

Universität Innsbruck  
Fakultät Psychologie und Sportwissenschaft  
Fachrichtung Psychologie



Diplomarbeit

---

## „Posttraumatisches Wachstum und Sinnerleben – Sinnressourcen für die Traumatherapie“

---

zur Erlangung des akademischen Grades einer Magistra der Psychologie

Verfasserin: Daniela Paterno  
Begutachterin: Ass.-Prof. Dr. Tatjana Schnell  
Innsbruck, Jänner 2012

## Danksagung

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass eine wissenschaftliche Arbeit wie diese nur durch die Unterstützung vieler Menschen zustande gekommen ist. All jenen, die mich auf diesem Weg begleitet haben, möchte ich hier meinen herzlichen Dank aussprechen.

Mein größter Dank gilt Ass.-Prof. Dr. Tatjana Schnell für ihre Bereitschaft, mein wissenschaftliches Vorhaben engagiert zu betreuen und professionell zu unterstützen. Vor allem für ihre konstruktive, verständnisvolle sowie ermutigende Haltung in schwierigen Phasen, wie der Studiendurchführung, möchte ich mich aufrichtig bedanken. Des Weiteren sei ihr für ihr äußerst flexibles Zeitmanagement, das sicherlich eine Besonderheit darstellt, gedankt.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei meinen vielen StudienpartnerInnen, die einen wesentlichen Beitrag zum erfolgreichen Abschluss dieser Diplomarbeit geleistet haben. Einerseits geht dieser Dank an Dr. Stefan Röpke und MitarbeiterInnen der Charité Universitätsmedizin Berlin am Campus Benjamin Franklin sowie an Prof. Dr. Christine Knaevelsrud und Dipl.-Psych. Estelle Bockers des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin. Andererseits gebührt auch ein großes Dankschön Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Wöller und MitarbeiterInnen der Rhein-Klinik in Bad Honnef. Des Weiteren sei an dieser Stelle auch den engagierten ambulanten TraumatherapeutInnen Dr. Sibylle Kabelka-Kecht, Dr. Karl-Klaus Madert und Mag. Maria Pamperl gedankt. Darüber hinaus möchte ich noch einmal den zahlreichen TeilnehmerInnen für ihren überaus wertvollen Beitrag zu meiner Studie danken.

Ich bin auch der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft für das äußerst hilfreiche Förderungstipendium zu Dank verpflichtet. Weiters gilt mein Dank Dipl.-Psych. Thomas Selck für das engagierte und sorgfältige Korrekturlesen dieser Arbeit. Nicht zu vergessen sind an dieser Stelle meine wunderbaren FreundInnen, denen auch ein Dank gebührt, da sie mir meinen langen Weg oft durch aufbauende Worte und humorvolle Abwechslungen erleichtert haben.

Ein ganz besonderer und liebevoller Dank geht abschließend an meine Familie – vor allem an meine Eltern – die mir durch ihre emotionale und finanzielle Unterstützung überhaupt erst den Weg zur Psychologin geebnet haben.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Psychotraumatologie</b> .....	<b>2</b>
2.1	Definitionen .....	2
2.1.1	Psychotraumatologie .....	2
2.1.2	Trauma .....	2
2.2	Verlauf der Traumatisierung .....	5
2.3	Typen von Traumatisierung .....	7
2.4	Negative Folgen der Traumatisierung .....	8
2.4.1	Akute Belastungsreaktion .....	8
2.4.2	Posttraumatische Belastungsstörung .....	10
2.4.3	Weitere Störungen in Bezug auf traumatische Erfahrungen.....	11
2.5	Phasen der Traumatherapie .....	12
2.5.1	Stabilisierung und Symptomreduzierung .....	12
2.5.2	Modifikation traumatischer Erfahrung durch Traumakonfrontation .....	13
2.5.3	Integration und Neuorientierung .....	14
2.6	Verfahren der Traumatherapie .....	15
2.6.1	Verhaltenstherapeutischer Ansatz – SD, PE .....	15
2.6.2	Psychodynamischer Ansatz – PITT, MPTT .....	16
2.6.3	Neurobiologischer Ansatz – EMDR .....	17
2.7	Positive Folgen der Traumatisierung .....	19
2.7.1	Definition des posttraumatischen Wachstums .....	19
2.7.2	Bereiche des posttraumatischen Wachstums.....	20
2.7.3	Konzeptuelles Modell des posttraumatischen Wachstums.....	21
2.7.4	Differenzierte Betrachtung des posttraumatischen Wachstums .....	23
2.7.5	Abgrenzung gegenüber verwandten Konzepten .....	23
2.8	Aktuelle Forschungsberichte .....	26
2.8.1	Posttraumatisches Wachstum und Psychotherapie .....	26
2.8.2	Posttraumatisches Wachstum und Religiosität, Spiritualität .....	30
2.8.3	Posttraumatisches Wachstum und soziale Beziehungen .....	31

<b>3.</b>	<b>Sinnforschung .....</b>	<b>33</b>
3.1	Historische und theoretische Grundlagen.....	33
3.2	Definitionen .....	37
3.2.1	Lebenssinn .....	37
3.2.2	Lebensbedeutungen.....	41
3.3.	Typen von Lebenssinn .....	42
3.3.1	Sinnerfüllung .....	42
3.3.2	Sinnkrise.....	42
3.3.3	Existenzielle Indifferenz.....	43
3.4	Methoden der Sinnforschung .....	44
3.4.1	Quantitative Methoden .....	44
3.4.2	Qualitative Methoden.....	47
3.5	Aktuelle Forschungsberichte .....	49
3.5.1	Lebenssinn und Persönlichkeit.....	49
3.5.2	Lebenssinn und Religiosität, Spiritualität.....	50
3.5.3	Lebenssinn und Arbeit.....	52
3.5.4	Lebenssinn und kritische Lebensereignisse, Traumata.....	53
<b>4.</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>55</b>
4.1	Untersuchungsverfahren .....	55
4.1.1	Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn – LeBe .....	55
4.1.2	Posttraumatic Growth Inventory – PTGI .....	58
4.1.3	Big Five Inventory – BFI-10 .....	59
4.2	Fragestellung und Hypothesen.....	61
4.2.1	Hypothese 1 .....	61
4.2.2	Hypothese 2 .....	62
4.2.3	Hypothese 3 .....	62
4.2.4	Hypothese 4 .....	63
4.2.5	Hypothese 5 .....	64
4.2.6	Hypothese 6 .....	64
4.2.7	Explorative Fragestellung.....	65
4.3	Stichprobe .....	67
4.3.1	Datenerhebung.....	67
4.3.2	Datenbereinigung .....	67
4.3.3	Soziodemographische und deskriptive Daten .....	68

<b>5.</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse</b> .....	<b>73</b>
5.1	Ergebnisse zu Hypothese 1 .....	73
5.2	Ergebnisse zu Hypothese 2 .....	74
5.3	Ergebnisse zu Hypothese 3 .....	75
5.4	Ergebnisse zu Hypothese 4 .....	76
5.5	Ergebnisse zu Hypothese 5 .....	78
5.6	Ergebnisse zu Hypothese 6 .....	79
5.7	Ergebnisse der explorativen Fragestellung .....	81
5.8	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	85
<b>6.</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse und Forschungsausblick</b> .....	<b>86</b>
6.1	Diskussion der Ergebnisse .....	86
6.2	Forschungsausblick und praktische Relevanz .....	92
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>95</b>
<b>8.</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>107</b>
<b>9.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>109</b>
<b>10.</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>110</b>
<b>11.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>111</b>
	Anhang A .....	111
	Anhang B .....	120
	Anhang C .....	121
	Anhang D .....	122
	Anhang E .....	128
<b>12.</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>140</b>

## 1. Zusammenfassung

Im Fokus dieser vorliegenden Studie lag die Fragestellung ob sich traumatisierte Menschen mit posttraumatischem Wachstum in ihrem Sinnerleben und ihren Persönlichkeitseigenschaften von jenen ohne posttraumatisches Wachstum unterscheiden.

Die Datenerhebung wurde mit Hilfe drei quantitativer Verfahren durchgeführt: Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe, Schnell & Becker, 2007), Posttraumatic Growth Inventory (PTGI, deutsche Version von Maercker & Langner, 2001) und Big Five Inventory (BFI-10, deutsche Version von Rammstedt & John, 2007). Die klinische Stichprobe, die gebeten wurde diese Fragebögen auszufüllen, besteht aus 70 traumatisierten Menschen, die verschiedene Traumata erlebt haben (sexuelle, psychische, physische Gewalt, Tod oder Suizid nahe stehender Menschen sowie schwere Verkehrsunfälle).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass sich Menschen mit posttraumatischem Wachstum in der Ausprägung von bestimmten Lebensbedeutungen wie ‚Soziales Engagement‘, ‚Gemeinschaft‘, ‚Bewusstes Erleben‘, ‚Gesundheit‘, ‚Spaß‘ und ‚Liebe‘ von Traumatisierten ohne posttraumatisches Wachstum unterscheiden und jenen Lebensbedeutungen einen höheren Stellenwert beimessen. Vor allem die Verwirklichung von ‚Gemeinschaft‘, ‚Bewusstes Erleben‘, ‚Soziales Engagement‘ und ‚Gesundheit‘ spielen eine größere Rolle, da sie am besten dazu geeignet sind posttraumatisches Wachstum vorherzusagen. Weiters lässt sich zeigen, dass Menschen mit posttraumatischem Wachstum ein sinnerfülltes Leben und jene ohne posttraumatisches Wachstum ein sinnloses Leben beschreiben. Bezug nehmend auf die Persönlichkeitseigenschaften wird ersichtlich, dass Menschen, die ein Wachstum erleben extravertierter und lediglich Frauen offener sind als Traumatisierte ohne posttraumatisches Wachstum.

## 2. Psychotraumatologie

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über relevante wissenschaftliche Termini, Verlauf und Typen von Traumatisierungen sowie negative und positive Traumafolgen. Dieses Kapitel stellt eine theoretische Basis für weitere empirische Kapitel dieser Diplomarbeit dar und soll zu einem ganzheitlichen Verständnis beitragen.

### 2.1 Definitionen

#### 2.1.1 Psychotraumatologie

Fischer und Riedesser (2009) beschreiben den Begriff der ‚Psychotraumatologie‘ als interdisziplinäre Lehre von psychischen Verletzungen und ihren Folgen.

Diese Definition der Psychotraumatologie stellt laut den beiden Autoren einen Nenner unterschiedlicher Themenbereiche dar, wie zum Beispiel Auswirkungen von Kindheitstraumata, Therapie von Exilanten und Opfern von Krieg und politischer Verfolgung, Folgen sexueller Übergriffe, Diagnosemitteilung bei lebensbedrohlichen Krankheiten, seelische Belastungen bei Katastrophenhelfern und Schadensersatzansprüche nach Verkehrs- oder Arbeitsunfällen.

Nach Fischer und Riedesser dient die Vorsilbe ‚Psycho‘-Traumatologie einerseits der Betonung der menschlichen Erlebnissphäre und andererseits der Abgrenzung zur chirurgischen Traumatologie, die die Untersuchung und Behandlung physischer Verletzungen – ‚körperlicher Wunden‘ – zum Schwerpunkt hat. Der chirurgischen Traumatologie wurde im Vergleich zu der Psychotraumatologie schon wesentlich früher die gebührende Aufmerksamkeit in der Wissenschaft geschenkt.

Der Gebrauch dieses Fachterminus im deutschsprachigen Raum ist erst seit Anfang der 1990er Jahre üblich. Als ursprünglicher Vater der Wortprägung ‚Traumatologie‘ gilt allerdings der amerikanische Kinderpsychiater Donovan (vgl. Fischer & Riedesser, 2009).

#### 2.1.2 Trauma

Der Begriff ‚Trauma‘ bedeutet wörtlich aus dem Griechischen übersetzt ‚Wunde‘ (vgl. Duden Etymologie, 1997). Im psychotraumatologischen Kontext handelt es sich um Ereignisse, die ein traumatisierendes Potenzial haben und recht unterschiedliche Folgen nach sich ziehen können. Ob eine Traumatisierung erfolgt, wie schwer sie

ausfällt und wie stark die Folgen sind, hängt von dem Zusammenhang zwischen erlebtem Ereignis, psychischer Disposition und weiteren Einflussvariablen ab (vgl. Hausmann, 2006).

Laut Fischer und Riedesser (2009) bedeutet ein psychisches Trauma Folgendes:

„Ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (S. 84).

Ähnliche Definitionen sind auch in den internationalen Klassifikationssystemen für psychische Störungen, dem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und dem DSM-IV der American Psychiatric Association auffindbar.

Im ICD-10 wird die breiteste Definition eines Traumata verwendet:

„...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“ (Dilling et al., 2008, S. 173).

Im DSM-IV werden Traumata als eine Konfrontation mit Ereignissen, die Tod, Lebensgefahr oder starke Körperverletzung enthielten oder durch welche die eigene körperliche Unversehrtheit bzw. jene anderer Personen bedroht war, definiert. Hinzu kommen Gefühle von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (vgl. APA, 1994).

Hausmann (2006) betont, dass eine klare Definition des Terminus Trauma besonders wichtig ist, da dieser die Grundlage verschiedener epidemiologischer Studien darstellt. Je weiter bzw. strenger Kriterien angewendet werden, desto unterschiedlicher sind die Traumatisierungs- und Störungshäufigkeiten. In der internationalen Forschung werden größtenteils die Traumakriterien des DSM-IV angewandt, so auch für den empirischen Teil dieser Diplomarbeit.

Eine epidemiologische Studie von De Vries & Olf (2009) zeigte, dass die Prävalenz traumatischer Ereignisse in der Population generell sehr hoch ist. Die Ergebnisse dieser repräsentativen Studie mit 1087 ProbandInnen wiesen eine Lebenszeitprävalenz von 80,7% auf, d.h. mehr als 80% der Befragten, die zwischen 18 und 80 Jahren waren, hatten schon mindestens ein traumatisches Ereignis (PTE) in ihrem bisherigen Leben. Die am häufigsten genannten Traumata waren plötzlicher Tod naher

Bezugspersonen (53%), Opfer von Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen, Kriegen etc. (43,3%), Zeuge von Verkehrsunfällen, Gewalt, Suizid, Mord etc. (32,4%) sowie Opfer von physischer und psychischer Gewalt (26,8%) und Opfer von Vergewaltigung (4,1%). Die Lebenszeitprävalenz für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) betrug lediglich 7,4%, was darauf hinweist, dass nicht jeder, der ein traumatisches Ereignis erlebt, auch eine psychische Störung wie die posttraumatische Belastungsstörung entwickeln muss.

## 2.2 Verlauf der Traumatisierung

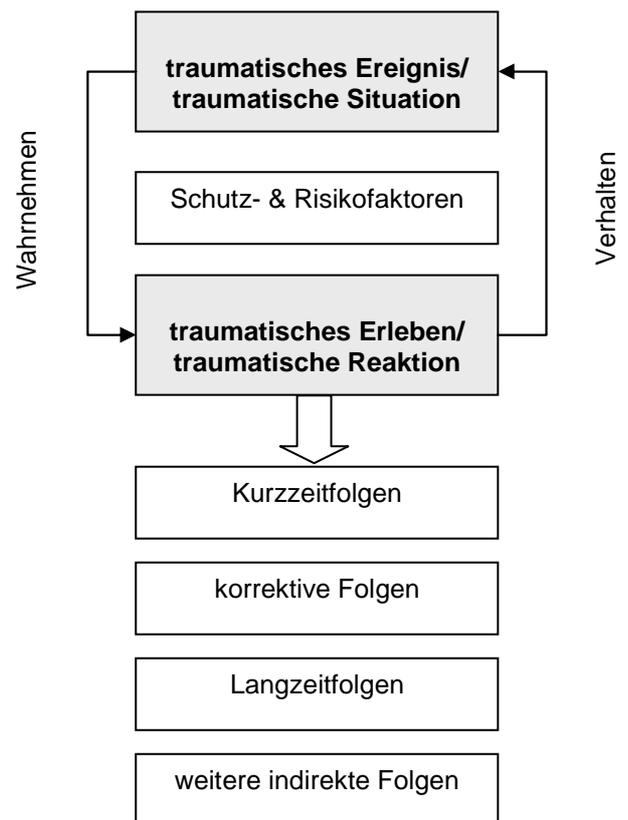
Um den allgemeinen Verlauf einer psychischen Traumatisierung darzustellen, dient das Verlaufsmodell von Fischer und Riedesser (2009). Dieses Modell fasst unterschiedliche Aspekte des traumatischen Ereignisses und dessen Verarbeitung und Bewältigung zusammen (siehe Abbildung 1). Die gesamte traumatische Erfahrung wird hierbei als dynamischer und wechselseitiger Verlauf verstanden. Die Autoren unterteilen ihr Verlaufsmodell in folgende drei Phasen:

- **1. Phase:** traumatisches Ereignis bzw. traumatische Situation

Die erste Phase ist gekennzeichnet durch ein Zusammenspiel von traumatischen Umweltbedingungen und subjektiven Bedeutungszuschreibungen, wie zum Beispiel Intensität des Traumas, Häufung traumatischer Ereignisse, direkte vs. indirekte Betroffenheit, Verhältnis zwischen Täter und Opfer und traumatische Inhalte.

- **2. Phase:** traumatisches Erleben bzw. traumatische Reaktion

Die zweite Phase beschäftigt sich mit der zentralen Frage ‚Wie verarbeitet das betroffene Individuum eine Situationserfahrung, die ihre subjektive Verarbeitungskapazität massiv überschreitet?‘. Das Erleben/die Reaktion hängt einerseits vom aktuellen Zustand des betroffenen Individuums (z. B. psychische und physische Fitness, aktuelle Belastungen etc.) ab und andererseits von Dispositionen wie zum Beispiel Persönlichkeit, Einstellungen und Wissen. Zu beachten ist hier der oben genannte dynamische, wechselseitige und auch parallele Verlauf zwischen Ereignis/Situation und Erleben/Reaktion. Die individuellen Schutz- und Risikofaktoren nehmen hierbei



**Abbildung 1:** Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung von Fischer und Riedesser (zitiert nach Hausmann, 2006, S. 44)

eine wesentliche Rolle ein, die die Wirkung des traumatischen Ereignisses vermindern bzw. verstärken können.

- **3. Phase:** traumatischer Prozess

Die dritte Phase zeichnet sich durch den traumatischen Prozess aus, der zu verschiedenen Traumafolgen für die betroffenen Individuen führen kann. Die möglichen Folgen können in Kurz- und Langzeitfolgen aufgeteilt werden. Zu den Kurzzeitfolgen zählen beispielsweise unmittelbare Notfallreaktionen oder akute psychische Symptome. Langzeitfolgen schließen chronische Symptome und Entwicklung von Störungen wie z. B. die posttraumatische Belastungsstörung mit ein. Korrektive Folgen/Faktoren (z. B. Copingstrategien) haben das Potenzial akute Kurzzeitfolgen abzuschwächen und Langzeitfolgen entgegenzuwirken.

### 2.3 Typen von Traumatisierungen

In der Psychotraumatologie hat sich die Typisierung von Terr (2003) durchgesetzt. Er unterscheidet je nach Dauer des traumatischen Ereignisses zwei Typen von Traumatisierungen:

- **Typ-I-Trauma**

Typ-I wird als ein einzelnes, plötzliches, intensives und schockierendes Ereignis, das von kurzer Dauer ist und einen klaren Anfang und Abschluss hat, beschrieben. Beispiele hierfür sind Verkehrsunfälle, Vergewaltigungen, Überfälle, Naturkatastrophen oder technische Katastrophen (vgl. Hausmann, 2006).

Das Typ-I-Trauma oder Schocktrauma unterscheidet sich von Typ-II auch in der Wahrnehmung und in den langfristigen Folgen. Typ-I-Traumata werden sehr detailliert erinnert, abgesehen von einzelnen Wahrnehmungsverzerrungen durch die akute Traumareaktion. Die psychischen Langzeitfolgen sind gravierend und können zu Störungen führen. Terr (2003) geht davon aus, dass die meisten diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörungen diesem Typ-I zugeschrieben werden können.

- **Typ-II-Trauma**

Typ-II entsteht durch mehrmalige, sich wiederholende oder andauernde traumatische Ereignisse. Beispiele hierfür sind häufige Konfrontation mit Extremsituationen im Arbeitsalltag wie Rettung, Feuerwehr oder Polizei, im Krieg, bei Geiselnhaft, wiederholte physische oder sexuelle Gewalt, andauernder Missbrauch im Kindesalter etc. (vgl. Hausmann, 2006). Das Typ-II-Trauma wird zuerst auch als schockierendes Ereignis wahrgenommen. Mit fortlaufender Dauer findet jedoch eine Art ‚Anpassungsprozess‘ statt, um die wiederkehrenden traumatischen Situationen kognitiv, affektiv und behavioral zu überstehen. Terr (2003) beschreibt diesen Typ von Traumatisierung als komplex und tief greifend, der durch massive Folgen gekennzeichnet ist und sich somit auch auf den individuellen Entwicklungsverlauf negativ auswirken kann. Das Typ-II-Trauma kann zu Verleugnung, Anästhesie, Depersonalisation, Dissoziation und längerfristig zu schwerwiegenden affektiven Störungen führen. Sie zeigen sich durch extreme Passivität und emotionale Abstumpfung und können zu Selbstverletzungen sowie zu Suizid führen oder Identitätsdiffusionen mit dem Täter hervorrufen.

## 2.4 Negative Folgen der Traumatisierung

Die interindividuelle Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen ist abhängig vom Verlauf der Traumatisierung, Traumatyp sowie von Ressourcen und Risikofaktoren (vgl. Hausmann, 2006).

Bezug nehmend auf die negativen Traumafolgen gehen Fischer und Riedesser (2009) von der Faustregel aus, dass ca. ein Drittel der Betroffenen unter klinisch relevanten Symptomen leiden wird. Diese negativen Traumafolgen werden in den internationalen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 genauestens beschrieben.

### 2.4.1 Akute Belastungsreaktion

Diagnostische Kriterien für eine akute Belastungsreaktion laut ICD-10, F43.0 (Dilling et al., 2008, S. 171ff.):

- A. Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.
- B. Der außergewöhnlichen Belastung folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde).
- C. Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:
  - F43.00 leicht (nur Symptome aus Gruppe 1.)
  - F43.01 mittelgradig (Symptome aus Gruppe 1. und zwei Symptome aus Gruppe 2.)
  - F43.02 schwer (Symptome aus Gruppe 1. und vier Symptome aus Gruppe 2. oder dissoziativer Stupor F44.2)
- 1. Kriterien B., C. und D. der generalisierten Angststörung (F41.1);
- 2. a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen,
  - b. Einengung der Aufmerksamkeit,
  - c. offensichtliche Desorientierung,
  - d. Ärger oder verbale Aggression,
  - e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit,
  - f. unangemessene oder sinnlose Überaktivität,
  - g. unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen)
- D. Wenn die Belastung vorübergehen ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach spätestens acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach spätestens 48 Stunden nachzulassen.

E. Ausschlussvorbehalt: Derzeit liegt keine andere psychische Verhaltensstörung der ICD-10 vor (außer F41.1 generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen). Das Ende einer Krankheitsepisode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als drei Monate zurückliegen.

Weitere Definitionen, die mit dem Begriff der akuten Belastungsreaktion einhergehen, sind unter anderem akute Krisenreaktion, Krisenzustand oder auch psychischer Schock. Zur Abgrenzung des DSM-IV sei angemerkt, dass es sich dort um eine akute Belastungsstörung (engl.: „acute stress disorder“, 308.3) handelt, für dessen Diagnose strengere Kriterien als für eine akute Belastungsreaktion laut ICD-10 vorhanden sein müssen. Beispielsweise während oder kurz nach dem traumatischen Ereignis muss das betroffene Individuum mindestens drei dissoziative Symptome zeigen (z. B. Derealisation, Depersonalisation, dissoziative Amnesie). Weitere Symptome sind Wiedererleben des Traumas, Vermeidungsverhalten und erhöhte Erregung bzw. Angst. Eine besondere Rolle wird zusätzlich dem individuellen, klinisch relevanten Leiden sowie der Einschränkung der Funktionsfähigkeit beigemessen. Unterschiede zeigen sich auch in der Dauer der Störung. Laut DSM-IV dauert die Störung mindestens zwei Tage und maximal vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis an (vgl. Hausmann, 2006).

#### 2.4.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Diagnostische Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung laut ICD-10, F43.1 (Dilling et al., 2008, S. 173ff.):

- A. Die Betroffenen waren einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
- D. Entweder 1. oder 2.
  - 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
  - 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale:
    - a. Ein- und Durchschlafstörungen,
    - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
    - c. Konzentrationsschwierigkeiten,
    - d. Hypervigilanz,
    - e. erhöhte Schreckhaftigkeit.
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf.

Das DSM-IV definiert die posttraumatische Belastungsstörung (engl.: posttraumatic stress disorder, PTSD, 309.81) anhand der gleichen drei Hauptsymptome wie die ICD-10 (Wiedererleben/Intrusionen, Vermeidung, Übererregtheit). Unterschiede zeigen sich in der Dauer. Im DSM-IV müssen die Symptome für die Diagnose einer PTSD mindestens drei Monate andauern. Weiters gibt es engere Definitionen für folgende Umscheidungen: akute PTSD (Symptombild weniger als drei Monate), chroni-

sche PTSD (Symptombild drei oder mehrere Monate) und PTSD mit verzögertem Beginn (Symptombild frühestens sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis) (vgl. Hausmann, 2006).

#### 2.4.3 Weitere Störungen in Bezug auf traumatische Erfahrungen

Neben den vorher genannten Störungen gibt es noch eine Reihe weiterer psychischer Störungen, die mit Traumata in direkten oder indirekten Zusammenhang gebracht werden können (vgl. Hausmann, 2006).

Eine davon ist die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen (F62.0), die sich durch eine „...eindeutige und andauernde Veränderung in der Wahrnehmung sowie im Verhalten und Denken bezüglich der Umwelt und der eigenen Person...“ (Dilling et al., 2008, S. 249) zeigt. Charakteristische Symptome sind beispielsweise feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hilflosigkeit oder ein chronisches Gefühl der Anspannung. Eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) kann im Vorfeld dieser Persönlichkeitsveränderung diagnostiziert worden sein (vgl. Dilling et al., 2008).

Eine weitere in Zusammenhang stehende psychische Störung ist die Anpassungsstörung (F43.2). Es handelt sich hierbei um einen Zustand des subjektiven Leidens und der emotionalen Beeinträchtigungen, die zu einer Behinderung der sozialen Funktionen und Leistungen führen, und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die persönliche Disposition spielt bei einem möglichen Auftreten dieser Störung eine wesentliche Rolle, es ist weiters davon auszugehen, dass eine Anpassungsstörung ohne eine Belastung nicht entstehen würde (vgl. ebd.).

Hausmann (2006) führt weitere psychische Störungen wie Angststörungen, affektive Störungen, Schmerzstörungen, Essstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen an, die in etlichen Studien mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung gebracht werden.

## **2.5 Phasen der Traumatherapie**

Hausmann (2006) schreibt, dass das allgemeine Vorgehen einer Traumatherapie generell verschiedene Phasen, Schritte oder Stufen umfasst. Aufgrund unterschiedlicher Traumata und Personengruppen haben TraumatherapeutInnen und -forscherInnen verschiedene Modelle entwickelt. Ihr gemeinsamer Nenner basiert auf einem behutsamen, Sicherheit vermittelnden Vorgehen, bei dem die Aktivität von Seitens des Therapeuten groß geschrieben wird, jedoch auch die Selbstbestimmtheit des Betroffenen bzgl. Art und Dauer der Traumakonfrontation eine wesentliche Rolle spielt. In diesem Abschnitt wird das Phasenmodell von Janet (1889) als Grundlage dienen. Dieses Phasenmodell zeichnet sich durch drei Phasen aus, die in einer komplexen Beziehung zueinander stehen, sich dynamisch abwechseln und somit auch gegenseitig beeinflussen (vgl. Sachsse, 2004).

