinn und Traumabewältigung erforscht. Die Studie von Löffler untersuchte die Beziehung zwischen Lebenssinn und Traumabewältigung bei 62 PTBS Patienten und kam zum Ergebnis, dass eine gelingende Sinnfindung zu einem besseren seelischen und körperlichen Befinden führen kann und mit einer höheren Lebenszufriedenheit verbunden ist.<sup>281</sup> Die Autoren betonen, dass die Menschen, die einen Sinn in ihrem Leben finden, besser mit schwierigen Lebenssituationen umgehen, sie erfolgreicher bewältigen und in ihrem Leben zufriedener sind.

Religiosität und Spiritualität können dabei bedeutsame Prädiktoren der Sinnerfüllung und wirksam für die Traumaverarbeitung sein. Für die Patienten in dieser Studie, für die Religiosität bzw. Spiritualität eine größere Bedeutung hatte, bzw. die sich selbst als religiös und spirituell bezeichneten, war ihre Lebenszufriedenheit höher, als bei Patienten die sich als nicht religiös und nicht spirituell bezeichneten. Sie reflektierten und bewerteten ihre Erkrankung positiver. Klein und Albani weisen in diese Richtung, wenn sie in ihrem Übersichtsartikel sagen, dass *„Religiosität tendenziell mit besserer psychischer Gesundheit allgemein, mit weniger Stress, höherer Lebenszufriedenheit und Selbstaktualisierung, geringerer Depressivität, größerer Zufriedenheit in Ehe und Familie und mit längerem Leben einher geht“*.<sup>282</sup>

---

<sup>280</sup> Turner S. McFarlane S. W., van der Kolk B.A. (2000) Der therapeutische Rahmen und neue Entwicklungen in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Van der Kolk u.a. (Hrsg) Traumatic Stress. 386.

<sup>281</sup> Löffler S., Bogausch S., Knappe R., Joraschky P., Pöhlmann P. (2010) Wachstum oder Wunde? Sinnfindung und Traumabewältigung bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. Z Psychosom Med Psychother 58, ISSN 1438-3608 © 2012 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen Seite 199.

<sup>282</sup> Klein C. Albani C. (2007) Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis Psychiat Prax; 34.

In einer Studie,<sup>283</sup> die mit einer Stichprobe von 315 kroatischen Stadtbewohnern durchgeführt wurde, ging es um die Frage: Welche Faktoren empfinden die Befragten als wichtig für eine gute Lebensqualität? Die Ergebnisse zeigten, dass für die Befragten, unter den acht wichtigsten Faktoren (Gesundheit, Emotionales Wohlbefinden, materielles Wohlbefinden, zwischenmenschliche Beziehungen, Produktivität oder Errungenschaften, Sicherheit, soziale Gemeinschaft, Religiosität und Spiritualität), die ReS eine wichtige Komponente darstellen und für das subjektive Wohlbefinden große Bedeutung haben. Religiosität bietet soziale Unterstützung, sie hilft im Umgang mit Stress, empfiehlt einen gesunden Lebensstil und vermittelt einen Sinn und Zweck im Leben. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eindeutig die Notwendigkeit, den Bereich der Religion oder Spiritualität einzubeziehen.

Baumann spricht über fünf Funktionen, die Religion ausüben kann. Sie könne wirken als ordnende Kraft, als Krisenbewältigung, als Krisenprovokation, als sozialisierend und konfliktregulierend in Gruppen.<sup>284</sup> Entsprechend ihren Funktionen, *„kann religiöser Glaube angesichts dieser unterschiedlichen Funktionen von Religion also – wo er genügend intrinsisch gelebt wird – motivieren zu einer „Ordnung des Lebens“; er kann „krisenbewältigend“ wirken und Hoffnung schöpfen lassen (und so Stress reduzieren); er kann motivieren zu Neuanfängen und Neuausrichtungen (incl. Vergebung); er kann ermutigen zu Gemeinschaft mit Gleichgesinnten und Unterstützung anderer – wobei dies stets persönlichkeitspezifisch/ individuell unterschiedlich ausgeprägt sein wird“*.<sup>285</sup>

Die große Anzahl von Menschen, die an verschiedenen Traumafolgerkrankungen oder einer Behinderung aufgrund des Krieges leiden, stellen ein großes Problem nicht nur für die gesamte Gesellschaft, sondern auch für die öffentliche Gesundheit dar. Sie erfordern eine kontinuierliche Untersuchung der Wirksamkeit von Behandlungsstrategien, die auch zusätzliche Verbesserungen von Arbeitsbedingungen einschließen und zu besserer Lebenszufriedenheit dieser vom Krieg betroffenen vulnerablen Gruppen beitragen.

Auch die Angehörigen sind in ihrer Lebenszufriedenheit betroffen:

---

<sup>283</sup> Vuletic G, Mujkic A. (2002) Sto cini osobnu kvalitetu zivota: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. Lijecnicki Vjesnik, 124 supl.2: 64-70. (online) (Zitierdatum 02.02.20) abrufbar unter:

[https://www.researchgate.net/publication/26762415\\_Sto\\_cini\\_osobnu\\_kvalitetu\\_zivota\\_Studija\\_na\\_uzorku\\_Hrvatske\\_gradske\\_populacije\\_What\\_makes\\_quality\\_of\\_life\\_study\\_on\\_Croatian\\_urban\\_population](https://www.researchgate.net/publication/26762415_Sto_cini_osobnu_kvalitetu_zivota_Studija_na_uzorku_Hrvatske_gradske_populacije_What_makes_quality_of_life_study_on_Croatian_urban_population).

<sup>284</sup> Baumann K. (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D. (Hg.) Flucht, Trauma, Integration Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich. Lit Verlag, 23.

<sup>285</sup> Ebd. 23.

Eine in Kroatien durchgeführte Studie untersuchte die Lebenszufriedenheit von Ehefrauen von Kriegsveteranen. In der Studie<sup>286</sup> nahmen 126 Ehefrauen teil, die in drei Gruppen aufgeteilt wurden: Ehefrauen von Veteranen mit PTBS, Witwen gefallener Soldaten und Ehefrauen von Veteranen mit einer körperlichen Kriegsbehinderung. Die Resultate der Studie ergaben, dass das höchste Maß an Lebenszufriedenheit von Frauen kroatischer Kriegsinvaliden geäußert wurde, gefolgt von den Frauen getöteter Veteranen, während das niedrigste Maß an Lebenszufriedenheit von den Frauen von an PTBS leidenden Veteranen angegeben wurde. Frauen von an PTBS erkrankten Veteranen leiden durch die Erkrankung ihrer Männer oft an einer sekundären Traumatisierung und zeigen selbst das klinische Bild einer PTBS. Eine andere Studie<sup>287</sup> kam zu dem Ergebnis, dass es bei den Frauen, die an den Folgen sekundärer Traumatisierung leiden, erhebliche Unterschiede in der Traumafolgensymptomatik und im Empfinden von Lebenszufriedenheit gibt, abhängig davon, ob sie psychologische Hilfe erhalten haben oder nicht. Die Ehefrauen, die psychologische Hilfe erhielten, berichteten über weniger Symptome eines sekundären Traumas und empfanden höhere Lebenszufriedenheit.

Die Lebenszufriedenheit betroffener Menschen und ihrer Familien wird nicht nur durch die Symptomatik dieser Erkrankung beeinflusst, sondern hängt auch mit vielen komorbiden Erkrankungen zusammen. Das trifft besonders für vorhandene depressive Erkrankungen, Angstzustände und Suchterkrankungen zu. In der Population von PTBS Patienten in unserer Studie sind sie stark vorhanden und stellen nicht nur ein privates, sondern auch ein soziales Problem dar. Eine Untersuchung<sup>288</sup> an 454 Studienteilnehmern aus dem Kriegsgebiet zeigte, dass, 21,6% dieser Teilnehmer an akuter Depression und 14,1% an einer Angststörung litten, während 13% der Teilnehmer mehr als eine Störung hatten. Die Ergebnisse über Lebensqualität der Befragten zeigten, dass Menschen mit psychischen Störungen, besonders die Personen mit einer akuten Depression, die schlechteste Lebensqualität hatten.

In unserer Untersuchung waren Suchterkrankungen, vor allem Alkoholabhängigkeit bei vielen Patienten mit PTBS zu beobachten. Menschen mit einer PTBS konsumieren oder missbrauchen häufig Alkohol und verfolgen auf diesem Weg

---

<sup>286</sup> Zdjelarevic A., Komar Z., Loncar M., Dijanic Plasc I., Hrabac P., Groznica I., Marcinko D. (2011) Quality of Live in Families of Croatian Veterans 15 Years after the War. Coll. Anrtopol.35 Suppl.1: 281-286.

<sup>287</sup> Bilesic A., Vuletic, G. (2010) Doziviljaj sekundarne traumatizacije i kvalitete zivota hrvatskih ratnih veterana. Klinicka psihologija 3, 1-2. 83-95.

<sup>288</sup> Ajdukovic D., Kraljevic R., Penic S. (2007) Kvaliteta zivota osoba pogodenih ratom. In: Ljetopis socijalnog rada 14 3. 505- 526.

eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie<sup>289</sup> ihrer PTBS, um ihre traumatischen Erinnerungen zu verwischen.<sup>290</sup> Traumatisierte Männer mit PTBS werden doppelt so häufig alkoholabhängig wie Männer im Durchschnitt der Bevölkerung.<sup>291</sup> Alkoholabhängigkeit ist bei traumatisierten Männern mit einer PTBS die häufigste komorbide Störung. Ebenso sind suchtabhängige Menschen nachweislich anfälliger, eine PTBS zu entwickeln.<sup>292</sup>

Mehr als ein Drittel der Patienten, die sich in unserer Studie als nicht zufrieden und nicht glücklich geäußert haben, waren überwiegend aus der Gruppe der Patienten mit Traumafolgeerkrankungen, die sich durch ihre Erkrankung belastet und mit Schwierigkeiten im sozioökonomischen Bereich und mit der Viktimisierung ihrer Erkrankung konfrontiert fühlten. Die Befunde unserer Studie über die Lebenszufriedenheit an PTBS erkrankter Menschen und ihrer Familien entsprach auch anderen in Kroatien durchgeführten Studien.<sup>293</sup>

---

<sup>289</sup> Ehring T. (2019) Kognitive Verhaltenstherapie. In: Maercker A. (Hrsg). Traumfolgeerkrankungen. Springer Verlag. 249.

<sup>290</sup> Kozaric-Kovacic D., Kovacic Z., Rukavina L. (2007) Posttraumatski stresni poremećaj, Zagreb. (online) (Zitierdatum 26.01.20) abrufbar unter: <https://hrcak.srce.hr/21907>.

<sup>291</sup> Pausch M. J., Matten S. J. (2018) Trauma und Traumafolgeerkrankung. In Medien, Management und Öffentlichkeit. Springer © Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. 45.

<sup>292</sup> Goddemeier C. (2009) Sucht und Trauma. Herausforderung an eine integrative Behandlung. Deutsches Ärzteblatt | PP | Heft 10. 448-450.

<sup>293</sup> Ajdukovic D., Kraljevic R., Penic S. (2007) Kvaliteta zivota osoba pogodenih ratom. In: Ljetopis socijalnog rada 14 3. 505- 526.





#### 4. Vergebung

Die Erfahrungen und Folgen von extremer Gewalt und anderen schweren traumatischen Ereignissen werden durch Gefühle von Hilfslosigkeit, Angst und Verzweiflung geprägt. Die Fragen über das eigene Leben und die Zukunft geraten bei den Betroffenen aus den Fugen. Erlebte Traumata hinterlassen bei den Opfern tiefe körperliche und seelische Wunden, starke Wut und Rachegefühle gegenüber denjenigen, die ihnen Gewalt angetan haben. Am Anfang, wenn die Opfer die Gefühle von Wut, Ohnmacht, Verletzung und Demütigung empfinden, nicht kontrollieren können, helfen diese Gefühle den Opfern, indem sie einen ersten Schutz bieten und den Opfern helfen, ihre innere Kohärenz zu bewahren.<sup>294</sup>

Diese Schutzfunktion ändert sich mit der Dauer, wenn solche Affekte länger anhalten und durch Erschöpfung psychischer Ressourcen und Energie zu psychischen Störungen führen können,<sup>295</sup> unter anderen auch zur posttraumatischen Verbitterungsstörung.<sup>296</sup> Das Weiterleben mit den Tätern ist für die Opfer eine sehr schwer zu bewältigende Lebenssituation, die sie und die nächste Generation jahrelang verfolgen kann. Milas et al.<sup>297</sup> definieren Vergebung *„als einen Prozess, bei dem das Opfer oder die verletzte Person auf Wut und auf das Recht auf Rache verzichtet und stattdessen dem Täter mit Mitgefühl, Wohlwollen und Liebe begegnet.“*

Vergabung ist ein individueller Prozess, den die verletzte Person allein mit sich ausmachen muss, und eine Entscheidung, die oft nur in einem langjährigen Prozess heranreifen kann. Legaree et al.<sup>298</sup> definieren Vergebung als eine Reduktion bzw. ein Ende von Ärger und Anfeindung gegenüber der Person, die Verletzung oder Verrat verursacht hat, und eine Befreiung des Opfers vom Geschehenen.

---

<sup>294</sup> Stammel N., Knaevelsrud C. (2009) Vergebung und psychische Gesundheit nach traumatischen Erlebnissen: Ein Überblick Trauma & Gewalt 3 (01). 34-41.

<sup>295</sup> Orth, U., Montada, L. & Maercker, A. (2006) Feelings of Revenge, Retaliations Motive, and Posttraumatic Stress Reactions. Journal of Interpersonal Violence, 21 (2). (online) (Zitierdatum 15.06.20) abrufbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/7401709\\_Feelings\\_of\\_Revenge\\_Retaliations\\_Motive\\_and\\_Posttraumatic\\_Stress\\_Reactions\\_in\\_Crime\\_Victims](https://www.researchgate.net/publication/7401709_Feelings_of_Revenge_Retaliations_Motive_and_Posttraumatic_Stress_Reactions_in_Crime_Victims).<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260505282286>.

<sup>296</sup> Linden M., Schippan B., Baumann K., Spielberg R. (2004) Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. Nervenarzt; 75:51–57.

<sup>297</sup> Milas G., Rimac I., Karajic N. (2007) Spremnost na oprost i pomirenje nakon Domo-vinskog rata u Hrvatskoj. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, Vol. 16 No. 6 (92). 1151-1173.

<sup>298</sup> Legaree, T. A., Turner, J. & Lollis, S. (2007) Forgiveness and Therapy: A Critical Review of Conceptualizations, Practices, and Values found in the Literature. Journal of Marital and Family Therapy, 33 (2), 192 – 213.

Vergebung soll ein Prozess sein, in dem die Person, die bereit ist zu vergeben, es aus freiem Willen tut und auf Rache verzichtet.<sup>299</sup>

Während des Krieges in Kroatien waren viele Menschen Opfer extremer Gewalttaten, die an ihnen ihre bisherigen Nachbarn, Freunde oder Bekannten verübt haben. Die Menschen, die bis gestern befreundet waren, wurden über die Nacht zu Feinden, Mördern und Mordopfern. Diese Tatsache erschwert umso mehr die Vergebung und hat sie bis heute in manchen Fällen unmöglich gemacht. Es ist weiterhin ein aktuelles und nicht abgeschlossenes Thema.

Gleich nach dem Kriegsende war es kaum zu erwarten, dass es schnell zu Vergebung und einer eventuellen späteren Versöhnung kommt.

In einer Studie,<sup>300</sup> die fünf Jahre nach dem Kriegsende in Kroatien durchgeführt wurde, wurde die Frage gestellt, ob und unter welchen Voraussetzungen die Opfer zu Vergebung bereit wären, und ob es eine Chance für Versöhnung gäbe. Die Studie mit 1023 Probanden ergab, dass die meisten (74,4%) der Befragten zu einer bedingten Vergebung, dh. unter der Voraussetzung einer Opferentschädigung, bereit wären, nur 8% der Befragten waren für eine bedingungslose Vergebung, während der Rest der Befragten (5,6%) sich für Rache ausgesprochen hat. Zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich Vergebung und Versöhnungsbereitschaft kam eine andere Studie<sup>301</sup> in Bosnien und Herzegowina, dem auch durch den Krieg in den Neunzigerjahren geplagten Nachbarland. Die Studie analysierte die Erzählungen von Betroffenen, die den Krieg im Nordwesten von Bosnien und Herzegowina überlebten. Die Ergebnisse zeigten, dass das Thema Versöhnung nicht nur durch die Erlebnisse im Krieg, sondern auch von den zwischenmenschlichen Beziehungen und Verhaltensweisen bestimmt wird. Die Aussagen der Betroffenen sind dominiert von fehlender Bereitschaft zu Vergebung, lassen aber auch Raum für eventuelle Versöhnung unter bestimmten Bedingungen. Diese Bedingungen, die seitens der Täter erfüllt werden sollten, sind: ein Schuldbekenntnis, eine Bitte um Vergebung, Anzeichen von Reue und ein Versprechen, dass eine ähnliche Handlung nicht noch einmal passieren wird.<sup>302</sup> Auch wenn diese Bedingungen erfüllt sein sollten, muss es nicht zu Vergebung seitens der Opfer kommen. Der Akt der Vergebung geschieht aus freiem Willen und wird als ein

---

<sup>299</sup>Vrgoc M. (1999) Oprastanje i pomirenje. Teolosko ukorjenjenje krcanskog nauka In: Vrhbosnensia, 3,2, 217-227.

<sup>300</sup> Ebd. 1155.

<sup>301</sup> Basic, G. (2015) Reconciliation Narratives of Survivors from War in Bosnia and Herzegovina. In V. Pulla, & B. B. Mamidi (Eds.), Some Aspects of Community Empowerment and Resilience (pp. 189-205). Allied Publishers Group. (online) (Zitierdatum 25.06.20) abrufbar unter: <http://www.alliedpublishers.com/https://lup.lub.lu.se/search/ws/files/5641624/4882890.pdf>.

<sup>302</sup> Zivic D. (2000) Znanstveni skup Vukovar-Hrvatska – Svijet: Vukovar osam godina poslije. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja 1 (45). 187-190.

Geschenk des Opfers an den Täter gesehen; darüberhinaus kann er auch als ein Geschenk an das Opfer selbst betrachtet werden. Durch den Akt des Verzeihens kann das Opfer sich von seiner Fesselung an erlittenes Unrecht befreien.<sup>303</sup> Jemandem zu vergeben muss freiwillig sein, so wie Papst Johannes Paul II. sagte:<sup>304</sup> *In Wirklichkeit ist die Vergebung eine persönliche Entscheidung, eine Option des Herzens, die sich gegen den spontanen Instinkt richtet, das Böse mit dem Bösen zu beantworten. Diese Option findet ihr Richtmaß in der Liebe Gottes, die uns trotz unserer Sünde annimmt. Ihr höchstes Vorbild ist die Vergebung Christi, der am Kreuz, gebetet hat: »Vater, vergib ihnen, denn sie wissen nicht, was sie tun« (Lk 23, 34).*

Es ist wichtig, zwei wichtige Begriffe in diesem Prozess zu unterscheiden: Vergebung und Versöhnung. Jemandem zu vergeben, ist eine wichtige Voraussetzung für die Versöhnung, heißt aber nicht, dass es gleich oder überhaupt zu einer Versöhnung kommt.<sup>305</sup> Um einen dauerhaften Frieden zu erreichen, bedarf es nach dem Krieg (wie in Kroatien) in der Gesellschaft einer Konfrontation mit den Erinnerungen, einer Aufarbeitung der Kriegsgeschichte und eines geistigen Ausstiegs aus dem Krieg. So können alle Erinnerungen auf dem Boden der Wahrheit und der Realität verarbeitet werden<sup>306</sup> und die Voraussetzung für eine Versöhnung und dauerhaften Frieden geschaffen werden.

Versöhnung kann es nur in wechselseitiger Beziehung geben, in Bereitschaft und Annahme von beiden Seiten her, je mit unvertretbarer Rolle – sei es des Vergehens, sei es des Geständnisses, der Reue, der Bitte.<sup>307</sup> Jemandem zu vergeben verlangt viel Zeit, Geduld und Kraft und stellt für den Einzelnen, die Politik und die Kirche eine besondere Aufgabe. Der kroatische Theologe P. Mijo Nikić SJ sagt:<sup>308</sup> *„Die Vergebung ist ein Akt des Mutes und der Stärke. Sie ist ein Akt der*

---

<sup>303</sup> Vuckovic A., Crpic G. (2007) Religioznost i pristanje. In: Drustvena istrazivanja. Zagreb 6 (92). 1206.

<sup>304</sup> Johannes Paul II., Botschaft zum Weltfriedenstag, 1. Januar 2002, Nr. 8. (online) (Zitierdatum 01.10.20) abrufbar unter: [http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/messages/peace/documents/hf\\_jp-ii\\_mes\\_20011211\\_xxxv-world-day-for-peace.pdf](http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/messages/peace/documents/hf_jp-ii_mes_20011211_xxxv-world-day-for-peace.pdf).

<sup>305</sup> Milas G., Rimac I., Karajic N. (2007) Spremnost na oprost i pomirenje nakon Domovinskog rata u Hrvatskoj. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, Vol. 16 No. 6 (92). 1151-1173.

<sup>306</sup> Markic T. (2005) Frieden ist Werk der Gerechtigkeit. Der Einsatz der kroatischen katholischen Bischöfe für den Frieden im Krieg in Kroatien (1991-1995), Dissertation an der Universität Wien. (online) (Zitierdatum 23.12.20) abrufbar unter [http://www.kas.de/wf/doc/kas\\_16648-1522-1-30.pdf?090602113723](http://www.kas.de/wf/doc/kas_16648-1522-1-30.pdf?090602113723).

<sup>307</sup> Baumann K. (2021) Gerechtigkeit und Wahrheit – Vergebung und Versöhnung: einige caritaswissenschaftliche Überlegungen und Perspektiven. In: Bauman K., Bendel R., Maruhukiro D. (Hg.), Gerechtigkeit, Wahrheitsfindung, Vergebung und Versöhnung, Ansätze zur Friedenspolitik in Nachkriegsgebiete, Band 1. Im Druck.

<sup>308</sup> Nikic M. (1992) Fenomen mržnje i neprijateljstva (Prema enciklici „Centesimus annus“).

*Gnade, der in einem reinen und demütigen Herzen wirkt. Gnade ist diese göttliche Kraft, die Wunder schafft und sogar Hass in Liebe verwandelt.“*

#### 4.1. Vergebung und Rolle der Kirche

Durch ihre universellen humanistischen Werte wie Gerechtigkeit, Liebe und Vergebung kann das Christentum im Prozess der Vergebung und Versöhnung einen großen Beitrag in diesem Prozess leisten. In einer in Kroatien durchgeführten Studie wurde untersucht, welche Rolle der Glaube und die Kirche im Akt der Vergebung und Versöhnung in Kroatien spielt. Nach den Ergebnissen der Studie sehen die Bürger den Akt des Verzeihens als allgemein menschliches und nicht allein religiöses Phänomen und sind der Meinung, dass die katholische Kirche, die katholischen Bischöfe und Pfarrer, praktizierende Gläubige sowie junge Leute unabhängig von ihrer Konfessionszugehörigkeit eher bereit sind zu verzeihen.<sup>309</sup> Die überwiegende Mehrheit der kroatischen Bürger glaubt, dass die katholische Kirche einen positiven Einfluss auf die Prozesse der Versöhnung und Vergebung hat. Wie die Ergebnisse einer Studie mit 1020 Bewohnern in Kroatien zeigten, schreiben die Bewohner ihrem Glauben und ihrer katholischen Kirche größte Bedeutung im Prozess der Vergebung und Versöhnung zu und sind der Meinung, dass man diese Tatsache nicht außer Acht lassen dürfte. Den Befragten zufolge spielt die katholische Kirche eine positive Rolle im Prozess der Versöhnung und trägt der Reduktion von Spaltungen bei den Völkern bei, sowohl unter den Kroaten selbst als auch unter den Kroaten und Serben. Großes Vertrauen hatten die Bürger (83%) in die Caritas, die nicht nur die Katholiken, sondern auch die Bürger anderer Glaubensrichtungen unterstützen sollte.<sup>310</sup> Die Förderung des Friedens in der Welt ist ein wesentlicher Bestandteil der Botschaft und der Sendung der Kirche, die in ihrer Lehre betont, dass ein wahrer Frieden nur durch Vergebung und Versöhnung möglich ist.<sup>311</sup> Das Gute zu tun, sagt Petrovic Stefanac: „...tatsächlich erkennt man den Christen in der Nachfolge Christi. Er hat die Kriterien gesetzt, indem Er sagte, dass man Feinde lieben müsse und den Hassern Gutes tun sollte (Lk 6, 27).“

---

In: Bogoslovska smotra, Vol. 62 No. 1-2, 105-114. (online) (Zitierdatum 5.10.20) abrufbar unter: <https://hrcak.srce.hr/35976>.

<sup>309</sup> Vuckovic A., Crpic G. (2007) Religioznost i pristanje. In: Drustvena istrazivanja. Zagreb 6 (92). 1201-1218.

<sup>310</sup> Vuleta B., Batarelo V. (2001) (Hrsg.), Mir u Hrvatskoj. Rezultati istrazivanja, CROPAX-Projekt Hrvatskog Caritasa i franjevacog Instituta za kulturu mira), Zagreb-Split.

<sup>311</sup> Petrovic Stefanac D. (2014) Beiträge der Katholischen Kirche zum Frieden und zur Versöhnung während und nach dem Krieg zur Heimatsverteidigung in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts in Kroatien The Ethics of War and Peace. 51st Annual Conference of the Societas Ethica Maribor, Slovenia. (online) (Zitierdatum 22.10.20) abrufbar unter: <https://ep.liu.se/ecp/117/012/ecp14117012.pdf>. 21–24.

Vergebung, Versöhnung und vor allem als erstes die Gerechtigkeit für die Opfer sind die Voraussetzungen für einen gerechten und dauerhaften Frieden.

Kroatien erlebte in seiner Geschichte viele Ungerechtigkeiten, deren Spuren man bis heute erkennen kann. Deswegen war der Weg ein moderner, freier und demokratischer Staat zu werden, sehr schwer und mit dem wichtigsten was ein Land hat, bezahlt; mit Leben vieler unschuldiger Menschen und vielen traumatisierten Hinterbliebenen. Gerechtigkeit für die Opfer ist die wichtigste Bedingung für Versöhnung. Die Täter müssen ihre Straftaten mit Zeichen der Reue und Scham erkennen und zugeben. Nur so, auf Gerechtigkeit kann der Frieden wachsen.<sup>312</sup> Die Kirche, hat sich in ihrer prophetischen Rolle für die Gerechtigkeit und Frieden während und nach dem Krieg in Kroatien eingesetzt und Hoffnung und Kraft leidender Bevölkerung gespendet.

#### **4.2. Die Frage der Vergebung in dieser Studie**

Vergebung stellt im Kontext von Traumabewältigung und Versöhnung eine wichtige Bedingung dar und ist in aktuellen gesellschaftlichen, politischen und anderen wissenschaftlichen Diskussionen ein hochaktuelles und relevantes Thema. Vergebung ist in den letzten zwanzig Jahren allmählich in den Fokus empirischer Untersuchungen gerückt, unter anderem auch in der psychotherapeutischen Forschung. Mehrere Studien belegen positive Auswirkungen von Vergebung auf die psychische Gesundheit und ihre fördernde Wirkung im therapeutischen Prozess psychischer Erkrankungen, wie zB. bei PTBS.<sup>313</sup> Viele Opfer geben an, durch den Akt der Vergebung ihre Selbstwahrnehmung als Opfer bewältigt zu haben, und es konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass Personen, die eher bereit waren, ihren Tätern zu vergeben, weniger unter Depressionen und Angstzuständen gelitten haben und ein besseres Selbstwertgefühl hatten.

<sup>314</sup>

Das in dieser Studie eingesetzte SpNQ-Modul befragte in zwei Fragen die Patienten nach ihrem Bedürfnis, „jemandem aus einem bestimmten Abschnitt ihres

---

<sup>312</sup> Zulehner, P. M. (1990) Pastoraltheologie. Pastorale Futurologie: Kirche auf dem Weg ins gesellschaftliche Morgen. Band 4: Düsseldorf.

<sup>313</sup> Wade N.G., Tucker J., Cornish M.A. (2013) Forgiveness interventions and the promotion of resilience following interpersonal stress and trauma. In book: The Resilience Handbook: Approaches to Stress and Trauma. (online) (Zitierdatum 27.06.20) abrufbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/255965714\\_Forgiveness\\_interventions\\_and\\_the\\_promotion\\_of\\_resilience\\_following\\_interpersonal\\_stress\\_and\\_trauma/stats](https://www.researchgate.net/publication/255965714_Forgiveness_interventions_and_the_promotion_of_resilience_following_interpersonal_stress_and_trauma/stats).

<sup>314</sup> Stammel N., Knaevelsrud C. (2009) Vergebung und psychische Gesundheit nach traumatischen Erlebnissen: Ein Überblick Trauma & Gewalt 3 (01). 34-41.

Lebens zu vergeben“ und über ihr Bedürfnis, „dass Ihnen vergeben wird“. Wir untersuchten dazu zwei Forschungsfragen:

1. Welche Rolle spielen ReS in der Vergebungsbereitschaft bei traumatisierten und nicht traumatisierten Patienten?
2. Patienten die sich als religiös, spirituell oder beides verstehen, haben größere Vergebungsbereitschaft als andere Patienten.

Patienten in unsere Gesamtstichprobe zeigten prozentual gesehen, einen hohen Anteil (72,2%) derjenigen, die jemandem aus einem bestimmten Abschnitt ihres Lebens vergeben würden. Patienten, die sich als religiös oder spirituell bezeichneten, unabhängig von der Erkrankung, verspürten bedeutend mehr das Bedürfnis, jemandem zu vergeben, und auch, dass ihnen selbst vergeben wird. Die Prozentzahl aller Patienten, die das Bedürfnis äußerten, dass ihnen vergeben wird, war niedriger (60,9%). Patienten mit Traumafolgeerkrankungen, die meisten unter ihnen Männer und im Krieg als Soldaten an militärischen Einsätzen beteiligt, äußerten im Unterschied zu anderen psychisch erkrankten Patienten eine signifikant niedrigere Bereitschaft, jemandem aus ihrem Leben zu vergeben. Diese Patientengruppe hatte auch signifikant weniger das Bedürfnis, dass ihnen vergeben wird.

Soldaten mit einer PTBS berichten nach militärischen Einsätzen oft von ausgeprägten Schuldgefühlen, von denen sie geplagt werden. Wir erwarteten, dass diese Patienten in unserer Stichprobe deswegen höhere Vergebungsbedürfnisse äußern würden. Diesbezügliche Ergebnisse in unserer Stichprobe ergaben das Gegenteil. Befragte Patienten mit Traumafolgeerkrankungen waren aktive Soldaten, die am Kriegsgeschehen in Kroatien beteiligt waren. Wir können versuchen diesen Befund etwa so zu erklären: der Krieg in Kroatien war aus kroatischer Sicht ein Verteidigungskrieg für die Unabhängigkeit und Integrität des kroatischen Staates gegen die serbische Aggression. Die Motive der Menschen in diesem Krieg waren patriotisch und positiv aus der Liebe zu ihrem Land und zum Schutz ihrer Familien. Angesichts des defensiven Charakters dieses Krieges liegen die Gründe für das Empfinden von Schuldgefühlen bei Veteranen eher auf der Grundlage einer Unterlassung, oder weil sie einem toten Freund nicht geholfen haben. Oft fühlen sie sich schuldig, überlebt zu haben, während ihre Kameraden umkamen. Nach Curkovic<sup>315</sup> waren die Schuldgefühle unter kroatischen Veteranen nicht allzu dominant insbesondere wegen der Tatsache, dass es für sie ein Verteidigungskrieg und ihre Teilnahme am Krieg damit unausweichlich, völlig gerechtfertigt und legitim war. Aufgrund dieser Sicht, so nehmen wir hypothetisch an, zeigten diese Patienten in unserer Untersuchung weniger Vergebungsbereitschaft als andere Patienten.

---

<sup>315</sup> Curkovic J. (2009) Identitet hrvatskog veterana u tjesnacu krivnje i bolnog sjecanja. Interdisciplinarni pristup PTSP-U kao uvod u teolosku raspravu. Bogoslovska smotra, 79 2, 223-245.



In Ländern wie Kroatien und Bosnien und Herzegowina, wo so viel Leid und Unrecht erlebt wurde, gibt es noch viel Arbeit und viel Not zu Vergebung und Versöhnung. Es dürfte noch ein langer Weg sein, bis alle Wunden verheilt und vernarbt sind, es ist aber wohl der einzige Weg, mit der Vergangenheit gut abzuschließen und in die Zukunft schauen zu können.

Zutreffend für eine solche Situation sind die Worte der deutschen Bischöfe: *„Oft haben sich im Verlauf eines langen Kampfes die Grenzen zwischen Opfern und Tätern verwischt, weil aus Gepeinigten selbst Peiniger wurden, dem ersten Verbrechen eine verbrecherische Rache folgte. Zudem können nationalistische und totalitäre Ideologien nicht nur einzelne Menschen, sondern ganze Gesellschaften hochgradig verblenden und zu einer Gewöhnung an menschenverachtendes Handeln führen. Diktatorische Regimes haben ausgefeilte Praktiken entwickelt, Menschen in ihre Machenschaften zu verstricken und mitschuldig werden zulassen. Trotzdem ist so viel klar: Es gibt keinen Frieden ohne Versöhnung, und keine Versöhnung ohne Wahrheit und Gerechtigkeit.“*<sup>316</sup>

Obwohl im Kontext von Krieg und Folter ein positiver Zusammenhang zwischen der Vergebung/Versöhnungsbereitschaft und psychischer Gesundheit besteht,<sup>317</sup> gibt es zu dem Thema kaum randomisierte kontrollierte Studien.<sup>318</sup>

Auch in unserer Studie hat sich das Thema Vergebung als ein bedeutender Faktor im Kontext von Traumabewältigung und Versöhnung gezeigt. Zudem ist das Thema im Blick zunehmender kriegerischer und terroristischer Ereignisse ein hochaktuelles und relevantes Thema. Es verlangt in gegenwärtigen gesellschaftlichen, politischen und anderen wissenschaftlichen Diskussionen eine Vielfalt interdisziplinärer wissenschaftlicher Studien mit verschiedensten Ansätzen, um den Bedarf und die Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen und zu untermauern.

---

<sup>316</sup> Die deutschen Bischöfe (2000) Gerechter Friede. 66, v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hsg.). (online) (Zitierdatum 28.07.20) abrufbar unter: [https://weltkirche.katholisch.de/Portals/0/Dokumente/DBK\\_Gerechter\\_Friede.pdf](https://weltkirche.katholisch.de/Portals/0/Dokumente/DBK_Gerechter_Friede.pdf). 67.

<sup>317</sup> Stammel N., Knaevelsrud C. (2009) Vergebung und psychische Gesundheit nach traumatischen Erlebnissen: Ein Überblick TRAUMA & GEWALT 3. Jahrgang Heft 1/.

<sup>318</sup> Mavrogiorgou M. Meister K. Juckel G. (2018) Der Vergebungsprozess als ein psychotherapeutischer Behandlungsansatz Verhaltenstherapie; 28:167–176 DOI: 10.1159/000486579.





## 5. Religiös spiritueller Umgang mit der Erkrankung (SpREUK Modul)

An einer psychischen Erkrankung zu leiden, stellt die Person und ihr näheres Umfeld vor viele Herausforderungen, die oft das Leben für immer verändern. In solchen Situationen suchen viele Menschen Hilfe und Trost, Antworten und Kraft in Religion und Gottes Hilfe. Religion selbst kann eine Ressource sein, aber auch andere Wege helfen Beistand und Unterstützung während der Erkrankung und während der Behandlung zu finden. Besonders wenn die Menschen einer außergewöhnlichen Situation ausgeliefert sind und dadurch ihre physische und psychische Gesundheit beeinflusst wird, kann die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft erste Antworten auf Traumata geben und einen Raum zur Selbstreflexion bieten.

Die Kroatische Gesellschaft wird stark von religiöser Zugehörigkeit beeinflusst, wobei eine wechselseitige Verstärkung zwischen Religiosität und nationaler Identifikation zu beobachten ist. Bei der Volkszählung in Kroatien 2011<sup>319</sup> identifizierte sich die Mehrheit der Bevölkerung (86,3%) als katholisch<sup>320</sup> 2017-2018 zur Analyse religiöser Veränderungen in der kroatischen Gesellschaft zeigten<sup>321</sup>, dass sich der bereits 2008 verzeichnete Trend einer Abnahme regionaler Kirchenbindung fortsetzt, hauptsächlich in Bezug auf die institutionelle religiöse Praxis und die öffentliche Rolle der Kirche. Nichtsdestotrotz sei die persönliche Religiosität relativ stabil und bleibt trotz beobachteten Veränderungen distanzierter Kirchlichkeit ein wichtiges Merkmal der kroatischen Bevölkerung. In den letzten Jahren wird ein Anstieg der Gläubigen unter jungen Menschen beobachtet.<sup>322</sup> Dies wird mit gesellschaftlichen Veränderungen und Religionspräsenz durch Religionsunterricht im öffentlichen Leben und im Bildungssystem und öffentlichen Leben begründet.

Eines der Ziele in dieser Arbeit war, den spirituell religiösen Umgang mit der Erkrankung bei psychisch erkrankten Patienten zu erheben. Dabei interessierte, welchen subjektiven Nutzen für die Bewältigung ihrer Erkrankung die Patientengruppen ihrer ReS zuschreiben, wie auch die Zusammenhänge von ReS mit Belastung und Umgang mit der Erkrankung.

---

<sup>319</sup> Die nächste Volkszählung findet im September 2021 statt.

<sup>320</sup> Drzavni zavod za statistiku. Stanovništvo prema narodnosti i vjeri. Popis 2011.(online) (Zitierdatum 25.10.20) abrufbar unter: [https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01\\_01\\_12/H01\\_01\\_12.html](https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_12/H01_01_12.html).

<sup>321</sup> Nikodem N., Zrinscak S. (2019) Između distancirane crkvenosti i intenzivne osobne religioznosti: religijske promjene u hrvatskom društvu od 1999. do 2018. godine. In: Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, Vol. 28 No. 3. 371-390.

<sup>322</sup> Jurasic D. (2017) U Boga 80-ih vjerovala petina mladih, sad gotovo svi. Evo to je utjecalo na porast religioznosti Vecernji list. (online) (Zitierdatum 23.10.20) abrufbar unter: <https://www.vecernji.hr/vijesti/u-boga-80-ih-vjerovala-petina-mladih-sad-gotovo-svi-1142521>.

Vor dem Hintergrund, dass sich die Mehrheit der Patienten als religiös oder spirituell bezeichneten und fast die Hälfte der Patienten (45,9%) sich als religiös und spirituell einschätzten, kann angenommen werden, dass ReS bei diesen Patienten, die aufgrund schwerer belastender Erfahrungen krank geworden sind, eine mögliche Ressource darstellt und ihnen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung hilft. ReS kann bei Patienten, die oft auch unter körperlichen Beeinträchtigungen leiden, im Sinne einer größeren Wertschätzung des Lebens und einer Coping Strategie helfen, besser mit ihrem Leiden umgehen zu können.<sup>323</sup>

Die Dauer der Kriegsteilnahme korrelierte mit einer stärkeren Suche nach sinngebender Rückbindung und Vertrauen in eine höhere Führung. Patienten, die den ganzen Krieg aktiv waren, waren bedeutend mehr auf der Suche nach einer religiös spirituellen Unterstützung und Zuwendung, vielleicht auch weil sie trotz langer medizinische Behandlung immer noch an ihrer Erkrankung leiden<sup>324</sup> und neue Wege in der Bewältigung ihrer Erkrankung suchen. Sie zeigten auch signifikant mehr Vertrauen in ein göttliches Getragensein bei der Frage: *Ich habe Vertrauen in eine geistige Führung in meinem Leben*“ (m = 2,49, SD 1,4 vs. Patienten die kürzer im Krieg waren: m = 1,86, SD 1,5, p = 0,006).

Auch bei der Frage: *„Ich bin davon überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist“* zeigten sich diese Patienten bedeutend überzeugter (m = 2,57, (1,6)) als die anderen Patienten (m = 1,8, (1,5) p = 0,03). Diese Hoffnung korrelierte bei ihnen stark mit allen SpREUK Skalen (Suche: r = 0,69, p < 0,001, Vertrauen: r = 0,83, p < 0,001, Reflexion: r = 0,55, p < 0,001). Ähnliche Ergebnisse zeigten diese Patienten bei der Frage: *„Mein Glaube ist mir ein fester Halt in schwierigen Zeiten“* (m = 2,79, (1,4) vs. kürzer im Krieg: m = 1,86, (1,4) p < 0,001). Patienten mit Traumafolgestörung mit langer Kriegsteilnahme, zeigten unabhängig vom Geschlecht, Alter oder anderen demografischen Angaben in der Studie, Elemente eines positiven religiösen Copings, das sich durch eine positive Beziehung zu Gott und das Finden von Sinn im Leben auszeichnet. Die Soldaten, die den ganzen Krieg erlebten, waren fast täglich lebensbedrohlichen Erlebnissen ausgesetzt und mit dem Gedanken konfrontiert, jeden Tag sterben zu können. Gerade in Situationen, wo die Menschen die Begrenztheit ihres eigenen Lebens erfahren, suchen sie oft eine Rückbindung an eine helfende und mächtigere transzendente

---

<sup>323</sup> Büssing A., Höllmer H., Kowalski J.T., Zimmermann P., Mees P. (2012) Spiritualität als Ressource bei Soldaten der Bundeswehr. Wehrmedizinische Monatsschrift /7. (online) (Zitierdatum 18.10.20) abrufbar unter: <https://wehrmed.de/article/2129-spiritualitaet-als-ressource-bei-soldaten-der-bundeswehr.html>.

<sup>324</sup> Büssing, A. (2011) Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für chronisch Kranke. In: Klein C., Berth H. & Balck F. (Hrsg.), Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze Weinheim: Juventa. 189-213.

Instanz.<sup>325</sup> Religiöser Glaube kann in diesem Sinn zur Krisenbewältigung und einer besseren Bewertung von belastenden Situationen motivieren und die Suche nach sinngebender Bindung und Vertrauen anregen.<sup>326</sup> Spiritualität als eine Ressource<sup>327</sup> kann den Menschen Antworten auf diese Fragen geben, oder helfen ihre Offenheit auszuhalten, und stellt einen bedeutenden Beitrag für die Verarbeitung ihres Traumas dar.<sup>328</sup>

In der Studie waren die Faktoren: andere psychische Erkrankungen, weibliches Geschlecht und höhere Ausbildung statistisch signifikant für eine stärkere Ausprägung der Reflexion und für positive Krankheitsbewertung, während andere soziodemographische Variablen keinen signifikanten Effekt zeigten. Wir können diesen Befund in Kontext des früher besprochenen Kohärenzkonzepts betrachten und so interpretieren, dass diese Patienten ihre Krankheit, so wie sie ist, angenommen haben und sie als einen Hinweis sehen, etwas in ihrem Leben zu ändern, in der Krankheit eine neue Chance sehen und einen Sinn finden.

Patienten, die eine positive spirituelle Haltung hatten, empfanden durch ihre ReS einen Benefit in Bezug auf den Umgang mit ihrer Erkrankung. Für 42,4% aller Patienten war ReS hilfreich in Bezug zur Umwelt und den Mitmenschen, 46,1% empfanden dadurch eine bessere Lebenszufriedenheit und innere Ruhe, während für 45,8% der Patienten ReS eine Hilfe war, geistige und körperliche Gesundheit wieder zu erlangen. Mehr als die Hälfte der Patienten empfanden, dass ihre innere Kraft im Alltag durch ReS gefördert wurde.

Der Zusammenhang von positiver Krankheitsbewertung und Benefit durch ReS ( $r = 0,69$ ,  $p < 0,001$ ) können als religiöses Coping in der Krankheitsbewältigung bei diesen Patienten gedeutet werden. Der positive Zusammenhang von ReS und dem Umgang mit der Erkrankung bei Patienten in dieser Studie deutet darauf hin,

---

<sup>325</sup> Büssing A., Ostermann T., Matthiessen P., F. (2008) Adaptives Coping und Spiritualität als Ressource bei Krebspatienten. In: Prävention. Schwerpunktthema: "Spiritualität und Gesundheit", 51-53.

<sup>326</sup> Baumann K. (2009) Macht Glaube gesund? Über die heilsame Wirkung von Religion. In: Die Mitarbeiterin. Werkheft der Katholischen Frauengemeinschaft Deutschlands. 4-7.

<sup>327</sup> Büssing A., Höllmer H., Kowalski J.T., Zimmermann P., Mees P. (2012) Spiritualität als Ressource bei Soldaten der Bundeswehr. Wehrmedizinische Monatsschrift /7. (online) (Zitierdatum 29.10.20) abrufbar unter: <https://wehrmed.de/article/2129-spiritualitaet-als-ressource-bei-soldaten-der-bundeswehr.html>.