### **2.5.1 Stabilisierung und Symptomreduzierung**

Der erste Schritt in dieser Stabilisierungsphase ist eine Klärung der äußeren Stabilität, wie Fragen zur Wohnungssituation, Beziehungssituation, Arbeitssituation oder auch Freizeitsituation. Erst durch die Gewährleistung dieser äußeren Stabilität kann der eigentliche psychotherapeutische Prozess beginnen. Ein Ignorieren dieser Basis führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Schwächung der individuellen Schutzmechanismen der traumatisierten Person. Traumatherapie verfolgt ganz allgemein gesehen das Ziel, ‚Vergangenheit vergangen werden zu lassen‘. Durch das Fortbestehen äußerer Unsicherheiten, wie zum Beispiel Übergriffigkeiten in der Partnerschaft, ist dies nicht umsetzbar (vgl. Sachsse, 2004). Ein weiterer psychotherapeutischer Schritt dieser ersten Phase stellt die Stabilisierung der inneren Sicherheit dar. Die Arbeit mit Stabilisierungstechniken dient der Ich-Stärkung, der Identifikation individueller Ressourcen sowie Schutzmechanismen und der Schaffung neuer und funktionalerer Kognitionen (vgl. Hausmann, 2006).

## 2.5.2 Modifikation traumatischer Erfahrung durch Traumabearbeitung

---

„Sein Unglück ausatmen können	und Sinn haben und die man selbst noch verstehen kann
tief ausatmen so dass man wieder einatmen kann	und die vielleicht sogar irgendwer sonst versteht oder verstehen könnte
Und vielleicht auch sein Unglück sagen können in Worten in wirklichen Worten die zusammenhängen	Und weinen können  Das wäre schon fast wieder Glück“

---

(Fried, zitiert nach Sachsse, 2004, S. 262)

Dieses Gedicht von Erich Fried verdeutlicht Inhalt, Relevanz und Sinnhaftigkeit der zweiten Phase. Im Mittelpunkt dieser Phase steht die Modifikation der traumatischen Erfahrung durch eine Traumabearbeitung. Basierend auf der Hypothese, dass traumatische Erfahrungen als unverarbeitete, unintegrierte und unvollständige Erinnerungen im Gedächtnis gespeichert werden, wird in dieser Phase versucht, die Trauma-Synthese zu integrieren (vgl. Sachsse, 2004). „Trauma-Synthese bedeutet, dass Wort und Bild (also Kognition), Affekt und Körpersensation, die durch die Traumatisierung fraktioniert worden sind, wieder zusammengeführt werden zu einem ganzheitlichen, gestalthaften Erleben“ (ebd. S. 265). Dieses erneute Erleben des traumatischen Ereignisses ist ein psychisch und physisch schmerzhafter Vorgang, bei dem ein stützender und gut vorbereiteter therapeutischer Rahmen eine unumgängliche Voraussetzung ist, damit eine Retraumatisierung der Betroffenen vermieden werden kann. Von einer erfolgreichen Modifikation der traumatischen Erfahrung kann gesprochen werden, wenn das Trauma affektgetragen erinnert werden kann, ohne dass belastende Traumasymptomen ausgelöst werden (vgl. ebd.).

### 2.5.3 Integration und Neuorientierung

Die dritte Phase beschreibt vor allem den Prozess des Akzeptierens, des Annehmens der traumatischen Erfahrung und der miteinhergehenden Verlusterfahrung (vgl. Reddemann, 2001; Sachsse, 2004), wodurch eine Integration der Erfahrung mit allen Konsequenzen in das eigene Leben möglich ist und so auch eine Neuorientierung beginnen kann (vgl. Hausmann, 2006). Reddemann definiert den Begriff Trauma wesentlich breiter als das DSM-IV: „... Extremerfahrungen von Verlusten, vor allem Verlust von Vertrauen, Vertrauen in sich Selbst und in eine andere Person bzw. das Schicksal, Verlust von Hoffnung, von Stabilität, Geborgenheit, Gerechtigkeit, Sinn u. a. und Verluste lösen Trauer aus“ (zitiert nach Sachsse, 2004, S. 312). Wesentlich erscheint Reddemann das Zulassen des Trauerprozesses im psychotherapeutischen Kontext, da Trauern bedeutet, die Wirklichkeit annehmen wie sie ist (vgl. ebd.). Neu beginnen inkludiert daher ein therapeutisch gestütztes Durcharbeiten vieler kleiner und größerer Schwierigkeiten des Alltags, wobei die Ressourcen(re)aktivierung eine wesentliche Rolle spielt. Traumatisierte verfügen meist nicht über die nötigen inneren und äußeren Ressourcen. Ziel dieser dritten Phase ist es zumindest, die inneren Ressourcen der Betroffenen wieder zu entdecken oder neu zu entwickeln, sodass eine Neuorientierung möglich ist (vgl. Reddemann, 2001; Sachsse, 2004).

## **2.6 Verfahren der Traumatherapie**

Für die Psychotherapeutin und Verfasserin der ‚Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie‘ (PITT) Reddemann ist ausgeschlossen, „...dass es den therapeutischen Weg gibt, der für alle hilfreich ist“ (Reddemann, 2001, S. 9). Laut ihr ist es eine therapeutische Aufgabe, die Differenzialindikation verschiedener therapeutischer Verfahren zu klären, sodass die weite Landschaft der therapeutischen Behandlungsverfahren für Betroffene überschaubar ist (vgl. ebd.). In diesem Abschnitt werden drei unterschiedliche Behandlungsansätze beschrieben, die auf einem psychotraumatologischen Therapiekonzept basieren, das aktuellen Anforderungen der klinischen Praxis und gleichermaßen wissenschaftlichen Ansprüchen genügt (vgl. Fischer & Riedesser, 2009).

### **2.6.1 Verhaltenstherapeutischer Ansatz**

Die symptomorientierte Methodik der Verhaltenstherapie, wie sie in ihren Anfängen vertreten wurde, hat sich heute zunehmend zu einer ganzheitlichen Psychotherapieform entwickelt, die biologische, kognitive, emotionale und psychologische Aspekte zu integrieren versucht (vgl. Winter, 2004). Vor allem die Weiterentwicklung zur kognitiven Verhaltenstherapie spielt in der Behandlung von Traumatisierten eine wesentliche Rolle. Die kognitive Verhaltenstherapie setzt bei den Einstellungen/Gedanken und bei dem Verhalten der Betroffenen an (vgl. Hausmann, 2006). Für die psychotherapeutische Behandlung Traumatisierter haben sich die Verfahren ‚Systematische Desensibilisierung‘ (SD) und ‚Prolongierte Exposition‘ (PE) als besonders wirksam bewiesen (vgl. Fischer & Riedesser, 2009).

- **Systematische Desensibilisierung (SD)**

Die SD von Wolpe (1958) gehört zu den Expositionsverfahren, bei der Traumatisierte mit dem angstauslösenden bzw. traumaauslösenden Stimuli im geschützten, objektiv ungefährlichen psychotherapeutischen Rahmen konfrontiert wird. Die Traumakonfrontation wird generell in sensu durchgeführt. Hierbei ist ein stufenweises und an der Angststärke orientiertes sowie zeitlich angepasstes Vorgehen wichtig ist (vgl. Winter, 2004). Es wird durch das gedankliche Nacherleben und durch die Koppelung des traumatischen Reizes mit z. B. einer Entspannungsübung ein Habitualionslernen gefördert (vgl. Fischer & Riedesser, 2009). Die

neue Erfahrung soll zu einer Entkoppelung des angstausslösenden bzw. traumaauslösenden Stimulus von der Situation führen (vgl. Winter, 2004).

- **Prolongierte Exposition (PE)**

Ebenfalls zählt die PE nach Foa zu den Expositionsverfahren, die gekennzeichnet ist durch stetes Wiederholen der Traumainhalte. Es handelt sich hierbei einerseits um eine Konfrontation in sensu (z. B. tägliches Anhören von Tonbandaufnahmen), die ebenfalls an Stabilisierungsübungen, wie z. B. Atemtechniken gekoppelt wird. Andererseits wird im späteren Therapieverlauf, wenn möglich, auch eine Konfrontation in vivo durchgeführt, in der Betroffene die realen Orte des Ereignisses im therapeutischen Kontext aufsuchen (vgl. Sachsse, 2004). Auch hier soll es zu einer Verminderung der Angstreaktion kommen (vgl. Fischer & Riedesser, 2009).

#### 2.6.2 Psychodynamischer Ansatz

Psychodynamische Psychotherapie ist ein neu geprägter Oberbegriff für alle Psychotherapieformen, die auf das Erklärungsmodell der Wirksamkeit unbewusster und bewusster Emotionen bzw. Antrieben aufbauen. Dazu zählen unter anderem die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Individualpsychotherapie sowie auch die Daseinsanalyse (vgl. Winter, 2004). Der psychodynamische Traumatherapieansatz hat sich vor ca. 30 Jahren aus der Psychoanalyse heraus entwickelt und selbständige Methoden und Behandlungsregeln für Traumatisierte herausgearbeitet. Laut Fischer und Riedesser (2009) sind die zwei wesentlichen Verfahren dieses Ansatzes die ‚Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie‘ (MPTT) und die ‚Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie‘ (PITT).

- **Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT)**

Die MPTT nach Fischer (2000) orientiert sich an traditionellen Konzepten der Psychoanalyse vor allem in Bezug auf Beziehungsgestaltung und Therapieplanung. Bei der MPTT wird versucht, kognitive, behaviorale und imaginative Elemente zu integrieren. Besonders kennzeichnend ist der Einsatz von Übungselementen in der Stabilisierungsphase des Therapieverlaufs, wodurch die traumakompensatorischen Fähigkeiten der Betroffenen unterstützt werden können (vgl. Fischer & Riedesser, 2009).

- **Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)**

Dieses zweite Verfahren des psychodynamischen Ansatzes wurde von Reddemann (2001) entwickelt und charakteristisch für die PITT ist, wie für die MPTT, der Einsatz von Übungselementen (vgl. Fischer & Riedesser, 2009). Die wichtigste Indikation der PITT liegt bei der Behandlung von komplexen Traumatisierungen. Wie auch bei der MPTT nimmt die Stabilisierungsphase und somit auch die Ressourcenförderung der Betroffenen einen wesentlich breiteren Raum ein als die Traumakonfrontation. Sie ist vor allem durch äußerste Behutsamkeit gekennzeichnet (vgl. Redemann, 2004). Die inneren Ressourcen werden durch „...imaginative Techniken und Übungen gefestigt, erweitert und zur nachhaltigen Stabilisierung nutzbar gemacht“ (Hausmann, 2004, S. 123).

### 2.6.3 Neurobiologischer Ansatz

Der dritte Behandlungsansatz basiert auf einem neurobiologischen und neurophysiologischen Verständnis, das davon ausgeht, dass Traumata die neuronale Informationsverarbeitung und Informationsspeicherung verändern/blockieren.

Neurobiologisch betrachtet wird in einer traumatischen Situation im limbischen System die Amygdala aktiv. Diese ist für eine blitzschnelle Einleitung der Stressreaktion verantwortlich und kann Kampf oder Flucht aktivieren. Sofern beide Optionen nicht möglich sind, gerät der Organismus in eine Art Starre. Bei anhaltendem Stress und keinerlei Reaktionsmöglichkeiten verwandelt sich der Stress zu Extremstress, der zu einer Umstellung der neuronalen Verarbeitungsmodi führt. Die Amygdala blockiert dann die Weiterleitung der extremen sensorischen Erlebnisse. Diese Blockaden geschehen im Hippocampus, jenem Gehirnzentrum, das für räumliche und zeitliche Einordnungen von Erlebnissen verantwortlich ist. Weiters wird die Verbindung zum Broca-Areal, dem Sprachzentrum, unterbrochen, das für ein sinnvolles Sprechen über Erlebnisse bedeutsam ist. Auch die Verbindung mit dem orbitofrontalen Kortex, der für die subjektive Bedeutungsgebung wesentlich ist, wird blockiert (vgl. Münker-Kramer, Wintersperger & Hofmann, 2007).

Das darauf aufbauende traumabearbeitende psychotherapeutische Zusatzverfahren nennt sich ‚Eye Movement Desensitization and Reprocessing‘ (EMDR) und wurde von Shapiro zwischen 1987 und 1991 entwickelt (vgl. Winter, 2004). Ziel dieses Verfahrens ist die Integration belastender Erlebnisse durch nachträgliche Verarbeitung

entstandener neurobiologischer Blockaden. Das EMDR-Verfahren umfasst im Vergleich zu anderen Verfahren der Traumabehandlung, die aus drei Phasen bestehen, acht detaillierte psychotraumatologisch fundierte Phasen. Die Phase der Traumabearbeitung wird mittels Konfrontation und Fokussierung auf eine sichere Gegenwart sowie zusätzlich bilateraler Stimulation durchgeführt, wodurch eine Gehirnaktivität in Bewegung gesetzt wird. Dieser Vorgang wird im EMDR als Reprozessieren bezeichnet, der ermöglicht, dass blockierte Verbindungen von neuronalen Netzwerken wiederhergestellt werden. Das traumatische Erlebnis kann abschließend in der eigenen Sprache erfasst, in einem angemessenen Sinn/Bedeutungsgrad gesehen sowie in einem adäquaten räumlichen, zeitlichen und biographischen Kontext eingeordnet werden (vgl. Münker-Kramer et al., 2007).

## 2.7 Positive Folgen der Traumatisierung

---

„Leiden heißt leisten und heißt wachsen. Aber es heißt auch reifen. Denn der Mensch, der über sich hinauswächst, reift zu sich selbst heran. Ja, die eigentliche Leistung des Leidens ist nichts anderes als ein Reifungsprozeß. Die Reifung jedoch beruht darauf, dass der Mensch zu innerer Freiheit gelangt – trotz äußerer Abhängigkeit.“

---

(Frankl, zitiert nach Lukas, 2005, S. 96)

In der klinischen Psychologie und somit auch in der psychotraumatologischen Forschung lag lange Zeit der Fokus auf der Untersuchung dysfunktionaler Verarbeitungsprozesse, negativer Traumafolgen und psychischer Traumafolgestörungen, wie z. B. der posttraumatische Belastungsstörung.

Trotz des philosophischen und psychologischen Wissens, dass Leiden und Belastungen mögliche Quellen für persönliches Wachstum sein können, setzte sich das Forschungsinteresse an positiven Traumafolgen erst seit den 1990er Jahren durch. Dieses neu gewonnene Interesse ermöglicht ein ganzheitliches Verständnis der Auswirkungen und Bewältigungsprozesse von traumatischen Erfahrungen (vgl. Zoellner, Calhoun & Tedeschi, 2006).

### 2.7.1 Definition des posttraumatischen Wachstums

Der Begriff des ‚posttraumatischen Wachstums‘ (engl. posttraumatic growth, PTG) wurde durch Forschungsarbeiten von Tedeschi und Calhoun (1995; 1996; 2004; 2006) geprägt. „Mit posttraumatischem Wachstum sind positive psychologische Veränderungen gemeint, die von Betroffenen als Ergebnis oder Folge des Bewältigungsprozesses von extrem belastenden Lebensereignissen berichtet werden. Der Begriff posttraumatisches Wachstum betont, dass Betroffene sich nicht nur vom Trauma erholen, sondern es als Gelegenheit für weitere persönliche Entwicklung nutzen“ (Zoellner et al., 2006, S. 37). Tedeschi und Calhoun (2004) veranschaulichen diese Definition anhand einer Erdbebenmetapher. Extrem belastende Lebensereignisse erschüttern, wie ein Erdbeben, grundlegende Annahmen über sich und die Welt. Entscheidend für das posttraumatische Wachstum ist die Anpassung der eigenen psychologischen Realität an die neue Situation. Es werden die grundlegenden Annahmen, die durch das belastende Ereignis eingerissen sind, neu

den Annahmen, die durch das belastende Ereignis eingerissen sind, neu aufgebaut und zwar robuster, sicherer und realitätskonformer.

Weitere synonyme Termini, die in der englischen und deutschen Forschungsliteratur verwendet werden, sind u. a. ‚stress-related growth‘ (vgl. Park, Cohen & Murch, 1996), ‚perceived benefits‘ (vgl. McMillen & Fisher, 1998), ‚thriving‘ (vgl. Abraido-Lanza, Guier & Colón, 1998), ‚posttraumatische Reifung‘ (vgl. Maercker & Langner, 2001), ‚positive adaptation‘ (vgl. Linely, 2003) oder ‚transformational coping‘ (vgl. Aldwin, 2007).

### 2.7.2 Bereiche des posttraumatischen Wachstums

Die mit dem posttraumatischen Wachstum einhergehenden positiven Veränderungen können sich in unterschiedlichen Lebensbereichen zeigen und je nach Person unterschiedlich ausgeprägt sein. Bei der Entwicklung des Fragebogens zur Erhebung des posttraumatischen Wachstums (engl. Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) identifizierten Tedeschi und Calhoun fünf wesentliche Bereiche, die im Folgenden dargestellt werden (vgl. Zoellner et al., 2006):

- **Bewusstwerdung der eigenen Stärken**

Dieser erste Bereich des posttraumatischen Wachstums beschreibt ein gewachsenes Gefühl an innerer Stärke, das mit einem erhöhten Bewusstsein der eigenen Vulnerabilität einhergeht. Betroffene wissen, dass die eigene Sicherheit jederzeit angreifbar ist, jedoch haben sie auch die Gewissheit, die Folgen meistern zu können. Wie ein trauerndes Elternteil treffend beschreibt „I’ve been through the absolute worst that I know. And no matter what happens, I’ll be able to deal with it“ (Calhoun & Tedeschi, 2006, S. 5).

- **Entdeckung neuer Möglichkeiten im Leben**

Dieser Bereich des posttraumatischen Wachstums zeigt sich durch die Entwicklung neuer Interessen und dem Ergreifen dieser Möglichkeiten, beispielsweise anhand neuer beruflicher Tätigkeiten oder vermehrtem sozialem Engagement.

- **Intensivierung/ Distanzierung der persönlichen Beziehungen**

Das posttraumatische Wachstum kann auch zu Veränderungen in persönlichen Beziehungen führen. Einerseits ist es möglich, dass Betroffene sich zu anderen

Menschen näher verbunden fühlen und es dadurch zu einer positiveren Bedeutungszuschreibung der Beziehung kommt. Andererseits ist es auch möglich, dass es zu einer Distanzierung und Abwendung von früheren Beziehungen kommt, ganz nach dem Motto ‚Nur wahre Freunde halten in schwierigen Situationen zu dir.‘ Außerdem wird nicht selten von Betroffenen berichtet, dass sie ein erhöhtes Mitgefühl für andere Menschen und vor allem für Leidende entwickelt haben.

- **Intensivierung der Wertschätzung des Lebens**

Dieser Bereich geht mit einem veränderten Bewusstsein für das Wesentliche einher und es werden Prioritäten neu gesetzt. Die Wichtigkeit der ‚kleinen Dinge im Leben‘ nimmt zu. Dieser Veränderungsbereich ist ein sehr zentrales Element in der ‚Reifungserfahrung‘ der Betroffenen nach traumatischen Erfahrungen. Ein Betroffener meint dazu „We [now] realize that life is precious and that we don't take each other for granted“ (Calhoun & Tedeschi, 2006, S. 6).

- **Intensivierung des spirituellen Bewusstseins**

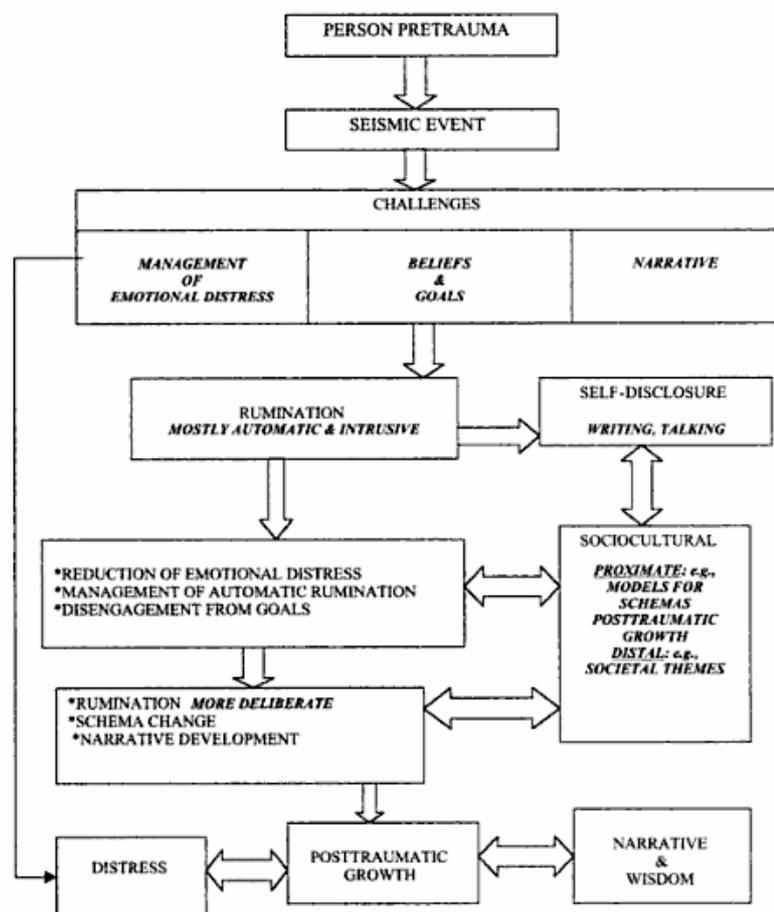
Der fünfte und somit letzte Bereich des posttraumatischen Wachstums bezieht sich auf spirituelle oder religiöse Veränderungen. Für manche Betroffenen ist auch dies ein sehr zentraler Bereich, da er zur Klärung von existenziellen Fragen, zu Vergrößerung der Zufriedenheit sowie zu einer tiefen Reflexion über den Lebenssinn führen kann.

### 2.7.3 Konzeptuelles Modell des posttraumatischen Wachstums

Die meisten ForscherInnen, darunter auch die Bekanntesten, Tedeschi und Calhoun (2004), sehen das posttraumatische Wachstum als Ergebnis des Traumabewältigungsprozesses an. In anderen Konzepten, wie beispielsweise das von Affleck und Tennen (1996), wird das posttraumatische Wachstum als Bewältigungsstrategie beschrieben. Das konzeptuelle Modell von Calhoun und Tedeschi (2006) stellt in der neuesten Version ein überschaubares Rahmenmodell mit den wesentlichsten Faktoren, die beim posttraumatischen Wachstum beteiligt sind, dar (siehe Abbildung 2).

Voraussetzung für das Eintreten eines posttraumatischen Wachstums ist laut den Autoren das Erleben eines Traumas, das vorhandene Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet und Grundannahmen über sich selbst und die Welt erschüttert. „Das dadurch hervorgerufene psychische und emotionale Leid setzt einen kognitiv-

emotionalen Verarbeitungsprozess in Gang, der anfänglich durch häufiges, automatisches Ruminieren [engl. rumination] über das Erlebte und dessen Folgen gekennzeichnet ist“ (Zoellner et al., 2006, S. 39). Nach anfänglichen Bewältigungserfolgen, wie der Reduktion von emotionalem Distress (engl. reduction of emotional distress), der Verabschiedung von unerreichbaren Zielen (engl. disengagement from goals) sowie dem Managen von automatischer Rumination (engl. management of automatic rumination), kann es dann zu einem reflektierenden Ruminieren sowie zu Veränderungen der Schemata (engl. schema change) kommen, sodass schlussendlich posttraumatisches Wachstum (engl. posttraumatic growth) entstehen kann. Tedeschi und Calhoun definieren in ihrem Modell den Begriff Rumination als kognitiven Verarbeitungsprozess. Vor allem das Ausmaß der persönlichen und kognitiven Auseinandersetzung (engl. self disclosure) mit dem Trauma spielt in diesem Modell eine sehr zentrale Rolle. Wichtige Einflussfaktoren auf das posttraumatische Wachstum sind der Rückhalt durch das soziale System (engl. social support/sociocultural) sowie die Persönlichkeitseigenschaften Extraversion und Offenheit (vgl. Zoellner et al., 2006).



**Abbildung 2:** Modell des Posttraumatischen Wachstums  
(Calhoun & Tedeschi, 2006, S. 8)

#### 2.7.4 Differenzierte Betrachtung des Posttraumatischen Wachstums

Maercker und Zoellner (2004) beschreiben selbstberichtetes posttraumatisches Wachstum als ‚Janus-Gesicht‘, das zwei Komponenten haben kann.

Einerseits gibt es die selbsttranszendierende, konstruktive Seite, wie sie im Modell von Tedeschi und Calhoun (2004; 2006) definiert wird, andererseits findet man aber auch eine selbsttäuschende, illusorische Seite des posttraumatischen Wachstums. Laut den Autoren (vgl. Maercker & Zoellner, 2004) kann die erste Komponente, die selbsttranszendierende und konstruktive Seite, direkt mit positiver psychologischer Anpassung bzw. funktionaler kognitiver Restrukturierung einhergehen. Die andere Komponente soll dagegen mit Verleugnung, Wunschdenken oder Selbstberuhigung in Zusammenhang stehen. Im ungünstigen Fall kann diese zweite Komponente einen hindernden Effekt auf den psychischen und kognitiven Verarbeitungsprozess von Traumafolgen bewirken. Dies kann auftreten, wenn das ‚Sichversichern positiver Traumafolgen‘ in Verbindung mit einer Vermeidung der Auseinandersetzung mit negativen, belastenden Traumafolgen gebracht wird. Im günstigeren Fall kann die zweite Komponente aber auch als kurzfristig erfolgreiche Bewältigungsstrategie ohne Folgen auf psychische Langzeitanpassung angesehen werden.

Diese Betrachtung des posttraumatischen Wachstums als ‚Janus-Gesicht‘ macht „...auf die Möglichkeit interindividueller Differenzen bezüglich der funktionalen Bedeutung von selbstberichtetem persönlichen Wachstum aufmerksam...“ (Zoellner et al., 2006, S. 41). Diese Darstellung dient dem ganzheitlichen Verständnis und der Vorbeugung einer simplifizierten Betrachtungsweise des posttraumatischen Wachstums (vgl. Zoellner et al., 2006).

#### 2.7.5 Abgrenzung gegenüber verwandten Konzepten

Die verwandten Konzepte des posttraumatischen Wachstums sind ebenfalls Konzepte aus der Salutogenese. Der Begriff Salutogenese wurde von Antonovsky in den 1970er Jahren als Gegenpart zu der Pathogenese definiert. Der salutogenetische Ansatz geht von einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus, in dem jedes Individuum je nach Ausmaß der gesunden und kranken Anteile seine Position einnimmt (vgl. Antonovsky, 1997). Die zentrale Frage lautet daher: „Welche Faktoren sind daran beteiligt, daß man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann“ (ebd. S. 30)?

Die zwei salutogenetischen Konzepte Resilienz (vgl. Rutter, 1985) und Kohärenz-sinn/-gefühl (vgl. Antonovsky, 1993) werden in dieser wissenschaftlichen Arbeit exemplarisch dargestellt. Diese unterscheiden sich im Groben von dem Konzept des posttraumatischen Wachstums darin, dass bestimmte persönliche Charakteristika beschrieben werden, „...die es Individuen ermöglicht, schwere oder traumatische Lebensereignisse gut zu bewältigen, ohne seelischen Schaden zu erleiden. Es wird unterstellt, dass Personen mit diesen Eigenschaften besser mit solchen Erlebnissen umgehen können als Personen, die diese Persönlichkeitseigenschaften nicht besitzen“ (Zoellner et al., 2006, S. 39). Posttraumatisches Wachstum bezieht sich im Gegensatz auf „...transformative bzw. qualitative Veränderungen, die den prätraumatischen Entwicklungslevel psychischer Funktionsfähigkeit und des Bewusstseins einer Person übersteigen. Es handelt sich um bedeutsame positive Veränderungen in kognitiven und emotionalen Fähigkeiten und im Erleben, die mit Verhaltensimplikationen verknüpft sein können“ (ebd. S. 39).

- **Resilienz**

Das Konzept der Resilienz basiert auf zahlreichen Forschungsarbeiten der Psychopathologie im Kindesalter (vgl. u.a. Rutter, 1985). Die Resilienz wird als generelle Fähigkeit definiert, trotz hochriskanten Bedingungen ein positives und entwicklungsgemäßes Ergebnis zu erlangen. Die ersten Arbeiten in diesem Bereich versuchten zu erklären, warum sich einige Kinder, die unter chaotischen, vernachlässigten, ungesunden Verhältnissen aufwuchsen, trotzdem zu gesunden Erwachsenen entwickelten (vgl. Lepore & Revenson, 2006).

Dieses Konzept der Resilienz ist multidimensional und beinhaltet laut Lepore und Revenson (2006) drei wesentliche Dimensionen: (1) Regenerierung (engl. recovery), (2) Resistenz (engl. resistance) und (3) Rekonfiguration (engl. reconfiguration). Zur Verdeutlichung dieser drei Dimensionen dient die Metapher eines Baumes im Winde. Die erste Dimension verdeutlicht die Elastizität des Baumes, da sich die Äste sich im Wind biegen müssen, sodass sie nicht gebrochen werden und nach dem Wind wieder aufrecht wachsen können. Bei der zweiten Dimension steht die Widerstandsfähigkeit des Baumes im Mittelpunkt. Der Baum steht dem Wind aufgrund der tiefen Verwurzelung resistent gegenüber. Die letzte Dimension beschreibt eine neue und veränderte Form der Anpassung, die es dem Baum ermöglicht die Äste noch resistenter werden zu lassen, sodass sie in Zukunft nicht

mehr vom Wind zerstört werden können. Die Autoren sehen in dieser dritten Dimension gewisse Zusammenhänge mit dem posttraumatischen Wachstum von Tedeschi und Calhoun (1995), da diese Dimension sowohl positive als auch negative Veränderungen bzw. Anpassungen inkludiert. Zwar bezieht sich das posttraumatische Wachstum ausschließlich auf positive Veränderungen, dennoch beschreiben die Autoren das posttraumatische Wachstum als „...ein mögliches Ergebnis für Individuen, die durch den Prozess der Rekonfiguration gegangen sind“ (Lepore & Revenson, 2006, S. 27).

- **Kohärenzsinn**

Antonovsky definiert den Kohärenzsinn (engl. sense of coherence, SOC) als „...eine globale Orientierung [...], die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes, aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky, 1997, S. 16). Der Kohärenzsinn basiert auf drei wesentlichen Komponenten: (1) Verstehbarkeit (engl. comprehensibility), (2) Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit (engl. manageability) und (3) Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit (engl. meaningfulness). Die erste Komponente beschreibt eine Erwartung bzw. Fähigkeit, Stimuli als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können. Die Komponente der Handhabbarkeit umfasst individuelle Überzeugungen, dass Anforderungen, die diese Stimuli stellen, beispielsweise durch Ressourcen, Kompetenzen oder Glauben lösbar sind. Die dritte Komponente beinhaltet das Ausmaß, in dem diese Anforderungen und das eigene Leben als sinnvoll empfunden werden (vgl. Antonovsky, 1997). Nach Antonovsky hat folgende Mutter, die ihren Sohn im Krieg verloren hat, einen stark ausgeprägten Kohärenzsinn: „Wenn etwas Furchtbares geschieht, suchen die Menschen nach einem Schuldigen. Aber ich tue das nicht, absolut nicht. [...] Offensichtlich hat es einfach geschehen müssen und das war's. Es half mir, daß ich an das Schicksal glaubte. Das ganze Leben besteht aus Höhen und Tiefen. [...] Wir sind aus Fleisch und Blut, nicht aus Eisen. [...] Es schmerzt fürchterlich, aber ich lebe im Hier und Jetzt. Ich kann immer noch an den Freuden anderer teilhaben. [...] Vielleicht würde ich noch nicht einmal alles, was ich erhalten habe, zu würdigen wissen, wenn diese Dinge nicht geschehen wären“ (ebd. S. 77).

## 2.8 Aktuelle Forschungsberichte

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit aktuellen Studien, deren Akzentuierung auf dem posttraumatischen Wachstum liegt und die zugleich klinisch-therapeutische Themen bzw. Sinnthemen zusammenfügen.

### 2.8.1 Posttraumatisches Wachstum und Psychotherapie

Der ‚Mainstream‘ psychotherapeutischer Schulen fokussierte sich lange auf ein defizitäres Bild der menschlichen Psyche. Vor allem Vertreter der Psychoanalyse sowie der Verhaltenspsychotherapie wurden von diesem Modell gelenkt. Erst mit dem Aufkommen der humanistischen Schule wurde der positiven und gesundheitsorientierten Perspektive mehr Beachtung geschenkt. Zentrale Vertreter dieser Schule sind unter anderem Carl Rogers, der Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie, sowie Viktor Frankl, der Begründer der Logotherapie (vgl. Zoellner & Maercker, 2006).

Im grundlegenden Konzept von Rogers wird persönliches Wachstum als natürlicher Prozess gesehen, der eine innere Ressource darstellt und durch psychotherapeutische Hilfestellung wieder neu entdeckt werden kann. Rogers betrachtet das Wachstum demnach nicht als etwas Spezielles oder Außergewöhnliches, das durch traumatische Erlebnisse ausgelöst wird. Zusammenfassend bedeutet dies, dass die klientenzentrierte Grundhaltung und die daraus resultierenden psychotherapeutischen Interventionen eine graduelle Veränderung der menschlichen Entwicklung im Fokus haben und sich somit vom Konzept des posttraumatischen Wachstums differenzieren (vgl. Zoellner & Maercker, 2006).

Die zentrale Annahme der Logotherapie ist der ‚Wille zum Sinn‘ (siehe Abschnitt 3.3). Frankl sieht die Fähigkeit der Sinngebung als eine innere Ressource für Stärke und Wachstum an. Diese Fähigkeit der Bewusstwerdung des Sinnes übersteigt laut Frankl negative Situationseffekte oder Krankheiten. „Wer um einen Sinn seines Lebens weiß, dem verhilft dieses Bewußtsein mehr als alles andere dazu, äußere Schwierigkeiten und innere Beschwerden zu überwinden“, so Frankl (zitiert nach Lukas, 2005, S. 86). Jede Lebenssituation, auch extrem belastende, hat demnach seinen eigenen und speziellen Sinn, den Individuen für sich selbst herausfinden müssen (vgl. Zoellner & Maercker, 2006). Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass sich auch Frankls Ansatz vom Konzept des posttraumatischen Wachstums differenziert. Nichts desto Trotz haben viele Vertreter der humanistischen Schule dazu

beigetragen, dass die positive und gesundheitsorientierte Perspektive in der Psychotherapie genügend Aufmerksamkeit bekommt. Diese Strömung hat neue Türen geöffnet, sodass auch psychotraumatologische Forschungsansätze, wie das Konzept des posttraumatischen Wachstums, in der traumazentrierten Psychotherapie Platz finden konnten (vgl. Zoellner & Maercker, 2006).

Die ersten empirischen Studien zum posttraumatischen Wachstum im psychotherapeutischen Kontext wurden mit Betroffenen nach Verlusterfahrungen durch Tod (vgl. Yalom & Liebermann, 1991) und mit Betroffenen von Brustkrebs (vgl. Kissane et al., 1997) durchgeführt. Die Besonderheit beider Studien ist die thematische Auseinandersetzung mit vitalen Einschränkungen, Tod und Sterblichkeit. Die Autoren beider Studien wählten einen qualitativen Forschungsansatz, wie Einzelfallanalysen oder narrative Interviews, als Herangehensweise. Yalom und Lieberman schreiben folgender Frau, deren Ehemann gestorben ist, ein hohes Maß an posttraumatischem Wachstum zu: „She felt she first needed to rediscover her own identity – she has been a ‚we‘ and had long lost touch with her ‚I‘. [...] She began a number of new activities – some had been interrupted during her earlier life, some she had long yearned to do: she had braces put on her crooked teeth, took swimming and piano lessons, attended poetry-writing, workshops, sold a house she had never liked and designed a new one, and enrolled in the freshman class of a nearby university’s intergenerational program” (Yalom & Lieberman, 1991, S. 340).

Mit Ende der 1990er Jahre veränderten sich die Forschungsmethoden und so wurden unter anderem randomisierte und kontrollierte Studien durchgeführt (vgl. Antoni et al. 2001, Kissane et al., 2003). Tabelle 1 zeigt, dass posttraumatisches Wachstum (Erhebung mittels PTGI oder BFS) durch psychotherapeutische Interventionen erhöht wurde. Die Interventionen variierten zwischen kognitiv-verhaltensorientierten Ansätzen mit Entspannungsverfahren (vgl. Antoni et al., 2001), kognitiv-existentialen Ansätzen (vgl. Kissane et al., 2003) und internetbasierten Beratungsansätzen (vgl. Lieberman et al., 2002). Interessanterweise deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sowohl Interventionen, die direkt auf das posttraumatische Wachstum abzielen (vgl. Kissane et al., 2003), als auch jene, die sich nicht direkt mit der Thematik befassen (vgl. Antoni et al., 2001), am Ende der Psychotherapie zu einer höheren Ausprägung des posttraumatischen Wachstums bei den Patientinnen führen (vgl. Zoellner & Maercker, 2006).

**Tabelle 1:** Empirical studies on personal growth and related variables as psychotherapy outcome (Zoellner & Maercker, 2006, S. 343)

Study	Patient Groups	RCT/Sample Size	Intervention(s)	General Outcomes	Growth Outcomes
Antoni et al., 2001	Female breast cancer patients (stage I & II)	RCT: yes IC: 100 CC: 53	10 week cognitive-behavioral therapy interventions plus relaxations training vs. 1 day seminar	IC: no effect on mood disturbance (POMS), increased optimism (LOT-R)	IC: increased benefit findings (BFS), increased optimism
Kissane et al., 2003	Female breast cancer patients (early stage)	RCT: yes IC: 154 CC: 149	20 session cognitive-existential therapy plus relaxation classes vs. 3 relaxation classes	IC: reduced anxiety, improved family functioning	IC: increased personal growth (PTGI)
Lieberman et al., 2002	Female breast cancer patients (stage I-VI)	RCT: no IC: 67 CC: no	16 weeks, 1,5 h weekly internet delivered electronic support (no psychotherapy)	IC: Reduced depression & reaction to pain, increase in emotional suppression	IC: increased personal growth (PTGI; subscale: new possibility & spirituality)

RCT= randomized controlled trial; IC= intervention condition; CC=control condition; CBT= Cognitive-behavioral therapy; POMS= Profile of Mood States; LOT-R= Life Orientation Test-Resvised; BFS= Benefit Finding Scale, PTGI= Posttraumatic Growth Inventory

Eine weitere randomisierte und kontrollierte Studie mit Brustkrebspatientinnen stammt von Stanton et al. (2002), in der posttraumatisches Wachstum nicht wie bei den vorherigen Therapiestudien als Outcome-Variable, sondern als Mediatorvariable untersucht wurde. Die Interventionen in dieser Studie beliefen sich auf Schreibaufgaben, die explizit das Ziel hatten Wachstumsaspekte zu identifizieren. Über einen Zeitraum von vier Sitzungen sollten die Patientinnen über positive wie auch negative Gedanken und Gefühle betreffend ihrer Erfahrungen mit dem Brustkrebs schreiben. Die Ergebnisse zeigen, dass Patientinnen mit hoher Vermeidung am meisten von den geschilderten positiven Gedanken und Gefühlen profitierten, da es zu einer Re-

duktion des Disstresses kam. Stanton und KollegInnen interpretieren die Ergebnisse nach dem ‚Janus-Gesicht‘-Modell (vgl. Maercker & Zoellner, 2004), da bei dieser Therapiestudie die selbsttäuschende illusorische Komponente zu tragen kommt und eine kurzfristige erfolgreiche Bewältigungsstrategie im Sinne der Distressreduktion für die Betroffenen darstellt (vgl. Zoellner & Maercker, 2006).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass sich in der Erforschung vom posttraumatischen Wachstum einerseits Therapiestudien belegen lassen, die Wachstums als eine Outcome-Variable definieren (vgl. Antoni et al.; 2001; Kissane et al., 2003; Lieberman et al., 2003). Andererseits gibt es aber auch Therapiestudien, die posttraumatisches Wachstum oder Fragen zum Lebenssinn als Mediatorvariable bezeichnen (vgl. Stanton et al., 2002). In Summe sprechen diese Befunde dafür, dass die empirischen Studien im Zusammenhang mit posttraumatischem Wachstum und Psychotherapie noch in den ‚Kinderschuh‘ stecken und deshalb weitere zukünftige Forschungen in diesem Bereich nötig sind (vgl. Zoellner & Maercker, 2006). Diese Befunde decken sich auch mit den empirischen Ansprüchen von Tedeschi und Calhoun (2006), die neue Wege der Integration vom Konzept des posttraumatischen Wachstums in anerkannten Psychotherapieverfahren für die Zukunft finden wollen. Laut den Autoren sind kognitiv, existenziell oder narrativ orientierte Psychotherapieverfahren am kompatibelsten mit ihrem Konzept.

Kritisch stehen die beiden aktuellen Entwicklungen wie der ‚Trendkultur Positive Psychologie‘ gegenüber. Der zu Beginn des Abschnitts erwähnte defizitäre ‚Mainstream‘ der Forschung scheint zunehmend in die positive Extremposition gerückt zu werden. Diese Entwicklung wird von Tedeschi und Calhoun als gefährlich eingestuft, da ein Herunterspielen der Realität von Schmerz und Leid für die Traumaüberlebenden mit einhergeht (vgl. Tedeschi & Calhoun, 2006). Ideal sind sensitive PsychotherapeutInnen, die eine offene und hoffnungsvolle Perspektive zur Verfügung stellen, indem sie den Betroffenen eine persönliche Wachstumsperspektive anbieten, ohne das einhergehende Leid und die negativen Trauma Auswirkungen minimieren oder relativieren zu wollen. Scham, Schuld oder psychischer Druck bezüglich posttraumatischem Wachstum sollten in der traumazentrierten Psychotherapie niemals ausgelöst werden, denn „...ein Trauma überlebt zu haben reicht als Leistung aus“ (Zoellner et al., 2006, S. 45).

### 2.8.2 Posttraumatisches Wachstum und Religiosität, Spiritualität

Bevor auf die zusammenhängenden Aspekte des posttraumatischen Wachstums und der Religiosität bzw. Spiritualität Bezug genommen wird, ist eine begriffliche Definition dieser Termini unumgänglich. Der Begriff ‚Religiosität‘ stammt etymologisch betrachtet vom spätlateinischen Begriff ‚religiositas‘ ab und bedeutet ‚Frömmigkeit‘ (vgl. Duden Etymologie, 1997). Utsch und Klein (2011) zufolge handelt es sich bei dem Terminus Religiosität um ein individuelles Phänomen, das auch institutionell ungebundene Formen des Religiös-Seins umfasst. Der Terminus ‚Spiritualität‘ stammt laut etymologischen Angaben vom mittellateinischen Begriff ‚spiritualitas‘ und bedeutet ‚Geistigkeit/geistiges Wesen‘ (vgl. Duden Etymologie, 1997). Schnell (2009) definiert Spiritualität als „... subjektiv gestalteter, aktiver Bezug zu einer übergeordneten Wirklichkeit. Dieser impliziert eine Bereitschaft zur Selbsttranszendenz, die durch Transzendierungserfahrungen initiiert, begleitet oder unterstützt wird. [...] Man kann jedoch nicht voraussetzen, dass Religiosität der Gegenwart grundsätzlich solche Gefühle der Verbundenheit und Selbsttranszendenz anstrebt. Eher beschreibt das Konstrukt der Spiritualität eine spezifische Art gegenwärtiger Religiosität“ (S. 52). Eine ähnliche Definition findet sich auch bei Pargament, Desai und McConnell (2006) wieder, die unter anderem versuchen, Spiritualität in den Kontext des posttraumatischen Wachstums zu stellen. Sie beschreiben Spiritualität als „... a search for the sacred“ (ebd. S. 122), also als eine Suche nach dem Geistigen, die laut den Autoren auch in religiösen Kontexten eingebettet ist.

In aktuellen Forschungsarbeiten werden Religiosität sowie Spiritualität als eine von mehreren möglichen Ressourcen für den Umgang mit Traumata beschrieben (vgl. Pargament et al., 2006). So zeigte sich beispielsweise in der Studie von Schuster und KollegInnen (2001) nach dem Terroranschlag am 11. September, dass sich 90% der 560 StudienteilnehmerInnen als Copingmechanismus wieder vermehrt der Religion zuwandten. Auch exemplarische Aussagen von Betroffenen mit schweren organischen Erkrankungen oder Verletzungen verdeutlichen die Relevanz dieser Thematik: „It is the most rewarding and devastating experience of my life; [...] But I’m learning for the first time to take each day at a time. This illness [Alzheimer] is teaching me to gain strength from the Lord“ (Wright, Pratt & Schmall, 1985, S. 34) oder „Maybe there is a plan for me to do something important before I die. I think God was trying to get the message through that [surviving a shark attack] it’s time to get started“ (Tedeschi

& Calhoun, 1995, S. 77). Empirische Studien wie beispielsweise die von Cadell, Regehr und Hemsworth (2003) mit 174 Hinterbliebenen von HIV/AIDS-Verstorbenen haben gezeigt, dass Spiritualität signifikant mit einem hohen Ausmaß von posttraumatischem Wachstum zusammenhängt. Auch Park, Cohen und Murch (1996) haben in ihrer Studie (N=256) belegt, dass intrinsisch religiöses Commitment ( $r=.20$ ,  $p<.01$ ) und religiöses Coping ( $r=.32$ ,  $p<.001$ ) positiv mit persönlichem Wachstum korreliert.

Die daraus resultierende Schlussfolgerung für die klinisch-therapeutische Praxis ist, dass sowohl Spiritualität als auch Religiosität wirksam bei der menschlichen Traumaverarbeitung sein können. Psychotherapeutische Interventionen, die spirituelle Ressourcen sinnvoll integrieren, befinden sich erst im frühen Stadium der Entwicklung (vgl. Pargament et al., 2006). Erfolgreiche therapeutische Manuale, wie das ‚Solace for the Soul‘ von Murray-Swank, in der in acht Sitzungen spirituelle Interventionen, wie beispielsweise Imageüberprüfung von Gott oder Neuentdeckung spiritueller Wege für traumatisierte Frauen nach sexueller Gewalterfahrungen angeboten werden und zu einer signifikanten Symptomreduktion führen, lassen auf gute zukünftige Entwicklungen hoffen (vgl. Murray-Swank & Pargament, 2005). Madert (2007) beschreibt sogar einen wachsenden Stellenwert meditativer Techniken, wie zum Beispiel Achtsamkeit, Yoga, Qi Gong etc., in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Schulen. Auffindbar sind diese Techniken in verhaltenstherapeutischen Stressbewältigungsverfahren sowie in psychodynamischen Traumatherapieverfahren. In der PITT (vgl. Reddemann, 2001) wird eine Vielzahl meditativer Techniken angewandt, die vor allem in der Phase der Stabilisierung und Symptomreduktion wertvolle Ressourcen für einen heilsamen Umgang darstellen können.

### 2.8.3 Posttraumatisches Wachstum und soziale Beziehungen

Tedeschi und Calhoun (2004; 2006) schreiben in ihrem konzeptuellen Modell des posttraumatischen Wachstums unter anderem der sozialen Unterstützung durch Familie, Freunde, andere Betroffene oder auch PsychotherapeutInnen eine wesentliche Bedeutung zu (siehe Abschnitt 2.7.3).

In diesem Abschnitt werden aktuelle Studien vorgestellt, die die Rolle der sozialen Unterstützung bzw. der persönlichen Beziehungen in Bezug auf das posttraumatische Wachstum verdeutlichen.

Eine aktuelle Metaanalyse stammt von Prati und Pietrantonio (2009), die Ergebnisse aus 103 Einzelstudien beinhaltet. Im Zentrum der Metaanalyse steht die Untersuchung der Rolle von Optimismus, sozialer Unterstützung und Copingstrategien bezüglich der Wirkungen auf das posttraumatische Wachstum. Die stärksten Korrelationen mit posttraumatischem Wachstum waren bei der religiösen Copingstrategie ( $r=.38$ ,  $p<.001$ ) und bei der neubewerteten Copingstrategie ( $r=.36$ ,  $p<.001$ ). Die Korrelation mit sozialer Unterstützung belief sich auf  $r=.26$  bei einem Signifikanzniveau von 0,01% und einer mittleren Effektstärke. Die Autoren belegen, dass sowohl soziale Unterstützung als auch Optimismus einen moderierenden Einfluss auf das posttraumatische Wachstum haben. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es den Autoren in dieser Metaanalyse gelungen ist, einen klärenden Überblick in Bezug auf potentielle Prädiktoren des posttraumatischen Wachstums zu geben.

Die zweite Forschungsarbeit, die in diesem Abschnitt vorgestellt wird, bezieht sich ebenfalls auf einen sozialen Aspekt und zwar auf die positiven Veränderungen persönlicher Beziehungen. Dies ist wie in Abschnitt 2.7.2 beschrieben, einer der fünf Veränderungsbereiche, der mit posttraumatischem Wachstum einhergehen kann. Poulin und KollegInnen (2009) beschäftigten sich in einer Langzeitstudie über drei Jahre mit der Frage, ob Personen ( $N=1382$ ) nach einem Kollektivtrauma, wie dem Terroranschlag am 11. September 2001, vermehrt soziales Engagement aufweisen. Die Autoren erfassten die Veränderungen des sozialen Engagements anhand von fünf Kategorien: (1) prosoziales Engagement (Freundlichkeit, Altruismus, Verschwiegenheit), (2) philosophisches Engagement, (3) religiöses Engagement, (4) politisches Engagement und (5) Engagement für die öffentliche Sicherheit. Die Ergebnisse zeigen, dass insgesamt 57,8% der 1382 ProbandInnen einen Zuwachs in Bezug auf ihr soziales Engagement aufwiesen. Die stärksten Ausprägungen ergaben sich in den Kategorien des prosozialen (15,8%), religiösen (9,3%) und politischen (8,3%) Engagements. Die Autoren identifizierten zusätzlich religiöses und prosoziales Engagement als Prädiktorvariablen für subjektives Wohlbefinden. In der Summe sprechen diese Ergebnisse dafür, dass Traumata und vor allem Kollektivtraumata nicht nur Veränderungen in einzelnen Individuen auslösen, sondern auch einen positiven Einfluss auf die Gesellschaft und das zwischenmenschliche Miteinander haben können.

### 3. Sinnforschung

Das dritte Kapitel umfasst, historische und theoretische Grundlagen, Definitionen wissenschaftlicher Termini sowie Methoden und Anwendungsbereiche der psychologischen Sinnforschung. Anhand dieses Kapitels wird versucht einen zweiten großen Theoriebereich der Psychologie vorzustellen und anschließend mit dem Bereich der Psychotraumatologie – speziell mit dem Konzept des posttraumatischen Wachstums – zu verbinden.

#### 3.1 Historische und theoretische Grundlagen

Die thematische Auseinandersetzung mit ‚Sinn‘ findet man ursprünglich nicht in der wissenschaftlichen Disziplin der Psychologie, sondern in der Philosophie, die die Lehre und Wissenschaft von der Erkenntnis des ‚Sinns des Lebens‘, der Welt und der Stellung des Menschen in der Welt umschreibt (vgl. Duden Etymologie, 1997). Zu den prägenden Philosophen zählen unter anderem Friedrich Nietzsche, Jean-Paul Sartre oder Martin Heidegger (vgl. Kenyon, 2000).

Warum Themen wie Lebenssinn in der Psychologie lange Zeit unbemerkt blieben, wird unter anderem durch die Forschungsarbeit von Seligman (2002) deutlich. Laut dem Autor waren historische Entwicklungen wie der Zweite Weltkrieg dafür verantwortlich, dass sich die Psychologie aus einer gesellschaftlichen Notwendigkeit heraus rein auf das Ziel, psychische Krankheiten zu heilen, fokussierte. Das Hauptaugenmerk der Psychologie lag daher lange auf einer psychopathologischen Sichtweise, bis Seligman 1998 daran erinnerte, dass die Psychologie als wissenschaftliche Disziplin auch noch weitere Ziele zu erfüllen hat. Seligman initiierte eine neue und zusätzliche Ausrichtung, die unter dem Namen ‚Positive Psychologie‘ bekannt geworden ist.

Auhagen (2004) definiert die ‚Positive Psychologie‘ anhand von drei Grundpfeilern: (1) Ausrichtung auf das Positive, wie personale und soziale Ressourcen, (2) Anspruch auf wissenschaftliche Fundierung und (3) Verfolgung des Ziels, positiv auf das Erleben und Verhalten von Menschen zu wirken.

Reker (2000) zufolge ist in den letzten Jahren ein steigendes Interesse an der Sinnforschung zu beobachten. Diese Veränderung führt er auf mehrere Faktoren zurück:

Einerseits spielt die Abwendung von der pathologischen Orientierung hin zu einer zusätzlichen Orientierung, die menschliche Potentiale betont und an der ‚inneren‘ Entwicklung des Menschen in seiner Gesamtheit interessiert ist, eine bedeutende Rolle. Andererseits sind laut Reker auch die Präzisierung von Konzepten über den Lebenssinn sowie die Verbesserungen qualitativer und quantitativer Operationalisierungsverfahren von Lebenssinn weitere wesentliche Faktoren für die Zunahme am Forschungsinteresse.

Ein großer und essenzieller wissenschaftlicher Beitrag in Bezug auf die Sinnforschung ist Viktor Frankl zuzuschreiben, welcher als Pionier auf diesem Gebiet gilt (vgl. Schnell, 2009). Frankl war Psychiater und Neurologe, der im Gegensatz zu seinen Fachkollegen Sigmund Freud und Alfred Adler die Ansicht vertrat, dass der Psychotherapie das ‚spezifisch Humane‘, vor allem die Sinnsuche fehlt (vgl. Längle & Holzhey-Kunz, 2008). Laut Frankl (2005) ist das In-Frage-Stellen des eigenen Lebenssinns Ausdruck des Menschseins, da nur der Mensch seine Existenz als fragwürdig erleben kann. So konzipierte Frankl in seiner neuen dritten Wiener Schule für Psychotherapie, den ‚Willen zum Sinn‘, der das „...tiefe Streben des Menschen nach Sinn...“ (Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 73) umschreibt und als primäre Motivationskraft gilt. „Die Idee eines ‚Willen zum Sinn‘ darf nicht im Sinn eines Appells an den Willen mißdeutet werden. An den ‚Willen zum Sinn‘ appellieren heißt vielmehr, den Sinn selbst aufleuchten zu lassen – und es dem Willen zu überlassen, ihn zu wollen“, so Frankl (zitiert nach Lukas, 2005, S. 98).