<sup>328</sup> Davis C. G., Wortman C., Lehman D.R., Cohen Silver R. (2000) Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? Death Studies 24(6):497-540. (Online) (Zitierdatum 30.10.20) abrufbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/11840645\\_Searching\\_for\\_meaning\\_in\\_loss\\_Are\\_clinical\\_assumptions\\_correct](https://www.researchgate.net/publication/11840645_Searching_for_meaning_in_loss_Are_clinical_assumptions_correct).

dass ReS ein relevanter Faktor in der Krankheitsbewältigung ist. Die vorhandenen spirituellen und religiösen Bedürfnisse wie auch die religiös spirituelle Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung sollten in Behandlung und Therapieansätzen beachtet und respektiert werden. In dieser Studie konnte jedenfalls gezeigt werden, dass die beteiligten Patienten, besonders die mit Traumafolgeerkrankungen, ReS als wichtige Ressource und Benefit im Umgang mit ihrer Erkrankung erleben. Es ist deswegen wichtig, dass die ReS in ihrer Relevanz für diese Patientengruppe und ihre Krankheitsbewältigung einen angemessenen Platz in Begleitung und Behandlung findet.

## 6. Soldaten und PTBS in der Studie

Eine besondere Gruppe dieser Studie sind die ehemaligen Soldaten. Am Anfang des Krieges gab es noch kein offizielles kroatisches Militär. Die ersten Formationen bestanden aus freiwilligen unbewaffneten Männern, den Angehörigen von Zivilschutzorganisationen und einem Teil professioneller Soldaten, die aus der Jugoslawischen Armee übergelaufen sind. Die Männer nahmen von einem auf den anderen Tag ohne richtige Waffen- und militärische Ausbildung an Kriegshandlungen teil und wurden multiplen traumatischen Ereignissen ausgesetzt, von denen jedes für sich je nach Vulnerabilität schon hätte genügen können, um Traumafolgestörungen zu verursachen. Vertreibungen, Folter, Inhaftierungen, Verwundung und Tod von Familienangehörigen oder Freunden, aber auch „nur“ als Zeuge solcher Untaten dabei zu sein, hinterließen schwere, traumatische Erinnerungen bei den ehemaligen Soldaten und ihren Familien wie auch bei den zivilen Überlebenden des Krieges.

Bisher wurden über den sogenannten „Balkankrieg“ sehr wenige Studien mit traumatisierten Patienten durchgeführt, die sich mit dem Thema moralischer Überzeugungen und sog. moralischer Verletzung („moral injury“) und noch weniger von seelischen Verletzungen (spiritual injury) bei traumatisierten Patienten, vor allem Soldaten befassen. Eine der wenigen ist eine Studie<sup>329</sup> an der Uniklinik Tuzla (BIH) über den Zusammenhang zwischen moralischer Überzeugung und Traumaerfahrungen bzw. der Schwere der PTBS bei 120 Kriegsveteranen in BIH. Sie belegte einen negativen Zusammenhang zwischen moralischer Überzeugung und Schwere von PTBS.

### 6.1. Moralische Verletzung - (moral injury)

Ein neueres Konzept in der Traumaforschung ist das der „*moralischen Verletzung*“ (moral injury).<sup>330</sup> Darin geht es nicht einfach um die Frage von persönlicher Schuld und persönlichem Schuld erleben, sondern um das Erleben eigener Machtlosigkeit gegenüber, bzw. angesichts, massiver Verstöße gegen eigene moralische und ethische Wertvorstellungen.

In Situationen, die gegen die Werte und moralische Überzeugungen eines Individuums verstoßen, in denen man nicht helfen kann oder darf (z. B. bei einer erzwungenen Passivität; Beispiel: Passive Beobachtung der Blauhelmsoldaten

---

<sup>329</sup> Hasanovic M, Pajevic I (2013) Religious moral beliefs inversely related to trauma experiences severity and depression severity among war veterans in Bosnia and Herzegovina. *Journal of Religion and Health* (online) (Zitierdatum 12.08.2020), abrufbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-012-9643-4>.

<sup>330</sup> Norman S.B., Maguen S. (2020) Moral Injury PTSD: National Center for PTSD. (online) (Zitierdatum 12.08.20) abrufbar unter: [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral\\_injury.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp).

beim Massaker in Srebrenica in BiH) erleidet der Mensch eine moralische Verletzung. Die Betroffenen fühlen sich hilflos und einer ausweglosen Situation ausgesetzt. Oft berichten sie über starke Schuld- und Schamgefühle, von denen sie sich nicht befreien können und von denen ihr weiteres Leben beeinflusst wird. Diese Ohnmacht mit den eigenen Gefühlen zurecht zu kommen, führen zu einer Minderung des Selbstwertgefühls, einer Vermeidung von Kontakten und Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und anderen psychischen Erkrankungen. Moralische Verletzungen haben im klinischen Bild viele Gemeinsamkeiten mit der Symptomatik einer PTBS Erkrankung, und können vorhanden sein, auch ohne dass man an PTBS erkrankt ist.<sup>331</sup>

Im Unterschied zu Kroatien wurden in Deutschland und weltweit mehrere Studien zu diesem Thema durchgeführt und publiziert. Besonders im militärischen Kontext und der Behandlung von Soldaten in weltweiten Friedens- und Kampfeinsätzen widmet man sich zunehmend diesem Thema. Im Psychotraumazentrum der Bundeswehr in Berlin wurden dazu mehrere Studien durchgeführt und publiziert. Eine Studie<sup>332</sup> mit 191 aus dem Afghanistaneinsatz zurückgekehrten Bundeswehrsoldaten untersuchte, ob und ggfs. wie die moralischen Verletzungen und Wertorientierungen in der Pathogenese psychischer Erkrankungen bei dieser Stichprobe eine Rolle spielten. Die Ergebnisse der Studie bestätigten die Hypothese, dass Einsatzerlebnisse mit moralischer Dimension einen besonders starken Einfluss auf psychische Erkrankungen bei den Soldaten haben. Eine andere, nun qualitative Studie<sup>333</sup> untersuchte den Zusammenhang von moralischer Verletzung, psychischen Erkrankungen und verschiedenen Bewältigungsprozessen. Alle 78 teilnehmenden Bundeswehrsoldaten waren wegen einer psychiatrischen Erkrankung in Behandlung. Im Interview sprachen die Soldaten über ihre Erfahrungen im Einsatz, ihre persönlichen Wertorientierungen und Bewältigungsmethoden während und nach dem Einsatz. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass es bei vielen Soldaten neben positiven Veränderungen in ihrer Werteorientierung

---

<sup>331</sup> Bryan CJ., Bryan AO., Roberge E., Leifker FR., Rozek DC. (2018) Moral injury, post-traumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10 (1), 36-45. [https://d182hggomw8pjd.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/17/2018/01/06121543/Bryan-Bryan-Roberge\\_2018\\_MI-PTSD-and-Suicidal-Behs.-Among-National-Guard-Personnel.pdf](https://d182hggomw8pjd.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/17/2018/01/06121543/Bryan-Bryan-Roberge_2018_MI-PTSD-and-Suicidal-Behs.-Among-National-Guard-Personnel.pdf).

<sup>332</sup> Hellenthal A., Zimmermann P., Willmund G., Lovinusz A., Fiebig R., Bozoyan C., Maercker A., Alliger-Horn C. (2017) Einsatzerlebnisse, moralische Verletzungen, Werte und psychische Erkrankungen bei Einsatzsoldaten der Bundeswehr. *Verhaltenstherapie*. 27:244–252 <https://www.karger.com/Article/PDF/470848>.

<sup>333</sup> Zimmermann P., Fischer C., Lorenz S., Alliger-Horn C. (2016) Changes of Personal Values in Deployed German Armed Forces Soldiers with Psychiatric Disorders. *Wehrmedizinische Monatsschrift* 1. <https://military-medicine.com/article/2784-changes-of-personal-values-in-deployed-german-armed-forces-soldiers-with-psychiatric-disorders.html>.

auch zu einer Zunahme vom religiösen und philosophischen Engagement kam. Weiter wurde ein Zusammenhang zwischen moralischen Überzeugungen der Soldaten und psychischer Gesundheit und Erschütterung ihrer moralischen Werte während des Einsatzes zur Entstehung von psychischen Erkrankungen bestätigt. Eine quantitative Studie<sup>334</sup> mit 117 Bundeswehrsoldaten kam zum Ergebnis, dass eine Werteorientierung seitens Soldaten, die Wertschätzung, Respekt für den anderen und Schutz für das Wohl anderer Menschen einschließt, ein höheres Risiko für einsatzbedingte Erkrankungen haben und nach militärischen Einsätzen ein erhöhtes Risiko besitzen, posttraumatische psychiatrische Störungen zu entwickeln.

Moralische Verletzungen haben auch ihre Auswirkungen auf die religiös spirituellen Empfindungen<sup>335</sup> dieser Patienten, die aufgrund ihrer Erlebnisse in ihren religiösen oder spirituellen Überzeugungen verunsichert und erschüttert wurden. Mallard (2017)<sup>336</sup> spricht in diesem Zusammenhang von „Zwillingswunden des Krieges“ und versteht darunter die moralischen wie auch die seelische Verletzungen, die häufig lebenslange Auswirkungen für die Soldaten und ihre Familie haben können. Er definiert folgendermaßen: „*Spirituelle Verletzung ist der intra- und zwischenmenschliche Seelenschaden, der auf signifikante Traumata zurückzuführen ist. Diese Traumata führen dann zum Bruch mit grundlegenden religiösen Werten, Überzeugungen und Einstellungen, zur Unfähigkeit zu einer gesunden Teilnahme in einer Glaubensgemeinschaft und zum vorübergehenden oder dauerhaften Verlust einer transzendenten Beziehung zu Gott (besonders manifestiert bei Fragen zu Vergebung, Zweifel, Wahrheit, Bedeutung und Hoffnung).*“

Eine spirituelle Verletzung hat Auswirkungen auf die Beziehung zu sich selbst, zu Gott und zu den Mitmenschen.

---

<sup>334</sup> Zimmermann P., Firnkes S., Kowalski J.T., Backus J., Siegel S., Willmund G., Maercker A. (2014) Personal values in soldiers after military deployment: associations with mental health and resilience. Eur J Psychotraumatol; 5: 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012073/pdf/EJPT-5-22939.pdf>.

<sup>335</sup> Wortmann, J. H., Eisen, E., Hundert, C., Jordan, A. H., Smith, M. W., Nash, W. P., Litz, B. T. (2017) Spiritual features of war-related moral injury: A primer for clinicians. Spirituality in Clinical Practice, 4(4), 249-261. [https://alexjordan.host.dartmouth.edu/papers/Wortmann%20et%20al.%20\(2017\)%20-%20Spiritual%20Features%20of%20Moral%20Injury.pdf](https://alexjordan.host.dartmouth.edu/papers/Wortmann%20et%20al.%20(2017)%20-%20Spiritual%20Features%20of%20Moral%20Injury.pdf).

<sup>336</sup> Mallard T. S. (2017) The (Twin) Wounds of War. Providence. <https://407u4flpk751yvorj2prtwt-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/Chaplain-Timothy-Mallard-Twin-Wounds-of-War.pdf>. 52. <https://407u4flpk751yvorj2prtwt-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/Chaplain-Timothy-Mallard-Twin-Wounds-of-War.pdf>.



In einem Mini-Review<sup>337</sup> der Artikel, die in Bezug auf die Beziehung zwischen Spiritualität und moralischer Verletzung unter Militärpersonal und Veteranen zwischen Januar 2000 und April 2018 veröffentlicht wurden, wurde die Bedeutung der spirituellen Dimension untersucht. Das Ziel der Studie war es, ein besseres Verständnis der Beziehung zwischen Religiosität /Spiritualität und moralischer Verletzung zu gewinnen. Vor allem ging es darum, wie diese Beziehung unter Militärangehörigen und Veteranen erlebt wird und in Präventions- und Behandlungsstrategien integriert werden kann. Die Ergebnisse benannten eine Wechselwirkung zwischen Religiosität/Spiritualität und moralischer Verletzung, wonach Religiosität/Spiritualität die moralische Verletzung sowohl mildern als auch verschlimmern könne.

In der Betreuung und Behandlung moralischer Verletzungen könnte neben der psychologischen Begleitung auch die spirituelle Betreuung (Spiritual care) einen wichtigen Beitrag leisten; dementsprechend wäre es wichtig, sie in den Behandlungsprozess einzubinden.<sup>338</sup> Dabei ist es von grundlegender Bedeutung, die Patienten zu befragen, wie wichtig für sie die Religiosität und Spiritualität sind. Für die Angehörigen einer Glaubensgemeinschaft, die spirituelle Betreuung anbieten, ist es wichtig, auf eigene Grenzen und Ressourcen zu achten, um eventuelle Missverständnisse aufzuklären (z.B., dass es nicht darum geht, jemanden zu konvertieren oder missionieren).

Carey und Hodgson<sup>339</sup> (Tab. 20) sprechen sich für einen ganzheitlichen biopsychosozial-spirituellen Ansatz für die Behandlung von moralischer Verletzung aus. Dieser Ansatz sieht vor, pastorale Mitarbeiter in die Behandlung und in den Screening-Prozess von moralischen Verletzungen bei aktiven Soldaten wie auch bei Veteranen einzubeziehen. Dazu wird eine neue Rehabilitationsberatungsstrategie „Pastoral Narrative Disclosure“ (PND) vorgeschlagen. Die PND soll den pastoralen Mitarbeitern und anderen, die im Bereich Spiritual Care arbeiten, helfen, Militärangehörige, die an moralischer Verletzung leiden, im Bewältigungsprozess zu unterstützen.

---

<sup>337</sup> Brémault-Phillips S., Pike A., Scarcella F., Terry Cherwick T. (2019) Spirituality and Moral Injury Among Military Personnel: A Mini-Review. *Front. Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00276>.

<sup>338</sup> Nieuwsma JA. (2015) Moral Injury: An Intersection for Psychological and Spiritual Care. *N C Med J*. 76(5):300-1. <https://www.ncmedicaljournal.com/content/ncm/76/5/300.full.pdf>.

<sup>339</sup> Carey L.B., Hodgson T.J. (2018) Chaplaincy, Spiritual Care and Moral Injury: Considerations regarding Screening and Treatment. *Front. Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00619>.

Laut der WHO Spiritual Care Intervention Codings<sup>340</sup> gibt es folgende Interventionen im Bereich Spiritual Care: 1) spirituelle Anamnese 2) spirituelle Beratungsgespräche und Aufbau eines patientenzentrierten Behandlungsplans 3) spirituelle Unterstützung durch Gruppen oder durch die Betreuung von pastoralen Mitarbeitern 4) spirituelle Rituale 5) weitere Unterstützungsmaßnahmen, die vom Gesundheitspersonal durchgeführt werden.

„Pastoral Narrative Disclosure“ ist eine Intervention, die an das traditionelle Ritual der Beichte erinnert. Es soll Menschen, die an spiritueller Verletzung leiden, mit sich, anderen und mit Gott versöhnen. Dabei liegt der Fokus auf drei Aspekten: dem pastoralen Aspekt, in dem die Person in seiner Ganzheit wahrgenommen wird; dem narrativen Aspekt, in dem die Person ihre Geschichte erzählt; und dem Aspekt der Offenlegung, in dem die Person quasi „ihre Sünde“ bekennt („beichtet“) und abgeben kann.

„Pastoral Narrative Disclosure“ besteht aus 8 Phasen, die z.B. bei 8 Terminen abgehandelt werden können: 1) „Rapport“ (Beziehung und Vertrauen aufbauen), 2) „Reflection“ (Reflexion: mündliche oder schriftliche Reflexion über ihre Erfahrung), 3) „Review“ (Rückblick: Besprechung der Reflexion) 4) „Reconstruction“ (Wiederherstellung: das Erlebte wieder durchgehen, besonders in Bezug auf die damit verbundenen Gefühle) 5) „Restoration“ (Instandsetzung: Wiedergutmachung mit Menschen oder Gruppen, die man verletzt hat) 6) „Ritual“ (formelle oder informelle Rituale, die den Akt des Vergebens konkretisieren) 7) „Renewal“ (Erneuerung: Beziehungen zu Freunden, Familie und der Gesellschaft wieder aufbauen), 8) „Reconnection“ (das Setzen von neuen persönlichen Zielen und Suche nach Unterstützung in den Zielen).

Vor allem bei Patienten mit PTBS und moralischer Verletzung ist ein multidisziplinärer Ansatz, bestehend aus pastoralen Mitarbeitern und Gesundheitspersonal sehr wichtig. „Pastoral Narrative Disclosure“ soll in dem Fall zusammen mit anderen Maßnahmen eingebettet sein.

---

<sup>340</sup> WHO. The World Health Organization International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Geneva: World Health Organization (2002, 2017).

**TABLE 2 |** Moral injury—Bio-psycho-social-spiritual symptoms<sup>(a)</sup>.

Biological/ physical injury	Psychological/ emotional injury	Social/ familial injury	Spiritual injury
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnia</li> <li>• "Startle-reflex"</li> <li>• Alcohol abuse</li> <li>• Drug addiction</li> <li>• Loss of memory</li> <li>• Self-sabotage /</li> <li>• Self-harm</li> <li>• Suicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anger &amp; Betrayal</li> <li>• Shame, Guilt, Sorrow</li> <li>• Loss of trust in self</li> <li>• Loss of trust in others</li> <li>• Fear and Anxiety</li> <li>• Re-experiencing the moral conflict/Flashbacks</li> <li>• Nightmares</li> <li>• Gambling addiction</li> <li>• Sexual/Porn Addiction</li> <li>• Self-deprecation</li> <li>• Loss of self-worth</li> <li>• Depression</li> <li>• Suicidal ideation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spousal/Partner Disconnection</li> <li>• Child-Parent Disconnection</li> <li>• Family Disconnection</li> <li>• Collegial Disconnection</li> <li>• Occupational dysfunction</li> <li>• Professional Disconnection</li> <li>• Legal and disciplinary issues</li> <li>• Community/Cultural Disconnection</li> <li>• Social Alienation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anger &amp; Betrayal</li> <li>• Shame, Guilt, Sorrow</li> <li>• Loss of trust in self</li> <li>• Loss of trust in others</li> <li>• Loss of faith/ belief</li> <li>• Moral pain /dissonance</li> <li>• Questioning morality</li> <li>• Self-condemnation</li> <li>• Spiritual/existential crisis</li> <li>• Loss of purpose in life</li> <li>• Fatalism</li> <li>• Loss of caring</li> <li>• Ontological loss of meaning.</li> <li>• Feeling "haunted"</li> </ul>

Source: <sup>(a)</sup>Hodgson and Carey (17).

**Tabelle 20:** 4 Kategorien verschiedener Aspekte der moralischen Verletzung: biologisch/körperlich, psychologisch/emotional, sozial/familiär, spirituell (aus Carey und Hodgson)

Unter unseren Patienten mit Traumafolgeerkrankungen hatte mehr als ein Drittel (38,5%) das Bedürfnis, dass sich jemand aus ihrer Religionsgemeinschaft um sie kümmert und mehr als die Hälfte (58,9%) wünschte sich einen Kontakt zu einem Seelsorger. Die Arbeit der Militärseelsorger hat in vielen Fällen einen positiven Einfluss<sup>341</sup> auf die Genesung von Militärangestellten. Es wurde festgestellt, dass der Kontakt mit einem Militärseelsorger das Potenzial der Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Suche nach Hilfe verringert.

## 6.2. Seelische Verletzung (spiritual injury)

Traumatische Erfahrungen im Militärkontext verursachen Verunsicherung und Erschütterung von persönlichen Wertorientierungen und können zu moralischen Verletzungen und damit verbundenem seelischen Leid und seelischen Verletzungen führen. Als eine seelische Verletzung (Wunde) wird ein Zustand beschrieben, wenn das Erlebte die Beziehung einer Person zu Gott, zum Selbst und/oder zu

<sup>341</sup> Smith-MacDonald L., Morin J.S., Bremault Phillips S. (2018) Spiritual Dimensions of Moral Injury: Contributions of Mental Health Chaplains in the Canadian Armed Forces. *Front Psychiatry*. 9: 592.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6246733/pdf/fpsy-09-00592.pdf>.

anderen Menschen zerstört hat.<sup>342</sup> Moralische und seelische Verletzungen werden oft bei der Diagnostik traumatischer Folgeerkrankungen, besonders im militärischen Kontext übersehen, und können unentdeckt das weitere Leben der Veteranen gravierend beeinträchtigen. Auch das Nicht-darüber-reden-können hindert die Soldaten diesbezüglich Hilfe aufzusuchen, was sich dann wiederum weiter auf das „normale“ tägliche Leben auswirkt.<sup>343</sup>

Neben der psychologischen und medizinischen Betreuung und Behandlung von militärischen, moralischen und spirituellen Verletzungen sollte man ergänzend auf religiöse und spirituelle Unterstützung setzen, um den Patienten im Sinne einer holistischen Begleitung und Behandlung in dem Bewältigungsprozess mehr gerecht zu werden.<sup>344</sup>

Das Einbeziehen religiöser und spiritueller Elemente in der Begleitung traumatisierter und anderer psychisch erkrankter Patienten könnte zu einer Stabilisierung und Verbesserung ihres psychischen Zustands beitragen, besonders wenn die religiös spirituelle Komponente für diese Patienten (bereits) eine wichtige Rolle in ihrem Leben spielt.<sup>345</sup> Wir hoffen, mit dieser Studie einen kleinen Beitrag dazu geleistet zu haben.

### **6.3. Zusammenfassung der Studie**

Das Ziel dieser Studie war es, mit besonderem Blick auf die Traumafolgepatienten in Kroatien einen umfassenden, strukturierten und repräsentativen Überblick über die religiös/spirituellen Bedürfnisse, unterschiedlichen Lebenseinstellungen und den Umgang mit der Erkrankung sowohl von traumatisierten als auch anderen psychisch erkrankten Patienten dort zu erheben.

Während des Krieges in Kroatien waren viele Menschen schweren traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt und leiden heute noch unter den materiellen, physischen, psychosozialen und spirituellen Folgen des Krieges. Vor allem sind das

---

<sup>342</sup> Grimm J. (2018) Veterans, the hidden wounds of war, and soul repair Veteranen, die verborgene Wunde des Krieges und die Heilung seelischer Verletzungen. *Spiritual Care* 7(4): 353–363.

<sup>343</sup> Thiel T. (2018) Geteiltes Leben. Seelsorgliche Begleitung traumatisierter Soldaten. *Wege zum Menschen*, 70. Jg., Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen. 497–509.

<sup>344</sup> Utsch, M., Bonelli R. M., Pfeifer, S. (2014) *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen*. Springer Verlag. 1-220.

<sup>345</sup> Zwingmann C. (2015) Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie: Passt das zusammen. In: Büssing, A., Surzykiewicz J., Zimowski, H.A.Z. (Hrsg): *Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen-interdisziplinär betrachtet*.

ehemalige Soldaten und die Zivilopfer der vielen Kriegsereignisse und -verbrechen, aber auch Familien von gefallenen oder immer noch vermissten Familienangehörigen. Bei den untersuchten Patienten in dieser Arbeit handelt es sich mehrheitlich um komplextraumatisierte Patienten, deren traumatische Erfahrungen mindestens 25 Jahre zurückliegen.