Weiterhin geht Frankl davon aus, dass es drei Wertkategorien gibt, und definiert den Begriff ‚Wert‘ ganz allgemein als eine „...umfassende Sinnmöglichkeit“ (Frankl, 1979, S. 238). Folgende drei Arten von Werten können zum Sinnerleben beitragen: (1) schöpferische Werte, (2) Erlebniswerte und (3) Einstellungswerte (vgl. Frankl, 1979).

- **Schöpferische Werte**

Die schöpferischen Werte lassen sich durch Handeln verwirklichen. Sinn durch Tun, beispielsweise durch das Erfüllen von konkreten Aufgaben in Familie und Beruf oder durch das Erschaffen von Dingen (vgl. Frankl, 2005).

- **Erlebniswerte**

Die Erlebniswerte werden im Erleben selbst realisiert. Sinn durch Affektivität, wie zum Beispiel durch ein Kunsterlebnis, wie das genussvolle Hören einer bedeutenden Symphonie, oder durch ein Naturerlebnis, wie das freudvolle Betrachten eines schönen Sonnenuntergangs (vgl. Frankl, 2005).

- **Einstellungswerte**

Die dritte Wertkategorie beinhaltet laut Frankl die bedeutsamsten Werte für die Sinnkonstruktion. Die individuelle Haltung bzw. Einstellung dem eigenen Schicksal gegenüber steht hierbei im Mittelpunkt. Die Verwirklichung findet in der Annahme und im Ertragen einer unveränderbaren Situationen statt (vgl. Frankl, 2005). Sinn durch Tragen des Leidens. Frankl ist der Ansicht, dass es keine Lebenssituation gibt, die wirklich sinnlos ist und darum auch das Leiden noch eine Sinnmöglichkeit beinhaltet. Gelingt es, den Sinn von Leiden zu erfüllen, so verwirklicht sich der Mensch, da er reift, wächst und manchmal sogar über sich selbst hinaus wächst (vgl. Frankl, 1978).

Frankl (1978) prägte außerdem den Begriff des ‚existentiellen Vakuums‘ mit dem er „...das Gefühl der Sinnlosigkeit der eigenen Existenz...“ (ebd. S. 75) beschreibt. Dieses extreme Sinnlosigkeitsgefühl kommt durch die Frustration des Willens zum Sinn zustande. Der ‚existentiell frustrierte Mensch‘ kann demnach keine Sinnmöglichkeiten wahrnehmen und somit sein existentielles Vakuum nicht füllen (vgl. Frankl, 1978).

Die tiefenpsychologisch fundierten Forschungsarbeiten von Frankl haben viele nachfolgende ForscherInnen inspiriert und beeinflusst. So wurde auch das Konstrukt des existentiellen Vakuums von Maddi (1998) aufgegriffen und weiter bearbeitet. Maddi unterteilt die existentielle Störung in drei unterschiedliche Grade, die durch die Schwere des Leidens am Sinnlosigkeitsgefühl gekennzeichnet sind. Den schwerwiegendsten Grad bezeichnet er als ‚geistige Verödung‘ (engl. vegetativeness), der sich durch Symptome wie Desinteresse, Apathie, Langeweile und depressive Episoden beschreiben lässt. Den zweiten, weniger schwerwiegenden Grad nennt Maddi ‚Nihilismus‘ (engl. nihilism), der sich durch eine paradoxe Haltung auszeichnet, da Sinnerleben durch Verneinung von positiven Sinn möglich ist. Charakteristische Anzeichen sind Ärger, Empörung und Zynismus. Der schwächste Grad existentieller Störung ist

für Maddi die ‚Abenteuerlichkeit‘ (engl. adventurousness). Sinn kann hierbei nur durch extreme, risikoreiche Aktivitäten erlebt werden. Im Gegensatz zu den abenteuerlichen Extremsituationen, die ein Gefühl von Lebendigkeit vermitteln, ist das Alltagsleben durch Leere, Langeweile und Bedeutungslosigkeit gekennzeichnet.

Becker (1989; 1995) schenkt in seinem Modell der seelischen Gesundheit vor allem Frankls Konstrukt der ‚Sinnerfülltheit‘ besondere Beachtung. Sinnerfülltheit ist nach Becker der positive Gegenpol zu Depressivität. Sofern Merkmale der Depressivität, wie Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Sinnlosigkeit wenig bzw. gar nicht ausgeprägt sind, spricht er von einem hohen Maß von Sinnerfülltheit. Becker spannt in seinen Forschungsarbeiten unter anderem den Bogen zu Antonovskys Kohärenzsinn.

Wong (1998a; 1998b) beleuchtet in seinen Forschungsarbeiten unter anderem den Zusammenhang zwischen persönlichem Lebenssinn und psychologischem Wohlbefinden. Empirisch konnte er nicht nur positive Korrelationen zwischen beiden Konstrukten belegen, sondern auch zeigen, dass Sinn ein besserer Prädiktor für Wohlbefinden ist als Optimismus und Kontrollüberzeugung (engl. locus of control). Basierend auf Frankls Annahme zeigte Wong außerdem, dass Sinn eine notwendige Voraussetzung für psychische Gesundheit und persönliches Wachstum ist sowie eine wesentliche Moderatorvariable in Bezug auf Copingstrategien und Stressresistenz darstellt. Wongs Moderatorhypothese kann metaphorisch sicherlich als eine Art ‚Katapult‘ beschrieben werden, denn das Konstrukt Lebenssinn ist dadurch weiter ins Zentrum des psychologischen Forschungsinteresses gerückt.

## 3.2 Definitionen

### 3.2.1 Lebenssinn

Um die Komplexität der Sinnforschung erfassen zu können, muss zuerst eine exakte Definition des Begriffes ‚Sinn‘ gegeben werden, da der Terminus Sinn sowohl im alltäglichen als auch im wissenschaftlichen Kontext vieldeutig verstanden wird. Etymologisch betrachtet stammt ‚Sinn‘ ursprünglich aus dem Althochdeutschen und bedeutet ‚Gang/Reise/Weg‘. Diese germanische Wortgruppe basiert auf der indogermanischen Wurzel sent-, die soviel wie ‚eine Richtung nehmen/eine Fährte suchen‘ bedeutet (vgl. Duden Etymologie, 1997). Schnell (2009) schreibt dazu, dass demzufolge das Einschlagen eines Weges, die Entscheidung für die Richtung über Sinn oder Sinnlosigkeit entscheidet. Weiters beleuchtet die Autorin die dynamische Komponente von Sinn, die durch diese ursprüngliche Wortbedeutung impliziert wird. „Sinn ist der Weg, nicht das Ziel“ (ebd. S. 101).

Frankl (1959) definiert Lebenssinn als Sinnfindungsprozess. In seiner Erläuterung werden vor allem die subjektiven sowie dynamischen Komponenten von Sinn sichtbar. So Frankl (1959):

„Sinn kann nicht gegeben, sondern muss gefunden werden. [...] Was die Sinnfindung [...] auszeichnet, ist meines Erachtens folgendes: Es wird nicht einfach eine Figur wahrgenommen, die uns vor einem ‚Hintergrund‘ in die Augen springt, sondern bei der Sinn-Wahrnehmung handelt es sich um die Entdeckung einer Möglichkeit vor dem Hintergrund der Wirklichkeit. Und diese Möglichkeit ist jeweils einmalig. Sie ist vergänglich. Aber auch nur sie ist vergänglich. Ist eine Sinnmöglichkeit einmal verwirklicht, ist der Sinn einmal erfüllt, so ist er es nämlich ein für allemal“ (ebd. S. 26f.).

Reker und Wong definieren in den 1980er Jahren Lebenssinn als Konstrukt, das sich aus folgenden drei Komponenten zusammensetzt: (1) kognitive Komponente, (2) motivationale Komponente und (3) affektive Komponente (vgl. Reker & Wong, 1988; Wong, 1998b; Reker, 2000). Die Autoren schlagen für die Erfassung des Konstrukts Lebenssinn ihr ‚structural components model‘ vor, das die oben genannten Komponenten integriert und von ihnen in vier Dimensionen eingeteilt wird. Dazu zählen (1) ‚structural components‘, (2) ‚sources of meaning‘, (3) ‚breadth of meaning‘ und (4) ‚depth of meaning‘ (vgl. Reker, 2000):

- **Structural Components**

Anhand der ersten Dimension beschreiben Reker und Wong die Notwendigkeit aller drei Komponenten, die das multidimensionale Sinnkonstrukt formen und zugleich in ihrer Gesamtheit eine Relevanz für Sinnerleben darstellen. Die kognitive Komponente bezieht sich auf das menschliche Streben, den Sinn der eigenen Lebensereignisse zu verstehen. Individuelle Werte, die für die Verfolgung bzw. Realisierung wesentlicher Lebensziele ausschlaggebend sind, stehen im Zentrum der motivationalen Komponente. Die dritte Komponente umfasst das Erleben von Gefühlen der Zufriedenheit und Erfüllung, die insbesondere durch das Erreichen von Zielen ausgelöst werden.

- **Sources of Meaning**

Diese Dimension gibt Aufschluss über die Frage nach dem Ursprung von Sinn. Die so genannten ‚Sinnquellen‘ beziehen sich auf unterschiedliche Bereiche oder persönliche Themen, die je nach Lebensphase variieren können. Zu den häufigsten Sinnquellen zählen laut den Autoren ‚Beziehungen‘, ‚Altruismus‘, ‚religiöse Aktivitäten‘, ‚kreative Aktivitäten‘, ‚persönliche Weiterentwicklung‘, ‚Tradition‘ oder ‚Naturverbundenheit‘, um hier nur einige exemplarisch zu erwähnen. Weitere empirische Befunde zeigt Schnell (im Druck) in ihrer Studie anhand einer repräsentativen Stichprobe (N=603). Den Ergebnissen zufolge korrelieren die Sinnquellen/Lebensbedeutungen ‚Generativität‘ ( $r=.67$ ), ‚Bewusstes Erleben‘ ( $r=.52$ ) und ‚Harmonie‘ ( $r=.50$ ) am stärksten mit Sinnerfüllung.

- **Breadth of Meaning**

Die Anzahl der verschiedenen Sinnquellen, durch die Sinn erfahren wird, gibt in dieser Dimension Auskunft über die so genannte ‚Breite des Sinns‘. Reker und Wong (1988) postulieren, dass mehrere unterschiedliche Sinnquellen verstärkend zum Sinnerleben beitragen und folglich eine größere Vielfalt zu mehr Sinnerfüllung führt. Dieses Postulat kann Schnell (im Druck) belegen, da Sinnerleben mit jeder zusätzlichen Sinnquelle ansteigt, jedoch flacht die Steigung ab fünf Sinnquellen ab. Schnell identifiziert in ihrer Studie 17% die keine Sinnquelle besitzen, 14%, die eine Sinnquelle aufweisen, rund 53%, die zwei bis acht Quellen beschreiben und 14%, die auf neun oder mehr Quellen zurückgreifen.

- **Depth of Meaning**

In der vierten Dimension dieses Modells wird auf die Qualität individueller Sinnerlebnisse Bezug genommen. Zentral ist die Frage, ob das Sinnerleben oberflächlich, flüchtig und ungenau oder tief, ganzheitlich und komplex ist. Laut Schnell (2008) bezieht sich die Tiefe auf den Grad der Selbsttranszendenz, die durch die Lebensbedeutungen realisiert werden. Die empirischen Befunde demonstrieren u. a., dass die Sinnerfüllung auf der tiefsten Ebene (6) deutlich höher ausgeprägt ist als auf allen anderen Ebenen ( $p < .001$ ).

Einen weiteren Definitionsansatz liefert Baumeister (1991), der den Lebenssinn anhand des semantischen Sinnes eines Wortes beschreibt. Das grundlegende Prinzip bei der Entstehung von Sinn ist laut Baumeister die Zusammenführung einzelner Teile in einen größeren sowie kohärenten Kontext, wodurch dieser eine Bedeutung zugeschrieben bekommt.

„The meaning in life is the same kind of meaning as the meaning of sentence in several important respects: having the parts fit together into a coherent pattern, being capable of being understood by others, fitting into a broader context, and invoking implicit assumptions shared by other members of the culture” (Baumeister, 1991, S. 16).

Reker (2000) betont in seiner Definition, wie einige Autoren vor ihm, die Wichtigkeit individuelle Erlebnisse in einem größeren Kontext zu verstehen. Ebenfalls hebt er den Prozess der Sinnfindung bzw. -konstruktion hervor, der durch das Vorhandensein von Kohärenzgefühlen und von Lebensinhalten unterstützt wird. Zusammenfassend definiert Reker (2000) Lebenssinn wie folgt:

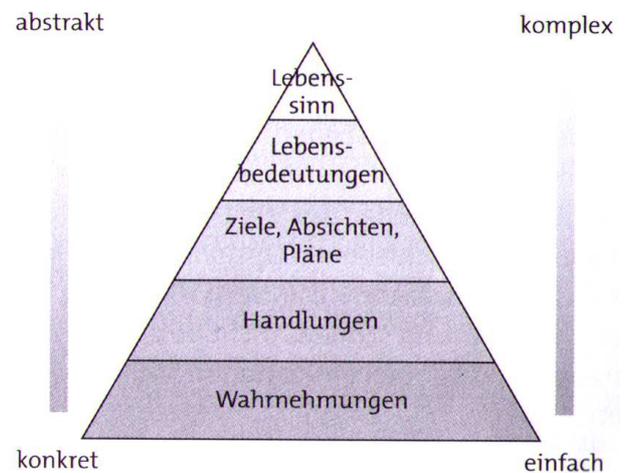
„Existential meaning is defined as the cognizance of order, coherence, and purpose in one's existence, the pursuit and attainment of worthwhile goals, and an accompanying sense of fulfillment. A person with a high degree of existential meaning has a clear life purpose, a sense of directedness, strives for goals consistent with life purpose, feels satisfied with past achievements, and is determined to make the future meaningful” (ebd. S. 41).

Schmitz (2005) beschreibt den Lebenssinn basierend auf dem handlungstheoretischen Forschungsstand als Konstrukt, das aus dem Begriff der Handlung entwickelt wird. Seine Definition lautet folgendermaßen:

„Danach ist Sinn die Bedeutung oder der Wert, den eine Handlung oder ein Projekt, in Hinblick auf einen größeren Zusammenhang, für jemanden hat, und Sinn ist die Bedeutung dieses größe-

ren Ganzen selbst; so bezeichnet Lebenssinn die Bedeutung oder den Wert, den das Leben für jemanden hat“ (Schmitz, 2005, S. 146).

Schnell und Becker (2007) orientieren sich bei ihrer Definition von Lebenssinn am hierarchischen Sinnmodell, das auch für diese wissenschaftliche Arbeit eine essenzielle Grundlage darstellt. Die Abbildung 3 verdeutlicht die verschiedenen Ebenen des hierarchischen Modells, auf denen Sinnstiftung möglich ist. Diese Ebenen werden mit zunehmender Höhe immer komplexer sowie abstrakter. Die elementare Ebene entspricht dem alltäglichen Wahrnehmungsprozess. „Erst



**Abbildung 3:** Hierarchisches Sinnmodell (Schnell & Becker, 2007, S. 13)

durch eine komplexe neuronale ‚Interpretation‘ anhand verschiedener Kriterien erhalten Reize, die wir über unsere Sinne wahrnehmen, eine Bedeutung – und somit Sinn...“ so Schnell und Becker (2007, S. 13). Die Ebene der Handlungen lässt sich laut den Autoren folgendermaßen erklären: Die Wahrnehmungen auf der ersten Ebene rufen Ziele, Absichten und Pläne hervor, die wiederum den „...sinnstiftenden übergeordneten Rahmen für auf Wahrnehmungen folgende Handlungen ausmachen“ (ebd. S. 13). Die Ziele, Absichten und Pläne der dritten Ebene werden wiederum als sinnstiftend erfahren, wenn sie mit den Lebensbedeutungen (siehe nächster Abschnitt) zusammenhängend, also kohärent sind. Die letzte und zugleich abstrakteste sowie komplexeste Ebene des Modells stellt der Lebenssinn dar, der entweder in Form der Sinnerfüllung oder als Sinnkrise (siehe Abschnitt 3.3) erfahren werden kann (vgl. Schnell & Becker, 2007). Zusammenfassend liefert Schnell (2009) eine umfangreiche Definition des Konstrukts Lebenssinn, die die Ansätze oben genannter Autoren adäquat integriert:

„Der Lebenssinn ist abstrakt, weil er aus einer Gesamteinschätzung des Lebens erwächst. Diese beruht auf einem nicht nur kognitiv verankerten, sondern auch affektiv getönten und in Handlungen verwirklichtem Selbst- und Weltbild. [...] Zentral für das Verständnis von Sinn ist weiterhin sein relationaler Charakter. Sinn eignet keinem Gegenstand und keiner Situation; er wird zugeschrieben. Daher ist Sinn per definitionem subjektiv. Ohne Einbezug der Innenperspektive der betreffenden Individuen kann Sinn nicht festgestellt werden. Aufgrund dieser evaluativen Eigen-

schaft muss Sinn ebenfalls als dynamisch angesehen werden; als Zuschreibung von Sinn oder Nicht-Sinn durch ein Individuum in einer ganz bestimmten Situation ist eine Festschreibung von Sinn nicht möglich“ (ebd. S. 103f.).

### 3.2.2 Lebensbedeutungen

Schnell und Becker (2007) bezeichnen das Konstrukt der Lebensbedeutungen als „...,Sinn im Vollzug‘; durch sie wird Sinn ergriffen oder geschaffen“ (ebd. S. 13). Es handelt sich demzufolge um grundlegende Bedeutungen oder Ausdrucksmöglichkeiten, die zentral und wichtig wahrgenommen werden sowie dem Lebenssinn Form geben. Weiters motivieren sie das eigene Denken, Erleben und Handeln und dienen als Orientierungsmöglichkeit (vgl. Schnell, 2004; Schnell & Becker 2007; Schnell, 2009). Im Gegensatz zum Konstrukt des abstrakten Lebenssinns können die Lebensbedeutungen laut den Autoren als bewusstseinsfähig und reflektierbar angesehen werden (vgl. Schnell & Becker, 2007).

Wie auch schon im Modell von Reker und Wong (1988) erwähnt worden ist, kann die Relevanz bestimmter Sinnquellen/Lebensbedeutungen in Bezug auf unterschiedliche Lebensphasen variieren. Außerdem werden auch den Dimensionen der Breite und Tiefe eine gewichtige Rolle bei der Erfassung des Konstrukts Lebenssinn beigemessen (vgl. Reker, 2000). Schnell (2008) fügt noch eine weitere Dimension ‚Balanciertheit‘ hinzu, die sich auf die Anzahl der Bereiche, denen die charakteristischen Lebensbedeutungen zugeordnet sind, beziehen. Die Autorin postuliert, dass die Dimension ‚Balanciertheit‘ ebenfalls in einem positiven Zusammenhang mit Sinnerfüllung steht (vgl. ebd.). In einer aktuellen Studie konnte Schnell (im Druck) u. a. belegen, dass rund 63% der 603 ProbandInnen ihre Lebensbedeutungen aus zwei bis fünf verschiedenen Dimensionen beziehen und lediglich 19% Lebensbedeutungen aus einer Dimension aufweisen. Den stärksten Anstieg zur Sinnerfüllung identifiziert die Autorin bei zwei bis drei Dimensionen.

Abschließend soll noch angemerkt werden, dass die Vielfalt der Lebensbedeutungen sowohl Orientierungen am Übernatürlichen, als auch Haltungen des Selbst- und Weltbilds umfassen (vgl. Schnell & Becker, 2007).

Laut Schnell und Becker sind 26 unterschiedliche Lebensbedeutungen für das Sinnerleben relevant und werden in dem Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn zusammengefasst (vgl. ebd.). Dieser Fragebogen wird im empirischen Teil dieser Diplomarbeit (siehe Kapitel 4) detaillierter erläutert.

### 3.3 Typen von Lebenssinn

Schnell und Becker (2007) verdeutlichen anhand des hierarchischen Sinnmodells, dass das Konstrukt Lebenssinn in verschiedenen Formen erlebbar ist. In bisherigen Forschungsarbeiten wurde davon ausgegangen, dass lediglich zwei Erlebensformen – Sinnerfüllung bzw. Sinnkrise – messbar sind. Aktuelle Studienergebnisse lassen jedoch auf einen dritten Typus ‚Existenzielle Indifferenz‘ schließen (vgl. Schnell, 2008; 2010; 2011).

Um ein ganzheitliches Verständnis des Konstrukts Lebenssinn zu gewährleisten, wird im Folgenden versucht, einen Überblick der einzelnen Sinn-Typen zu geben.

#### 3.3.1 Sinnerfüllung

Schnell (2008) definiert die Sinnerfüllung anhand des Ausmaßes, in dem das eigene Leben als sinnvoll und in einem übergeordneten Zusammenhang integriert wahrgenommen wird. „Meaningfulness is defined as a fundamental sense of meaning, based on an appraisal of one’s life as coherent, significant, directed, and belonging.“ (Schnell, 2010, S. 254).

Schnell und Becker (2007) beschreiben die Sinnerfüllung als Fähigkeit/Eigenschaft, die es ermöglicht, bestimmte Leistungen wie Wohlbefinden etc. zu erbringen. Das Konstrukt der Sinnerfüllung hat zunehmend Beachtung von ForscherInnen im klinischen und gesundheitspsychologischen Kontext bekommen, da dieses als Ressource verstanden wird und direkt oder indirekt als Moderatorvariable auf die psychische Gesundheit und Wohlbefinden einwirkt (vgl. Zika & Chamberlain, 1992). Weitere empirische Befunde stammen u. a. von Fleer, Hoekstra, Sleijfer, Tuinman und Hoekstra-Weebers (2006), die in ihrer Studie belegen konnten, dass für 343 Hodenkrebsüberlebende die Sinnerfüllung der wichtigste Prädiktor für psychosoziales Wohlbefinden darstellt.

#### 3.3.2 Sinnkrise

Der Typus der Sinnkrise kann laut Schnell und Becker (2007) als „...Ausdruck der subjektiven Wahrnehmung eines Sinnbruchs oder eines Mangels an Sinn“ (ebd. S. 14) definiert werden. „A judgment on one’s life as empty, pointless, and lacking meaning amounts to a crisis of meaning“ (Schnell, 2010, S. 254).

Im Gegensatz zum Konstrukt der Sinnerfüllung wird die Sinnkrise im klinischen Kontext als ein ‚Mangel an Lebensbewätigungskompetenz‘ angesehen (vgl. Schnell &

Becker, 2007). Schmitz (2005) sieht die Ursachen einer Sinnkrise in externen oder internen Ereignissen, die einen ‚Bruch des eigenen Kontinuitätserlebens‘ darstellen. Zu diesen Ereignissen zählen „...kritische Lebensereignisse, die Selbstdefinition betreffende Misserfolge, biologische Gefährdung (Krankheit, Unfall, Folter), die Diskreditierung der Selbstdefinition oder die Disorganisation der psychischen Operationen“ (ebd. S. 147). Weiters betont Schmitz, dass vielen Individuen erst durch das Erleben des Sinnverlustes, des Sinneinbruchs, der Sinnkrise und der Sinnlosigkeit die existenzielle Dimension von Lebenssinn erlebbar wird.

### 3.3.3 Existenzielle Indifferenz

Neben den zwei oben beschriebenen Typen Sinnerfüllung (hohe Sinnerfüllung, niedrige Sinnkrise) und Sinnkrise (hohe Sinnkrise, niedrige Sinnerfüllung) konnte Schnell (2008) einen weiteren Typus empirisch belegen. Der Typ ‚Existenzielle Indifferenz‘ ist dadurch gekennzeichnet, dass Individuen das eigene Leben nicht als sinnerfüllt erfahren, aber darunter auch nicht leiden (niedrige Sinnerfüllung, niedrige Sinnkrise). Theoretisch wäre noch ein vierter Typus, der sich durch eine hohe Sinnkrise und eine hohe Sinnerfüllung auszeichnet, ableitbar. Inhaltlich erscheint dieser Typus jedoch unplausibel, da er zwei widersprüchliche Erfahrungen beinhalten würde (vgl. Schnell, 2008).

Empirische Ergebnisse (vgl. Schnell, 2008; 2010) anhand repräsentativer Stichproben (N=603; N=135) verdeutlichen einerseits die enorme Verbreitung des dritten Typus in der Bevölkerung und andererseits interessante Zusammenhänge in Bezug auf die psychische Gesundheit sowie das Wohlbefinden. Die Autorin konnte mittels der ersten Studie (N=603) zeigen, dass sich die Häufigkeit der Sinn-Typen wie folgt verteilt: (1) Sinnerfüllung 61%, (2) Sinnkrise 4% und (3) Existenzielle Indifferenz 35%. Beachtenswert ist, dass die Werte der Dimensionen ‚vertikaler und horizontaler Selbsttranszendenz‘ bei den existenziell Indifferenten niedriger ausgeprägt sind als bei jenen, die unter einer Sinnkrise leiden. Demzufolge sind gravierende Unterschiede, vor allem in den Lebensbedeutungen ‚Selbsterkenntnis‘, ‚Spiritualität‘, ‚Explizite Religiosität‘ und ‚Generativität‘, zu erkennen. Schnell (2010) konnte in ihrer zweiten Studie (N=135) belegen, dass das Ausmaß der psychischen Gesundheit von existenziell Indifferenten ähnlich wie jenes der Sinnerfüllten ist. Außer bei der positiven Einstellung und der Lebenszufriedenheit zeigten sie geringere Werte auf, jedoch immer noch höhere Ausprägungen als jene in einer Sinnkrise.

### 3.4 Methoden der Sinnforschung

Zu der Methodik der Sinnforschung schreibt Reker (2000), dass empirisch gültige Aussagen über das Konstrukt Lebenssinn nur anhand reliabler und valider Messverfahren getätigt werden können. Nach den inspirierenden wissenschaftlichen Beiträgen von Frankl wurden zahlreiche Instrumente zur Operationalisierung für das Konstrukt Lebenssinn entwickelt (vgl. Reker, 2000). Ziel war es, Sinnerleben, Sinnerfüllung sowie Sinninhalte/quellen systematisch und wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht zu erfassen. Methodisch wurden zwei Bereiche voneinander differenziert: Einerseits wurde mittels quantitativer Verfahren, wie z. B. mit Fragebögen, geforscht. Andererseits wurden qualitative Verfahren verwendet, die beispielsweise Interviews oder persönliche Dokumente umfassen. Die meisten Messinstrumente sind innerhalb der quantitativen Methodik auffindbar. Im Folgenden werden exemplarisch ausgewählte Verfahren in chronologischer Reihenfolge beider Forschungsbereiche angeführt.

#### 3.4.1 Quantitative Methoden

- **Purpose in Life Test (PIL)**

Dieses international am häufigsten eingesetzte Verfahren wurde 1969 von Crumbaugh und Maholick entwickelt. Die theoretische Grundlage basiert auf Frankls Konstrukt des ‚existentiellen Vakuums‘ und ermöglicht die Operationalisierung von fehlender bis hin zu sehr hoher Sinnerfüllung. Der PIL besteht aus 20 Items, die auf einer eindimensionalen Einstellungsskala erfasst werden. Den Gütekriterien der quantitativen Forschung entsprechend gilt das Verfahren als reliabel (vgl. Reker, 2000). Laut Zika und Chamberlain (1992) besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem PIL und Messungen zu Extraversion, positiver Lebenseinstellung, Lebenszufriedenheit, Selbstkontrolle und emotionaler Stabilität sowie ein negativer Zusammenhang in Bezug auf Depressivität, Ängstlichkeit und Neurotizismus. Trotz der weiten Verbreitung des PIL wird er häufig von ForscherInnen kritisiert, so Schnell (2009). Als problematisch beschreibt sie die Konfundierung mit anderen Konstrukten, die faktoriellen Inkonsistenzen, die Anfälligkeit für soziale Erwünschtheit sowie die Konzeptualisierung von Sinn, da der PIL eine Vielzahl von Items enthält, die eher Lebenszufriedenheit als Sinnerfüllung erfassen (vgl. Schnell, 2008, 2009).

- **Life Regard Index (LRI)**

Der LRI stammt von Battista und Almond, die das Verfahren in den 1970er Jahren konzipiert haben. Debats (1998) beschreibt den theoretischen Hintergrund anhand eines relativistischen Modells, in welchem jedes Einstellungs- oder Glaubenssystem als Rahmen zur Entwicklung des persönlichen Lebenssinns dienen kann. Dieses multidimensionale Messinstrument besteht aus 28 Items, die sich in zwei sinnbezogene Subskalen differenzieren lassen: (1) ‚framework‘ und (2) ‚fulfilment‘. Die erste Skala dient der Erfassung des Ausmaßes der persönlichen Lebensziele, wohingegen die zweite Skala den Grad misst, inwieweit die persönlichen Lebensziele erreicht bzw. erfüllt worden sind (vgl. Reker, 2000). Die Evaluation des LRI zeigt, dass das Verfahren als reliabel und valide gilt, jedoch weisen die zwei Subskalen Überlappungen und hohe Korrelationen auf (vgl. Debats, 1998). Der LRI wird zwar als adäquates Instrument zur Operationalisierung von Lebenssinn angesehen, sollte aber durch zukünftige empirische Studien auf die zugrunde liegende Struktur hin differenzierter überprüft werden, so Reker (2000). Auch Schnell (2008, 2009) kritisiert den LRI, da einerseits die Skala der Erfüllung (fulfilment) ausschließlich allgemeines Wohlbefinden erfasst und es andererseits problematisch erscheint, dass von der Bewusstheit des persönlichen Lebenssinn ausgegangen wird.

- **Life Purpose Questionnaire (LPQ)**

1982 wurde der LPQ von Hablas und Hutzell entwickelt, die das Ziel eines ökonomischen Testinstruments für ältere Menschen verfolgten. Die theoretische Basis ist an das Konzept des PIL angelehnt, sodass auch der LPQ den Anspruch stellt, die Sinnerfüllung zu erfassen (vgl. Reker, 2000). Das Verfahren besteht aus 20 Items, gilt aber laut Reker (2000) psychometrisch als wenig robust und er merkt an, dass „... the LPQ has not been researched widely enough to warrant its use as an alternate measure to the more established PIL“ (S. 48).

- **Sense of Coherence Skale (SOC)**

Die SOC Skala wurde von Antonovsky Mitte der 1980er Jahre entwickelt und beruht auf dem salutogenetischen Konzept des Kohärenzsinn, der aus drei wesentlichen Komponenten besteht: (1) Verstehbarkeit, (2) Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit und (3) Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit. Die Skala umfasst 29

Items und weist insgesamt eine befriedigende Reliabilität auf (vgl. Antonovsky, 1997). Einige Autoren, unter anderem Chamberlain und Zika (1988), konnten die erwartete Faktorenstruktur der einzelnen Skalen nicht nachweisen. Laut Schnell (2009) können dem Messinstrument weitere konzeptuelle Schwächen angelastet werden, da die Skala Sinnhaftigkeit viele Items enthält, die eher Lebenszufriedenheit als Sinnerfüllung erheben.

- **Life Attitude Profile-Revised (LAP-R)**

1992 konstruierte Reker das multidimensionale LAP-R, das aus 48 Items besteht und als Ziel die Erfassung von Lebenssinn sowie die Erhebung der Motivation zur Erlangung des Lebenssinns hat. Dieses Verfahren basiert auf Frankls logotherapeutischen Konstrukten, wie dem ‚Wille zum Sinn‘, dem ‚existentielle Vakuum‘ und der ‚Verantwortlichkeit‘. Das LAP-R umfasst sechs Dimensionen, die in zwei Subskalen unterteilt werden: (1) ‚personal meaning index‘ und (2) ‚existential transcendence‘. Reker (2000) schreibt außerdem: „The Personal Meaning Index of the LAP-R appears to be a very reliable and valid measure of general meaning in life. In addition, the LAP-R offers the advantage of a multidimensional measure through which other facets of Frankl's logotherapy can be assessed in a single scale“ (S. 49).

- **Existenzskala (ESK)**

Das existenzialanalytische Verfahren ESK wurde von Längle, Orgler und Kundi (2000) entwickelt. Die ESK soll vorhandene existenzielle Kompetenzen, also Fähigkeiten für sinnvolle Lebensgestaltung, erheben. Aufgebaut ist das Verfahren in vier unterschiedliche Subskalen: (1) Selbst-Distanzierung, (2) Selbst-Transzendenz, (3) Freiheit und (4) Verantwortung. Die psychometrischen Eigenschaften scheinen den Gütekriterien standzuhalten. Schnell (2009) merkt an, dass die vier Skalen weder konzeptuell noch faktorenanalytisch eindeutig voneinander unterscheidbar sind, was zu Interpretationsschwierigkeiten führen kann. Des Weiteren werden mit der ESK keine Inhalte von Sinn erfasst, so Schnell (2009).

### 3.4.2 Qualitative Methoden

- **Meaning Essay Document (MED)**

Das Verfahren MED zählt zu den qualitativen Methoden der Sinnforschung, wurde 1980 von DeVogler und Ebersole entwickelt und basiert auf persönlichen Dokumenten. Ziel ist, eine persönliche Beschreibung der unterschiedlichen Sinnquellen zu erhalten, wobei die stärkste Sinnquelle einschließlich Beispiel dokumentiert werden soll. Ebersole (1998) erläutert, dass im Laufe weiterer Forschungsarbeiten acht Kategorien aus den gesammelten Berichten identifiziert werden konnten, dazu zählen: (1) ‚relationships‘, (2) ‚service‘, (3) ‚belief‘, (4) ‚obtaining‘, (5) ‚growth‘, (6) ‚health‘, (7) ‚life work‘ und (8) ‚pleasure‘. Außerdem zeigte sich durch weitere Entwicklungen, dass das Verfahren MED die Erfassung der Tiefe des Lebenssinns ermöglicht. Sinn, der umfassend diskutiert und spezifisch beschrieben wird, wird als tief angesehen. Oberflächlich wird hingegen jener Sinn betrachtet, der neu, unversucht oder unterentwickelt ist (vgl. Reker, 2000). Diesem qualitativen Messinstrument steht Reker (2000) kritisch gegenüber, zusammenfassend sieht er die mangelnde Validität der Kategorien, die konzeptuelle Unschärfe der Definition von Sinn sowie die fehlende theoretische Basis als problematisch an. Des Weiteren kritisiert er die Tatsache, dass mittels dieses Verfahrens nur die stärksten Sinnquellen erhoben werden und allen anderen potenziellen Sinnmöglichkeiten, die ebenso wichtige Faktoren für die Sinnerfüllung sein könnten, keine Beachtung geschenkt wird.

- **Implizite Theorien von Lebenssinn und Personal Meaning Profile (PMP)**

Wong (1998a) orientierte sich bei den impliziten Theorien von Lebenssinn an Alltagstheorien von Laien. Mittels der narrativen Methode versuchte Wong eine Beschreibung eines sinnvollen Lebens bzw. möglicher Sinninhalte, die im alltäglichen Leben essenziell erscheinen, zu erhalten. Anhand der ausgearbeiteten Dokumentationen identifizierte Wong sieben wesentliche Inhalte, die er selbst als ‚Königswege zum Sinn‘ bezeichnet. (1) ‚achievement‘, (2) ‚relationship‘, (3) ‚religion‘, (4) ‚self-transcendence‘, (5) ‚self-acceptance‘, (6) ‚intimacy‘ und (7) ‚fair treatment‘ zählen zu den zentralen Sinninhalten. Aufbauend auf diesen Faktoren entstand das PMP, das eigentlich zu den quantitativen Methoden zählt, mit 51 Items und mit dem Ziel, eine ‚prototypische Sinnstruktur‘ zu erfassen sowie deren Wichtigkeit, Breite und Balanciertheit (vgl. Schnell, 2009). Kritisch zu betrachten

ist laut Schnell die normative Funktion, die Wong aufgrund der Prototypikalität den Sinninhalten zuschreibt. „Ein solch rasterhaftes Verständnis von Sinn birgt jedoch die Gefahr [...] alle alternativen Sinninhalte abzuwerten bzw. ihnen die Funktion der Sinnstiftung abzusprechen“ (ebd. S. 109).

In Summe zeigt diese Auswahl von quantitativen und qualitativen Messverfahren, dass Sinnerleben, Sinnerfüllung sowie Sinninhalte/quellen unterschiedlich empirisch erfassbar sind. Die qualitativen Methoden haben größere Grenzen zu verzeichnen, u. a. weil der narrative Zugang, also speziell das Benennen von Sinnquellen oder Merkmalen von Sinn, keine Einblicke in die mögliche Sinnlosigkeit des Lebens erlaubt (vgl. Schmitz, 2005). Schmitz postuliert für die zukünftige Sinnforschung standardisierte und den Testgütekriterien genügende Verfahren, die auf repräsentativen Stichproben basieren und sowohl im ‚normalen‘ Lebenskontext als auch im Kontext kritischer Lebensereignisse erprobt sind (vgl. ebd.). In dieser vorliegenden Diplomarbeit wird u. a. das quantitative Verfahren von Schnell und Becker (2007) – Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe) – eingesetzt, dass diesem Postulat von Schmitz mehr als gerecht wird (siehe Abschnitt 4.1.1).

### 3.5 Aktuelle Forschungsberichte

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit den Anwendungsbereichen psychologischer Sinnforschung. Das Spektrum ist vielfältig, denn es sind empirischen Studien in der Persönlichkeitspsychologie, der Religionspsychologie sowie im Bereich der wirtschaftlichen und klinischen Psychologie auffindbar.

#### 3.5.1 Lebenssinn und Persönlichkeit

Im Folgenden werden Studienergebnisse aus dem Forschungskontext der Persönlichkeitspsychologie dargestellt, die den Fokus auf mögliche Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Persönlichkeit und Lebenssinn/Lebensbedeutungen legen. Hängt es von der Persönlichkeit ab, ob man sein Leben als sinnerfüllt erlebt, oder davon, welche Inhalte/Quellen dazu beitragen, dass das eigene Leben sinnvoll erscheint?

Schnell (2009) geht in ihrer Studie grundsätzlich von den weit verbreiteten Big Five Persönlichkeitseigenschaften – Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus – aus, orientiert sich inhaltlich aber an Beckers Vier-Plus-X-Modells (vgl. Becker, 2002), das die Eigenschaften Extraversion und Offenheit zusammenfasst. Anhand einer repräsentativen Stichprobe von N=170 ermittelte die Autorin positive Korrelationen zwischen Sinnerfüllung und den Persönlichkeitsfaktoren Gewissenhaftigkeit ( $r=.22$ ,  $p<.005$ ) und Extraversion/Offenheit ( $r=.19$ ,  $p<.01$ ) sowie eine negative Korrelation in Bezug auf Neurotizismus ( $r=-.15$ ,  $p<.05$ ). Diese Zusammenhänge liegen betreffend der Effektgrößen jedoch im geringen bis mittleren Bereich. Schnell (2009) schreibt zusammenfassend: „Insgesamt könnten die Big Four nur 11% der Varianz der Sinnerfüllung aufklären. Sinnerfüllung kann somit nicht substantiell durch Persönlichkeitseigenschaften vorhergesagt werden und ist als relativ unabhängig zu bezeichnen. Das Erleben von Sinn ist folglich nicht durch die Persönlichkeit determiniert“ (ebd. S. 281).

Bezug nehmend auf die zweite Frage, ob es von der Persönlichkeit abhängt, welche Sinninhalte/quellen das Leben sinnvoll machen, geben weitere Ergebnisse von Schnell (2009) Aufschluss. Unter den wesentlichen Ergebnissen befinden sich positive Korrelationen zwischen dem Persönlichkeitsfaktor Gewissenhaftigkeit und der Sinndimension ‚Ordnung‘ ( $r=.52$ ,  $p<.005$ ) – laut Schnell stellt diese Dimension das

‚inhaltliche Pendant‘ zur Gewissenhaftigkeit dar. Sehr gewissenhafte Personen schätzen jedoch Sinninhalte aller fünf Dimensionen als wichtig ein. Weiters zeigen sich positive Korrelationen bei dem Faktor Extraversion/Offenheit mit den Sinndimensionen ‚Wir- und Wohlgefühl‘ ( $r=.48$ ,  $p<.005$ ) und ‚Selbstverwirklichung‘ ( $r=.45$ ,  $p<.005$ ). Demzufolge bevorzugen extravertierte Personen Lebensbedeutungen wie beispielsweise ‚Gemeinschaft‘, ‚Spaß‘, ‚Herausforderung‘ oder ‚Kreativität‘. Diese Befunde lassen die Autorin zu dem Schluss kommen, dass sich Unterschiede in Persönlichkeitseigenschaften deutlich in der Wahl von Sinninhalte/quellen wiederfinden.

### 3.5.2 Lebenssinn und Religiosität, Spiritualität

Utsch und Kleins (2011) aktuellen Recherchen zufolge ist in den letzten zwei Jahrzehnten ein zunehmender Publikationstrend bei den Themen Religiosität und Spiritualität in den psychologischen Fachdatenbanken zu erkennen. Im Folgenden werden Fragen wie – Sind Religiosität und Spiritualität besondere Sinnquellen? Tragen sie zur psychischen Gesundheit bei? Trägt religiöses Coping zur besseren Stress-/Belastungsbewältigung bei? – beantwortet.

Laut Schnell (2008; 2011) sind Religiosität und Spiritualität besonders relevante Sinnquellen, denn in ihrer repräsentativen Stichprobe von 603 ProbandInnen zeigte sich, dass 49% der Befragten die Lebensbedeutungen ‚Spiritualität‘ (=nicht institutionalisierte Orientierung an einer anderen Wirklichkeit) und 35% ‚Explizite Religiosität‘ (=institutionalisierte Orientierung an einer Religion) als bedeutsam beschrieben. Außerdem erwiesen sie sich neben sieben anderen Lebensbedeutungen als signifikante Prädiktoren der Sinnerfüllung (Explizite Religiosität mit  $\beta=.19$ ,  $p<.001$ ; Spiritualität mit  $\beta=.11$ ,  $p<.002$ ). Die Autorin schreibt, dass beide Lebensbedeutungen besondere Merkmale, wie Zugehörigkeit zu einem größeren Ganzen, Bedeutungshaftigkeit, Orientiertheit, Kohärenz und Zentralität, aufweisen.

Weitere Studien, wie jene von Klein und Albani (2011a; 2011b), haben die Zusammenhänge zwischen Religiosität und psychischer Gesundheit untersucht. Ihre Forschungsarbeiten – speziell das integrative Wirkmodell – tragen einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der komplexen Wirkweisen von Religiosität auf die psychische Gesundheit bei. Basierend auf dem Diathese-Stress-Modell ist die psychische Befindlichkeit ein Resultat der Reaktion auf bestehende Anforderungen (z. B. Risikofak-

toren wie Alltagsstress oder kritische Lebensereignisse). Dieses Ergebnis hängt wiederum von der Interaktion verschiedener Faktoren ab. Zu diesen Faktoren zählen Prädispositionen wie individuelle Veranlagungen und Umweltfaktoren. Weiters zählt dazu die Nutzung gesundheitlicher Ressourcen. Klein und Albani (2011a; 2011b) führen an, dass Religiosität sowohl als soziale Ressource (z. B. religiöse Gemeinschaft oder Gottesvorstellung) als auch als individuelle Ressource (z. B. Selbstwert oder Werthaltungen) wirken kann. In dem Interaktionsprozess spielen auch noch Gesundheits- und Bewältigungsverhaltensweisen eine Rolle, die wiederum in einen religiösen Kontext eingebettet sein können (z. B. religiöses Coping). Diese Wechselbeziehung zwischen den verschiedenen Faktoren bedingt den individuellen psychischen Gesundheitszustand schlussendlich positiv oder negativ. Die Autoren fassen zusammen, dass Religiosität für die psychische Gesundheit auf vielerlei Weise wirksam sein kann. Die Palette reicht von Trost, Kraft, Vertrauen bis hin zu Angst und Druck. „...Religiosität kann, wie die Befundübersicht gezeigt hat, im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden Vieles, auch sehr Unterschiedliches bedeuten. Eines aber ist sie ganz sicher nicht: irrelevant“, so die Autoren (Klein & Albani, 2011b, S. 36).

Die Frage, ob religiöses Coping zu einer besseren Stress-/Belastungsbewältigung führt, kann durch die Meta-Analyse von Ano und Vasconcelles (2005) beantwortet werden. Unter dem Begriff des ‚religiösen Copings‘ verstehen ForscherInnen im Allgemeinen kognitive und verhaltensbezogene Techniken für die Bewältigung belastender Lebensereignisse, die aus einem spirituellen bzw. religiösen Kontext stammen. Unterschieden wird hierbei das positive religiöse Coping, das als potenziell hilfreiche Ressource angesehen wird, von dem negativen religiösen Coping, das als etwaiges Belastungspotential der Religiosität verstanden wird (vgl. Mehnert & Höcker, 2011; Klein & Lehr, 2011). In der Zusammenschau und Evaluation bisheriger Forschungsarbeiten von Ano und Vasconcelles (2005) gingen insgesamt 49 verschiedene Studien zu positivem und negativem religiösem Coping ein. Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse zeigen unter anderem, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen positivem religiösem Coping und einer besseren, gelingenden Belastungsbewältigung besteht (Effektgröße=.33,  $p < .01$ ). Dementsprechend erleben diese Personen typischerweise mehr posttraumatisches Wachstum, spirituelles Wachstum, positive Affekte und Selbstwertschätzung etc. Weiters konnten die Autoren belegen, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem negativen religiösen Coping und

schlechter Bewältigung gibt (Effektgröße=.22,  $p < .01$ ). Charakteristisch für diese Personen ist unter anderem das Erleben von mehr Depressivität, Ängstlichkeit und Stress. Zusammenfassend beschreiben Ano und Vasconelles die Forschungsergebnisse als Chance, die adaptiven sowie maladaptiven Funktionen von religiösem Coping für die Psychotherapie transparent zu machen, sodass möglicherweise Platz für hilfreiche ‚psychospirituelle Interventionen‘ ist.

### 3.5.3 Lebenssinn und Arbeit

Relevant für den empirischen Teil dieser Diplomarbeit ist unter anderem die Studie von Hoof und Schnell (2009), welche deshalb für den arbeitspsychologischen Anwendungsbereich exemplarisch herangezogen wird. Hoof und Schnell untersuchten die Sinnfindung im Kontext der Freiwilligenarbeit, wobei sie freiwillig Engagierte (N=168) mit der Allgemeinbevölkerung (N=603) verglichen. Zentrale Fragen waren: Gibt es Unterschiede zwischen den freiwillig Tätigen und der Allgemeinbevölkerung in Bezug auf ihre wahrgenommene Sinnerfüllung sowie auf die Art und das Ausmaß ihrer Lebensbedeutungen? Die Ergebnisse zeigen einen statistisch gesicherten Unterschied bei der Ausprägung der Sinnerfüllung zwischen den freiwillig Engagierten und der durchschnittlichen Allgemeinbevölkerung ( $M=3.56$ ,  $p < .001$  vs.  $M=3.11$ ,  $p < .001$ ). Die Autoren gehen davon aus, dass der Einsatz für Hilfsbedürftige als sinnvoll und sinnstiftend erlebt wird. Studien wie jene von Southwick und Kollegen (2006) konnten diese Annahme, dass Freiwilligenarbeit zur Stärkung der Sinnerfahrung führt, bereits empirisch belegen. Sie zeigten, dass ehrenamtliches Engagement bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen mit einer deutlichen Erhöhung des Sinnerleben sowie mit einem positive Heilungsprozess einhergeht (vgl. Southwick et al., 2006). Außerdem belegen Hoof und Schnell, dass freiwillig Engagierte höhere Ausprägungen als die Allgemeinbevölkerung in den Lebensbedeutungen ‚horizontale und vertikale Selbsttranszendenz‘ haben. Die Interessensbereiche dieser Personen reichen von ‚Generativität‘, ‚sozialem Engagement‘, ‚Natur‘, ‚Gesundheit‘ und ‚Selbsterkenntnis‘ bis hin zu ‚Spiritualität‘ und ‚Expliziter Religiosität‘. Freiwillig Engagierte weisen trotz der hoch ausgeprägten ‚Selbsttranszendenz‘ auch ein Interesse an der eigenen Selbstverwirklichung auf, die genauso ausgeprägt ist wie bei der Normalbevölkerung. Auch die Sinndimension ‚Wir- und Wohlgefühl‘ ist bei den Engagierten nicht geringer ausgeprägt. Hoof und Schnell betonen abschließend die Relevanz der Passung von persönlich essenziellen Lebensbedeutungen und Ar-

beitstätigkeiten in verschiedenen Organisationen, die zu einem sinnstiftenden Engagement beiträgt. Diese Studienergebnisse verdeutlichen somit, dass freiwilliges Engagement eine weitere mögliche Sinnquelle darstellen kann.

#### 3.5.4 Lebenssinn und kritische Lebensereignisse, Traumata

Kritische Lebensereignisse bzw. Krisen sind spezielle Entwicklungsaufgaben, die weder altersspezifisch noch normativ sind, so Schmitz (2005). Etymologisch betrachtet stammt der Begriff ‚Krise‘ von dem griechischen Wort ‚krísis‘ ab und bedeutet ‚Entscheidung/entscheidende Wendung‘ (vgl. Duden, Etymologie, 1997). Kritische Lebensereignisse, wie beispielsweise Tod eines nahe stehenden Menschen, Scheidung, Unfall, Krankheit u. ä. m., führen demzufolge zu einer entscheidenden Wendung im individuellen Lebensverlauf, die mit Belastungen verbunden sind und je nach inneren sowie äußeren Ressourcen als Herausforderung oder Bedrohung wahrgenommen und dem entsprechend weiter verarbeitet werden (vgl. Schmitz, 2005). Bezug nehmend auf die wissenschaftlichen Definitionen von Trauma (vgl. Abschnitt 2.1.2) wird ersichtlich, dass auch Traumata extrem belastende, existenziell bedrohliche, kritische Lebensereignisse darstellen können. Schmitz (2005) u. v. a. m. sind der Meinung, dass durch kritische Lebensereignisse die Sinnsuche ausgelöst werden kann. Individuen, die belastende Ereignisse erlebt haben, können den Sinn des eigenen Lebens in Frage stellen, gerade weil ihnen situationsspezifisch alles sinnlos erscheinen kann.

Im klinischen Forschungskontext ist die Annahme, dass die Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen bzw. Krisen zu positiven Veränderungen – also posttraumatischem Wachstum – führen kann, längst durch viele Studien empirisch belegt (vgl. Affleck & Tennen, 1996; Park, Cohen & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1995). Cann und Kollegen (2010) schreiben in ihrer Studie von mehr als 300 publizierten Studien in diesem Bereich, die jedoch auch einige Grenzen aufweisen. Um diese auszumerzen, versuchten die Autoren in ihrer Studie, sowohl positive als auch negative Veränderungen (engl. posttraumatic growth, PTG vs. posttraumatic depreciation, PTD) zu erfassen und als Prädiktoren für das psychische Wohlbefinden zu identifizieren. Unter anderem interessierten sie sich für folgende Forschungsfrage: Wie hängen PTG und PTD mit dem Lebenssinn zusammen? Anhand einer repräsentativen Stichprobe von N=118 konnten Cann und Kollegen zeigen, dass Sinnerfüllung

ein hoch signifikanter Prädiktor für PTG ist ( $\beta=.021$ ,  $p<.01$ ). Des Weiteren ergab die Regressionsanalyse einen negativen Zusammenhang von Sinnerfüllung und PTD ( $\beta=-.035$ ,  $p<.01$ ). Trotz der geringen Varianzaufklärung bezüglich der Sinnerfüllung nehmen die Autoren an, dass eine hohe Ausprägung von posttraumatischem Wachstum möglicherweise Sinnerfüllung unterstützt und vielleicht sinnstiftendes Verhalten, wie beispielsweise soziales Engagement, fördert.

Andere Studien haben sich mit Zusammenhängen zwischen dem posttraumatischem Wachstum und den drei Hauptsymptomen (Intrusionen, Vermeidung, Übererregtheit) der posttraumatischen Belastungsstörung auseinandergesetzt, so unter anderem auch Park, Chmielewski und Murch (2010). Park und KollegInnen untersuchten Intrusionen bei KrebspatientInnen (N=167) und beleuchteten dabei den möglichen ‚Puffereffekt‘ des posttraumatischen Wachstums und dessen Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden. Die Ergebnisse bestätigen den angenommenen ‚Puffereffekt‘, da eine hohe Ausprägung des posttraumatischen Wachstums die Beziehung zwischen Intrusionen und den verschiedenen Variablen des psychischen Wohlbefindens, wie z. B. positive Affekte, Lebenszufriedenheit und spirituelles Wohlbefühl, signifikant moderiert. Abschließend gehen die AutorInnen kurz auf die Sinnfindung ein und definieren diese als hilfreiche Ressource. Sie deuten an, dass Betroffene, die einen positiven Sinn in ihrer Krebserkrankung gefunden haben, auch vermehrt Wohlbefühl erleben. Zusammenfassend haben Park et al. (2010) gezeigt, dass posttraumatisches Wachstum eine empirisch bedeutende Rolle für das psychische Wohlbefühl nach einer Krebsdiagnose spielen kann. Die weitere Erforschung der adaptiven Funktion von Sinn im Kontext des posttraumatischen Wachstums halten sie vor allem für die psychotherapeutische Arbeit für sehr relevant. Van der Kolk und Kollegen beschreiben diese Relevanz wie folgt:

„Since the core problem in PTSD consists of a failure to integrate an upsetting experience into autobiographical memory, the goal of treatment is find a way in which people can acknowledge the reality of what has happened without having to re-experience the trauma... For this to occur merely uncovering memories is not enough: they need to be modified and transformed, i.e., placed in their proper context and reconstructed into neutral or meaningful narratives... treatment needs to address the effects of the trauma on people’s perceptions of themselves, and the world around them... Adaptive resolution to a stressful experience consists of the modification, or accommodation of one’s view of self and others that permits adaptive action and continued attention to the exigencies of daily life” (zitiert nach Park & Ai, 2006, S. 402).

## 4. Methodik

Dieses vierte Kapitel dient der Beschreibung der empirisch relevanten und eingesetzten Verfahren, der aufgestellten Hypothesen sowie der untersuchten Stichprobe.