Viele leiden heute noch an den direkten Folgen ihrer körperlichen Verletzungen und an psychischen Problemen, von denen die posttraumatische Belastungsstörung wohl die häufigste ist.<sup>346</sup> Trotz guter medizinischer und psychologischer Betreuung der Veteranen gibt es in Kroatien empirische Belege dafür, dass Krebs die Haupttodesursache bei den Veteranen sind, während es in der Allgemeinbevölkerung Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind.<sup>347</sup> Einer der hypothetischen Gründe ist der Stress, dem sie während des Krieges ausgesetzt waren, sowie die Aufrechterhaltung dieses Stresses bei posttraumatischen Krankheiten, an denen sie leiden. Die traumatischen Erfahrungen haben die grundlegenden Überzeugungen und Annahmen über die Welt, sich selbst und ihr Leben kontinuierlich tief erschüttert und ihr Leben und ihre Integrität mit Gewalt und Tod bedroht.<sup>348</sup> Die Ergebnisse dieser empirischen Studie belegen diese Folgen auf evidenz-basierter Weise:

Patienten in dieser Studie, vor allem die mit einer ausgeprägten PTBS Symptomatik empfanden weniger Sinn in ihrem Leben und suchten stärker danach als Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen. Eine vermehrte Sinnsuche war besonders bei traumatisierten Patienten, die stark unter den Auswirkungen der Erkrankung litten, mit einer geringeren Lebenszufriedenheit verbunden. Patienten, für die Religiosität und Spiritualität eine wichtige Stellung im Leben hatten, waren mehr bereit zur Vergebung und Versöhnung und berichteten über mehr Benefit aus ReS im Umgang mit ihrer Erkrankung, als Patienten, die ReS als weniger oder nicht wichtig in ihrem Leben betrachteten.

Eine Suche nach Sinn, die mit Vertrauen in eine höhere Führung verbunden war, war mit besserem Umgang mit der Erkrankung dieser Patienten verbunden. Dieser Befund bekräftigt die These, dass der Glaube an eine höhere religiöse Instanz (Gott oder höhere Macht) nach einem Trauma gestärkt werden kann und als reifer

---

<sup>346</sup> Jukic V., Klain, E. (1992) Psihicke poteskoce ranjenika. In: Klinicka medicina, 11. 79-86.

<sup>347</sup> Ministarstvo hrvatskih branitelja. (2020) Istrazivanje pobola hrvatskih branitelja. (online) (Zitierdatum 20.09.20), abrufbar unter <https://branitelji.gov.hr/istaknute-teme/istrazivanje-pobola-i-smrtnosti-hrvatskih-branitelja/805>.

<sup>348</sup> Baumann K. (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D. (Hrsg.): Flucht, Trauma, Integration; Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich. Berlin-Münster-Wien-Zurich: Lit Verlag, 17-28.

Abwehrmechanismus zum kognitiven Prozess der Sinnfindung dienen kann.<sup>349</sup> Auch in anderen Studien wurde ein Zusammenhang vom kriegsbedingter PTBS und der Religiosität und Spiritualität bestätigt und deren positiven Auswirkungen auf Stress, psychische Stabilität und eine bessere Verarbeitung der Erkrankung in der Nachkriegszeit empirisch gut belegt.<sup>350</sup>

Diese Befunde weisen insgesamt auf eine wichtige Bedeutung der Religiosität und Spiritualität in der Behandlung von psychisch Erkrankten, insbesondere traumatisierten Patienten in unserer Stichprobe aus zwei großen Kliniken hin. Für diese Behauptung sprechen auch die Aussagen vieler Patienten, die während des Ausfüllens des Fragebogens ihre Bemerkungen aufschrieben und auf diese Weise für die Studie mitteilten. Aussagen wie: „Danke, dass Sie dieses Thema ansprechen“; „Ich habe viel Trost und Unterstützung in meinem Glauben während meiner Erkrankung erfahren“, „Ohne meinen Glauben würde ich das alles nicht aushalten! Danke, dass Sie daran arbeiten!“ usw. waren unerwartete Ergänzungen und Ermutigungen für diese Forschungsarbeit.

Auch in persönlichen Begegnungen als Ärztin mit den Betroffenen erfuhr ich, wie wichtig das Ansprechen dieses Themas und die religiös spirituelle Unterstützung für diese Patienten ist.

In diesem Sinne könnte man deutlicher als bisher im wissenschaftlichen Diskurs von den stressbelastenden spirituellen Folgen der Kriegstraumata sprechen, nicht nur von den körperlichen und psychosozialen. Damit gelangten diese spirituellen Folgen auch deutlicher in den Fokus des Gesundheitswesens, und darüber hinaus könnten Bemühungen um Spiritual Care für diese Patienten auch ausdrücklicher als Aufgabe der religiösen Gemeinschaften formuliert und eine stärkere Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen hierfür entwickelt werden.

Kurz nach dem Krieg wurde in Kroatien ein Nationales Programm für psychosoziale und gesundheitliche Hilfe seitens des Ministeriums für Verteidigung verabschiedet. Das Ziel dieses Programms ist gewesen, die psychosoziale Hilfe und Gesundheitsversorgung für die Teilnehmer und Opfer des Krieges in Kroatien zu erbringen und zu sichern. In ihrem 5. von 13 Punkten wird betont, dass der Mensch ganzheitlich als Person betrachtet werden soll und in seinen Nöten und Leiden eine interdisziplinäre Unterstützung bekommen soll. Diese Interdisziplinarität beinhaltet, wenn die Evidenzen dieser Studie ernst genommen werden, unter anderem auch eine geeignete Inklusion von Religiosität und Spiritualität in

---

<sup>349</sup> Calhoun L. G., Tedeschi R. G. (2001) Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In: R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. 157-172.

<sup>350</sup> Hasanovic M., Pajevic I. (2012) Religious Moral Beliefs as Mental Health Protective Factor of war Veterans Suffering from PTSD, Depressiveness, Anxiety, Tobacco and alcohol Abuse in Comorbidity. *Psychiatria Danubia*, 24, 3. 292–297.

Betreuung und Behandlung dieser Menschen. Leider zeigen die Ergebnisse einer kroatischen Studie aus dem Jahr 2018, dass trotz Betonung der Bedeutung der Religiosität und Spiritualität für die Hilfesuchenden, diese Dimension in der Praxis keinen Niederschlag findet. Als mögliche Gründe dafür werden die Unfähigkeit der katholischen Kirche beklagt, unter den neu entstandenen Umständen innovativ zu handeln, oder, dass der potenzielle Beitrag und die Bedeutung der subjektiv, bzw. stets persönlich, geprägten spirituellen Dimension in der Seelsorge seitens der (mehrheitlich dominanten) katholischen Kirche in Kroatien nicht genügend erkannt werden.<sup>351</sup> Auch hieran sollten künftige Initiativen aufgrund dieser Studie ansetzen können.

---

<sup>351</sup> Bendra I. (2018) Uloga duhovnosti u provedbi »Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoci sudionicima i stradalicima Domovinskoga rata. Bogoslovska smotra, Vol. 88 No. 1, Zagreb.

## GRENZEN DER STUDIE

Bei unserer Studie handelt es sich um eine Querschnittstudie, die zeigt, welche verschiedenen Faktoren einen Zusammenhang in diesem Messzeitpunkt hatten, die aber keine kausalen Schlüsse ermöglichen. Von Vorteil wäre eine Längsschnittstudie über längere Zeit und mehrere Messzeitpunkte. Auf diese Weise ließen sich Veränderungen und Entwicklungen beobachten und kausale Zusammenhänge feststellen und analysieren.

Eine potenzielle Schwäche dieser Studie besteht darin, dass nur Patienten einbezogen wurden, die im Krankenhaus stationär, teilstationär oder ambulant behandelt wurden. Aufgrund der Stigmatisierung suchen nicht alle, die an PTBS leiden, eine Behandlung auf, sondern versuchen, ohne Behandlung auszukommen. In der Studie wurden Patienten mit einer der verifizierten Diagnose einer psychischen Erkrankung befragt, auch in der Vergleichsgruppe. Für Studien, die folgen könnten, wäre es interessant, in der Vergleichsgruppe, „gesunde“ Probanden einzuschließen, die nicht an einer traumatischen Folgeerkrankung oder anderen psychiatrischen Erkrankung leiden. Ein Vergleich mit gesunden Probanden würde noch besser belastungsspezifische Aussagen ermöglichen.

Eine der Grenzen dieser Studie ist die geringe Anzahl weiblicher traumatisierten Patienten, die durch aktive Teilnahme im Krieg traumatisiert wurden.

Eine qualitative Erhebung z.B. durch semistrukturierte Interviews wäre sicher bereichernd für die Studie. Sehr interessant wäre auch zu erfahren, welche Rolle Religiosität und Spiritualität bei Traumata spielen, die durch unterschiedliche Ätiologie entstanden: zB. Inhaftierung, Vertreibung, Folter, Kampfeinsatz.

Vom Vorteil für weitere Studien wäre auch eine Erweiterung der Stichprobe durch Teilnehmende aus anderen religiösen Kulturkreisen (z.B. Bosnien und Herzegowina, Kosovo oder anderen durch Krisen betroffenen Ländern). Dabei wäre es auch wichtig zu erfahren, welche Rolle spielen katholische Kirche oder auch die Vertreter anderer Religionen in Kroatien und in anderen Ländern Ex Jugoslawiens in der Begleitung und Unterstützung kriegstraumatisierter Menschen.

Es wurden in dieser Studie keine Daten über moralische und spirituelle Verletzung, oder zur Posttraumatischen Verbitterungsstörung bei Veteranen erhoben; das könnte in weiteren Forschungsprojekten geschehen und ertragreich sein.



## AUSBLICK

Die Tatsache, dass 26 Jahre nach dem Krieg die Zahl der Patienten mit PTBS und anderen Traumafolgestörungen in Kroatien weiterhin hoch ist, drängt zur Suche von Verbesserungen der Therapien und Maßnahmen zur Trauma-Bewältigung. Diese Suche drängte auch zur Durchführung dieser Studie. Dank ihrer Ergebnisse kann gesagt werden: Einige Verbesserungen können auch dank einer geeigneten Integration bzw. Inklusion von Religiosität und Spiritualität geschehen, die in bisherigen Therapieformen ihren Platz nicht gefunden haben.

Weitere Forschungen in diesem Bereich und mit anderen Berufsgruppen, in denen psychische Folgen (sehr) belastender beruflicher Situationen (Polizisten, Feuerwehrpersonal, Rettungssanitäter und andere) verarbeitet werden, sind sehr wünschenswert, um die Einstellungen und Bewältigungsressourcen bei diesen Menschen klarer ermitteln zu können.

Aus den Studien gewonnene Erkenntnisse können im Dienst der besseren Versorgung und Therapien in Form von Vorträgen, Workshops, Kongressen und wissenschaftlichen und niederschweligen Publikationen unter Einbeziehung der verschiedenen Disziplinen weitergegeben und verbreitet werden:

- Zuerst unmittelbar für Medizin und Gesundheitswesen (Psychiatrie, Onkologie, Palliativ Medizin, Pflegewissenschaft, usw.), Präsentation auf Kongressen und Workshops, Fortbildungsangebote für Betroffene (Selbsthilfegruppen), Psychotherapeuten, Reha Kliniken
- Für die Ortskirche in Kroatien bzw. religiösen Gemeinschaften in islamisch geprägten Ländern wie z. B. das benachbarte Bosnien und Herzegowina, Kosovo, mit besonderer Einbeziehung der Klinikseelsorge, Caritas und vergleichbarer Institutionen, den Ordensgemeinschaften,
- Fortbildungsprogramme für Personen (nicht-medizinischen Fachpersonals) in der Betreuung und Unterstützung von PTBS – Betroffenen, denen die Studienergebnisse im Rahmen von Informationskonzepten geeignet zugänglich gemacht werden
- Kurse und Fortbildungsveranstaltungen in Vereinen (ehemalige und jetzige Soldaten mit PTBS, Zivilpatienten mit PTBS und anderen Traumafolgestörungen, Flüchtlinge, ehemalige Vertriebene).

In der Konsequenz können aufgrund der Ergebnisse Therapiestrategien bzw. ergänzende holistische Therapiekonzepte unter Inklusion der Religiosität und Spiritualität zur verbesserten Krankenversorgung entwickelt werden. Dabei dürften die Entwicklungen rund um „Spiritual Care“ in seinem erweiterten Verständnis für das gesamte Gesundheits- und auch Sozialwesen eine bedeutende Rolle spielen können.

Nach Baumann<sup>352</sup> soll sich die Kirche mehr für traumatisch erkrankte Menschen einsetzen und bedarf es einer geeigneten Seelsorge, neue Formen, die zeigen, wie man eigene Spiritualität einsetzen kann, um solche traumatische Erlebnisse zu verarbeiten, ohne damit allerdings undifferenziert eine Heilung zu versprechen.

---

<sup>352</sup> Dekempe S. (2017) Dem Schrecken Sinn geben. In: Christ in der Gegenwart.69. Jahrgang.

## FAZIT

Die Wechselwirkung zwischen der Religiosität, Spiritualität und Gesundheit ist in Kroatien ein schwach erforschtes soziales Phänomen und befindet sich noch am Anfang.<sup>353</sup>

Bisher wurde in Kroatien keine soziologische Studie durchgeführt, die sich mit den Auswirkungen von Spiritualität in der Traumabewältigung bei Veteranen und Opfern des Krieges in Kroatien befasst hat.<sup>354</sup> Die Ergebnisse dieser Studie belegen erstmals und m.E. auf beeindruckende Weise, mit empirischer Evidenz die bislang kaum beachtete Rolle von Religiosität und Spiritualität bei traumatisierten Patienten in Kroatien für die Verarbeitung und Bewältigung ihrer Erkrankung. Basierend auf Ergebnissen der durchgeführten Studie können Religiosität und Spiritualität bei traumatisierten Menschen in der Trauma Bewältigung helfen, als auch zu einer Reflexion und Neuorientierung anregen.

Die in der Studie gewonnenen Erkenntnisse könnten zu einer besseren interdisziplinären und interreligiösen Kommunikation und Diskussion zwischen verschiedenen Akteuren (Medizin, Kirche, Vertreter anderer Konfessionen, Psychologie, Soziale Arbeit usw.) führen und zur Förderung der Ressourcen von Religiosität und Spiritualität dienen. Eine regelmäßige förderliche Beachtung im Geist christlicher Religiosität und Spiritualität für die Trauma- und Erlebnisbewältigung kann auch zur Förderung von Versöhnungs- und Friedensprozessen<sup>355</sup> beitragen.

Die Studie will eine evidenzbasierte Anregung sein, die religiös spirituellen Aspekten in der Bewältigung und in der Behandlung psychisch Erkrankter, besonders kriegstraumatisierten Menschen in Kroatien neu anzudenken und ernst zu nehmen. Im Blick auf die gewonnenen Ergebnisse aus dieser Studie, hoffen wir, dem Bewusstsein der Verantwortlichen im Gesundheitswesen, in den kirchlichen Institutionen und der politischen Akteurinnen und Akteure einen Impuls zu geben, sich mit dieser Thematik intensiver zu beschäftigen und sie zu fördern, um ihr Potenzial zu heben und zum Wohl der Patienten, ihrer Familien und auch der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen auszuschöpfen.

---

<sup>353</sup> Ancic B. (2016) Religija i zdravlje. Vjerska Vjerska zajednica kao socijalni resurs. Institut za društvena istraživanja u Zagrebu. Zagreb.

<sup>354</sup> Bendra I. (2018) Uloga duhovnosti u provedbi »Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima Domovinskoga rata... Bogoslovska smotra, Vol. 88 No. 1, Zagreb.

<sup>355</sup> Baumann K. (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D (Hg.) Flucht, Trauma, Integration; Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich. Berlin: LIT Verlag. 17–28.

Mit dem Ziel, dieser vulnerablen Gruppe der Gesellschaft zu helfen, sie in ihren Bedürfnissen und Nöten zu unterstützen, leistet diese Arbeit einen kleinen Beitrag mit der Absicht, aus caritaswissenschaftlicher und medizinischer Sicht die relevanten Akteurinnen und Akteure dazu auffordern zu können, dass sie „Dem Gutes tun, der leidet“.<sup>356</sup>

---

<sup>356</sup> Dem Gutes tun, der leidet Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet ist Titel des Buches von Büssing A. Surzykiewicz J., Zimowski HE., Zygmunt A. (Hrsg.) (2015) Springer Verlag.

## LITERATURVERZEICHNIS

Ajdukovic D., Kraljevic R., Penic S. (2007) Kvaliteta zivota osoba pogodениh ratom. In: Ljetopis socijalnog rada 14 3. 505- 526.

Allport G.W. (1966) The religious context of prejudice. In: Journal for the Scientific Study of Religion, 5 (3). 447-457.

Alisic E., Jongmans M. J., van Wesel F., & Kleber R. J. (2011) Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 31(5). 736–747.

American Psychiatric Association (Hrsg.): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Auflage. Washington DC 2013.

Ancic B. (2016) Religija i zdravlje. Vjerska Vjerska zajednica kao socijalni resurs. Institut za društvena istraživanja u Zagrebu. Zagreb.

Ano G.G., Vasconcelles E.B. (2005) Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. Journal of Clinical Psychology, 61. 461-480.

Antonovsky A. (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Fransisco: Jossey-Bass.

Arambasic L. (1996) Trauma. In: Pregrad, J. (ur). Stres, trauma, oporavak. Zagreb: Društvo za psihološku pomoc.

Avdibegovic E., Hasanovic M., Selimbasic Z., Pajevic I., Sinanovic O. (2008) Mental Health Care of Psychotramatized Persons in Post-War Bosnia and Herzegovina – Experiences from Tuzla Canton. Psychiatria Danubina, 20(4). 474-484.

Bachem R. (2019) Intergenerationale Weitergabe von Traumata. PiD - Psychotherapie im Dialog; 20. Thieme Verlag. 44.

Basic, G. (2015) Reconciliation Narratives of Survivors from War in Bosnia and Herzegovina. In Pulla, V. & Mamidi B. B. (Eds.), Some Aspects of Community Empowerment and Resilience (pp. 189-205). Allied Publishers Group. (online) (Zitierdatum 25.06.20) abrufbar unter: <http://www.alliedpublishers.com/https://lup.lub.lu.se/search/ws/files/5641624/4882890.pdf>.

Baumann K. (2008) Macht Glaube gesund? Zum Effekt religiösen Glaubens in Prävention und Krankheitsbewältigung. In: Prävention 2. 61-64.

Baumann K. (2018) Religiosität bzw. Spiritualität und Traumabewältigung. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D. (Hrsg) Flucht, Trauma, Integration. Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich. 25

Baumann K. (2009) Religiöser Glaube, persönliche Spiritualität und Gesundheit. Überlegungen und Fragen im interdisziplinären Feld von Theologie und Religionswissenschaft, Medizin und Psychotherapie. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55. 138.

Baumann K. (2021) Gerechtigkeit und Wahrheit – Vergebung und Versöhnung: einige caritaswissenschaftliche Überlegungen und Perspektiven. In: Bauman K., Bendel R., Maruhukiro D. (Hg.), *Gerechtigkeit, Wahrheitsfindung, Vergebung und Versöhnung, Ansätze zur Friedenspolitik in Nachkriegsgebiete*, Band 1. Im Druck.

Becker-Nehring K., Witschen I., Bengel J. (2012) Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen. Ein systematischer Review. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*. 41 (3). Hogrefe Verlag. 148-165. DOI: 10.1026/1616-3443/a000150.

Bendra I. (2018) Uloga duhovnosti u provedbi »Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoci sudionicima i stradalicima Domovinskoga rata. *Bogoslovska smotra*, Vol. 88 No. 1, Zagreb.

Bengel J., Becker-Nehring K., Hillebrecht (2019) Psychologische Frühinterventionen. In: Maercker A. (Hrsg.), *Traumafolgestörungen*, © Springer-Verlag GmbH Deutschland. 202.

Bilesic A., Vuletic, G. (2010) Doziviljaj sekundarne traumatizacije i kvalitete zivota hrvatskih ratnih veterana. *Klinicka psihologija* 3, 1-2. 83-95.

Bode S. (2013) *Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation*. Klett-Cotta.

Bonelli R. M., Koenig H. G. (2013) Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010. A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52. 657-73.

Bonelli R., Dew R. E., Koenig H. G. Rosmarin D. H., Vasegh S. (2012) Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. In: *Depression Research and Treatment*. 1-8.

Boricevic Marsanic V., Aukst Margetic B., Jukic V., Matko V., Grgic V. (2014) Self-reported emotional and behavioral symptoms, parent-adolescent bonding and family functioning in clinically referred adolescent offspring of Croatian PTSD war veterans. *European Child Adolescent Psychiatry* 23 (5). 295-306.

Boricevic Marsanic V., Paradzik Lj., Karapetric Bolfan Lj., Zecevic I., Grgic V. (2014) Sekundarna traumatizacija djece veterana oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. In: *Socijalna psihijatrija* 42, 155-161.

Brady K.T. P. (1997) Posttraumatic stress disorder and comorbidity. Recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry Suppl* 9:12-5. (online) (Zitierdatum 25.02.20) abrufbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9329446/>.

Brajsa Zganec A., Kaliterna Lipovcan Lj. (2006) Kvaliteta življenja, živотно zadovoljstvo i sreca osoba koje profesionalno pomazu drugima. Institut drustvenih znanosti Ivo Pilar, Zagreb. (online) (Zitierdatum 21.02.20) abrufbar unter: <https://hrcak.srce.hr/10874>.

Brémault-Phillips S., Pike A., Scarcella F., Terry Cherwick T. (2019) Spirituality and Moral Injury Among Military Personnel: A Mini-Review. *Front. Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00276>.

Brewin C. R., Marylène C., Hyland P., Shevlin M., Maercker A., Bryant R. A., Humayun A., Jones L.M., Kagee A., Rousseau C., Somasundaram D., Suzuki Y., Wessely S., Van Ommeren M., Reed G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. (Online) (Zitierdatum 22.03.2020). Abrufbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735817301460?via%3Dihub>.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.*;68(5):748–66.

Brown D.W, Anda R.F, Tiemeier H., Felitti V.J., Edwards V. J., Croft J. B., Giles W. H. (2009) Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med* 2009; 37: 389–96. (online) (Zitierdatum 20.05.20) abrufbar unter: doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.

Brown D. R., Carney J. S., Parrish M.S., Klem J. (2013) Assessing Spirituality: The Relationship Between Spirituality and Mental Health. *Journal of Spirituality in Mental Health*,15:107-122.

Brunello N., Davidson J. R. T., Deahl M., Kessler R. C., Mendlewicz J., Racagni G., Shalev A. Y., & Zohar J. (2001) Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43(3), 150–162. (online) (Zitierdatum 25.02.20) abrufbar unter: <https://doi.org/10.1159/000054884>.

Bryan CJ., Bryan AO., Roberge E., Leifker FR., Rozek DC. (2018) Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10 (1), 36-45. (online) (Zitierdatum 28.11.20) abrufbar unter: <https://psycnet.apa.org/record/2017-24733-001?doi=1>.