### 4.1 Untersuchungsverfahren

#### 4.1.1 Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe)

Der Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn, kurz LeBe, wurde 2007 von Schnell und Becker entwickelt und setzt sich aus 151 Items zusammen. Er umfasst insgesamt 28 Skalen, davon dienen 26 Skalen der Erfassung unterschiedlicher Lebensbedeutungen, die sich in vier bzw. fünf Dimensionen zusammenfassen lassen und zwei Skalen dienen der Erhebung von Sinnerfüllung und Sinnkrise (vg. Schnell & Becker, 2007).

Laut den Autoren lassen sich die 26 Lebensbedeutungs-Skalen anhand folgender vier Dimensionen beschreiben: (1) ‚Selbsttranszendenz‘, (2) ‚Selbstverwirklichung‘, (3) ‚Ordnung‘ sowie (4) ‚Wir- und Wohlgefühl‘. Die erste Dimension lässt sich inhaltlich weiter differenzieren in: (1.1) ‚Vertikale Selbsttranszendenz‘ und (1.2) ‚Horizontale Selbsttranszendenz‘ (vgl. Schnell & Becker, 2007). Tabelle 2 gibt einen inhaltlichen Überblick über alle Dimensionen und die dazugehörigen Skalen.

- **Vertikale Selbsttranszendenz**  
Die ‚Vertikale Selbsttranszendenz‘ ist gekennzeichnet durch eine Orientierung an der jenseitigen Wirklichkeit. Dazu zählen Lebensbedeutungs-Skalen wie ‚Explizite Religiosität‘, die durch den Glauben an einen persönlichen Gott beschrieben wird, sowie ‚Spiritualität‘, für die eine Orientierung an einer übernatürlichen Wirklichkeit charakteristisch ist (vgl. Schnell & Becker, 2007).
- **Horizontale Selbsttranszendenz**  
Diese Dimension umfasst eine diesseitig orientierte Selbsttranszendenz. Darunter versteht man „...die engagierte Übernahme von Verantwortung für verschiedene Bereiche der Eigen-, Mit- oder Umwelt. Charakteristisch für diese Sinndimension ist ein aktives bis aktivistisches Eintreten für das als wichtig Erachtete“ (Schnell & Becker, 2007, S. 29). Dazu zählen Lebensbedeutungs-Skalen wie

‚Soziales Engagement‘, ‚Naturverbundenheit‘, ‚Gesundheit‘, ‚Selbsterkenntnis‘ und ‚Generativität‘.

- **Selbstverwirklichung**

Diese Dimension wird von den Autoren „...als charakteristische Sinnquelle der Moderne“ (ebd. S. 30) beschrieben. Sinngebende Haltungen und Aktivitäten beziehen sich hierbei auf Selbstbestimmung und Arbeit am Selbst, die sich in folgenden Skalen widerspiegeln: ‚Entwicklung‘, ‚Herausforderung‘, ‚Freiheit‘, ‚Individualismus‘, ‚Wissen‘, ‚Kreativität‘, ‚Leistung‘ und ‚Macht‘.

- **Ordnung**

Die Dimension ‚Ordnung‘ ist durch eine eher materielle und konservative Orientierung gekennzeichnet. Zentrale Schlüsselwörter dieser Sinndimension sind u. a. Festhalten an ‚vernünftigen‘ Weltanschauungen, Notwendigem, Werten und Normen oder Altbewährtem. Dies manifestiert sich in den Lebensbedeutungs-Skalen ‚Vernunft‘, ‚Bodenständigkeit‘, ‚Moral‘ und ‚Tradition‘ (vgl. ebd.).

- **Wir- und Wohlfühl**

Charakteristisch für die fünfte Dimension ist eine Orientierung am Bewahren und Fördern des eigenen wie auch fremden Wohlbefindens. Die Erhebung erfolgt über die Skalen ‚Gemeinschaft‘, ‚Fürsorge‘, ‚Liebe‘, ‚Harmonie‘, ‚Bewusstes Erleben‘, ‚Spaß‘ und ‚Wellness‘ (vgl. ebd.).

Neben diesen fünf Dimensionen und deren 26 Lebensbedeutungs-Skalen gibt es noch zwei Skalen – Sinnerfüllung und Sinnkrise –, die keine Sinninhalte erfassen und somit unabhängige Skalen darstellen. Die Skala Sinnerfüllung misst die Einschätzung des eigenen Lebens als bedeutsam und sinnvoll sowie die Zugehörigkeit zu einem größeren Ganzen. Folgende Items dienen unter anderem der Operationalisierung: „Ich erlebe das, was ich tue, als bedeutungsvoll; Ich fühle mich als Teil eines größeren Ganzen“ (Schnell & Becker, 2007, S. 32). Die Skala Sinnkrise erfasst laut den Autoren „...das Ausmaß des Leidens an einem Mangel an Sinn“ (ebd.). Typische Merkmale einer Sinnkrise sind: Empfindung von Leere, Sinnlosigkeit und erfolglose Suche nach Sinn. Beispielitems: „Mein Leben erscheint mir leer; Ich stecke in einer Sinnkrise“ (ebd.).

**Tabelle 2:** Zuordnung der Skalen zu den Dimensionen und inhaltliche Erläuterungen  
(Schnell & Becker, 2007, S. 25)

<b>Skala/Dimension</b>	<b>Inhaltliche Erläuterung</b>
Sinnerfüllung	Ausmaß, in dem das eigene Leben als sinnerfüllt wahrgenommen wird
Sinnkrise	Ausmaß des Leidens an empfundener Sinnlosigkeit des eigenen Lebens
<b>D1 Selbsttranszendenz</b>	
<b>D1_1 Selbsttr._vertikal</b>	
Explizite Religiosität	Sinn durch Religion und Glaube
Spiritualität	Sinn durch Orientierung an einer anderen Wirklichkeit und Schicksalsglaube
<b>D1_2 Selbsttr._horizontal</b>	
Soziales Engagement	Sinn durch aktives Eintreten für Gemeinwohl oder Menschenrechte
Naturverbundenheit	Sinn durch Einklang und Verbundenheit mit der Natur
Selbsterkenntnis	Sinn durch Suche nach und Auseinandersetzung mit dem Selbst
Gesundheit	Sinn durch Erhalt und Förderung von Fitness und Gesundheit
Generativität	Sinn durch Tun oder Erschaffen von Dingen mit bleibendem Wert
<b>D2 Selbstverwirklichung</b>	
Herausforderung	Sinn durch Suche nach Neuem, Abwechslung und Risiko
Individualismus	Sinn durch Individualität und Ausleben von Potenzialen
Macht	Sinn durch Kampf und Dominanz
Entwicklung	Sinn durch Zielstrebigkeit und Wachstum
Leistung	Sinn durch Kompetenz und Erfolg
Freiheit	Sinn durch Ungebundenheit und Selbstbestimmung
Wissen	Sinn durch Hinterfragen, Informieren und Verstehen dessen, was ist
Kreativität	Sinn durch Phantasie und schöpferische Gestaltung
<b>D3 Ordnung</b>	
Tradition	Sinn durch Festhalten an Ordnung, Bewährtem und Gewohnten
Bodenständigkeit	Sinn durch Pragmatismus und Anwendungsbezug
Moral	Sinn durch Orientierung an klaren Richtlinien und Werten
Vernunft	Sinn durch Abwägung und Rationalität
<b>D4 Wir- und Wohlgefühl</b>	
Gemeinschaft	Sinn durch menschliche Nähe und Freundschaft
Spaß	Sinn durch Humor und Vergnügen
Liebe	Sinn durch Romantik und Intimität
Wellness	Sinn durch Wohlgefühl und Genuss
Fürsorge	Sinn durch Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft
Bewusstes Erleben	Sinn durch Achtsamkeit und Rituale
Harmonie	Sinn durch Ausgewogenheit und Gleichklang mit sich selbst und anderen

Die Autoren des Fragebogens zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn beschreiben unter anderem folgende Gütekriterien:

- **Reliabilität**

Die Reliabilität der Skalen und Dimensionen des LeBe wurde mittels zwei verschiedener Methoden überprüft. Die internen Konsistenzen liegen zwischen  $\alpha=.65$  und  $.94$ , bei einem mittleren Wert von  $M=.81$ . Des Weiteren haben bisherige Retest-Reliabilitätsstudien auf eine Stabilität der Skalen/Dimensionen zwischen  $r=.83/.91$  (zwei Monate) und  $r=.72/.78$  (sechs Monate) hingewiesen (vgl. Schnell & Becker, 2007; Schnell, 2008).

- **Validität**

Unterschiedliche Validitätsstudien der Autoren haben ergeben, dass das Verfahren einerseits als inhaltsvalide bezeichnet werden kann, da die Augenscheinvalidität der Items durch 14 Experten abgesichert wurde. Andererseits erfüllt das Verfahren auch den Anspruch der Konstruktvalidität, da es mit zahlreichen verwandten und anderweitigen Konstrukten in Beziehung gesetzt wurde (z. B. SOC-Skala; ESK; SVS; NEO-PI-R etc.) Außerdem konnten die Autoren die Kriteriumsvalidität unter anderem anhand unterschiedlicher Stichproben (z. B. ehrenamtlich Tätige, alkoholabhängige Personen und Straftäter) belegen (vgl. Schnell & Becker, 2007).

#### 4.1.2 Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)

Das Posttraumatic Growth Inventory, abgekürzt PTGI, wurde 1996 von Tedeschi und Calhoun entwickelt. Das Verfahren besteht aus 21 Items, die sich in fünf Skalen zusammenfassen lassen. Die deutsche Version des PTGI stammt von Maercker und Langner (2001) und wurde in dieser wissenschaftlichen Arbeit zur Operationalisierung von posttraumatischem Wachstum verwendet.

Aufgrund der faktorenanalytischen Ergebnisse beschreiben die Autoren das Verfahren anhand dieser fünf Skalen: (1) ‚new possibilities‘, (2) ‚relating to others‘, (3) ‚personal strength‘, (4) ‚appreciation of life‘ sowie (5) ‚spiritual change‘ (siehe Abschnitt 2.7.2). Die zweite Skala wird beispielsweise mit folgenden Items erhoben: „Ich weiß jetzt, daß ich in schweren Zeiten auf andere Menschen zählen kann; Ich entwickelte

einen Sinn für die Verbundenheit mit anderen; Ich will meine eigenen Gefühle mehr ausdrücken; Ich habe Mitgefühl mit Anderen; Ich investiere jetzt mehr in meine Beziehungen; Ich erfuhre eine Menge darüber, wie gut Menschen sind; Ich akzeptiere, daß ich andere brauche“ (Maercker & Langner, 2001, S. 31).

Tedeschi und Calhoun (1996) weisen besonders auf folgende Gütekriterien hin:

- **Reliabilität**

Die Interne Konsistenz des PTGI beträgt  $\alpha=.90$  und liegt bei den Skalen zwischen  $\alpha=.67$  und  $.85$ . Die Retest-Reliabilität beläuft sich auf  $r=.71$  (2 Monate) und zeigt somit an, dass das Verfahren akzeptabel retestreliabel ist.

- **Validität**

Auch die verschiedenen Validitätsstudien der Autoren haben belegt, dass das PTGI als psychometrisches Verfahren den wissenschaftlichen Kriterien standhalten kann. Die Konstruktvalidität wurde beispielsweise mittels LOT oder NEO-FFI überprüft.

#### 4.1.3 Big Five Inventory (BFI-10)

Das Big Five Inventory, kurz BFI, dient zur Erfassung der fünf Persönlichkeitseigenschaften – Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit – und wurde von John und Kollegen in den frühen 1990er Jahren anhand von 44 Items entwickelt. Aus ökonomischen Gründen wurde das Verfahren 2007 von Rammstedt und John weiterentwickelt und besteht heute in seiner Kurzversion (BFI-10) aus 10 Items, die sich in fünf Skalen zusammenfassen lassen. Der BFI-10 liegt sowohl in einer englischen als auch in einer deutschen Version vor (vgl. Rammstedt & John, 2007).

Das BFI-10 besteht laut den Autoren aus fünf Skalen, die die fünf Persönlichkeitseigenschaften mit den je zwei stärksten Items des BFI-44 repräsentieren. So lauten beispielsweise die zwei Items für die Skala Extraversion: „Ich bin eher zurückhaltend, reserviert (-); Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig (+)“ (Rammstedt & John, 2007, S. 211).

Die Autoren beschreiben vor allem folgende relevante Gütekriterien (vgl. Rammstedt & John, 2007):

- **Reliabilität**

Die Überprüfung der Reliabilität erfolgte bei dem BFI-10 mittels Retest-Reliabilitätsstudien. Zwei unterschiedliche Stichproben (USA; Deutschland) ergaben eine Stabilität der Skalen zwischen  $r=.72$  (8 Wochen; USA) und  $r=.78$  (6 Wochen; Deutschland).

- **Validität**

Die Ergebnisse der Validitätsüberprüfungen belegen zufriedenstellende psychometrische Kennwerte. Besonders hervorgehoben wird die Konstruktvalidität, da solide Ergebnisse mit anderen etablierten Verfahren zur Erfassung des Fünf-Faktoren-Modells vorliegen (z.B. NEO-PI-R; TIPI).

Zur näheren Erläuterung der Gütekriterien sei an dieser Stelle auf die jeweiligen Manuale der einzelnen Autoren hingewiesen (vgl. Schnell & Becker, 2007; Tedeschi & Calhoun, 1996; Rammstedt & John, 2007).

## **4.2 Fragestellung und Hypothesen**

Im folgenden Abschnitt werden Überlegungen zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten der untersuchten TraumaprobandInnen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum aufgestellt. Außerdem werden die Hypothesen über die zu erwartenden Ausprägungen der Lebensbedeutungen und Persönlichkeitseigenschaften formuliert und die verwendeten statistischen Verfahren dargestellt. Daran anschließend befindet sich die Erläuterung der explorativen Fragestellung.

### **4.2.1 Hypothese 1**

#### **1a Lebensbedeutung Explizite Religiosität**

Im Abschnitt 2.8.2 wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Zuwendung zur Religion nach einem Trauma, wie dem Terroranschlag am 11. September 2001 in New York, von 90% der StudienteilnehmerInnen als Copingmechanismus genutzt wurde (vgl. Schuster et al., 2001). Weiters zeigen die Ergebnisse von Park, Cohen und Murch (1996), dass sowohl religiöses Coping als auch intrinsisch religiöses Commitment mit persönlichem Wachstum einhergehen. Auch die Meta-Analyse von Ano und Vasconcelles (2005), im Abschnitt 3.5.2, weist auf die adaptive Funktion des religiösen Copings hin und dessen positiven Zusammenhang mit posttraumatischem Wachstum.

Demzufolge wird erwartet, dass ProbandInnen mit einem posttraumatischen Wachstum eine höhere Ausprägung der Lebensbedeutung ‚Explizite Religiosität‘ aufweisen.

#### **1b Lebensbedeutung Spiritualität**

Ähnliche Ergebnisse werden durch Forschungsarbeiten wie jene von Cadell, Regehr und Hemsworth (2003) ersichtlich, da sie gezeigt haben, dass bei Hinterbliebenen nach Todesfällen Spiritualität mit einem hohen Ausmaß von posttraumatischem Wachstum einhergeht.

Es wird daher angenommen, dass ProbandInnen mit einem posttraumatischen Wachstum eine höhere Ausprägung der Lebensbedeutung ‚Spiritualität‘ aufweisen.

Zur Überprüfung der aufgestellten Erwartungen – H1a; H1b – wird eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) gerechnet, bei der die Lebensbedeutungs-Skalen ‚Explizite Religiosität‘, und ‚Spiritualität‘ als abhängige Variablen fungieren.

#### 4.2.2 Hypothese 2

In der Langzeitstudie von Poulin und KollegInnen (2009) konnte belegt werden, dass nach dem Kollektivtrauma 9/11 rund 57% der 1382 StudienteilnehmerInnen vermehrt soziales Engagement aufwiesen. Die größten Zunahmen zeigten sich in den Kategorien des prosozialen, religiösen sowie politischen Engagements. Hoof und Schnell (2009) zufolge wird der freiwillige Einsatz für Hilfsbedürftige als sinnvoll und sinnstiftend erlebt. Andere Sinnquellen, die Ehrenamtliche als essenziell beurteilen, sind unter anderem ‚Selbsterkenntnis‘, ‚Generativität‘, ‚Naturverbundenheit‘ und ‚Gesundheit‘. Auch Southwick und Kollegen (2006) konnten belegen, dass ehrenamtliches Engagement bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen mit einer Erhöhung des Sinnerlebens sowie mit einem positiven Heilungsprozess einhergeht.

Es wird erwartet, dass ProbandInnen mit einer hohen Ausprägung des posttraumatischen Wachstums höhere Werte auf der Lebensbedeutungs-Skala ‚Soziales Engagement‘ aufweisen.

Um den zu erwarteten Unterschied zu überprüfen, wird bei der Hypothese 2 eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) als statistisches Verfahren eingesetzt, wobei die Skala ‚Soziales Engagement‘ als abhängige Variable betrachtet wird.

#### 4.2.3 Hypothese 3

##### **3a Lebensbedeutung Gemeinschaft**

Wie bereits im Abschnitt 2.8.3 beschrieben wurde, spielt die soziale Unterstützung bzw. die persönlichen Beziehungen eine wesentliche Rolle im Kontext des posttraumatischen Wachstums. In den von Prati und Pietrantonio (2009) dargestellten Ergebnissen wurde deutlich, dass die soziale Unterstützung einen moderierenden Einfluss auf das Auftreten des posttraumatischen Wachstums hat. Schnell und Becker (2007) zufolge liegt der sinnstiftende Fokus der Lebensbedeutung ‚Gemeinschaft‘ in der „...Nähe zu anderen Menschen“ (S. 31). Die beiden Autoren schreiben Freundschaften sowie Beziehungspflege eine zentrale Rolle zu (vgl. ebd.).

Abzuleiten ist demzufolge die Erwartung, dass ProbandInnen mit einem posttraumatischem Wachstum höhere Ausprägungen auf der Lebensbedeutungs-Skala ‚Gemeinschaft‘ zeigen.

### **3b Lebensbedeutung Bewusstes Erleben**

Anhand der bereits gezeigten Forschungsarbeiten von Tedeschi und Calhoun (1995; 1996; 2004; 2006) wurde ersichtlich, dass das Konstrukt des posttraumatischen Wachstums aus fünf Bereichen besteht, wobei die ‚Intensivierung der Wertschätzung des Lebens‘ einer davon darstellt. Tedeschi und Calhoun zufolge ist eine Veränderung des Bewusstseins für das Wesentliche charakteristisch. So werden beispielsweise bisherige Prioritäten neu gesetzt und den ‚kleinen Dinge im Leben‘ mehr Beachtung geschenkt (vgl. Zoellner, Calhoun & Tedeschi, 2006). Laut Schnell und Becker (2007) ist die Lebensbedeutung ‚Bewusstes Erleben‘ „...durch Aufmerksamkeit und Besinnung gekennzeichnet“ (S. 32).

Es wird deshalb angenommen, dass ProbandInnen mit einem hoch ausgeprägtem posttraumatischem Wachstum höhere Werte auf der Lebensbedeutungs-Skala ‚Bewusstes Erleben‘ angeben.

Zur Überprüfung der Hypothese 3 dient die multivariate Varianzanalyse, wobei die Skalen ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ als abhängige Variablen fungieren.

#### **4.2.4 Hypothese 4**

Basierend auf den vorangegangenen Forschungsarbeiten, vor allem jenen von Tedeschi und Calhoun (1995; 1996), die diese zentralen Veränderungsbereiche identifiziert haben, lässt sich eine weitere Hypothese formulieren. Es wird erwartet, dass jede einzelne Lebensbedeutung wie ‚Explizite Religiosität‘, ‚Spiritualität‘, ‚Soziales Engagement‘, ‚Gemeinschaft‘ sowie ‚Bewusstes Erleben‘ signifikant zur Vorhersage des posttraumatischen Wachstum beiträgt.

Die Berechnung der Hypothese 4 findet mittels einer multiplen Regressionsanalyse statt, um die Vorhersagefähigkeit der Prädiktorvariablen ‚Explizite Religiosität‘, ‚Spiritualität‘, ‚Soziales Engagement‘, ‚Gemeinschaft‘ sowie ‚Bewusstes Erleben‘ und des posttraumatischen Wachstums zu überprüfen.

#### 4.2.5 Hypothese 5

##### **5a Sinnerfüllung**

Dass die ‚Sinnerfüllung‘ auch im klinischen Kontext eine bedeutende Rolle darstellt, haben mittlerweile einige ForscherInnen beschrieben (vgl. Zika & Chamberlain, 1992; Fleeer et al., 2006). Sie belegten u. a. den positiven Einfluss von ‚Sinnerfüllung‘ auf die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden. Cann und Kollegen (2010) legten in ihrer aktuellen Studie den Fokus auf posttraumatische Veränderungen und wiesen darauf hin, dass ‚Sinnerfüllung‘ ein hoch signifikanter Prädiktor für posttraumatisches Wachstum ist.

Dementsprechend lautet die Annahme, dass ProbandInnen, die das posttraumatische Wachstum erleben höhere Werte auf der Skala ‚Sinnerfüllung‘ aufweisen.

##### **5b Sinnkrise**

Laut Schnell und Becker (2007) wird im Gegensatz zur Lebensbedeutungs-Skala ‚Sinnerfüllung‘ die ‚Sinnkrise‘ im klinischen Kontext als eine Art ‚Mangel an Lebensbewältigungskompetenz‘ angesehen. Vergleicht man dies mit der wissenschaftlichen Definition von posttraumatischem Wachstum wird ersichtlich, dass posttraumatisches Wachstum ein Ergebnis des erfolgreichen Traumabewältigungsprozesses ist (vgl. Tedeschi & Calhoun, 2004).

Des Weiteren wird daher angenommen, dass jene Traumatisierte ohne posttraumatisches Wachstum eine höhere Ausprägung auf der Skala ‚Sinnkrise‘ zeigen.

Die postulierten Unterschiede zwischen ProbandInnen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum hinsichtlich der Ausprägung auf der Skala ‚Sinnerfüllung‘ sowie ‚Sinnkrise‘ von Hypothese 5 werden mittels einer MANOVA überprüft. Als abhängige Variablen dienen die zwei beschriebenen Skalen.

#### 4.2.6 Hypothese 6

Wie bereits im Abschnitt 2.7.3 beschrieben wurde, gehen Calhoun und Tedeschi (2006) in der aktuellsten Version ihres konzeptuellen Modells des posttraumatischen Wachstums davon aus, dass mehrere Faktoren beim Traumabewältigungsprozess beteiligt sind. Bedeutend in diesem Modell ist das Ausmaß der persönlichen und

kognitiven Auseinandersetzung mit der traumatischen Erfahrung. Calhoun und Tedeschi zufolge sind auch die Persönlichkeitseigenschaften Extraversion und Offenheit wesentliche Einflussfaktoren für das Eintreten des posttraumatischen Wachstums (vgl. ebd). Extravertierte Personen zeigen laut den Autoren u. a. die Tendenz aktiv und empfänglich für soziale Unterstützung zu sein. Personen mit einer hohen Ausprägung der Offenheit zeigen u. a. die Tendenz neuen Erfahrungen phantasievoll und offen bis hin zu positiv gegenüberzutreten (vgl. Tedeschi & Calhoun, 1995; 1996). Rammstedt (2007) weist in ihrer repräsentativen Studie u. a. auf mögliche Alterseffekte in Bezug auf Extraversion hin. So zeigte die Autorin, dass Extraversion mit zunehmender Lebensdauer ansteigt. Rammstedt identifizierte auch Geschlechtseffekte und zeigte, dass Frauen höhere Werte bei Offenheit angeben, als vergleichsweise Männer.

Es wird gemäß der Theorie von Calhoun und Tedeschi (2006) erwartet, dass ProbandInnen mit einem posttraumatischen Wachstum unabhängig vom Alter und Geschlecht höhere Ausprägungen in den Persönlichkeitseigenschaften Extraversion (H6a) und Offenheit (H6b) zeigen.

Zur Überprüfung der aufgestellten Erwartungen wird jeweils eine zweifaktorielle Varianzanalyse als statistische Verfahren eingesetzt, in denen Extraversion bzw. Offenheit als abhängige Variable fungieren. Neben der Gruppenzugehörigkeit, die der Faktor darstellt, zählen auch Alter bzw. Geschlecht zu weiteren Faktoren, sodass Interaktionseffekte ausgeschlossen werden können.

#### 4.2.7 Explorative Fragestellung

Zusätzlich zu den aufgestellten Hypothesen wird ermittelt, auf welchen anderen Lebensbedeutungs-Skalen sich Traumatisierte mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum unterscheiden.

**Tabelle 3:** Zusammenfassung der aufgestellten Hypothesen

Hypothese	Inhaltliche Erläuterung und statistischer Ausdruck
Hypothese 1 a & b	Pbn mit PTG weisen höhere Ausprägungen auf den Lebensbedeutungs-Skalen ‚Explizite Religiosität (ER)‘ und ‚Spiritualität (SP)‘ auf:  $\mu_{\text{Pbn mit PTG ERVSP}} > \mu_{\text{Pbn ohne PTG ERVSP}}$
Hypothese 2	Pbn mit PTG zeigen höhere Werte auf der Skala ‚Soziales Engagement (SO)‘:  $\mu_{\text{Pbn mit PTG SO}} > \mu_{\text{Pbn ohne PTG SO}}$
Hypothese 3 a & b	Pbn mit PTG weisen höhere Ausprägungen auf den Lebensbedeutungs-skalen ‚Gemeinschaft (GE)‘ und ‚Bewusstes Erleben (BE)‘ auf:  $\mu_{\text{Pbn mit PTG GEVBE}} > \mu_{\text{Pbn ohne PTG GEVBE}}$
Hypothese 4	Die Lebensbedeutungs-Skalen ‚Explizite Religiosität‘, ‚Spiritualität‘, ‚Soziales Engagement‘, ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ tragen zur Vorhersage von ‚posttraumatischem Wachstum (PTG)‘ bei:  $\beta_{\text{ERVSPVSOVGEVBE}} > 0$
Hypothese 5 a  b	Pbn die PTG erleben, weisen höhere Werte auf der Skala ‚Sinnerfüllung (SE)‘ auf:  $\mu_{\text{Pbn mit PTG SE}} > \mu_{\text{Pbn ohne PTG SE}}$  Pbn ohne PTG zeigen höhere Ausprägungen auf der Skala ‚Sinnkrise (SK)‘:  $\mu_{\text{Pbn ohne PTG SK}} > \mu_{\text{Pbn mit PTG SK}}$
Hypothese 6 a & b	Pbn mit PTG zeigen höhere Ausprägungen in den Persönlichkeitseigen-schaften Extraversion (EX) und Offenheit (OF):  $\mu_{\text{Pbn mit PTG EXVOF}} > \mu_{\text{Pbn ohne PTG EXVOF}}$

Pbn= ProbandInnen; PTG= Posttraumatic Growth/Posttraumatisches Wachstum

## **4.3 Stichprobe**

### **4.3.1 Datenerhebung**

Die Datenerhebung wurde mittels drei quantitativer Verfahren, die in diesem Kapitel bereits beschrieben wurden, durchgeführt. Diese drei Fragebogeninstrumente lagen den ProbandInnen entweder als ‚Papier und Bleistift-Version‘ oder als ‚Online-Version‘ zur Verfügung, wobei lediglich 15% der Rücklaufquote auf die ‚Online-Version‘ zurückzuführen sind. Die generelle Bearbeitungszeit nahm durchschnittlich 30 Minuten in Anspruch. Im Anhang A befindet sich zur Veranschaulichung ein Auszug der verwendeten Version. Als Auswahlkriterium für die Teilnahme an dieser klinischen Studie wurde ein Traumaerleben nach den DSM-IV Kriterien festgelegt. Aus ethischen Gründen war ein weiteres Kriterium eine absolvierte bzw. aktuell laufende Traumatherapie. Die Datenerhebung wurde in dem Zeitraum von März bis November 2011 durchgeführt, wobei ambulant sowie stationär tätige PsychotherapeutInnen eine Vermittlerrolle innehielten.