Bucher A. A. (2007) *Psychologie der Spiritualität*; Weinheim, Basel, Beltz Verlag.

Büssing, A., Höllmer H., Kowalski J.T., Zimmermann P., Mees P. (2012) Spiritualität als Ressource bei Soldaten der Bundeswehr. *Wehrmedizinische Monatschrift* /7. (online) (Zitierdatum 29.10.20) abrufbar unter: <https://wehrmed.de/article/2129-spiritualitaet-als-ressource-bei-soldaten-der-bundeswehr.html>.

Büssing, A. (2011b) Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. In: Büssing A., Kohls, N. (Hg.): *Spiritualität interdisziplinär*, S. 107-124.

Büssing A, Recchia DR, Koenig H, Baumann K, Frick E (2018a) Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals. *Religions* 9,13 doi:10.3390/rel9010013.

Büssing A., Fischer J., Haller, A., Heusser, P., Ostermann, T., Matthiessen, P.F. (2009) Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. In: *European Journal of Medical Research* 14 (4). 171-177.

Büssing A., Balzat HJ., Heusser P. (2010) Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – Validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* 15: 266–273.

Büssing A., Frick E. (2015) Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In: Büssing A., Surzykiewicz J., Zimowski Z. (Hrsg.), *Dem Gutes tun, der leidet*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/978-3-662-44279-1\_1. 3-13.

Büssing A., Rodrigues Recchia D., Toussaint L.L. (2018) German Soldiers' Needs to Clarify Open Aspects in Their Life, to Talk About Fears and Worries, and to Forgive and to Be Forgiven as a Matter of Life Reflection. In: *Front. Psychiatry*.

Büssing A., Rodrigues Recchia D. (2016) Spiritual and Non-spiritual Needs Among German Soldiers and Their Relation to Stress Perception, PTSD Symptoms, and Life Satisfaction: Results from a Structural Equation Modeling Approach. *J Relig Health* (2016) 55: 747–764.

Büssing A., Surzykiewicz J. (2014) Spirituelle Bedürfnisse chronisch Kranker. In: *Imago hominis: Quartalsschrift des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik*, Wien, IMABE. 21 1: 17-23.

Büssing, A. (2011) Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für chronisch Kranke. In: Klein C., Berth H. & Balck F. (Hrsg.), *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* Weinheim: Juventa. 189-213.

Büssing A., Ostermann T., Matthiessen P., F. (2008) Adaptives Coping und Spiritualität als Ressource bei Krebspatienten. In: *Prävention. Schwerpunktthema: "Spiritualität und Gesundheit"*. 51-53.



Büssing A., Ostermann T., Koenig H.G. (2007) Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37. 39-57.

Büssing A. (2006) "Spiritualität" – Worüber reden wir? In: Büssing A., Ostermann T., Matthiessen P. F. (Hrsg.). *Spiritualität, Krankheit und Heilung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin*. Frankfurt am Main: VAG. 12.

Cadell S., Regehr C., Hemsworth D. (2003) Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*. 73. 279-287.

Calhoun L. G., Tedeschi R. G. (2001) Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In: R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. 157-172.

Carey L.B., Hodgson T.J. (2018) Chaplaincy, Spiritual Care and Moral Injury: Considerations regarding Screening and Treatment. *Front. Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00619>.

Chen Y. Y., Koenig H. G. (2006) Traumatic stress and religion: Is there a relationship? A review of empirical findings. In: *Journal of religion and health* 45 (3). 372.

Cloitre M., Garvert D. W., Brewin C. R., Bryant R. A. & Maercker A. (2013) Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706.

Curkovic J. (2009) Identitet hrvatskog veterana u tjesnacu krivnje i bolnog sjecanja. *Interdisciplinarni pristup PTSP-U kao uvod u teolosku raspravu*. *Bogoslavska smotra*, 79 2, 223-245.

Currier J.M., Holland J.M., Drescher K.D. (2015) Spirituality factors in the prediction of outcomes of PTSD treatment for U.S. military veterans, u: *Journal of Traumatic Stress*, 28 1. 57–64.

Davis C. G., Wortman C., Lehman D.R., Cohen Silver R. (2000) Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies* 24(6):497-540. (Online) (Zitierdatum 30.10.20) abrufbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/11840645\\_Searching\\_for\\_meaning\\_in\\_loss\\_Are\\_clinical\\_assumptions\\_correct](https://www.researchgate.net/publication/11840645_Searching_for_meaning_in_loss_Are_clinical_assumptions_correct).

Debats D. L., Drost J., Hansen P. (1995) Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. *Brit J Psychol* 86, 359–375.

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

Dekempe S. (2017) Dem Schrecken Sinn geben. In: Christ in der Gegenwart. 69. Jahrgang.

Dordevic V., Bras M., Milunovic V., Brajkovic L., Boban M., Bicanic I., Jasaragic M., Gregurek R., Milicic D., Laco M. (2011) Self-Perceived Social Support in Croatian War Veterans suffering from Combat-related Post-traumatic Stress Disorder – What should not have happened. *Acta Clin Croat*, 50: 177-184.

Dörr A (2001) Religiosität und psychische Gesundheit. Zur Zusammenhgangsstruktur spezifischer religiöser Konzepte. Kovac, Hamburg.

Dörr A. (2004) Religiöses Coping als Ressource bei der Bewältigung von Life Events. In: Zwingmann C., Moosbrugger H. (Hrsg.): *Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung*. Neue Beiträge zur Religionspsychologie. Münster. 261-275.

Drzavni zavod za statistiku. Popis stanovništva u Hrvatskoj. (2011) (online) (Zitierdatum 25.10.20) unter: [https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01\\_01\\_12/H01\\_01\\_12.html](https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_12/H01_01_12.html).

Drzavni zavod za statistiku. Stanovništvo prema narodnosti i vjeri. Popis 2011. (online) (Zitierdatum 25.10.20) abrufbar unter: [https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01\\_01\\_12/H01\\_01\\_12.html](https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_12/H01_01_12.html).

Die deutschen Bischöfe (2000) Gerechter Friede. 66, v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hsg). (online) (Zitierdatum 28.07.20) abrufbar unter: [https://weltkirche.katholisch.de/Portals/0/Dokumente/DBK\\_Gerechter\\_Friede.pdf](https://weltkirche.katholisch.de/Portals/0/Dokumente/DBK_Gerechter_Friede.pdf). 67.

Ehring T. (2019) Kognitive Verhaltenstherapie. In: Maercker A. (Hrsg). *Traumfolgestörungen*. Springer Verlag. 249.

Ehring T., Hofmann A., Kleim B., Liebermann P., Lotzin A., Maercker A., Neuner F., Reddemann, O., Schäfer I., Schellong J. (2020) Psychotherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen. Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie. *Trauma & Gewalt*, 14 (2). 92–100.

Ermann M. (2010) Verdeckte Spuren deutscher Geschichte Kriegskinder und ihre Kinder – ein ungewolltes Erbe. *Forum Psychoanal* 26. © Springer-Verlag 325–334.

Ermann M (2009) Stumme Zeugen. Über die (Un-)Fähigkeit, die Kriegskindheit zu betrauern. In: Wellendorf F, Wesle T (Hrsg) *Über die (Un-)Möglichkeit zu trauern*. Klett-Cotta, Stuttgart, 263–275.

Evens R., Hizli, S. T., Schulte-Herbrüggen O. (2019) Traumafolgestörung, PTBS-Diagnose im Wandel. *DNP - Der Neurologe & Psychiater* volume 20. 48–56. (Online) (Zitierdatum 15.05.20), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s15202-019-2109-8?shared-article-renderer>.

Fillipp S.G., Aymanns P. (2010) Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Von Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. © W. Kohlhammer, Stuttgart. 15.

Figley CR. (1995) Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: Stamm BH (Hrsg.). Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Baltimore, MD: The Sidran Press. 3–28.

Fischer G., Riedesser P. (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt Verlag.

Fehrer S., Maly R. C. (1999) Coping with Breast Cancer in later Life: The Role of religious faith. 408-416.

Flatten G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2001) Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer.

Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud C., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L. & Wöller W. (2011) S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt,3, 202-210.

Fontana A., Rosenheck R. (2004) Trauma, Change in Strength of Religious Faith, and mental Health Service Use among Veterans treated for PTSD. In: The Journal of Nervous and Mental Disease 192: 579-584.

Fookon I. (2009) Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Maercker, A: Posttraumatische Belastungsstörungen, Springer Medizin Verlag Heidelberg. 73.

Franciskovic T., Stefanovic A., Jelusic I., Roganovic B., Klaric M., Grkovic J. (2007) Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. In: Croat Med J. 48, 177-84.

Fröhlich-Gildhoff K., Ronnau-Böse M. (2009) Resilienz. München, Basel.

Frommberger U., Stieglitz RD., Straub S., Nyberg E., Schlickewei W., Kuner E., Berger M. (1999) The concept of sense of coherence and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. J Psychosom Res, Apr:343–348.

Frommberger U, Angenendt J, Berger M: Post-traumatic stress disorder—a diagnostic and therapeutic challenge. (2014) Dtsch Arztebl Int 2014; 111(5): 59–65. (online) (Zitierdatum 25.02.20) abrufbar unter: DOI: 10.3238/arztebl.2014.0059.

Harris J. I., Erbes C. R., Engdahl B., Olson R. H. A., Winkowski A. M., McMahl J. (2008) Christian religious functioning and trauma outcomes. Journal of clinical psychology,64(1). (online) (Zitierdatum 15.05.20) abrufbar unter <https://doi.org/10.1002/jclp.20427>.

Hasanovic M., Pajevic I. (2010) Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco

and alcohol abuse in comorbidity (online) (Zitierdatum 23.04.2019), abrufbar unter <https://hrcak.srce.hr/file/84619>.

Hasanovic M, Pajevic I (2013) Religious moral beliefs inversely related to trauma experiences severity and depression severity among war veterans in Bosnia and Herzegovina. *Journal of Religion and Health* (online) (Zitierdatum 12.08.2020), abrufbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-012-9643-4>.

Hasanovic M, Pajevic I, Sinanovic O (2017) Spiritual and religious Islamic perspectives of healing of posttraumatic stress disorder (online) (Zitierdatum 01.04.2019), abrufbar unter <https://www.heighpubs.org/hda/ida-aid1004.php>.

Hasanovic M. (2011) Psychological consequences of war-traumatized children and adolescents in Bosnia and Herzegovina (online) (Zitierdatum 30.04.2019), abrufbar unter <http://www.ama.ba/index.php/ama/article/view/102/97>.

Hecker T., Maercker, A. (2015) Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychologisches Institut, Psychopathologie und Klinische Intervention, Universität Zürich, Zürich, Schweiz Psychotherapeut* 60:547–561. © Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Hecker T. (2020) Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In: Wirtz M. A. (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 29.02.2020, von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/posttraumatische-belastungsstoerung-ptbs-1/>.

Hellenthal A., Zimmermann P., Willmund G., Lovinusz A., Fiebig R., Bozoyan C., Maercker A., Alliger-Horn C. (2017) Einsatzerlebnisse, moralische Verletzungen, Werte und psychische Erkrankungen bei Einsatzsoldaten der Bundeswehr. *Verhaltenstherapie*. 27:244–252 <https://www.karger.com/Article/PDF/470848>.

Hermann M-L., Bäurle P. (2010) Traumata – Warum werden sie im Alter wieder aktiv? *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin* 8 Jg. Heft 4.

Herman J.L. (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.

Hrvatska danas (2019) Istraživanje u Hrvatskoj: Porazni rezultati, 13% srednjoškolaca u depresiji, svaki peti razmišljao o samoubojstvu. (online) (Zitierdatum 15.07.20) abrufbar unter: <https://hrvatska-danas.com/2019/05/30/istrazivanje-u-hrvatskoj-porazni-rezultati-13-srednjoskolaca-u-depresiji-svaki-peti-razmisljao-o-samoubojstvu/>.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj (2019) (online) (Zitierdatum 15.09.20) abrufbar unter <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/03/Bilten-mentalne.pdf>. 8.

Hrvatski zavod za statistiku. Registrirana nezaposlenost. (online) (Zitierdatum 12.12.20) abrufbar unter: <https://statistika.hzz.hr/Statistika.aspx?tipIzvjestaja=1>.

Hunt N., Robbins I. (2001) The long-term consequences of war: the experience of World War II. *Aging Ment Health* 5:183–190.

Hussain A., Weisaeth L., Heir T. (2006) Changes in religious beliefs and the relation of religiosity to posttraumatic stress and life satisfaction after a natural disaster. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46:1027–1032.

ICD Code. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen. (Online) (Zitierdatum 15.05.20), abrufbar unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>.

Glavas A. (2018) Traumatische Erfahrungen am Beispiel des Krieges in Kroatien. In: Baumann K., Bendel R., Maruhukiro D (Hg.) *Flucht, Trauma, Integration; Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich*. Berlin: LIT Verlag.97-105.

Glavas A., Büssing A., Baumann K. (2020) Religiöse und spirituelle Bedürfnisse bei traumatisierten muslimischen Patienten in Sarajevo. *Spiritual Care* Band 9: Heft 4.

Glavasevic S. (1994) Prica o gradu. In: *Geschichten aus Vukovar*. Taschenbuch. Kleine Schritte (Hrsg.)

Goddemeier C. (2009) Sucht und Trauma. Herausforderung an eine integrative Behandlung. *Deutsches Ärzteblatt | PP | Heft 10*. 448-450.

Grimmel J. (2018) Veterans, the hidden wounds of war, and soul repair Veteranen, die verborgene Wunde des Krieges und die Heilung seelischer Verletzungen. *Spiritual Care* 7(4): 353–363.

Grom B. (2012) Religiosität/Spiritualität- eine Ressource für Menschen mit psychischen Problemen? In: *Psychotherapeutenjournal* 11 (3).

Gysi J. (2018) Veränderungen im ICD-11 im Bereich Trauma & Dissoziation. Sollievo.net – Interdisziplinäres Zentrum für Psychische Gesundheit. (online) Zitierdatum 20.08.20) abrufbar unter <https://jangysi.ch/uproc.php> > 2018 09 05 SGPP.

ICD-10– Classification of Mental and Behavioural Disorders– Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (Online) (Zitierdatum 15.01.20), abrufbar unter <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.

ICD Code. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen. (Online) (Zitierdatum 15.05.20), abrufbar unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F43.-.html>.

ICD-11 von der WHA verabschiedet. (Online) (Zitierdatum 15.01.20), abrufbar unter <https://medinfoweb.de/detail.html/icd-11-von-der-wha-verabschiedet.62647>.

Jasarevic T., Leutar, Z. (2010) Samopercepcija drustvenog položaja invalida Domovinskog rata. In: Druistra. Zagreb. Br. 1-2. 93-116.

Johannes Paul II., Botschaft zum Weltfriedenstag (2002) (online) (Zitierdatum 01.10.20) abrufbar unter: [http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/messages/peace/documents/hf\\_jp-ii\\_mes\\_20011211\\_xxxv-world-day-for-peace.pdf](http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/messages/peace/documents/hf_jp-ii_mes_20011211_xxxv-world-day-for-peace.pdf).

Jordan B., Marmar CR., Fairbank J., Schlenger W., Kulka R., Hough RL., Weiss DS. (1992) Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(6). 916-926.

Jukic V., Klain, E. (1992) Psihicke poteskoce ranjenika. In: *Klinicka medicina*, 11. 79-86.

Jukic V. (1998) Posttraumatski stresni poremećaj. *Medicus7*: Seite 19-28.

Jurasic D. (2017) U Boga 80-ih vjerovala petina mladih, sad gotovo svi. Evo to je utjecalo na porast religioznosti *Vecernji list*. (online) (Zitierdatum 23.10.20) abrufbar unter: <https://www.vecernji.hr/vijesti/u-boga-80-ih-vjerovala-petina-mladih-sad-gotovo-svi-1142521>.

Kaiser P. (2017) Pathologische Religiosität im psychiatrischen Kontext. Ein Überblick mit Fallbeispielen. In: Zwingmann C., Klein C., Jeserich F. *Religiosität: Die dunkle Seite*. Waxmann, Münster.

Kaiser P. (2007). *Religion in der Psychiatrie: eine (un)bewusste Verdrängung?* Göttingen: V & R Unipress.

Kaliterna Lipovcan Lj., Babarovic T., Brajsa-Zganec A. Bejakovic P., Japac L. (2014) Trendovi u kvaliteti zivota – Hrvatska: 2007. –2012., Ured za publikacije Europske unije, Luxembourg. (online) (Zitierdatum 23.02.20) abrufbar unter: [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1438hr.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1438hr.pdf).

Kantor V, Knefel M, Lueger-Schuster B (2017) Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 52. 52-68.

Kapfhammer H.J. (2000) Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller H.J., Laux G., Kapfhammer H.J. (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer-Verlag GmbH Deutschland.

Kapfhammer H. P. (2017) Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller et al. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, DOI 10.1007/978-3-642-03637-8\_59, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1977

Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048-60.

Klein C. Albani C. (2007) Religiosität und psychische Gesundheit. Eine Übersicht über Befunde, Erklärungsansätze und Konsequenzen für die klinische Praxis Psychiat Prax; 34.

Klein E. (2000) Rat, Ratna trauma, progonoštvo, povratak. In: Gregurek R., Klein E. PTSP, hrvatska iskustva, Medicinska Naklada. Zagreb 8.

Klütsch V., Reich G. (2012) Die mehrgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen - empirische und familiendynamische Perspektiven. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61(8), 564-583.

Koenig H. (2009) Research on religion, spirituality, and mental health a review. Canadian Journal of Psychiatry, Vol 54, No 5.

Koenig H. G. (2012) "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications" International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry. ID 278730, doi:10.5402/2012/278730.

Komar Z., Vukusic H. (1999) Post-traumatic stress disorder in Croatian war veterans: prevalence and psychosocial characteristics. Croatian Academy of Sciences and Arts symposium "New Insights in posttraumatic stress disorder", Zagreb. (online) (Zitierdatum 20.03.20), abrufbar unter [http://www.iamps.org/IAMPS\\_Split\\_2000\\_Komar.pdf](http://www.iamps.org/IAMPS_Split_2000_Komar.pdf).

Komar Z., Loncar M., Vukusic H., Dijanic Plasc I., Folnegovic-Grosic P., Groznica I., Heningsberg N (2010) Percepcija obolijevanja od PTSP-a kod hrvatskih branitelja. In: Medix 16 (2010) 89/90, 122-124, (online) (Zitierdatum 20.03.20), abrufbar unter [https://bib.irb.hr/datoteka/755437.PTSP\\_Medix.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/755437.PTSP_Medix.pdf).

Komar Z., Koic E. (2015) Samoubojstva hrvatskih branitelja u Zagrebu i Hrvatskoj [Suizid bei kroatischen Kriegsveteranen]. Uriho-Zagreb 2015, 36.

Kozaric-Kovacic D., Ljubin T., Grubisic-Ilic M., Ljubin-Sternak S. (1997) Ucestalost PTSP-a u skupini prognanika i moguca povezanost sa zatocenistvom u logoru. In: Drustvena istrazivanja 6(1997)2-3. 327-341.

Kozaric-Kovacic D., Kovacic Z., Rukavina L. (2007) Posttraumatski stresni poremećaj, Zagreb. (online) (Zitierdatum 26.01.20) abrufbar unter: <https://hrcak.srce.hr/21907>.

Knaevelsrud C., Bering R., Rau H. (2019) Behandlung der PTBS bei Erwachsenen Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Posttraumatische Belastungsstörung S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft) (online) (Zitierdatum: 15.03.20) abrufbar unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/155-0011\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2020-02\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf). 16.



- Knefel M., Lueger-Schuster B. (2013) An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology* 4. (online) (Zitierdatum 17.05.20), abrufbar unter <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22608>.
- Knuf A. (2008) Spiritualität, Genesung und psychiatrische Arbeit. In: *Soziale Psychiatrie*. 23.
- Lazarus R. S.; Folkman S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Legaree, T. A., Turner, J. & Lollis, S. (2007) Forgiveness and Therapy: A Critical Review of Conceptualizations, Practices, and Values found in the Literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (2), 192 – 213.
- Lepore S.J., Revenson T.A. (2006) Resilience and posttraumatic growth: recovery, resistance, and reconfiguration. In: Calhoun L.G., Tedeschi R.G., (Hrsg). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 24–46.
- Letica-Crepulja M., Stevanovic M., Protuder M., Grahovac Juretic T., Rebic J., Franciskovic T. (2020) Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *Eur J Psychotraumatol* 11 (1).
- Levine P.A. (2013) *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. Kösel Verlag München.
- Linden M., Schippan B., Baumann K., Spielberg R. (2004) Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. *Nervenarzt*; 75:51–57.
- Linden M. (2017) *Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Löffler S., Bogausch A., Knappe R., Joraschky P., Pöhlmann K. (2012) Wachstum oder Wunde? Sinnfindung und Traumabewältigung bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. *Z Psychosom Med Psychother* 58, 192–204.
- Lotzin A., Mauer J. L., Köllner V. (2019) Diagnostik von Traumafolgestörungen: Was ändert sich mit der ICD-11? *PiD - Psychotherapie im Dialog* 2019; 20 (02): 32–36. 36.
- Lotzin A., Schäfer I. (2019) Diagnostik der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. *TRAUMA & GEWALT* 13, 20–27. (online) (Zitierdatum 15.05.20) abrufbar unter: DOI 10.21706/TG-13-1-20.
- Lübeck D., Böhmer A., Collatz, M. (2018) Spiritualität mit Blick auf die Leitgedanken Sozialer Psychiatrie. (Online) (Zitierdatum 14.04.20), abrufbar unter [www.psychiatrieverlag.de/zeitschriften/sozialpsychiatrische-informationen](http://www.psychiatrieverlag.de/zeitschriften/sozialpsychiatrische-informationen).



Ludewig R., Wullschlegler R. (2012) Wachstum nach Trauma? „Eine schwarze Perle in der bunten Perlenkette“ Integration von traumatischen Erfahrungen in die eigenen Lebensgeschichten: In: Molter, H., Schindler R. von Schlippe, A. (Hrsg.). Vom Gegenwind zum Aufwind - Der Aufbruch des systemischen Gedankens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 245.

Madert K. (2007) Trauma und Spiritualität. Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension. München. Kösel Verlag.

Maercker A., Langner R. (2001) Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47. 153 – 162.

Maercker A. (2013) Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A. (Hrsg.) Posttraumatische Belastungsstörungen. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, 2013. 30.

Maercker A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. Brähler, E. (2008) Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 5, 577–586.

Maercker A. (2019) Traumafolgestörungen. (online) (Zitierdatum 15.05.20) abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5>.

Maercker, A., Augsburg, M. (2017) Psychotraumatologie Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. *Nervenarzt*. © Springer Medizin Verlag GmbH. 967.

Maercker A, Hecker T, Augsburg M, Kliem S. (2018) ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *J Nerv Ment Dis* 206(4):270–276.

Maercker A. (2015) Belastungs- und Traumafolgestörungen. In Maercker A. (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer S. 182–206.

Maercker A., Zöllner, T. (2004) The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41 – 48.

Mallard T. S. (2017) The (Twin) Wounds of War. (online) (Zitierdatum 15.03.20) abrufbar unter <https://providencemag.com/2017/02/twin-wounds-war-spiritual-injury-moral-injury/>

Mangelsdorf J. (2020) Posttraumatisches Wachstum. *Z Psychodrama Soziom* 19. (online) (Zitierdatum 12.10.20) abrufbar unter <https://doi.org/10.1007/s11620-020-00525-5>.

Maric I., Tulicic Z. (2018) Veteranski centri kao primjer sveobuhvatne skrbi za hrvatske branitelje. *Poslovna izvrsnost*. Zagreb God. XII, br.2.

Markic T. (2005) *Frieden ist Werk der Gerechtigkeit. Der Einsatz der kroatischen katholischen Bischöfe für den Frieden im Krieg in Kroatien (1991-1995)*, Dissertation an der Universität Wien. (online) (Zitierdatum 23.12.20) abrufbar unter [http://www.kas.de/wf/doc/kas\\_16648-1522-1-30.pdf?090602113723](http://www.kas.de/wf/doc/kas_16648-1522-1-30.pdf?090602113723).

Markovic I. (1999) Lijecenje ratne traume vjerom. In: *BF*, 711. 225-237.

Mavrogiorgou M. Meister K. Juckel G. (2018) Der Vergebungsprozess als ein psychotherapeutischer Behandlungsansatz Verhaltenstherapie; 28:167–176 DOI: 10.1159/000486579.

Mehnert A., Rieß S., Koch U. (2003) Die Rolle religiöser Glaubensüberzeugungen bei der Krankheitsbewältigung maligner Melanome. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24. JG. (2). 147 – 166.

Meyer P. (2008) Gender, Trauma, Sucht. Flucht vor der Erinnerung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 11.522 – 523.

Milas G., Rimac I., Karajic N. (2007) Spremnost na oprost i pomirenje nakon Domovinskog rata u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, Vol. 16 No. 6 (92). 1151-1173.

Mihaljevic S., Aukst-Margetic B., Vuksan-Cusa B. Koic E., Milosevic M. (2012) Hopelessness, Suicitality and religious Coping in Croatian War Veterans with PTSD, in: *Psychiatria Danubina* 243. 292-297.

Milas G., Rimac I., Karajic N. (2007) Spremnost na oprost i pomirenje nakon Domovinskog rata u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, Vol. 16 No. 6 (92). 1151-1173.

Ministarstvo hrvatskih branitelja. (2020) *Istrazivanje pobola hrvatskih branitelja*. (online) (Zitierdatum 20.09.20), abrufbar unter <https://branitelji.gov.hr/istaknute teme/istrazivanje-pobola-i-smrtnosti-hrvatskih-branitelja/805>.

Mladina V. & Huber, H.P. (2002) Life after War: Coping with War Trauma. *Psychologische Beiträge*, 44 (4). 616-626.

Morina N., Müller J. (2011) Diagnostik von Traumafolgestörungen und komorbiden Erkrankungen. In: Seidler H., Freyberger H., Maercker A. (Hrsg). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Klett- Cotta Stuttgart; 161

Nad S., Marcinko D., Vuksan-Cusa B., Jakovljevic M., Jakovljevic G. (2008) Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder; a case control study. *Journal of Nervous Mental Disease*, in: Medline. UI: 18195647.

Naji Abi-Hashem (2012) Religious and pastoral responses to trauma. In: C. R. Figley (Ed.) *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. 543-544.

Narodne novine (1998) Izvjesce Vlade Republike Hrvatske o dosadasnjem tijeku povratka i zbrinjavanju prognanika, izbjeglica i raseljenih osoba. (online) (Zitierdatum 13.07.20) abrufbar unter: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1998\\_07\\_92\\_1248.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1998_07_92_1248.html).

Neuner F. (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* Karger GmbH, Freiburg. 109–118.

Nieuwsma JA. (2015) Moral Injury: An Intersection for Psychological and Spiritual Care. *N C Med J.* 76(5):300-1. (online) (Zitierdatum 14.03.20) abrufbar unter: <https://www.ncmedicaljournal.com/content/ncm/76/5/300.full.pdf>.

Nikic M. (1992) Fenomen mržnje i neprijateljstva (Prema enciklici „Centesimus annus“), (online) (Zitierdatum 15.05.20) abrufbar unter: <https://hrcak.srce.hr/file/56791>.

Nikodem N., Zrinscak S. (2019) Između distancirane crkvenosti i intenzivne osobne religioznosti: religijske promjene u hrvatskom društvu od 1999. do 2018. godine. In: *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, Vol. 28 No. 3. 371-390.

Norman S.B., Maguen S. (2020) Moral Injury PTSD: National Center for PTSD. (online) (Zitierdatum 12.08.20) abrufbar unter: [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral\\_injury.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp).

Novi List Online. (2019) Najnoviji podaci: Evo koliko u Hrvatskoj imamo branitelj, koliko ih radi, kolike mirovine primaju. (online) (Zitierdatum 26.01.20) abrufbar unter: <https://www.novolist.hr/vijesti/hrvatska/najnoviji-podaci-evo-koliko-u-hrvatskoj-imamo-branitelj-koliko-ih-radi-kolike-mirovine-primaju/>.

Orth, U., Montada, L. & Maercker, A. (2006). Feelings of Revenge, Retaliations Motive, and Posttraumatic Stress Reactions. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (2). (online) (Zitierdatum 15.06.20) abrufbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/7401709\\_Feelings\\_of\\_Revenge\\_Retaliations\\_Motive\\_and\\_Posttraumatic\\_Stress\\_Reactions\\_in\\_Crime\\_Victims](https://www.researchgate.net/publication/7401709_Feelings_of_Revenge_Retaliations_Motive_and_Posttraumatic_Stress_Reactions_in_Crime_Victims).<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0886260505282286>.

Pajevic I., Sinanovic O., Hasanovic M. (2017) Association of Islamic prayer with psychological stability in Bosnian war veterans (online) (Zitierdatum 18.03.2019), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-017-0431-z>.

Mavrogiorgou M., Meister K., Juckel G. (2018) Der Vergebungsprozess als ein psychotherapeutischer Behandlungsansatz *Verhaltenstherapie*; 28:167–176 DOI: 10.1159/000486579.

Pargament K.I., Smith B.W., Koenig H.G., Perez L. (1998) Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4). 710-724.

Pargament K. I. (1997) *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford.

Park C. L., Chmielewski J., Blank T.O. (2010) Post-traumatic growth: Finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology*. 19. 1139-1147.

Pausch M.J., Matten S.J. (2018) Physiologie einer traumatischen Situation. In: Pausch M.J., Matten S.J. *Trauma und Traumafolgestörung* © Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-658-17886-4\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-658-17886-4_3).

Pausch M.J., Matten S.J. (2018) Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. In: *Trauma und Traumafolgestörung*, © Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. 4.

Perkonig A., Höfler M., Cloitre M., Wittchen H.-U., Trautmann S. & Maercker, A. (2016) Evidence for two different ICD 11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317-328.

Petrovic Stefanac D. (2014) Beiträge der Katholischen Kirche zum Frieden und zur Versöhnung während und nach dem Krieg zur Heimatsverteidigung in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts in Kroatien *The Ethics of War and Peace*. 51st Annual Conference of the Societas Ethica Maribor, Slovenia. (online) (Zitierdatum 22.10.20) abrufbar unter: <https://ep.liu.se/ecp/117/012/ecp14117012.pdf>. 21–24.

Pfeifer S. Traumaverarbeitung und Spiritualität. (2013) In: Utsch M., Bonelli R.M., Pfeifer S. *Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und transzedenzfragen professionell umgehen*. Springer verlag. 165-173.

Pielmaier L., Maercker A. (2011) Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Seidler G., Freyberger H.J., Maercker, A. *Handbuch der Psychotraumatologie. Trauma & Gewalt*. Klett-Cotta, Stuttgart.

Posttraumatische Belastungsstörung S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft) (2019) (online) (Zitierdatum 15.03.20) abrufbar unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/155-0011\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2020-02\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf).

Powell S., Rosner R., Butollo W., Tedeschi R. G., Calhoun, L.G. (2003) Post-traumatic growth after war: A study of former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59. 71-83.

Profaca B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada* 23(3). 345-361.

Rasovic R. (2014) Gotovo polovica braniteljja ima simptome PTSP-a. In: *Vecernji list*. (online) (Zitierdatum 05.04.20), abrufbar unter <http://www.vecernji.hr/hrvatska/gotovo-polovicabraniteljja-ima-simptome-ptsp-a-977354>.

Reddemann L, Dehner-Rau C (2007) Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Trias. Stuttgart.

Reddemann L. (2006) Psychotraumatata – Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Menschen. Ärzte-Verlag.

Redemann L., Wöller W. (2017) Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe Verlag.

Reiser F. (2018) Menschen mehr gerecht werden. Zur religiosität bzw. Spiritua-lität von Patientinnen und Patienten in Psychiatrie und Psychotherapie. Echter Verlag GmbH Würzburg.

Renner W., Salem I. (2004) Wertorientierungen und Bewältigung traumatischer Erfahrungen: Welche Rolle spielt Religiosität? *Praxis Klinische Verhaltensmedi-zin und Rehabilitation*. 66. 117-124.

Renovabis Bosnien und Herzegowina (2019) (online) (Zitierdatum 14.03.19), ab-rufbar unter [https://www.renovabis.de/lae\\_nder/suedosteuroopa/bosnien-und-herzegowina/](https://www.renovabis.de/lae_nder/suedosteuroopa/bosnien-und-herzegowina/).

Republika Hrvatska. Ministarstvo hrvatskih braniteljja. Istrazivanje pobola i smrtnosti hrvatskih braniteljja. (2017) (online) (Zitierdatum 28.06.20) abrufbar unter <https://branitelji.gov.hr/istrazivanje-pobola-i-smrtnosti-hrvatskih-braniteljja/805>.

Republika Hrvatska. Ministarstvo hrvatskih braniteljja. Nestale osobe u Domovinskom ratu. (2020) (online) (Zitierdatum 25.07.20) abrufbar unter: <https://branitelji.gov.hr/mjere-14/nestale-osobe/nestale-osobe-u-domovinskom-ratu-834/834>.

Resnick H, Acierno R, Waldrop A, King I., King D., King C.D., Kenneth J.R., Kilpatrick D. (2007) Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behav Res Ther*; 45: 2432–47 (online) (Zi-tierdatum 20.05.20) abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2040305/pdf/nihms30858.pdf>.

Rieckmann N. (2002) Resilienz, Widerstandsfähigkeit, Hardiness. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe. 462–465.

Roggemann H. (1995) *Krieg und Frieden auf dem Balkan*. BWV Berliner-Wissenschaft

Rosmarin D. H., Bigda-Peyton J.S., Öngur D., Pargament K. I., Björgvinsson T. (2013) Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.023>.

Rosner R., Nocon A., Olf M. (2013) Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. PSYCH up2date 7 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349479>.

Roupetz S., Haberkern L., Schretter L. (2018) Transgenerationale Folgen sexueller Gewalt während des Bosnien-Krieges, 1992–1995. (2018) Tagungsbericht. *Trauma & Gewalt* 12 (03), - [www.traumaundgewalt.de](http://www.traumaundgewalt.de) © Klett-Cotta Verlag.

Sack M. (2004) Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, *Springer, Nervenarzt* 75: 451–459.

Saleh U.S., Brockopp D.Y. (2001) Hope among patients with cancer hospitalized for bone marrow transplantation: a phenomenologic study. *Cancer Nurs* 24. 308–314.

Schellong J., Frommberger U., Liebermann P., Bering R. & Schäfer I. (2020) Pharmakotherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 14 (2), 102–111.

Scher C.D., Resick P.A. (2005) Hopelessness as a risk factor for post-traumatic stress disorder symptoms among interpersonal violence survivors. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(2). 99-107.

Schwalter M., Murken S. (2003) Religion und psychische Gesundheit - empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In: Henning, C., Murken S., Nestler E. (Hrsg.), *Einführung in die Religionspsychologie*. Schöningh: Paderborn. 138-162.

Schützwohl M., Haase A. (2009). Diagnostik und Differentialdiagnostik. In: Maercker, A. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. © Springer Medizin Verlag Heidelberg, 89.

Senger K. (2019) Traumafolgestörungen PiD - Psychotherapie im Dialog; 20: 12–13 (online) (Zitierdatum 01.04.20) abrufbar unter: <file:///U:/THIEME/a-0771-5273.pdf>.

Seirmarco G., Yuval N., Insel B., Kiper D., Doruk A., Gross R., Litz B. (2012) Religiosity and Mental Health: Changes in Religious Beliefs, Complicated Grief,

Posttraumatic Stress Disorder, and Major Depression Following the September 11, 2001 Attacks. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1): 10-18.

Shaw A. J., Linley S.P. (2005) Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. In: *Journal Mental Health, Religion & Culture* Volume 8, - Issue 1 8(1). 1-11.

Sher L. (2005) The concept of post-traumatic mood disorder. *Med Hypotheses*. 2005;65(2):205-10. doi: 10.1016/j.mehy.2005.03.014. PMID: 15922089.

Siol T, Flatten G, Wöller W (2002) Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten G, Hofmann A, Liebermann et al. (eds). *Posttraumatische Belastungsstörung- Leitlinie und Quellentext*. Schattauer, Stuttgart New York; 41-57.

Smith-MacDonald L., Morin J.S., Bremault Phillips S. (2018) Spiritual Dimensions of Moral Injury: Contributions of Mental Health Chaplains in the Canadian Armed Forces. *Front Psychiatry*. 9 592.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6246733/pdf/fpsyty-09-00592.pdf>.

Spitzer C., Barnow S., Völzke H., John U., Freyberger H.J., Grabe H.J. (2009) Trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Findings from the General Population. In: *Psychosomatic Medicine* 71:1012–1017. (online) (Zitierdatum 27.02.20) abrufbar unter: [https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2009/11000/Trauma,\\_Posttraumatic\\_Stress\\_Disorder,\\_and.16.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2009/11000/Trauma,_Posttraumatic_Stress_Disorder,_and.16.aspx).

Stammel N. Veränderungen in DSM-5 und ICD.11: Auswirkungen auf die Diagnosestellung von Traumafolgestörungen. (online) (Zitierdatum 20.05.20) abrufbar unter: [https://www.wahrendorff.de/fileadmin/user\\_upload/veranstaltungen/2015/Symposium\\_psychosomatik/Stammel\\_wahrendorff.pdf](https://www.wahrendorff.de/fileadmin/user_upload/veranstaltungen/2015/Symposium_psychosomatik/Stammel_wahrendorff.pdf)

Stammel N., Knaevelsrud C. (2009) Vergebung und psychische Gesundheit nach traumatischen Erlebnissen: Ein Überblick *Trauma & Gewalt* 3 (01). 34-41.

Sucur Z., Babic Z., Ogresta J. (2017) Demografska i socioekonomska obilježja hrvatskih branitelja. Drzavni zavod za statistiku. (online) (Zitierdatum 23.03.20) abrufbar unter: [https://www.dzs.hr/hrv/publication/studije/Demografska%20i%20socioekonomska%20obiljezja%20hrvatskih%20branitelja\\_Web.pdf](https://www.dzs.hr/hrv/publication/studije/Demografska%20i%20socioekonomska%20obiljezja%20hrvatskih%20branitelja_Web.pdf).

Tagay S., Erim Y., Brähler E., Senf W. (2006) Religiosity and sense of coherence – Protective factors of mental health and well-being? *Z Med Psychol*, 15: 165-171.



Tarakeshwar N., Vanderwerker L.C., Paulk E., Pearce M.J., Kasl S.V., Prigerson H.G. (2006) Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3). 646-657.

Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (1995) *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications, Newbury Park.

Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996) The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. In: *Journal of Traumatic Stress*. 9, 455–471.

Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 15 (1). 1- 18.

Thiel T. (2018) Geteiltes Leben. Seelsorgliche Begleitung traumatisierter Soldaten. *Wege zum Menschen*, 70. Jg., Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen.497–509.

Tix A.P., Frazier P.A. (1998) The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical*.

Tran C.T., Kuhn E., Walser R.D., Drescher K.D. (2012) The Relationship between Religiosity, PTSD, and Depressive Symptoms in Veterans in PTSD Residential Treatment. *Journal of Psychology and Theology*.

Trickey D., Siddaway A.P., Meiser-Stedman R., Serpell L., Field AP. (2012) A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.*, 32(2):122-38.

Tsai J., El-Gabalawy R., Sledge W. H., Southwick S. M., Pietrzak R. H. (2015). Post-traumatic Growth among Veterans in the USA: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study, u: *Psychological Medicine*, 45 1. 165–179.

Tulicic Z., Maric I. (2018) Veteranski centri kao primjer sveobuhvatne skrbi za hrvatske branitelje. (online) (Zitierdatum 24.01.20) abrufbar unter: [file:///C:/Users/AG1118/Downloads/201220181%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AG1118/Downloads/201220181%20(1).pdf).

Turner S. McFarlane S. W., van der Kolk B.A. (2000) Der therapeutische Rahmen und neue Entwicklungen in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Van der Kolk u.a. (Hrsg) *Traumatic Stress*. 386.

Utsch M., Klein C. (2011) Religion, Religiosität, Spiritualität: Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In: Klein C., Berth H., Balck F. (Hrsg). *Gesundheit-Religion-Spiritualität* 215-245.

Veteran online magazine. Od PTSP boluje 450.000 BH gradana (2018) (online) (Zitierdatum 11.03.2019), abrufbar unter [http://www.veteranmagazin.ba/clanak/9/od\\_ptsp\\_a\\_bolu\\_je\\_450\\_000\\_bh\\_gradjana.html](http://www.veteranmagazin.ba/clanak/9/od_ptsp_a_bolu_je_450_000_bh_gradjana.html).



Vlada Republike Hrvatske (2007) Nacionalni program psihosocijalne pomoci za zrtve Domovinskog rata. Zagreb: Ministarstvo branitelja, 1999. In: Kozaric-Kovacic D. et al: Posttraumatski stresni poremećaj: Medix • • god X I I I • broj 7 1.

Vrgoc M. (1999) Oprastanje i pomirenje. Teolosko ukorjenjenje krscanskog nauka In : Vrhbosnensia, 3,2, 217-227.

Vuckovic A., Crpic G. (2007) Religioznost i prastanje. In: Društvena istraživanja. Zagreb 6 (92). 1206.

Vuksic-Mihaljevic Z., Mandic N., Bencic M., Mihaljevic S. (2000) Posttraumatic stress disorder among Croatian veterans: A causal model, in: Psychiatry and Clinical Neurosciences 54. 625-636.

Vuleta B., Batarelo V. (2001) (Hrsg.), Mir u Hrvatskoj. Rezultati istraživanja, CROPAX-Projekt Hrvatskog Caritasa i franjevačkog Instituta za kulturu mira) Zagreb-Split. (online) (Zitierdatum 12.10.20) abrufbar unter: <https://hrcak.srce.hr/file/47496>.

Vuletic G, Mujkic A. (2002) Sto cini osobnu kvalitetu zivota: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. Lijecnicki Vjesnik, 124 supl.2: 64-70. (online) (Zitierdatum 02.02.20) abrufbar unter: [https://www.researchgate.net/publication/26762415\\_Sto\\_cini\\_osobnu\\_kvalitetu\\_zivota\\_Studija\\_na\\_uzorku\\_Hrvatske\\_gradske\\_populacije\\_What\\_makes\\_quality\\_of\\_life\\_study\\_on\\_Croatian\\_urban\\_population](https://www.researchgate.net/publication/26762415_Sto_cini_osobnu_kvalitetu_zivota_Studija_na_uzorku_Hrvatske_gradske_populacije_What_makes_quality_of_life_study_on_Croatian_urban_population).

Wade N.G., Tucker J., Cornish M.A. (2013) Forgiveness interventions and the promotion of resilience following interpersonal stress and trauma. In book: The Resilience Handbook: Approaches to Stress and Trauma. (online) (Zitierdatum 27.06.20). [https://www.researchgate.net/publication/255965714\\_Forgiveness\\_interventions\\_and\\_the\\_promotion\\_of\\_resilience\\_following\\_interpersonal\\_stress\\_and\\_trauma/stats](https://www.researchgate.net/publication/255965714_Forgiveness_interventions_and_the_promotion_of_resilience_following_interpersonal_stress_and_trauma/stats).

Waller C. (2017) (Trans-) Generationale Weitergabe früher Traumatisierung auf das kardiovaskuläre System Psychotherapeut 62:507–512 <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0235-3>.

Wansink B, Wansink CS. (2013) Are There Atheists in Foxholes? Combat Intensity and Religious Behavior. J Relig Health; 52 (3) 768-79. (online) (Zitierdatum 18.03.20). <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-013-9733-y>.

Wigger S., Murken S., Maercker A. (2008) Positive und negative Aspekte religiösen Copings im Trauerprozess. Trauma & Gewalt 2.

Wirtz U., Zöbeli J., (1995) Das Trauma der Gewalt: In: Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen, Grenzen der Psychotherapie. Kreuz Verlag Zürich.

Wirtz U. (2002) Weiser werden nach dem Trauma? Weltkongress für Psychotherapie, Wien. (Online) (Zitierdatum 15.05.20), abrufbar unter: <https://wirtz.ch/wp/wp-content/uploads/2020/08/Celan-Wien.pdf>.

Wöller W. (2013) Was ist ein psychisches Trauma? Das psychotraumatologische Paradigma. In: Trauma und Persönlichkeitsstörungen, Schattauer Verlag (Klett), Stuttgart.

Wöller W. (2006) Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart.

Wortmann, J. H., Eisen, E., Hundert, C., Jordan, A. H., Smith, M. W., Nash, W. P., Litz, B. T. (2017). Spiritual features of war-related moral injury: A primer for clinicians. *Spirituality in Clinical Practice*, 4(4), 249–261. <https://doi.org/10.1037/scp0000140>

Zdjelarevic A., Komar Z., Loncar M., Dijanic Plasc I., Hrabac P., Groznica I., Marcinko D. (2011) Quality of Live in Families of Croatian Veterans 15 Years after the War. *Coll. Anrtopol.35 Suppl.1*: 281-286.

Zimmermann P., Fischer C., Lorenz S., Alliger-Horn C. (2016) Changes of Personal Values in Deployed German Armed Forces Soldiers with Psychiatric Disorders. *Wehrmedizinische Monatsschrift* 1. <https://military-medicine.com/article/2784-changes-of-personal-values-in-deployed-german-armed-forces-soldiers-with-psychiatric-disorders.html>.

Zimmermann P., Firnkes S., Kowalski J.T., Backus J., Siegel S., Willmund G., Maercker A. (2014) Personal values in soldiers after military deployment: associations with mental health and resilience. *Eur J Psychotraumatol*; 5: 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012073/pdf/EJPT-5-22939.pdf>.