### **4.3.2 Datenbereinigung**

Die klinische Stichprobe setzt sich aus 70 ProbandInnen zusammen, wobei sich die endgültige Stichprobe nach der Selektion vier inadäquat ausgefüllter Fragebögen auf 66 ProbandInnen beläuft.

Der erhobene Datensatz wurde zu Beginn mittels SPSS (Version 15.0 und 18.0) auf Fehler in der Dateneingabe, eventuelle univariate und multivariate Ausreißer sowie die Normalverteilung der Skalen und Dimensionen überprüft und bereinigt.

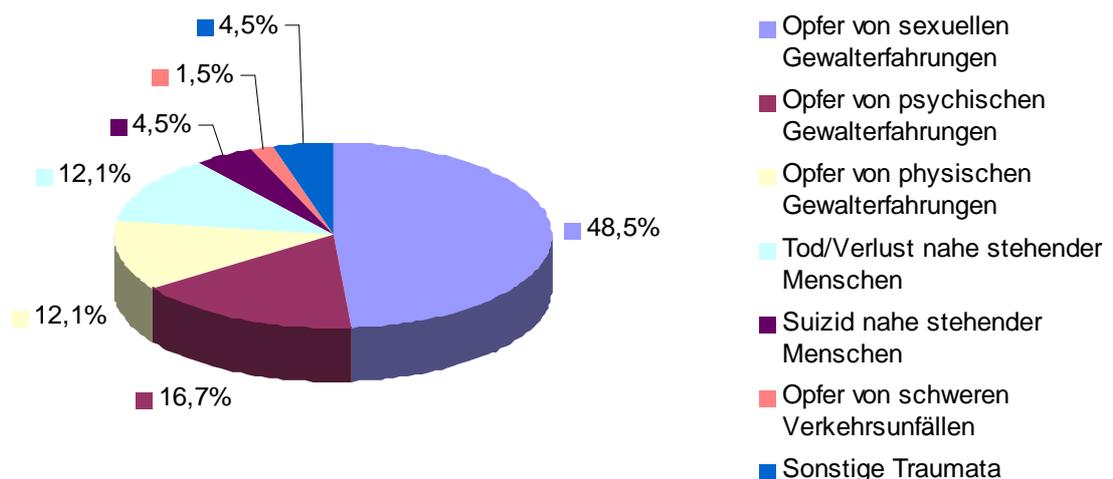
In der Datenmatrix konnten 26 univariate Ausreißer auf verschiedenen Skalen (siehe Anhang B) identifiziert werden. Diese Fälle überschritten einen extremen z-Wert von +/- 2,3 und wurden deshalb so verändert, dass sie nun eine Einheit über bzw. unter dem jeweils nächsten Extremwert liegen (vgl. Field, 2011). Weiters wurde der Mahalanobis Abstand zur Identifikation multivariater Ausreißer berechnet, jedoch enthielt die Datenmatrix keine multivariaten Ausreißer.

Bezug nehmend auf die Normalverteilung, zeigt die Überprüfung mittels Kolmogorow-Smirnow-Test und Shapiro-Wilk-Test, dass die meisten Skalen und Dimensionen annähernd normal verteilt sind. Einige (siehe Anhang C) weisen jedoch eine links- bzw. rechtssteile Verteilung auf, bei denen wurde eine Flächentransformation laut Tabachnick und Fidell (2007) unterzogen, sodass weitere parametrische Analysen durchführbar sind.

### 4.3.3 Soziodemographische und deskriptive Daten

An der vorliegenden Studie nahmen 55 Frauen und 11 Männer teil. Das Durchschnittsalter liegt bei 37 Jahren, bei einer Spannweite von 20 bis 70 Jahren. Mehr als die Hälfte aller ProbandInnen stammen aus Deutschland, 9,1% aus Österreich und 6,0% aus anderen Nationen wie Italien, Großbritannien, Luxemburg oder Iran. Den Familienstand betreffend geben 33,3% der ProbandInnen an alleine zu leben, 28,8% leben in Beziehungen, 27,3% sind verheiratet, 9,1% sind geschieden und 1,5% ist verheiratet, aber getrennt lebend.

Die Abbildung 4 zeigt die am häufigsten erlebten und meist belastenden Traumata beginnend mit sexuellen Gewalterfahrungen (48,5%), psychischen Gewalterfahrungen (16,7%), gefolgt von physischen Gewalterfahrungen (12,1%) und Tod/Verlust nahe stehender Menschen (12,1%), sowie Suizid nahe stehender Menschen (4,5%) als auch schwere Verkehrsunfälle (1,5%). Zu den restlichen 4,5% zählen sonstige Traumata wie Zeuge von physischen Gewalterfahrungen oder Krankheitsdiagnosen. 51 ProbandInnen der gesamten Stichprobe weisen dabei das Typ-II-Trauma auf, da sie ein mehrfach auftretendes Ereignis, das sich über einen längeren Zeitraum hinzieht, beschreiben. 15 ProbandInnen berichten hingegen von einem einmaligen Ereignis (Typ-I-Trauma). Der Zeitpunkt des Traumas liegt bei den meisten ProbandInnen (65,2%) mehr als zehn Jahre zurück.



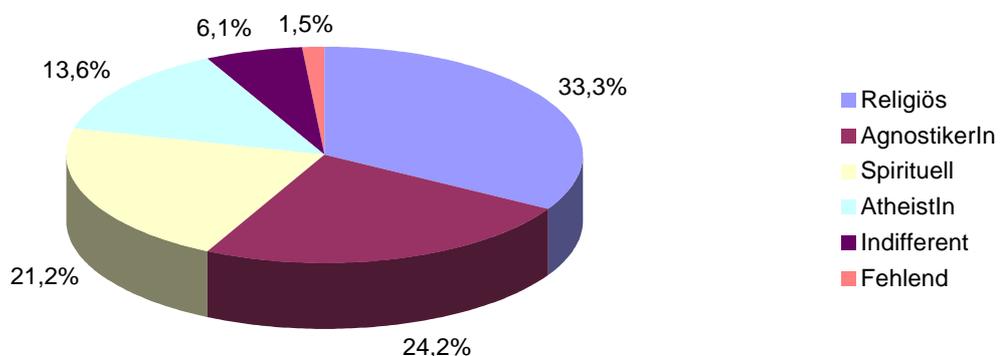
**Abbildung 4:** Häufigkeitsverteilung der erhobenen Traumata

Bezug nehmend auf die psychotherapeutische Behandlung geben je 13,6% an verhaltenstherapeutische Traumatherapie sowie neurobiologische Traumatherapie (EMDR) in Anspruch genommen zu haben. 9,1% geben an psychodynamische Traumatherapie (MITT, PITT) gemacht zu haben. Mehr als die Hälfte der ProbandInnen kreuzt lediglich sonstige Psychotherapie an, was möglicherweise auf fehlendes Wissen bzw. Interesse zurückzuführen sein könnte.

Die Dauer der verschiedenen in Anspruch genommenen Traumatherapien variiert zwischen drei Monaten (16,7%), sechs Monaten (7,6%), einem Jahr (15,2%) und mehr als einem Jahr (51,5%).

Betrachtet man die Religionszugehörigkeit der 66 ProbandInnen so wird ersichtlich, dass lediglich die Hälfte aller ProbandInnen einer Religion angehört und sich durchschnittlich nur mit einer Ausprägung von 2,1 dazugehörig fühlen. Mit 25,7% beschreiben sich die Meisten als evangelisch, wovon 7,5% einer evangelischen Freikirche angehören, als römisch katholisch sehen sich 18,2% und dem Buddhismus sowie den Zeugen Jehovas zugehörig fühlen sich je 1,5%.

Bei differenzierter Betrachtung der Selbstbezeichnung bezüglich der religiösen Orientierung, abgelöst von institutionellen Formen, geben 33,3% aller ProbandInnen an religiös zu sein, 24,2% bezeichnen sich als AgnostikerInnen, 21,2% sind spirituell orientiert, 13,6% sehen sich als AtheistInnen und 6,1% sind Indifferent. Die Abbildung 5 veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung dieser religiösen Orientierung. Im Anhang D befinden sich zusätzliche Tabellen und Abbildungen zur Darstellung der beschriebenen soziodemographischen Variablen.



**Abbildung 5:** Häufigkeitsverteilung der religiösen Orientierung

Diese klinische Stichprobe (N=66) wurde für die folgende Studie mittels dem Cut-Off-Summenwert von 42 des PTGI (vgl. Tedeschi & Calhoun, 1996) in zwei Gruppen aufgeteilt: (1) ProbandInnen ohne posttraumatisches Wachstum (N=31) und (2) ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum (N=35).

An dieser Stelle sollen kurz die relevanten soziodemographischen und deskriptiven Daten der ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum geklärt werden. Diese zweite Gruppe besteht aus 27 Frauen und 8 Männern, wobei das Durchschnittsalter 38 Jahre, bei einer Spannweite von 20 bis 60 Jahren beträgt. Die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen erlebten Traumata ist ähnlich wie in der gesamten Stichprobe. Am häufigsten wurden sexuelle Gewalterfahrungen erlebt (12x), gefolgt von psychischen Gewalterfahrungen (9x), Tod und Verlusterfahrungen nahe stehender Menschen wurde von 7 ProbandInnen berichtet, Suizid nahe stehender Menschen sowie Verkehrsunfälle wurden je 1x und sonstige Traumata 2x genannt. Ebenfalls wie in der Gesamtstichprobe weisen die Meisten ein Typ-II-Trauma auf, 10 ProbandInnen beschreiben ein Typ-I-Trauma. Auch der Zeitpunkt der Traumatisierung liegt bei über der Hälfte mehr als 10 Jahre zurück.

Tabelle 4 enthält deskriptive Daten wie Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD), t-Werte sowie Signifikanzniveaus für alle Skalen beider Gruppen

**Tabelle 4:** Mittelwerte, Standardabweichungen, T-Werte und Signifikanzniveaus für alle Skalen beider Gruppen, N=66

LeBe Skalen PTGI Skalen BFI-10 Skalen	PTG_Groupen	Mittelwert M	Standardabweichung SD	T	Signifikanz
Sinnerfüllung	1=Pbn ohne PTG	1,25	1,14	-4,758	,000
	2=Pbn mit PTG	2,63	1,21		
Sinnkrise	1	3,30	1,51	5,238	,000
	2	1,50	1,30		
Soz. Engagement	1	2,43	,97	-2,295	,025
	2	2,96	,90		
Exp. Religiosität	1	1,17	1,72	-1,406	,165
	2	1,73	1,52		
Naturverbundenheit	1	2,59	1,51	-2,478	,016
	2	3,39	1,11		
Selbsterkenntnis	1	3,01	1,12	-2,177	,034
	2	3,53	,80		
Gesundheit	1	2,01	1,02	-3,412	,001
	2	2,92	1,13		
Generativität	1	1,89	1,15	-3,377	,001
	2	2,78	,98		

Spiritualität	1	1,99	1,25	-1,979	,052
	2	2,59	1,24		
Herausforderung	1	2,47	1,42	,075	,941
	2	2,45	,88		
Individualismus	1	2,61	1,08	-1,861	,069
	2	3,04	,70		
Macht	1	1,83	1,27	-2,431	,018
	2	2,51	1,02		
Entwicklung	1	3,01	1,08	-2,554	,013
	2	3,61	,79		
Leistung	1	3,06	1,19	,841	,403
	2	2,82	1,08		
Freiheit	1	3,20	1,36	,172	,864
	2	3,15	1,06		
Wissen	1	3,34	,95	-1,255	,214
	2	3,62	,83		
Kreativität	1	2,63	1,21	-2,435	,018
	2	3,30	1,03		
Tradition	1	2,58	,89	-,887	,379
	2	2,79	,95		
Bodenständigkeit	1	2,92	1,02	-1,045	,300
	2	3,15	,70		
Moral	1	3,57	,91	-,452	,653
	2	3,66	,80		
Vernunft	1	2,96	1,10	-,752	,455
	2	3,15	,93		
Gemeinschaft	1	2,21	1,18	-4,023	,000
	2	3,29	,99		
Spass	1	2,12	1,12	-3,508	,001
	2	3,03	,99		
Liebe	1	1,72	1,18	-3,698	,000
	2	2,83	1,25		
Wellness	1	2,15	1,31	-2,077	,042
	2	2,76	1,07		
Fürsorge	1	3,60	1,24	-,621	,538
	2	3,76	,77		
Bew. Erleben	1	1,95	1,04	-3,454	,001
	2	2,77	,91		
Harmonie	1	3,07	,72	-2,607	,011
	2	3,56	,80		
Neue Möglichkeiten	1	1,24	,64	-11,861	,000
	2	3,41	,84		
Soz. Beziehungen	1	1,58	,72	-8,107	,000
	2	3,29	,96		
Persönliche Stärke	1	1,29	,88	-8,451	,000
	2	3,34	1,06		
Wertschätzung	1	1,22	,93	-9,632	,000
	2	3,47	,96		
Spirituelles Bewusstsein	1	,77	1,31	-4,171	,000
	2	2,33	1,71		

Extraversion	1	1,39	1,37	-2,502	,015
	2	2,21	1,31		
Gewissenhaftigkeit	1	3,40	1,36	-,420	,676
	2	3,54	1,34		
Verträglichkeit	1	2,56	1,08	-,426	,672
	2	2,67	,96		
Neurotizismus	1	4,18	,98	2,764	,007
	2	3,39	1,30		
Offenheit	1	3,10	1,22	-3,013	,004
	2	3,91	,98		

Pbn= ProbandInnen; PTG= Posttraumatic Growth/Posttraumatisches Wachstum; N= Stichprobengröße

Im Anhang E befinden sich Korrelationen aller Skalen mit den soziodemographischen Variablen.

## 5. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die zuvor aufgestellten Unterschieds- bzw. Zusammenhangshypothesen sowie die explorative Fragestellung überprüft und die Ergebnisse ausführlich dargestellt, sowie teilweise mittels Tabellen und Abbildungen veranschaulicht. Abschließend werden dann alle Befunde der Studie in einer komprimierten Zusammenfassung aufgelistet.

### 5.1 Ergebnisse zu Hypothese 1

Um die Unterschiede auf den Lebensbedeutungs-Skalen ‚Explizite Religiosität‘ und ‚Spiritualität‘ zwischen den ProbandInnen mit und ohne posttraumatischem Wachstum festzustellen, wurde eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA), in der das Geschlecht und das Alter als Kovariaten kontrolliert wurden, berechnet. Zwei abhängige Variablen wurden verwendet: (1) ‚Explizite Religiosität‘ und (2) ‚Spiritualität‘, als unabhängige Variable fungierte die jeweilige Gruppenzugehörigkeit. Einleitend wurden alle notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung der MANOVA wie Normalverteilung, Ausreißer, Linearität, Multikollinearität sowie Homogenität der Varianz-Kovarianz Matrizen getestet und bestätigt.

Bei Betrachtung von Wilks' Lambda=.94 tritt kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den abhängigen Variablen und der Gruppenzugehörigkeit auf:  $F(2,61)=1.87$ ,  $p<.164$ , partiell  $\eta^2=.058$ .

Auch bei differenzierter Betrachtung der einzelnen abhängigen Variablen (siehe Tabelle 5) wird deutlich, dass kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppenzugehörigkeit und der Skala ‚Spiritualität‘ [ $F(1,62)=3.70$ ,  $p<.059$ , partiell  $\eta^2=.056$ ] sowie ‚Explizite Religiosität‘ [ $F(1,62)=1.99$ ,  $p<.164$ , partiell  $\eta^2=.031$ ] besteht. Anhand Tabelle 4 wird trotz statistisch nicht signifikanter Mittelwertsdifferenzen ersichtlich, dass bei ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum eine tendenziell höhere Orientierung an ‚Spiritualität‘ als bei ProbandInnen ohne posttraumatischem Wachstum vorliegt. Auf der Lebensbedeutungs-Skala ‚Explizite Religiosität‘ sind ebenfalls jene Traumatisierte mit posttraumatischem Wachstum tendenziell höher ausgeprägt.

**Tabelle 5:** F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der Lebensbedeutungen ‚Spiritualität‘ und ‚Explizite Religiosität‘, N=66

Abhängige Variable	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Spiritualität	1	5,879	3,698	,059	,056
Explizite Religiosität	1	5,227	1,986	,164	,031

Die Schlussfolgerung der Ergebnisse lautet, dass beide Teile (H1a, H1b) dieser ersten Hypothese statistisch nicht bestätigt werden konnten. Bei beiden Lebensbedeutungen ‚Spiritualität‘ und ‚Explizite Religiosität‘ wurden höhere Ausprägungen bei den ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum gegenüber der Vergleichsstichprobe erwartet. Es muss jedoch festgehalten werden, dass diese Annahme statistisch nicht abgesichert werden konnte.

## 5.2 Ergebnisse zu Hypothese 2

Um den Unterschied auf der Lebensbedeutungs-Skala ‚Soziales Engagement‘ zwischen den ProbandInnen mit und ohne posttraumatischem Wachstum zu identifizieren, wurde eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) berechnet. Zusätzlich wurden das Geschlecht und das Alter als Kovariaten kontrolliert.

Das statistisch signifikante Ergebnis von  $F(1,62)=4.31$ ,  $p<.042$ , partiell  $\eta^2=.065$  weist auf einen signifikanten Unterschied zwischen der abhängigen Variable und der unabhängigen Variable hin (siehe Tabelle 6). Die Größe der Effektstärke von partiellen  $\eta^2=.065$  kann hierbei als mittlerer Effekt bezeichnet werden. Die Mittelwertsdifferenz aus Tabelle 4 verdeutlicht die stärkere Ausprägung des ‚Sozialen Engagements‘ bei ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum zur Vergleichsstichprobe.

**Tabelle 6:** F-Wert, Signifikanzniveau, Effektstärke der Lebensbedeutung ‚Soziales Engagement‘, N=66

Abhängige Variable	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Soziales Engagement	1	3,833	4,308	,042	,065

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass für Menschen, die ein posttraumatisches Wachstum erleben ‚Soziales Engagement‘ eine wesentliche Sinnresource darstellt, da ihr im Vergleich zu Menschen ohne posttraumatisches Wachstum ein höherer Stellenwert beigemessen wird. Die aufgestellte Hypothese 2 kann hiermit bestätigt werden.

### 5.3 Ergebnisse zu Hypothese 3

Zur Überprüfung der Annahmen zu Hypothese 3 wurde wiederum eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA), mit den Kovariaten Geschlecht und Alter durchgeführt. Die Lebensbedeutungs-Skalen ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ dienten als abhängige Variablen, wobei die Gruppenzugehörigkeit – ProbandInnen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum – die unabhängige Variable darstellte. Erneut wurden alle notwendigen Voraussetzungen für eine MANOVA überprüft und bestätigt. Wilks' Lambda=.76 weist auf eine statistisch hoch signifikante Differenz zwischen ProbandInnen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum in Bezug auf die Kombination der abhängigen Variablen:  $F(2,61)=9.59$ ,  $p<.000$ , partiell  $\eta^2=.239$ .

Bei separater Betrachtung der abhängigen Variablen zeigen sich signifikante Unterschiede bei beiden Lebensbedeutungs-Skalen ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘. In Tabelle 7 sind die dazugehörigen F-Werte, Signifikanzen und Effektstärken abgebildet. Die allesamt respektablen Effektstärken unterstreichen zusätzlich die Bedeutung des Einflusses der Gruppenzugehörigkeit. Bezug nehmend auf die Mittelwerte wird ersichtlich, dass alle Mittelwerte der ProbandInnen mit posttraumatisches Wachstum deutlich höher als vergleichsweise die Mittelwerte jener ohne posttraumatisches Wachstum sind (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 7:** F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der Lebensbedeutungen ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘, N=66

Abhängige Variable	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Gemeinschaft	1	18,416	15,694	,000	,202
Bewusstes Erleben	1	9,739	10,314	,002	,143

Alles in allem gilt, dass die Lebensbedeutungen ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ von Menschen mit posttraumatischem Wachstum als relevante Sinnressourcen beurteilt werden und im Vergleich zu jenen ohne posttraumatischem Wachstum einen höheren Stellenwert einnehmen. Die aufgestellte Hypothese 3 kann hiermit als bestätigt angesehen werden.

#### **5.4 Ergebnisse zu Hypothese 4**

Um die Prädiktorvariablen ‚Explizite Religiosität‘, ‚Spiritualität‘, ‚Soziales Engagement‘, ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ in Beziehung zu posttraumatischem Wachstum zu untersuchen, wurde eine multiple Standard Regression gerechnet. Gemäß den Leitlinien von Tabachnick und Fidell (2007) ist für die Berechnung solch einer Regressionsanalyse mit fünf unabhängigen Variablen ein N von 90 notwendig. Aufgrund der Tatsache, dass bei dieser Studie lediglich ein mittelgroßes N von 66 vorliegt und die Voraussetzungen gewahrt bleiben sollen, wurden hier zwei Regressionsanalysen durchgeführt. Die Skalen wurden nach ihren jeweiligen Dimensionen unterteilt, so ergab sich für die erste multiple Standard Regression folgende Kombination der unabhängigen Variablen: (1) ‚Explizite Religiosität‘, (2) ‚Spiritualität‘ (=vertikale Selbsttranszendenz) und (3) ‚Soziales Engagement‘ (=horizontale Selbsttranszendenz). Die unabhängigen Variablen der zweiten multiplen Standard Regression sind zwei Skalen der Dimension ‚Wir- und Wohlfühl‘: (1) ‚Gemeinschaft‘ und (2) ‚Bewusstes Erleben‘. Des Weiteren wurden auch noch andere notwendige Voraussetzungen wie die Normalverteilung, Ausreißer, Multikollinearität, Linearität und die Homogenität der Varianzen getestet und bestätigt.

In diesem ersten Modell ergibt die vorliegende Kombination der Variablen ein Bestimmtheitsmaß von  $R^2=.186$  und weist ein hohes Signifikanzniveau ( $p<.005$ ) auf. Anhand dieser Kombination der Variablen ist es immerhin möglich 18,6% der Varianz von posttraumatischem Wachstum vorherzusagen.

Bei separater Betrachtung der einzelnen Regressionsgewichte zeigt sich, dass die Lebensbedeutungs-Skala ‚Soziales Engagement‘ am meisten zum posttraumatischem Wachstum beiträgt ( $\beta=.277$ ,  $p<.022$ ). Geringere und nicht signifikante Prädiktoren für posttraumatisches Wachstum sind wider Erwartens die Skalen ‚Explizite Religiosität‘ ( $\beta=.151$ ,  $p<.334$ ) und ‚Spiritualität‘ ( $\beta=.181$ ,  $p<.240$ ). In Tabelle 8 sind die standardisierten Koeffizienten ( $\beta$ ) und die Signifikanzen für die klinische Stichprobe angeführt.

**Tabelle 8:** Standardisierte Koeffizienten ( $\beta$ ), Signifikanzen des Modells 1 zu Hypothese 4, N=66

Modell		Standardisierte Koeffizienten	Signifikanz
		Beta	
1	(Konstante)		,088
	Explizite Religiosität (transformiert)	,151	,334
	Spiritualität	,181	,240
	Soziales Engagement	,277	,022

Mittels der zweiten multiplen Standard Regressionsanalyse wird die Kombination von den vorliegenden Variablen bei einem Bestimmtheitsmaß von  $R^2=.388$ ,  $p<.000$  höchst signifikant. Bezug nehmend auf die Varianzaufklärung bedeutet diese Kombination der Variablen eine Aufklärung von 38,8%.

Betrachtet man die einzelnen Regressionsgewichte (siehe Tabelle 9) zeigt sich, wie erwartet, dass die beiden Skalen ‚Gemeinschaft‘ ( $\beta=.474$ ,  $p<.000$ ) und ‚Bewusstes Erleben‘ ( $\beta=.237$ ,  $p<.038$ ) einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage von posttraumatischem Wachstum leisten. Besonders hervorhebenswert erscheint hier die stärkste Lebensbedeutungs-Skala ‚Gemeinschaft‘, die auf einem Signifikanzniveau von .000 einen höchst signifikanten und einzigartigen Beitrag zur Vorhersage leistet. Erwartungsgetreu erleben ProbandInnen, die die beiden Lebensbedeutungen ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ aus der Dimension ‚Wir- und Wohlgefühl‘ verwirklichen häufiger ein posttraumatisches Wachstum im Vergleich zu anderen Traumatisierten.

**Tabelle 9:** Standardisierte Koeffizienten ( $\beta$ ), Signifikanzen des Modells 2 zu Hypothese 4, N=66

Modell		Standardisierte Koeffizienten	Signifikanz
		Beta	
1	(Konstante)		,210
	Gemeinschaft	,474	,000
	Bewusstes Erleben	,237	,038

In Summe deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass drei der fünf erwarteten Prädiktoren für posttraumatisches Wachstum identifiziert werden konnten. Die Hypothese 4 konnte somit nur zum Teil bestätigt werden, da sich wider Erwarten ‚Explizite Religiosität‘ und ‚Spiritualität‘ als statistisch unzureichende Prädiktoren darstellten.

### 5.5 Ergebnisse zu Hypothese 5

Eine multivariate Varianzanalyse, in der das Geschlecht und das Alter als Kovariaten kontrolliert wurden, diente zur Überprüfung der Hypothese 5. Als abhängige Variablen fungieren die Skalen ‚Sinnerfüllung‘ und ‚Sinnkrise‘. Die unabhängige Variable ist die jeweilige Gruppenzugehörigkeit. Wiederum wurden alle Voraussetzungen zur Berechnung einer MANOVA untersucht und bestätigt.

Bei Betrachtung von Wilks' Lambda =.66 tritt ein signifikantes Ergebnis [ $F(2,61)=15.50$   $p<.000$ , partiell  $\eta^2=.337$ ] auf, was auf einen statistisch höchst signifikanten Unterschied zwischen den abhängigen Variablen und der Gruppenzugehörigkeit hinweist.

Bei separater Betrachtung der abhängigen Variablen zeigen sich höchst signifikante Unterschiede auf beiden Skalen. In Tabelle 10 sind die dazugehörigen F-Werte, Signifikanzen und Effektstärken abgebildet. Laut den Mittelwerten aus Tabelle 4 weisen ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum höhere Ausprägungen auf der Skala ‚Sinnerfüllung‘ als jene ohne Wachstumserleben auf. Umgekehrt verhält sich die Mittelwertsdifferenz der Skala ‚Sinnkrise‘, hierbei zeigen ProbandInnen ohne posttraumatisches Wachstum deutlich höhere Werte.

**Tabelle 10:** F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der Skalen ‚Sinnerfüllung‘ und ‚Sinnkrise‘, N=66

Abhängige Variable	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Sinnerfüllung	1	28,688	21,462	,000	,257
Sinnkrise	1	51,065	26,153	,000	,297

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum ein erfülltes Leben, ein bedeutungsvolles Tun, eine Lebensaufgabe, eine Einordnung als Teil eines größeren Ganzen und einen Glauben an einen tieferen Lebenssinn aufweisen. Im Gegenteil dazu berichten ProbandInnen ohne ein

Wachstumserleben nach Traumatisierungen häufiger von einem sinnlosen und leeren Leben, einer Sinnkrise sowie einem Leiden am fehlenden Sinn. Demzufolge können die erwarteten Annahmen – H5a, H5b – als bestätigt angesehen werden.