Zivic D. (2000) Znanstveni skup Vukovar-Hrvatska – Svijet: Vukovar osam godina poslije. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 1 (45). 187-190.

Zivic D. (2001) Izravni demografski gubitci (ratne zrtve) Hrvatske (1990.-1998.) uzrokovani velikosrpskom agresijom i neke njihove posljedice. *Društvena istraživanja* 10. (3 (53), 451.484.

Zöllner T., Calhoun L. C., Tedeschi R. G. (2006) Trauma und persönliches Wachstum. In: Maercker A., Rosner R. *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Georg Thieme Verlag. 36–45.

Znoj H., Morgenthaler Ch., Zwingmann Ch. (2004) Mehr als nur Bewältigen? Religiosität, Stressreaktionen und Coping bei elterlicher Depressivität nach dem Verlust eines Kindes. In Zwingmann Ch. - Moosbrugger H. (Hrsg.), Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung. Münster: Waxmann 277-297.

Zulehner, P. M. (1990) Pastoraltheologie. Pastorale Futurologie: Kirche auf dem Weg ins gesellschaftliche Morgen. Band 4: Düsseldorf.

Zwingmann C., Klein C. (2013) Sind religiöse Menschen gesünder, und wenn ja, warum? Ergebnisse empirisch-sozialwissenschaftlicher Forschung. In: Spiritual Care, Kolhammer, Stuttgart.

Zwingmann C., Wirtz M., Müller C., Körber J., Murken S. (2006) Positive and Negative Religious Coping in German Breast Cancer Patients. In: Journal of Behavioral Medicine, 29 (6). 533-547.

Zwingmann C. (2015) Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie: Passt das zusammen. In: Büssing, A., Surzykiewicz J., Zimowski, H.A.Z. (Hrsg): Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen-interdisziplinär betrachtet.

Xing L., Xiujing G., Lu B., Jiahui Q., Jing C. (2018) Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer? A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA Medicine: Volume 97 - Issue 35 - p e11948 doi: 10.1097/MD.00000000000011948.

## **ANHANG**

Anhang 1. Patienteninformation deutsch

Anhang 2. Einverständniserklärung deutsch

Anhang 3. Fragebogen (kroatische Version nach Anfrage verfügbar)



KBC Split  
mit:  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität  
HR- 21000-Split

In Zusammenarbeit  
Albert-Ludwigs-  
Universität  
D- 79085-Freiburg

**Die Rolle von Religiosität und Spiritualität bei psychiatrischen  
Patienten (m/w) in Kroatien und Bosnien-Herzegowina**

(Untersuchung von Traumafolgestörungen im Vergleich zu anderen psychiatri-  
schen Erkrankungen)

(TReSKroBoH –Trauma, Religiosität, Spiritualität, Kroatien, Bosnien-Herzogo-  
wina)

**Patienteninformation**

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!*

Wir führen an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Split in Zusammenarbeit mit der Universität Freiburg eine wissenschaftliche Untersuchung durch, deren Ergebnisse dazu beitragen sollen, die Behandlung der Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen weiter zu verbessern. Die folgenden Informationen sollen Ihnen die Entscheidung über eine mögliche Teilnahme erleichtern.

**Ziel der Untersuchung**

Für viele Menschen ist ihr Glaube oder ihre Spiritualität ein wichtiger Halt und eine Kraftquelle. Für andere Menschen hat Religion oder Spiritualität keine große Bedeutung, oder sie erleben diese sogar als belastend. Unabhängig von der Religion oder Konfession kann es also unterschiedliche religiöse oder spirituelle Einstellungen und Bedürfnisse geben.

Die geplante Studie soll klären helfen, wie verbreitet und wie groß solche Bedürfnisse sind und welche Rolle sie für Patienten mit traumatischen oder anderen psychischen Erkrankungen beim Umgang mit der eigenen Krankheit spielen.

Wie sieht der Ablauf aus?

Sie bekommen von Ihrem behandelnden Arzt/ Ihrer behandelnden Ärztin einen Fragebogen zum Ausfüllen.

Die Teilnahme an der Studie ist grundsätzlich freiwillig. Sie können jederzeit – auch bei schon gegebener Einwilligung – Ihre Teilnahme an der Studie abbrechen. Selbstverständlich entstehen Ihnen dabei keine Nachteile.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Daten werden vertraulich behandelt. Sie werden von der Abt. Medizinische Dokumentation der Uni-Klinik Split, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie gesammelt und in anonymisierter Form weitergeleitet an den Arbeitsbereich Caritaswissenschaft der Universität Freiburg, wo sie statistisch ausgewertet werden. Ihre Fragebogendaten werden anonym ausgewertet; es ist nicht mehr möglich, Ihre Angaben mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen.

Zu den erhobenen Daten haben nur wissenschaftliche Mitarbeiter der Studie Zugang, die der Schweigepflicht unterliegen.

Wenn durch den Fragebogen Themen angesprochen werden, die für Sie persönlich sehr wichtig sind, oder Fragen, mit denen Sie selber nur schlecht klarkommen, dann können Sie selbstverständlich mit Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin darüber reden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an der Studie teilnehmen. Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben, Ihnen der Inhalt klar ist und Sie an der Untersuchung teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben und dem ausgefüllten Fragebogen beizufügen. Diese Patienteninformation sowie eine Kopie der Einverständniserklärung ist für Sie selbst.

Bereits hier möchten wir Ihnen für Ihre Mitarbeit und Mühe sehr herzlich danken, auch im Namen anderer Patienten, die von den gewonnenen Erkenntnissen profitieren können!

Freiburg/Br., im April 2015

Version vom 15.05. 2015, erarbeitet von KB und AG



KBC Split  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität  
HR-21000-Split

In Zusammenarbeit mit:  
Albert-Ludwigs-  
D-79085-Freiburg

### **Einverständniserklärung zur Studienteilnahme**

#### **Die Rolle von Religiosität und Spiritualität bei psychiatrischen Patienten (m/w) in Kroatien und Bosnien-Herzegowina**

**(TReSKroBoH –Trauma, Religiosität, Spiritualität, Kroatien, Bosnien-Herzegowina)**

(Zum Verbleib in der Abt. Medizinische Dokumentation)

Ich bin über den Inhalt und Zweck der genannten wissenschaftlichen Untersuchung informiert worden. Dazu wurde mir ein Merkblatt ausgehändigt, das mich über Inhalt, Zielsetzung und die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen informiert. Mir wurde darin zugesichert, dass die personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich wurde aufgefordert, alle mich interessierenden Fragen zu stellen, und habe keine weiteren Fragen.

Hiermit willige ich unter den in der Patienteninformation genannten Voraussetzungen darin ein, an der Studie teilzunehmen.

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Abt. Medizinische Dokumentation  
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie -KBC Split  
HR-21000-Split

ICD-F	

**Fragebogen zu den Ressourcen und Verarbeitungsstrategien im Umgang mit psychischen Krankheiten**

Im Folgenden finden Sie Fragen, die sich mit möglichen Bewältigungsstrategien Ihrer Krankheit befassen. Sie werden im Rahmen eines Forschungsprojekts der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Theologische Fakultät – Arbeitsbereich Caritaswissenschaft) gestellt. Für Sie selber hat das Ausfüllen des **anonymen Fragebogens** keinen *unmittelbaren* Nutzen. Wir hoffen aber, dass mit Hilfe der so gewonnenen Informationen mittelfristig die Patienten-Betreuung verbessert werden kann.

Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden **streng vertraulich** behandelt und nur in **anonymisierter Form** bearbeitet, d.h. ohne Namen und Adresse. Die Fragebögen werden getrennt von Ihren Akten und Unterlagen verwahrt und an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg statistisch ausgewertet. Sie sind damit Dritten gegenüber unzugänglich. Es wird ausdrücklich betont, dass alle Informationen, die Sie hier geben, später nicht mehr mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können. **Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes werden in vollem Umfang gewahrt.**

Bitte lesen Sie sich die Fragen gut durch, versuchen Sie zügig und so **zutreffend wie möglich** eine Antwort zu geben und auf dem Bogen passend anzukreuzen (für jede Frage bitte nur ein Kreuz). Es gibt keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten. Jeder Mensch hat andere Erfahrungen gemacht und bewertet sie anders.

Für Ihre Hilfe und Kooperation danken wir Ihnen herzlich!!



**Alter:** .....

**Geschlecht:** ( ) weiblich ( ) männlich

**Familienstand:** ( ) verheiratet ( ) mit Partner/in zusammenlebend ( ) geschieden ( ) alleinstehend ( ) verwitwet

**Kinder:** ( ) nein ( ) ja **Zahl der Kinder:**.....

**Schulabschluss:** ( ) Hauptschule/ 8.Klasse ( ) Berufsschule ( ) Gymnasium ( ) Hochschule/Uni

**Religionszugehörigkeit:** ( ) katholisch ( ) muslimisch ( ) orthodox ( ) andere ( ) keine

**Beruf:** ..... **Krankgeschrieben:** nein ( ) ja ( ) **in Rente:** nein ( ) ja ( ) seit wann.....

**Seit wann sind Sie in ärztlicher Behandlung für Ihre derzeitige Erkrankung? .....**

**Wodurch kam es zur Erkrankung / Traumatisierung? (Stichworte)**

.....  
.....

**Art einer weiteren vielleicht vorliegenden Verletzung / Traumatisierung**

(bitte in Stichwort beschreiben):

( ) körperlich und zwar:  
.....

( ) psychisch / emotional: und zwar:  
.....

**Diese Verletzung / Traumatisierung hat immer noch Auswirkungen in Ihrem Alltag**

(beruflich und/oder privat): ( ) ja, sehr ( ) ein wenig ( ) nein, gar nicht

**Zusätzliche chronische Erkrankungen** (bitte in Stichwort beschreiben)

..... seit.....

**Haben Sie im Krieg aktiv teilgenommen (als Soldat, Militärpolizist oder Andere)**

nein ( ) ( ) ja, als .....

**Falls ja: Dauer der Kriegsteilnahme: .....**

### Bedürfnisse (SpNQ)

Im Folgenden finden Sie Aussagen zu bestimmten Bedürfnissen, wie sie von anderen Menschen geäußert wurden.

Bitte überprüfen Sie, inwieweit diese für Sie persönlich in der letzten Zeit zutreffen. Wenn dieses Bedürfnis für Sie besteht, dann geben Sie bitte auch an, wie **stark** dieses bei Ihnen ausgeprägt ist.

Haben Sie in der letzten Zeit das Bedürfnis gehabt ...		keine	gering	mittel	groß
N2	mit jemandem über Ihre Ängste und Sorgen reden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N4	auf Ihr bisheriges Leben zurückzuschauen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N5	ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären?	<input type="radio"/>	1	2	3
N6	in die Schönheit der Natur eintauchen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N7	an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N8	inneren Frieden finden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N10	einen Sinn in Ihrer Krankheit bzw. Lebensbeeinträchtigung sehen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N11	mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N12	mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N13	sich jemandem liebevoll zuwenden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N14	etwas von sich verschenken zu wollen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N15	jemandem Trost spenden zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3

N16	jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N17	dass Ihnen vergeben wird?	<input type="radio"/>	1	2	3
N3	dass sich jemand aus Ihrer Gemeinde bzw. Religionsgemeinschaft (z.B. der Pfarrer) um sie kümmert?	<input type="radio"/>	1	2	3
N18	mit jemandem zu beten?	<input type="radio"/>	1	2	3
N19	dass jemand für sie betet?	<input type="radio"/>	1	2	3
N20	selber zu beten?	<input type="radio"/>	1	2	3
N21	an einer religiösen Feier (z.B. Gottesdienst) teilzunehmen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N22	religiöse / spirituelle Bücher/Schriften zu lesen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N23	sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel....) zu wenden?	<input type="radio"/>	1	2	3
N25 *	mit der Familie verbunden zu sein.	<input type="radio"/>	1	2	3
N30 *	von Ihrer Familie mehr Rückhalt zu bekommen?	<input type="radio"/>	1	2	3
N26 *	Ihre Lebenserfahrungen weitergeben zu können?	<input type="radio"/>	1	2	3
N27 *	Gewissheit zu haben, dass das bisherige eigene Leben sinn- und wertvoll war?	<input type="radio"/>	1	2	3
N28 *	von der eigenen Familie (wieder) stärker in deren Lebensalltag einbezogen zu werden?	<input type="radio"/>	1	2	3
N33 *	Kontakt zu einem Seelsorger zu haben, der Sie unterstützt?	<input type="radio"/>	1	2	3

© Arndt Büssing, Universität Witten/Herdecke

Bitte markieren Sie hier, wie stark Sie in den letzten Wochen durch Auswirkungen / Symptome einer gesundheitlichen Belastung beeinträchtigt waren:

I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

nicht gering etwas/mäßig mittel schwer sehr schwer unerträglich

Fragen zum Thema STRESS (PSS-10)					
Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des <u>letzten Monats</u> durch Stress belastet fühlten. (Bitte kreuzen Sie <b>pro</b> Aussage <b>eine</b> Antwort an)	nie	sel-	manch-	häu-	sehr
	1	2	3	4	5
1 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übersetzung von Cohen´s PERCEIVED STRESS SCALE (PSS); © dtsh Version: Prof. Dr. Arndt Büssing, University of Witten/Herdecke

<b>Lebenszufriedenheit (BMLSS)</b> Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre <u>momentane Zufriedenheit</u> hinsichtlich verschiedener Bereiche des Lebens. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Antwort an, die Ihnen passend erscheint.  Wenn eine bestimmte Situation für Sie nicht zutrifft (z.B. Behandlungserfolg), dann können Sie die jeweilige Aussage auch unbeantwortet lassen.  Die Zufriedenheit mit ..... würde ich wie folgt beschreiben:		sehr unzufrieden		unzufrieden		überwiegend unzufrieden		teils-teils (sowohl als auch)		überwiegend zufrieden		zufrieden		sehr zufrieden	
		0	1	2	3	4	5	6							
H1	... meinem Familienleben ...	0	1	2	3	4	5	6							
H2	... meinen Freundschaften ...	0	1	2	3	4	5	6							
H3	...meinem Arbeitsplatz / Einsatzort...	0	1	2	3	4	5	6							
H4	... mir selber ...	0	1	2	3	4	5	6							
H5	... meinem (privaten) Wohnumfeld ...	0	1	2	3	4	5	6							
H6	... meinem Leben im allgemeinen ...	0	1	2	3	4	5	6							
H7*	... meiner finanziellen Situation ...	0	1	2	3	4	5	6							
H8*	... meinen Zukunftsaussichten ...	0	1	2	3	4	5	6							
G1	...meiner Gesundheitssituation...	0	1	2	3	4	5	6							
G2	...meinem bisherigen Behandlungserfolg ...	0	1	2	3	4	5	6							
G3	...meinen Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung ...	0	1	2	3	4	5	6							
T1	... der Unterstützung durch meine Teamkameraden ...	0	1	2	3	4	5	6							
T2	... der Unterstützung durch meine Vorgesetzten ...	0	1	2	3	4	5	6							
T3	... der Anerkennung durch meine Teamkameraden ....	0	1	2	3	4	5	6							
T4	... der Anerkennung durch meine Vorgesetzten ....	0	1	2	3	4	5	6							
T5	... dem Zusammenhalt im Team ...	0	1	2	3	4	5	6							

© Arndt Büssing, Universität Witten/Herdecke

<b>Selbstwirksamkeit</b>	stimmt nicht 1	stimmt kaum 2	stimmt eher 3	stimmt genau 4
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.				
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.				
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.				
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.				
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.				
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.				
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.				
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.				
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.				
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.				

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

<b>Interpretation von Krankheit bzw. beeinträchtigenden Traumata</b> <i>Wenn Sie <b>keinerlei Beschwerden, Beeinträchtigungen</b> oder entsprechenden Symptome haben, lassen Sie bitte die folgenden <b>Fragen unbeantwortet!</b></i> Ich empfinde meine Beschwerden / Krankheit als ...		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	kann ich nicht sagen	trifft eher zu	trifft genau zu
KB1	eine Herausforderung.	0	1	2	3	4
KB2	eine Bedrohung.	0	1	2	3	4
KB3	eine nachteilige Unterbrechung meines Lebens.	0	1	2	3	4
KB4	eine Bestrafung.	0	1	2	3	4
KB5	ein Versagen meinerseits.	0	1	2	3	4
KB6	etwas Wertvolles, an dem ich wachsen kann.	0	1	2	3	4
KB7	eine entlastende Unterbrechung von den Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten meines Lebens.	0	1	2	3	4
KB8	einen Hilferuf.	0	1	2	3	4
KBx	eine sinnlose Ungerechtigkeit.	0	1	2	3	4

© Arndt Büssing, Universität Witten/Herdecke

<b>Generativer Altruismus</b>					
<p>Jeder Mensch hat seine eigene Sichtweise und individuelle Meinung. Diese müssen nicht notwendigerweise auch für Sie zutreffend sein.</p> <p>Bitte überprüfen Sie, in wie weit die folgenden Aussagen für Sie in ihrer <u>jetzigen Situation</u> zutreffend sind und kreuzen Sie die Antwort so ehrlich wie möglich an, die spontan <u>noch am ehesten</u> auf Sie zutrifft. - Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten</p>		Nie	Manchmal	Oft	Sehr oft
AS1	In meiner Freizeit engagiere ich mich ehrenamtlich für andere (z.B. Wohltätigkeits-organisationen, Vereine, Gemeindearbeit etc.).	0	1	2	3
AS2	Ich spende Geld für wohltätige Organisationen.	0	1	2	3
AS3	Wenn ich Hilfsbedürftige sehe, spreche ich sie an, wie ich ihnen helfen kann.	0	1	2	3
AS4	Wenn ich Hilfsbedürftige sehe, gebe ich ihnen Geld.	0	1	2	3
AS5	Wenn ich Hilfsbedürftige sehe, mache ich mir Gedanken, wie ich ihre Not lindern bzw. ihre Bedürfnisse stillen könnte.	0	1	2	3
AS6	Wenn mich jemand, den ich nicht so gut kenne, um Hilfe bittet, dann tue ich das selbstverständlich.	0	1	2	3
AS7	Wenn sich jemand, den ich nicht so gut kenne, bei mir etwas ausleihen will, das mir wichtig ist, dann helfe ich ihm aus.	0	1	2	3
AS10	Ich helfe anderen, auch wenn es mir selber gar nichts bringt.	0	1	2	3
AS11	Ich stelle mein materielles Wohl zugunsten des Wohls der Allgemeinheit zurück.	0	1	2	3

© Arndt Büssing, Universität Witten/Herdecke



	<b>Conscious Presence and Self Control (CPSC) scale</b> <b>Bewusste Präsenz und Selbstkontrolle (CPSC)-Skala</b> Dieser Fragebogen soll Ihre konzentrierte Bewusstheit / Achtsamkeit in bestimmten Situationen erfassen. Bitte beziehen Sie dabei die Aussagen auf die letzten sieben Tage. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die Antwort an, die <b>am besten</b> auf Sie zutrifft.	fast nie	eher selten	relativ oft	fast immer
1	Ich nehme meine momentane Situation ganz bewusst wahr und kann sie (wie von außen) anschauen, ohne sie als gut oder schlecht zu bewerten.	0	1	2	3
2	In allem, was ich tue (Essen, Putzen, Reden, Dienstpflichten etc.) bin ich mir der dabei auftretenden Gefühle, Stimmungen und Körperreaktionen bewusst.	0	1	2	3
3	Wenn ich merke, dass ich mit meiner Konzentration abgeschweift bin, dann kehre ich ohne Schwierigkeiten zur bewussten Aufmerksamkeit zurück.	0	1	2	3
6	Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen.	0	1	2	3
7	In allem was ich tue, bin ich ganz konzentriert und nehme alles aufmerksam wahr.	0	1	2	3
8	Ich nehme auch unangenehme Erfahrungen als wichtig und wertvoll an.	0	1	2	3
9	Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schief laufen.	0	1	2	3
10	In schwierigen Situationen kann ich aufkommende Gefühle distanziert anschauen, ohne mich in ihnen zu verlieren.	0	1	2	3
11	In schwierigen Situationen lasse ich mich nicht von aufkommenden Gefühlen beherrschen.	0	1	2	3
12	Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äußerlich Schmerzen und Unruhe da sind oder ich mich in schwierigen Situationen befinde.	0	1	2	3

### PCL (PTSD Checkliste)

Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung von Problemen und Beschwerden, von denen Sie berichten können. Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und markieren auf der rechten Seite die Ziffer, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie häufig Sie das Problem im letzten Monat belastet hat

	Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Andauernd
1. Haben Sie wiederkehrende, verstörende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder eines belastenden Ereignisses?	1	2	3	4	5
2. Haben Sie wiederkehrende, verstörende Träume einer belastenden Erfahrung?	1	2	3	4	5
3. Handeln Sie manchmal oder fühlen Sie sich manchmal so, als ob die belastende Erfahrung sich wiederholt (so als ob Sie dieses Ereignis wieder durchleben)?	1	2	3	4	5
4. Fühlen Sie sich emotional aufgewühlt, wenn Sie etwas an eine belastende Erfahrung erinnern?	1	2	3	4	5
5. Haben Sie körperliche Reaktionen (wie z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie etwas an eine belastende Erfahrung erinnern?	1	2	3	4	5
6. Vermeiden Sie es, über eine belastende Erfahrung nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden Sie Gefühle, die sich darauf beziehen?	1	2	3	4	5
7. Vermeiden Sie bestimmte Aktivitäten oder Situationen, weil diese Sie an eine belastende Erfahrung erinnern?	1	2	3	4	5
8. Haben Sie Schwierigkeiten, sich an wichtige Einzelheiten einer belastenden Erfahrung zu erinnern?	1	2	3	4	5

9. Haben Sie das Interesse an Aktivitäten, die Sie früher gerne gemacht haben, verloren?	1	2	3	4	5
10. Haben Sie das Gefühl, sich gegenüber anderen Menschen distanziert oder entfremdet zu fühlen?	1	2	3	4	5
11. Haben Sie das Gefühl, emotional taub zu sein oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle gegenüber nahestehenden Menschen zu empfinden?	1	2	3	4	5
12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zukunft Ihnen irgendwie wegbricht?	1	2	3	4	5
13. Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?	1	2	3	4	5
14. Haben Sie das Gefühl, gereizt zu sein oder geraten Sie leicht in Wutausbrüche?	1	2	3	4	5
15. Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	1	2	3	4	5
16. Fühlen Sie sich dauernd in Alarmbereitschaft / Wachsamkeit oder haben Sie das Gefühl, ständig auf der Hut zu sein?	1	2	3	4	5
17. Haben Sie das Gefühl, nervös oder schreckhaft zu sein?	1	2	3	4	5

Übersetzung der **PCL-M for DSM-IV (11/1/94)** nach Weathers, Litz, Huska, & Keane, National Center for PTSD - Behavioral Science Division; © dtsch. Version: Fred Zimmermann und Arndt Büssing

## HADS

Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die sehr persönlichen Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig.

Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Fragen aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb **am zutreffendsten** erscheint!

### 1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

meistens nicht     oft nicht     von Zeit zu Zeit / gelegentlich nicht     überhaupt nicht

### 2. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

ganz genau so kaum oder gar nicht     nicht ganz so sehr     nur noch ein wenig     überhaupt nicht

### 3. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

ja, sehr stark     ja, aber nicht allzu stark

etwas, aber es macht mir keine Sorgen     überhaupt nicht

### 4. Ich kann lachen und die lustigen Seiten der Dinge sehen.

ja, so viel wie immer     nicht mehr ganz so viel  
 inzwischen viel weniger     überhaupt nicht

### 5. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

einen Großteil der Zeit     verhältnismäßig oft

von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft     nur gelegentlich / nie

**6. Ich fühle mich glücklich.**  überhaupt nicht     selten     manchmal  
 meistens

### 7. Ich kann behaglich dasitzen

ja, natürlich     gewöhnlich schon     nicht oft     überhaupt nicht

### 8. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

fast immer     sehr oft     manchmal     überhaupt nicht

### 9. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

überhaupt nicht     gelegentlich     ziemlich oft     sehr oft

### 10. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

ja, stimmt genau  ich kümmere mich nicht so  
sehr darum, wie ich sollte

möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum  ich kümmere mich  
so viel darum wie immer

**11. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.**

ja, tatsächlich sehr  ziemlich  nicht sehr  überhaupt nicht

**12. Ich blicke mit Freude in die Zukunft.**

ja, sehr  eher weniger als früher  viel weniger als früher   
kaum bis gar nicht

**13. Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.**

ja, tatsächlich sehr oft  ziemlich oft  nicht sehr oft  überhaupt  
nicht




**14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsen-  
dung freuen.**

oft  manchmal  eher selten  sehr selten

© National Foundation for Educational Research (<http://www.nfer-nelson.co.uk>  
org)

<b>Positive Lebensgestaltung und Wohlbefinden (ePLC - ERDA)</b>						
Bitte überprüfen Sie, in wie weit die folgenden Aussagen für Sie <u>momentan</u> zutreffend sind und kreuzen Sie bitte für jede Frage die entsprechende Zahl an. Es gibt keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten. Jeder Mensch hat andere Erfahrungen gemacht und bewertet sie anders.		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils (weder ja, noch nein)	trifft eher zu	trifft genau zu
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Die Formulierung „<i>Symptome / Beeinträchtigung</i>“ umfasst sowohl körperliche als auch psychische Beschwerden und belastende Beeinträchtigungen.</li> <li>➤ Wenn Sie <u>keinerlei</u> Beschwerden, Beeinträchtigungen oder entsprechende Symptome haben, dann lassen Sie die folgenden Fragen unbeantwortet!</li> </ul>					
K2	Trotz meiner Symptome / Beeinträchtigung komme ich mit meinem Alltag recht gut zurecht.	0	1	2	3	4
K3	Trotz meiner Symptome / Beeinträchtigung kann ich all das machen, was mir wichtig ist.	0	1	2	3	4
K4	Mit den Auswirkungen meiner Beeinträchtigung komme ich einfach nicht zurecht.	0	1	2	3	4
K5	Es gelingt mir, mein Leben trotz der Symptome / Beeinträchtigung selber zu gestalten.	0	1	2	3	4
K6	Auch wenn negative Gefühle in mir auftauchen, so lasse ich mich doch nicht von ihnen beherrschen.	0	1	2	3	4
K7	Meine Leben dreht sich nur noch um meine (Krankheits-)Symptome / Beeinträchtigung.	0	1	2	3	4
K24	Ich fühle mich wohl in meiner Haut.	0	1	2	3	4
K26	Ich bin zufrieden mit mir und meiner Situation.	0	1	2	3	4

© Arndt Büssing, Universität Witten/Herdecke

<b>SpREUK</b>						
<p>Aus Gesprächen mit Patienten wissen wir, dass es sehr verschiedene Gefühle, Einstellungen und Reaktionen auch in Bezug auf Krankheit und Beschwerden gibt. Im Folgenden finden Sie daher Aussagen, wie sie von anderen geäußert wurden. Bitte überprüfen Sie, in wie weit diese für Sie persönlich <u>momentan</u> zutreffend sind. Wenn es Ihnen schwerfällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan noch am ehesten auf Sie zutrifft.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Die Formulierung „<i>Beschwerden</i>“ umfasst sowohl körperliche als auch psychische <b>Beschwerden und/oder Beeinträchtigungen</b> sowie <b>belastende Erlebnisse</b>.</li> <li>➤ Wenn Sie <u>keinerlei</u> Beschwerden, Beeinträchtigungen oder entsprechende Symptome haben, dann lassen Sie die mit einem  <u>markierten 3 Fragen</u> unbeantwortet!</li> </ul>		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	kann ich nicht sagen	trifft eher zu	trifft genau zu
F1.4	Meine Beschwerden bzw. belastende Erlebnisse haben mich dazu gebracht, mich wieder intensiv mit spirituellen / religiösen Fragen zu beschäftigen.	0	1	2	3	4
F1.5 	Ich bin davon überzeugt, dass sich meine Beschwerden günstig beeinflussen lassen, wenn ich einen Zugang zu einer spirituellen Quelle finden kann.	0	1	2	3	4
F1.6	Ich suche einen Zugang zu Spiritualität / Religiosität.	0	1	2	3	4
F1.9 	Es drängt mich zu spiritueller oder religiöser Erkenntnis, egal ob sich dadurch meine Beschwerden / Schwierigkeiten mindern oder nicht.	0	1	2	3	4
F2.5	Egal was auch passiert, ich habe Vertrauen in eine höhere Macht, die mich trägt.	0	1	2	3	4

F3.2	Was mir zustößt, ist mir ein Hinweis, etwas in meinem Leben zu ändern.	0	1	2	3	4
F3.3	Durch meine Beschwerden bzw. belastenden Erlebnisse komme ich dazu, mich mehr mit mir selber auseinander zu setzen.	0	1	2	3	4
F3.4 ↓	Ich bin überzeugt, dass meine Beschwerden bzw. beeinträchtigenden Symptome einen Sinn haben.	0	1	2	3	4
F3.5	Ich sehe meine Beschwerden bzw. die gemachten Erfahrungen mit belastenden Erlebnissen als Chance für meine persönliche Entwicklung an.	0	1	2	3	4
F3.7	Durch meine Beschwerden bzw. belastenden Erlebnisse komme ich dazu, darüber nachzudenken, was mir in meinem Leben wirklich wichtig ist.	0	1	2	3	4
37	Ich habe Vertrauen in eine geistige Führung in meinem Leben.	0	1	2	3	4
38	Ich fühle mich mit einer „höheren Quelle“ verbunden.	0	1	2	3	4
39	Ich bin davon überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist.	0	1	2	3	4
F2.6	Ich empfinde mich als religiösen Menschen.	0	1	2	3	4
F1.1	Ich empfinde mich als spirituellen Menschen.	0	1	2	3	4
X1	Mein Glaube ist mir ein fester Halt in schwierigen Zeiten.	0	1	2	3	4
X3	Aufgrund meiner (belastenden) Erfahrungen habe ich meinen Glauben verloren.	0	1	2	3	4



	<b>Benefit</b> Im Folgenden finden Sie Aussagen, wie sie von anderen Patienten geäußert wurden. Bitte überprüfen Sie, inwieweit diese für Sie persönlich momentan zutreffend sind. Wenn es Ihnen schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan noch am ehesten auf Sie zutrifft.	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	kann ich nicht sagen	trifft eher zu	trifft genau zu
F4.2	Meine Religiosität/Spiritualität verhilft mir zu einer tieferen Beziehung mit meiner Umwelt und meinen Mitmenschen.	0	1	2	3	4
F4.3	Durch meine Religiosität/Spiritualität gehe ich mit meinem Leben bewusster um.	0	1	2	3	4
F4.4	Meine Religiosität/Spiritualität hilft mir, mit meiner Krankheit/Trauma besser umzugehen.	0	1	2	3	4
F4.7	Die Ausübung meiner Religiosität/Spiritualität hilft mir, geistige und körperliche Gesundheit wieder zu erlangen.	0	1	2	3	4
F5.1	Wenn ich meine Religiosität/Spiritualität ausübe, dann erfahre ich im allgemeinen Zufriedenheit und inneren Frieden.	0	1	2	3	4
F5.2	Im Alltag fördert meine Religiosität/Spiritualität meine innere Kraft.	0	1	2	3	4

© Arndt Büssing, Universität Witten/Herdecke

**Herzlichen Dank für Ihre Mühe!**

## **Frieden – Versöhnung – Zukunft: Afrika und Europa**

Schriften der GIUBUNTU Peace-Academy

hrsg. von Prof. Dr. Klaus Baumann (Universität Freiburg), Prof. Dr. Rainer Bendel (Stuttgart/Tübingen), P. Déogratias Maruhukiro, PhD (Universität Freiburg)

Klaus Baumann; Rainer Bendel; Deogratias Maruhukiro (Hg.)

### **Erinnern, Verstehen und Versöhnen. Se souvenir, comprendre et réconcilier**

Die Erinnerung an die Vergangenheit als Weg zur Schaffung eines nachhaltigen Friedens. Le travail de mémoire sur le passé comme chemin pour la construction d'une paix durable  
Bd. 7, 2022, ca. 304 S., ca. 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-15001-1

François-Xavier Mureha

### **Conflits civils, commerce régional et croissance économique dans les pays de la Région des Grands Lacs africains**

Ce livre analyse, à partir de la « théorie de la paix par le commerce » de Montesquieu (1758), la perspective de la pacification de la Région des Grands Lacs à travers l'intégration économique régionale. Pour susciter une prise de conscience régionale sur l'inopportunité de la guerre, la thèse met en évidence la diffusion spatio-régionale des effets d'un conflit civil local sur la croissance économique des autres pays de la Région. Pour amorcer sa dynamique vertueuse de croissance, la Région doit efficacement adresser le problème des conflits. En particulier, lorsqu'un conflit civil éclate dans un pays de la Région, ses voisins ne devraient pas afficher une attitude belliqueuse mais, au contraire, s'évertuer à trouver un dénouement pacifique de la crise. François-Xavier MUREHA a un doctorat en Sciences économiques, obtenu à l'Université Ouaga II (Burkina Faso). Il est actuellement Directeur de la Recherche à l'Université du Lac Tanganyika (Burundi) où il enseigne le cours d'Économie internationale.

Bd. 6, 2022, 168 S., 34,90 €, br., ISBN-CH 978-3-643-91463-7

Mahuwèna Martin Dieudonné Djègbatè

### **Von der Kultur der Aggression bis zur Feindesliebe**

Eine friedensethische Analyse am Beispiel der Volkslieder und der Lebenswelt der Fon-Maxi in Benin

Wir leben in einer Welt, in der ein aus Angst weitverbreitetes negatives Menschenbild das Zusammenleben erschwert und immer neu die Friedensfähigkeit des Menschen und somit auch die Erfüllbarkeit des christlichen Gebotes der Feindesliebe in Frage stellt. Martin Djègbatè untersucht in der vorliegenden Forschungsarbeit die Mechanismen und die Ursachen der Verbreitung dieses Menschenbildes in den traditionellen und modernen Volksliedern im Süden Benins und legt einen besonderen Wert auf zivilgesellschaftlichen und politischen Mentalitätswechsel durch Selbstkritik, Angstüberwindung, Dialog und Versöhnung.

Bd. 5, 2022, 336 S., 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-14947-3

Aimé-Parfait Niyonkuru

### **Droit judiciaire burundais**

Institutions judiciaires, gens et autres acteurs de (la) Justice

La littérature scientifique publiée relative au droit judiciaire burundais est peu étoffée. Pour l'essentiel, les ressources documentaires disponibles sont constituées de travaux produits par les étudiants en master et en licence pour l'obtention de leurs diplômes. Quant à la littérature publiée il y a une ou plusieurs décennies, elle n'est point d'actualité sur de nombreux points – fait dont le lecteur n'a malheureusement pas souvent conscience –, tant le droit judiciaire burundais évolue extrêmement vite. La présente publication intervient dans la foulée de la promulgation d'une série de lois qui rendent les publications existantes dépassées par rapport à certaines informations ou sources. L'un des mérites de ce livre est de remettre à jour ces informations et ces sources.

Bd. 4, 2022, 236 S., 39,90 €, br., ISBN 978-3-643-91385-2

**LIT** Verlag Berlin – Münster – Wien – Zürich – London  
Auslieferung Deutschland / Österreich / Schweiz: siehe Impressumseite

Aimé-Parfait Niyonkuru

### **Access to Justice Beyond the State Courts**

A Solution to the Crisis in Burundi?

Costliness, excessive delay, bias against the weak, corruption, underfunding, insufficiency of legal skills and shortage of training programmes (for the judicial staff in its diversity), complexity of legal rules and procedures, including the language of both the law and the Court, dependency vis-à-vis the political authorities; these are flaws documented as hindering equal and effective access to Burundi's formal state court justice system. This book argues that engaging with out-of-court justice in Burundi's legal pluralism model may positively impact on people's access to justice, particularly for the poor and the underprivileged.

Bd. 3, 2021, 194 S., 29,90 €, br., ISBN 978-3-643-91377-7

Déogratias Maruhukiro

### **Für eine Friedens- und Versöhnungskultur**

Sozial-politische Analyse, ethischer Ansatz und kirchlicher Beitrag zur Förderung einer Friedens- und Versöhnungskultur in Burundi

Burundi, ein kleines Land in Ostafrika, wird seit Jahrzehnten von Bürgerkriegen heimgesucht. Basierend auf qualitativer Forschung analysiert die vorliegende Studie die burundische Konfliktsituation und schlägt mögliche Lösungen vor. Die Studie verdeutlicht, dass die ethnische Frage zwar eine wichtige Rolle spielt, aber nicht – obgleich es viele Autoren bisher geschrieben haben – die Ursache des Konflikts ist. Dies zeigt auch die Analyse der politischen Krise von 2015, die laut den Berichten der Untersuchungskommission der Vereinten Nationen von schweren Verbrechen gegen die Menschlichkeit gekennzeichnet ist. Ethnizität wird in dieser neuerlichen Situation manipulativ für politische Machtinteressen genutzt. Wege zur Förderung einer neuen Friedens- und Versöhnungskultur werden vorgeschlagen.

Bd. 2, 2020, 360 S., 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-14444-7

Klaus Baumann; Rainer Bendel; Déogratias Maruhukiro (Hg.)

### **Gerechtigkeit, Wahrheitsfindung, Vergebung und Versöhnung. Justice, Vérité, Pardon et Réconciliation**

Zur Friedensarbeit von Politik und Kirchen in Nachkriegsgebieten. Pour une approche des politiques de paix dans les régions post-conflit

Kann Gerechtigkeit eine Bedingung für Vergebung und Versöhnung sein? Diese Frage wird selten gestellt, ist aber für die Frage der Friedenspolitik in Nachkriegsgebieten von großer Bedeutung. Kriege in den Ländern in Mitteleuropa wie auch in der Region der Großen Seen Afrikas haben deren soziale Gefüge schwer beschädigt. Umso schwerer waren Prozesse der Vergebung und Versöhnung. Die Suche nach der Wahrheit, auch wenn sie komplex, wenn nicht illusorisch ist, scheint ein entscheidender Faktor für die Verwirklichung von Gerechtigkeit, Vergebung und Versöhnung zu sein.

Diese Themen standen in vergleichender Perspektive im Mittelpunkt der Debatten und Konferenzen der Girubuntu Peace Academy (GPA); die Ergebnisse werden in diesem Band dokumentiert.

Bd. 1, 2021, 302 S., 29,90 €, br., ISBN 978-3-643-14443-0

## **Beiträge zu Theologie, Kirche und Gesellschaft im 20. Jahrhundert**

hrsg. von Rainer Bendel, Lydia Bendel-Maidl und Joachim Köhler (Tübingen)

Otfrid Pustejovsky

### **Geheimkirche**

Kirche der Stille und vatikanische Machtpolitik. Das Beispiel Tschechoslowakei 1948 – 1998

Die vorliegende Publikation analysiert und beschreibt auf der Grundlage archivalischer Zeugnisse und sehr vieler tschechischer und slowakischer Detailstudien, die nach 1991 geschrieben wurden, erstmals in deutscher Sprache den von Moskau vorgegebenen Plan zur Atheisierung Europas am Beispiel der Tschechoslowakei von 1945 – 1990 mit seinen spezifischen Vorgaben und der damit verbundenen brutalen und nachhaltigen Christen- und Kirchenverfolgung sowie manches Unverständnis Roms in diesem Kontext.

Zahlreiche Dokumente dienen als Belege und der vertiefenden Lektüre.

Bd. 31, 2022, ca. 240 S., ca. 39,90 €, br., ISBN 978-3-643-15038-7

Klaus Baumann; Rainer Bendel; Déogratias Maruhukiro (Hg.)

### **Flucht, Trauma, Integration**

Nachkriegseuropa und Ruanda/Burundi im Vergleich

Die Flüchtlingskrise und ihre Konsequenzen für die Integration, die nicht nur Europa bzw. Deutschland sondern auch Burundi betreffen, werden unter dem besonderen Gesichtspunkt von Trauma, Trau-  
mabewältigung und Integration der Flüchtlinge und Vertriebenen vergleichend untersucht. Berichte aus der Praxis, Gedanken über die Friedensakademie im Afrika der großen Seen sowie Thesen über die politische Krise in Burundi werden ergänzend präsentiert.

Bd. 30, 2018, 224 S., 34,90 €, br., ISBN 3-643-13980-1

Lothar Schlegel

### **Menschen in zerbrechenden Welten**

Fundamentalpastorale und historische Analysen zur Arbeit mit Vertriebenen aus dem Ermland nach 1945

Ab 1946 sorgten vom Papst bestellte „Sonderbeauftragte“ für die Anliegen der etwa 14 Millionen deutschen Frauen, Männer und Kinder, die ihre Heimat in den ehemaligen deutschen Ostgebieten verloren hatten. Über gut entwickelte pastorale Netzwerke kamen sie diesen Flüchtlinge in Deutschland entgegen und begründeten Wege zur Versöhnung mit Polen.

Der Autor dieses Bandes, 2000 – 2011 selbst über die Deutschen Bischöfe benannter „Sonderbeauftragter“, rekonstruiert vergessene historische Fakten, vor allem im Blick auf die Arbeit mit Vertriebenen aus dem Ermland. Gleichzeitig reflektiert er Gelingen und Scheitern von Konzepten zu „Flucht und Migration“ – im Kontext philosophischer, psychotraumatologischer und pastoraler Forschungen.

Bd. 29, 2017, 224 S., 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-13706-7

Rainer Bendel; Josef Nolte (Hg.)

### **Befreite Erinnerung**

Teilband 2: Region – Religion – Identität: Tübinger Wege

Bd. 28, 2017, 272 S., 29,90 €, br., ISBN 978-3-643-13311-3

Rainer Bendel; Josef Nolte (Hg.)

### **Befreite Erinnerung**

Teilband 1: Region – Religion – Identität: Schlesische Prägungen

Bd. 26, 2017, 252 S., 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-13126-3

## Theologie Ost – West

Europäische Perspektiven

hrsg. von Prof. Dr. Janez Juhant (Universität Ljubljana) und Prof. Dr. Albert Franz (†)

Miloš Lichner (Ed.)

### Hope

Where does our Hope lie? International Congress of the European Society for Catholic Theology (August 2019 – Bratislava, Slovakia)

In our times hope is called into question. The disintegration of economic systems, of states and societies, families, friendships, distrust in political structures, forces us to ask if hope has disappeared from the experience of today's men and women. In August 2019, up to 240 participants met at the international theological congress in Bratislava, Slovakia. The main lectures, congress sections and workshops aimed to provide a space for thinking about the central theme of hope in relation to philosophy, politics, pedagogy, social work, charity, interreligious dialogue and ecumenism.

Bd. 28, 2020, 732 S., 49,90 €, br., ISBN 978-3-643-91330-2

Robert Petkovšek; Bojan Žalec (Eds.)

### Transhumanism as a Challenge for Ethics and Religion

The crucial question of our time is: How to preserve humanity, humanitas, in a world of radical and not so long ago practically unimaginable technological possibilities? The book addresses this issue through its treatment of transhumanism, a diverse movement the representatives of which promise and advocate for the enhancement of human being through modern science, technology, and pharmacology. Their views differ in the degree of extremity, and they contain many ambiguities, as well as pitfalls and dangers that require an answer from both ethical and religious points of view.

Bd. 27, 2021, 236 S., 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-91297-8

Marie-Jo Thiel; Marc Feix (éds.)

### Le défi de la fraternité

The Challenge of fraternity. Die Herausforderung der Geschwisterlichkeit

Un temps galvaudée, oubliée, la fraternité est aujourd'hui redécouverte au contact d'immenses défis éthiques comme la migration, le terrorisme, l'économie libérale, l'environnement, la médecine ... Mais d'où vient-elle ? Le christianisme a joué un rôle déterminant dans sa compréhension et l'ouvrage revisite nombre d'écrits bibliques, théologiques, tout en convoquant largement les sciences humaines. La Révolution française l'a bien compris, qui a tenté de se démarquer de cet héritage religieux. Écrit à la lumière d'un colloque international (AETC), l'ouvrage comprend des textes en français, en anglais et en allemand.

Bd. 23, 2018, 640 S., 39,90 €, br., ISBN 978-3-643-91018-9

Robert Petkovšek; Bojan Žalec (Eds.)

### Religion as a Factor of Intercultural Dialogue

Bd. 22, 2019, 210 S., 34,90 €, br., ISBN 978-3-643-91014-1

Janez Juhant; Bojan Žalec (Eds.)

### Which Religion, What Ideology?

The (religious) potentials for peace and violence

vol. 19, 2016, 208 pp., 29,90 €, br., ISBN 978-3-643-90664-9

Janez Juhant; Bojan Žalec (Eds.)

### Understanding Genocide and Suicide

Bd. 18, 2015, 170 S., 29,90 €, br., ISBN 978-3-643-90527-7

Die Ergebnisse dieser interdisziplinären caritaswissenschaftlichen Studie belegen erstmals die bislang unbeachtete Rolle von Religiosität und Spiritualität bei traumatisierten und anderen psychisch kranken Patienten in Kroatien für die Verarbeitung und Bewältigung ihrer Erkrankung. Die beeindruckenden Erkenntnisse stellen eine gute Diskussionsbasis dar, um die Förderung der Ressourcen von Religiosität und Spiritualität bei der Entwicklung neuer, effektiver Programme anzuregen, die zur Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Posttraumatischer Belastungsstörung und anderen psychischen Störungen beitragen könnten.

Andrijana Glavas, Dr. med. (HR) Ph. D., studierte Humanmedizin sowie Caritaswissenschaft und Christliche Soziallehre. Sie ist derzeit als akademische Mitarbeiterin am Lehrstuhl Caritaswissenschaft und Christliche Sozialarbeit an der Albert-Ludwigs-Universität tätig.