## 5.6 Ergebnisse zu Hypothese 6

Zur Überprüfung des Einflusses von Alter auf Extraversion in Bezug auf ProbandInnen mit und ohne posttraumatisches Wachstum wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Extraversion diente als abhängige Variable und die Gruppenzugehörigkeiten bzgl. des posttraumatischen Wachstums und des Alters fungierten als Faktoren. Die Stichprobe wurde in drei Altersgruppen eingeteilt: (1) 20-29 Jahre, (2) 30-44 Jahre und (3) 45 + Jahre.

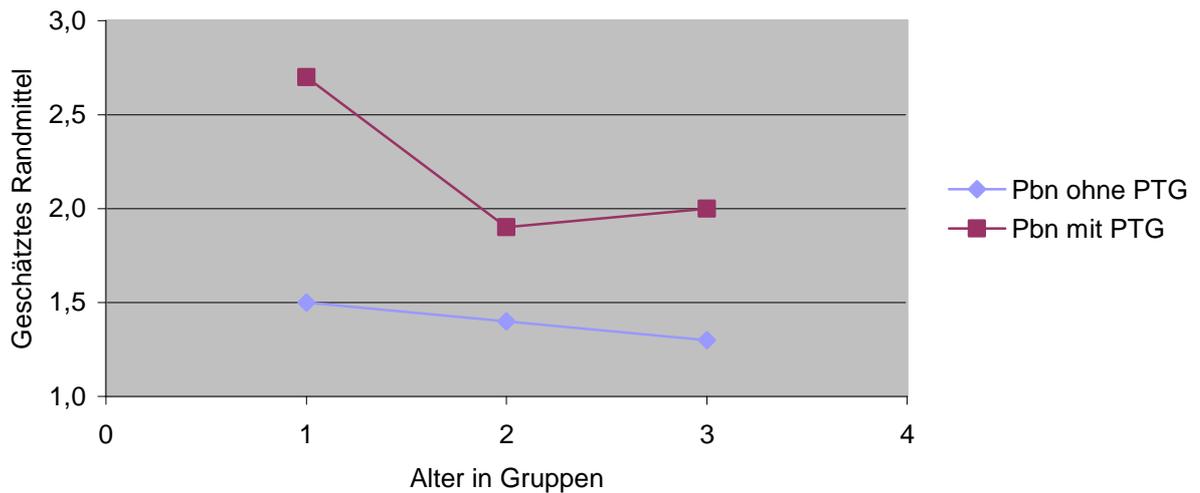
Laut dem Ergebnis von  $F(2,60)=.47$ ,  $p=.626$  besteht kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Alter, Extraversion und ProbandInnen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum.

Bei differenzierter Betrachtung der einzelnen unabhängigen Variablen zeigt sich ein signifikanter Effekt für die Gruppenzugehörigkeit des posttraumatischen Wachstums [ $F(1,60)=4.89$ ,  $p=.031$ ], erwähnenswert ist die respektable Effektstärke von partiell  $\eta^2=.075$ . Tabelle 11 und Abbildung 6 veranschaulichen, dass die Mittelwerte der abhängigen Variable Extraversion für ProbandInnen mit posttraumatischem deutlich höher ausgeprägt sind und zwar konstant über alle drei verschiedenen Altersspannen hinweg.

**Tabelle 11:** Mittelwert und Standardabweichung der abhängigen Variable ‚Extraversion‘ im Altersvergleich zu Hypothese 6, N=66

Alter_Groupen	PTG_Groupen	Mittelwert M	Standardabweichung SD	N
1 (20-29 Jahre)	Pbn ohne PTG	1,5000	1,56125	9
	Pbn mit PTG	2,7308	1,45223	13
2 (30-44 Jahre)	Pbn ohne PTG	1,3611	1,23438	18
	Pbn mit PTG	1,8571	1,16732	14
3 (45+ Jahre)	Pbn ohne PTG	1,2500	1,89297	4
	Pbn mit PTG	2,0000	1,19523	8

Pbn= ProbandInnen; PTG= Posttraumatic Growth/Posttraumatisches Wachstum; N= Stichprobengröße

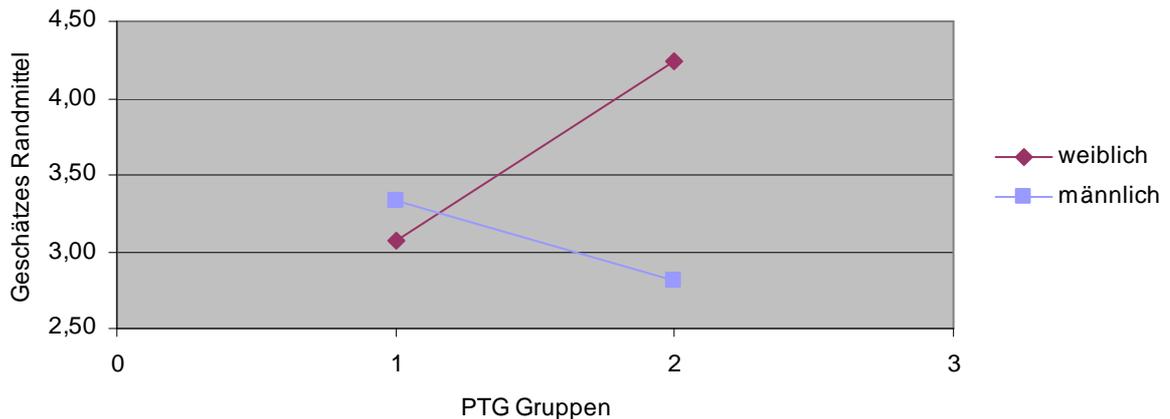


**Abbildung 6:** Mittelwertsprofile von Extraversion der ProbandInnen mit und ohne posttraumatischem Wachstum im Altersvergleich, N=66

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass die Persönlichkeitseigenschaft Extraversion bei Menschen mit Wachstumserleben höher ausgeprägt ist und zwar unabhängig vom Alter als bei jenen ohne posttraumatisches Wachstum. Die Hypothese 6a kann somit als bestätigt angesehen werden.

Des Weiteren wurde überprüft, ob ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum höhere Ausprägungen auf der Skala Offenheit als die Vergleichsgruppe aufzeigen. Zur Berechnung der Hypothese 6b wurde wiederum eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt und dieses Mal fungierte Offenheit als abhängige Variable sowie Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit bzgl. des posttraumatischen Wachstums als Faktoren.

Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Geschlecht und der Gruppenzugehörigkeit des posttraumatischen Wachstums [ $F(1,62)=5.16$ ,  $p<.027$ , partiell  $\eta^2 =.077$ ]. Die Abbildung 7 verdeutlicht die unterschiedliche Ausprägung von Offenheit zwischen den Geschlechtern und der Gruppenzugehörigkeit des posttraumatischen Wachstums (1=Pbn ohne PTG, 2=Pbn mit PTG). Dementsprechend weisen lediglich Frauen, die ein posttraumatisches Wachstum erleben höhere Werte auf der Skala Offenheit auf.



**Abbildung 7:** Mittelwertsprofile von Offenheit der ProbandInnen mit und ohne posttraumatischem Wachstum im Geschlechtervergleich, N=66

Bezug nehmend auf diesen vorhandenen Interaktionseffekt wurde zur detaillierten Überprüfung der Moderatorvariable Geschlecht eine multiple Standard Regressionsanalyse gerechnet. Es ergibt sich für die vorliegende Kombination der Variablen ein Bestimmtheitsmaß von  $R^2 = .194$  und weist ein hohes Signifikanzniveau von  $p < .001$  auf. Bei separater Betrachtung der Regressionsgewichte zeigt sich, dass das Geschlecht den Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Offenheit und der Ausprägung des posttraumatischen Wachstums signifikant moderiert ( $\beta = -.294$ ,  $p < .012$ ).

Zusammenfassend bedeuten diese Ergebnisse, dass die Persönlichkeitseigenschaft Offenheit sich abhängig vom Geschlecht bezüglich des Vorkommens von posttraumatischem Wachstum unterscheidet. Weibliche Probandinnen mit posttraumatischem Wachstum zeigen höhere Ausprägungen auf der Skala Offenheit, somit kann die Hypothese 6b teilweise bestätigt werden.

### 5.7. Explorative Fragestellung

Aufgrund der Tatsache, dass bisherige Forschungsberichte einen Veränderungsbereich und zwar die ‚Bewusstwerdung der persönlichen Stärken‘ nicht beleuchtet haben, stellt sich die Frage, auf welchen Lebensbedeutungs-Skalen Menschen mit posttraumatischem Wachstum weitere Unterschiede aufzeigen. Folglich ist auch die Frage nach weiteren möglichen Prädiktoren von Interesse. Um diese explorativen Fragen zu untersuchen wurde u. a. eine MANOVA durchgeführt, wobei die noch nicht untersuchten 21 Lebensbedeutungs-Skalen als abhängige Variablen fungieren

und die Gruppenzugehörigkeit die unabhängige Variable darstellt. Weiters wurden bei dieser Analyse das Alter und das Geschlecht als Kovariaten konstant gehalten. Laut Wilks' Lambda=.34 tritt ein signifikantes Ergebnis [ $F(21,42)=3.91$ ,  $p<.000$ , partiell  $\eta^2=.662$ ] auf, das auf einen höchst signifikanten Unterschied zwischen den abhängigen Variablen und der Gruppenzugehörigkeit verweist.

Bei separater Untersuchung der abhängigen Variablen zeigen sich vor allem bei den Lebensbedeutungen aus den Sinndimensionen ‚Horizontale Selbsttranszendenz‘ und ‚Wir- und Wohlgefühl‘ statistische Unterschiede. Statistisch unauffällig sind dabei die Dimensionen ‚Selbstverwirklichung‘, abgesehen von den Lebensbedeutungen ‚Macht‘, ‚Entwicklung‘ und ‚Kreativität‘ sowie die Dimension ‚Ordnung‘.

Unter Verwendung des Bonferroni korrigierten Alphaniveaus von .05 auf .002 zeigen sich die stärksten Unterschiede zwischen ProbandInnen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum auf den Lebensbedeutungs-Skalen ‚Gesundheit‘, ‚Spaß‘ und ‚Liebe‘. Tabelle 12 bietet einen Überblick über F-Werte, Signifikanzniveaus und Effektstärken der noch nicht untersuchten 21 Lebensbedeutungen.

**Tabelle 12:** F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der 21 Lebensbedeutungen, N=66

Abhängige Variable	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Naturverbundenheit	1	10,368	6,185	,016	,091
Selbsterkenntnis	1	4,536	4,748	,033	,071
Gesundheit	1	13,631	12,037	,001	,163
Generativität	1	10,806	9,765	,003	,136
Herausforderung	1	,016	,012	,914	,000
Individualismus	1	2,500	3,019	,087	,046
Macht	1	6,746	5,094	,028	,076
Entwicklung	1	7,363	8,500	,005	,121
Leistung	1	,909	,686	,411	,011
Freiheit	1	,196	,133	,717	,002
Wissen	1	1,337	1,642	,205	,026

Kreativität	1	7,802	6,108	,016	,090
Tradition	1	,538	,619	,434	,010
Bodenständigkeit	1	,845	1,101	,298	,017
Moral	1	,046	,062	,804	,001
Vernunft	1	,320	,315	,577	,005
Spaß	1	12,469	11,337	,001	,155
Liebe	1	19,909	13,023	,001	,174
Wellness	1	6,066	4,317	,042	,065
Fürsorge	1	,673	,639	,427	,010
Harmonie	1	4,273	7,103	,010	,103

In Summe bedeutet dies, dass weitere wesentliche Lebensbedeutungen wie ‚Gesundheit‘, ‚Spaß‘ und ‚Liebe‘ für ProbandInnen mit posttraumatischem Wachstum identifiziert worden sind.

Weiters wurde zur Überprüfung der explorativen Fragestellung eine multiple Standard Regressionsanalyse durchgeführt, die die Vorhersagefähigkeit weiterer Lebensbedeutungen für das posttraumatische Wachstum untersucht. Bezugnehmend auf die vorangegangenen Ergebnisse, dienen die Lebensbedeutungen ‚Gesundheit‘, aus der Sinndimension ‚Horizontale Selbsttranszendenz‘ sowie ‚Spaß‘ und ‚Liebe‘ aus der Dimension ‚Wir- und Wohlgefühl‘ als unabhängige Variablen. Zuerst wurden die notwendigen Voraussetzungen für die Berechnung getestet und bestätigt. In diesem Modell wird die vorliegende Kombination der Variablen bei einem Bestimmtheitsmaß von  $R^2=.409$ ,  $p\leq.000$  höchst signifikant.

Betrachtet man die einzelnen Regressionsgewichte zeigt sich, dass die Lebensbedeutung ‚Gesundheit‘ ( $\beta=.349$ ,  $p<.001$ ) das stärkste Gewicht aufweist. Auch die Lebensbedeutung ‚Spaß‘ ( $\beta=.348$ ,  $p<.003$ ) leistet einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage von posttraumatischem Wachstum. Die Lebensbedeutung ‚Liebe‘ ( $\beta=.223$ ,  $p<.058$ ) konnte statistisch nicht als Prädiktor abgesichert werden (siehe Tabelle 13).

**Tabelle 13:** Standardisierte Koeffizienten ( $\beta$ ), Signifikanzen zu explorativen Fragestellung, N=66

Modell		Standardisierte Koeffizienten	Signifikanz
1	(Konstante)	<b>Beta</b>	,861
	Gesundheit	,349	,001
	Spaß	,348	,003
	Liebe	,223	,058

Es kann festgehalten werden, dass sich weitere Sinnressourcen aus der Sinndimension ‚Horizontale Selbsttranszendenz‘ und ‚Wir- und Wohlgefühl‘ zur Vorhersage von posttraumatischem Wachstum nachweisen lassen haben.

## 5.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der folgenden Tabelle 14 sind noch einmal alle Befunde der durchgeführten Studie komprimiert zusammengefasst und deutlich gekennzeichnet, ob die Hypothese bestätigt werden konnte.

**Tabelle 14:** Zusammenfassung der bestätigten bzw. nicht bestätigten Hypothesen

Hypothese	Inhaltliche Erläuterung	Bestätigung ja/nein
Hypothese 1		
a	‚Explizite Religiosität‘ bei Pbn mit PTG höher	nein
b	‚Spiritualität‘ bei Pbn mit PTG höher	nein
Hypothese 2	‚Soziales Engagement‘ bei Pbn mit PTG höher	ja
Hypothese 3		
a	‚Gemeinschaft‘ bei Pbn mit PTG höher	ja
b	‚Bewusstes Erleben‘ bei Pbn mit PTG höher	ja
Hypothese 4	Vorhersagefähigkeit der Lebensbedeutungen ‚Explizite Religiosität‘ und ‚Spiritualität‘ für PTG Vorhersagefähigkeit der Lebensbedeutungen ‚Soziales Engagement‘; ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ für PTG	nein ja
Hypothese 5		
a	‚Sinnerfüllung‘ bei Pbn mit PTG höher	ja
b	‚Sinnkrise‘ bei Pbn ohne PTG höher	ja
Hypothese 6		
a	Pbn mit PTG sind extravertierter	ja
b	Weibliche Pbn mit PTG sind offener	ja
Explorative Fragestellung	‚Gesundheit‘, ‚Spaß‘, ‚Liebe‘ bei Pbn mit PTG höher Vorhersagefähigkeit der Lebensbedeutungen ‚Gesundheit‘ und ‚Spaß‘ für PTG	ja ja

Pbn= ProbandInnen; PTG= Posttraumatic Growth/Posttraumatisches Wachstum

## 6. Diskussion der Ergebnisse und Forschungsausblick

Das sechste Kapitel dient dazu, die gewonnenen Ergebnisse inhaltlich zu interpretieren und kritisch zu diskutieren. Folglich werden Analysen der festgestellten Übereinstimmungen und Diskrepanzen mit den bisherigen Forschungsbefunden sowie Analysen der eigenen empirischen Einschränkungen durchgeführt. Abschließend werden mögliche Ausblicke für weitere Forschungsarbeiten und für praktische Anwendungen u. a. für die Traumatherapie gegeben.

### 6.1 Diskussion der Ergebnisse

Der Fokus dieser Studie lag auf der Fragestellung, ob sich traumatisierte Menschen mit posttraumatischem Wachstum in ihren Lebensbedeutungen und Persönlichkeitseigenschaften von jenen ohne posttraumatisches Wachstum unterscheiden.

Laut Cann und Kollegen (2010) hat das Forschungsinteresse am Konzept des posttraumatischen Wachstums in den letzten Jahren stetig zugenommen, so berichten die Autoren von mehr als 300 publizierten Studien im klinischen Forschungskontext. Die Grundlage dieser wissenschaftlichen Arbeit bilden zahlreiche Studien, die interpersonelle Ressourcen sowie individuelle Ressourcen für Traumatisierte mit posttraumatischem Wachstum belegen.

Demzufolge belief sich das Ziel dieser Arbeit nicht nur darauf, die oben genannten Unterschiede zwischen Menschen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum zu identifizieren, sondern auch bisherige Einzelbefunde aus der klinischen Forschung und der Sinnforschung in einer Studie zusammenzufassen.

Basierend auf den theoretischen Ansätzen von Tedeschi und Calhoun (1995; 1996) wurde versucht, äquivalente Lebensbedeutungen für die fünf möglichen positiven Veränderungsbereiche, durch die das posttraumatische Wachstum gekennzeichnet ist, zu finden. Folglich wurden in der ersten Hypothese die Lebensbedeutungen ‚Explizite Religiosität‘ und ‚Spiritualität‘ für den Veränderungsbereich ‚Intensivierung des spirituellen Bewusstseins‘ herangezogen und untersucht. Die Ergebnisse dieser ersten Hypothese in Bezug auf die Unterschiede der Ausprägungen von ‚Explizite Religiosität‘ und ‚Spiritualität‘ zwischen Menschen mit posttraumatischem Wachstum und jenen ohne Wachstum konnten statistisch nicht abgesichert. Tendenzielle Unterschiede, die mit dieser Hypothese konform gehen, sind jedoch im Ansatz erkennbar.

Ein möglicher Erklärungsansatz für die fehlende Signifikanz dieser Ergebnisse könnte lauten, dass die Lebensbedeutung ‚Explizite Religiosität‘ durch den Glauben an einen persönlichen Gott gekennzeichnet ist und deshalb mit möglichen Assoziationen eines institutionell gebundenen Religiös-Seins einhergehen. Außerdem haben die demographischen Daten gezeigt, dass lediglich die Hälfte der gesamten Stichprobe einer Religion bzw. religiösen Gemeinschaft angehört und sich dieser eher wenig zugehörig fühlt. Bezug nehmend auf einen weiteren Erklärungsansatz betreffend der Lebensbedeutung ‚Spiritualität‘ haben die demographischen Daten gezeigt, dass laut der Selbstbeschreibung der religiösen bzw. spirituellen Orientierung lediglich 21,2% spirituell sind. Eine andere Erklärung könnte in Zusammenhang mit der sozialen Erwünschtheit stehen, da mehr als drei Viertel der StudienteilnehmerInnen in stationären psychiatrischen sowie psychotherapeutischen Kontexten befragt worden sind. Bezug nehmend auf andere psychische Störungen, die möglicherweise religiöse oder spirituelle Wahnideen beinhalten, erscheint ein Zugeständnis dieser Sinnquellen vermutlich eher als unattraktiv und abweichend von der gesunden Norm. Trotz möglicher Erklärungsversuche bleiben die Ergebnisse dieser Studie überraschend, da der bisherige Forschungsnachweis eigentlich hypothesenkonforme Befunde liefert (vgl. u. a. Schuster et al., 2001; Cadell et al., 2003; Ano & Vasconcelles, 2005; Pargament et al., 2006).

Bei der Untersuchung der zweiten Hypothese steht der posttraumatische Veränderungsbereich ‚Entdeckung neuer Möglichkeiten‘ im Vordergrund. Für diesen Bereich sind nach Tedeschi und Calhoun (1995; 1996) die Entwicklung neuer Interessen und das Ergreifen dieser Möglichkeiten charakteristisch, so geben die Autoren u. a. als Beispiel vermehrtes soziales Engagement an. Die Ergebnisse der zweiten Hypothese stimmen mit jenen von Southwick und Kollegen (2006) überein, die durch ihre Studie belegen konnten, dass ehrenamtliches Engagement bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen vermehrt zu Sinnerleben und zu einem positiven Heilungsprozess beiträgt. In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass Traumatisierte mit einem posttraumatischem Wachstum die Lebensbedeutung ‚Soziales Engagement‘ als wichtige Sinnressource im Unterschied zur Vergleichsstichprobe bewerten und somit ‚Sozialem Engagement‘ einen bedeutenden Stellenwert in ihrem Leben beimessen. Zusammenfassend deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass für jene Traumatisierte die engagierte Übernahme von Verantwortung für die Mit- und Umwelt wie beispielsweise soziale, ökologische

Umwelt wie beispielsweise soziale, ökologische oder politische Freiwilligenarbeit sinnvoll und lohnenswert ist. Friedrich Nietzsche betonte in diesem Kontext besonders die gute Tat, um so für einen hellen Moment auch an einem dunklen Tag zu sorgen. Nietzsche schrieb dazu: „Das beste Mittel, jeden Tag gut zu beginnen, ist, beim Erwachen daran zu denken, ob man nicht wenigstens einem Menschen an diesem Tag eine Freude machen könnte.“ (zitiert nach Konnerth, 2006, S. 111)

Die Resultate, die aus der Überprüfung der Hypothese 3a hervorgehen, decken den positiven posttraumatischen Veränderungsbereich der persönlichen Beziehungen ab. In diesem Zusammenhang wurde die Lebensbedeutung ‚Gemeinschaft‘ mit sinnstiftenden Fokus auf die Nähe zu anderen Menschen herangezogen. Die gewonnenen Resultate lehnen sich an die Ergebnisse von Prati und Pietrantonio (2009) an, da sie in ihrer Studie zeigen konnten, dass soziale Unterstützung einen moderierenden Einfluss auf posttraumatisches Wachstum hat. Die Resultate der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit weisen nämlich auf einen höchst signifikanten Unterschied zwischen Menschen mit und ohne posttraumatisches Wachstum in der Verwirklichung der Lebensbedeutung ‚Gemeinschaft‘ hin. Für die Traumatisierten mit posttraumatischem Wachstum stellt demzufolge die Sinnquelle ‚Gemeinschaft‘ eine weitere essenzielle Sinnressource dar, die durch Freundschaften und Beziehungspflege gekennzeichnet ist. Charakteristische Items sind beispielsweise: „Ich brauche die Nähe zu anderen Menschen“ oder „Freundschaften sind mir das Wichtigste in meinem Leben“.

Des Weiteren wurde zur Überprüfung der Hypothese 3b die Lebensbedeutung ‚Bewusstes Erleben‘ herangezogen, die das inhaltliche Pendant für einen weiteren positiven Veränderungsbereich, die ‚Intensivierung der Wertschätzung des Lebens‘ darstellt. Nach Tedeschi und Calhoun (1995; 1996) ist dieser Bereich ein zentrales Element der ‚Reifungserfahrung‘ für Menschen nach Traumata. Es findet eine Art Bewusstseinsveränderung statt, wobei die Relevanz der ‚kleinen Dinge im Leben‘ zunimmt. Auch die Untersuchung dieser Hypothese konnte anhand des signifikanten Unterschieds zeigen, dass Menschen mit posttraumatischem Wachstum höhere Ausprägungen in der Lebensbedeutung ‚Bewusstes Erleben‘ aufweisen. Kennzeichnend ist für jene Traumatisierte also eine achtsame und besinnliche Lebenseinstellung. Diese weitere Sinnressource kann durch folgende Items operationalisiert werden: „Übergänge von einem Lebensabschnitt zum anderen müssen gefeiert

den: „Übergänge von einem Lebensabschnitt zum anderen müssen gefeiert werden“, „Wenn ein Kind geboren wird, eine Ehe geschossen wird oder ein Mensch stirbt, ist es wichtig, bestimmte Rituale durchzuführen“, „Ich will jeden Moment meines Lebens ganz bewusst wahrnehmen“ oder „Manche Dinge sind mir so wichtig, dass ich sie regelmäßig zelebriere“. Diese werden von jenen, die ein Wachstum erleben, als relevanter beurteilt.

In der vierten Hypothese wurde die Vorhersagefähigkeit verschiedener Lebensbedeutungen auf das posttraumatische Wachstum überprüft. So wurden ‚Explizite Religiosität‘, ‚Spiritualität‘, ‚Soziales Engagement‘, ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘ mit dem posttraumatischem Wachstum in Beziehung gesetzt. Bezug nehmend auf den Stellenwert der einzelnen Lebensbedeutungen ist anzumerken, dass ‚Gemeinschaft‘ am besten in der Lage ist, das posttraumatische Wachstum vorherzusagen. Weiters konnte belegt werden, dass sich auch die Lebensbedeutungen ‚Bewusstes Erleben‘ und ‚Soziales Engagement‘ signifikant zur Vorhersage von posttraumatischem Wachstum eignen. Entgegen der aufgestellten Erwartung besitzen sowohl ‚Explizite Religiosität‘ als auch ‚Spiritualität‘ keine signifikante Vorhersagefähigkeit für das Auftreten des posttraumatischen Wachstums. Diese Ergebnisse sind überraschend, weil sie eine Diskrepanz zu den bisherigen Forschungsbefunden darstellen. In der Summe zeigen diese Ergebnisse, dass die drei Lebensbedeutungen ‚Gemeinschaft‘, ‚Bewusstes Erleben‘ und ‚Soziales Engagement‘ die stärksten Sinnressourcen darstellen und damit eine sehr große Relevanz für die traumatherapeutische Praxis haben (siehe Abschnitt 6.2).

Die fünfte Hypothese konnte bei ihrer Überprüfung eine Übereinstimmung mit den bisherigen klinischen Forschungsbefunden zeigen (vgl. Zika & Chamberlain, 1992; Fleeer et al., 2006): Die Autoren gingen in ihren Studien davon aus, dass die ‚Sinnerfüllung‘ einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden hat. Eine besondere Bedeutung kommt der Studie von Cann und Kollegen (2010) zu, da sie ihren Fokus auf posttraumatische Veränderungen legten und nachweisen konnten, dass die ‚Sinnerfüllung‘ zur Vorhersage von posttraumatischem Wachstum beiträgt. Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf einen höchst signifikanten Unterschied zwischen Menschen mit Wachstumserleben nach Traumatisierungen bzw. ohne Wachstum und deren Sinnerleben hin. Es kann somit mit ho-

her Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass jene Menschen mit posttraumatischem Wachstum ihr Leben als erfüllt und ihr Tun als bedeutungsvoll wahrnehmen sowie eine Lebensaufgabe beschreiben, eine Einordnung als Teil eines größeren Ganzen oder einen Glauben an einen tieferen Lebenssinn. Weitere Übereinstimmungen mit bisherigen Forschungsbefunden (vgl. Schnell & Becker, 2007; Tedeschi & Calhoun, 2004) finden sich auch bei der Überprüfung der ‚Sinnkrise‘, denn die vorliegenden Ergebnisse zeigen höchst signifikante Unterschiede zwischen den Traumatisierten. Das Sinnerleben für Menschen ohne posttraumatisches Wachstum kann anhand folgender Merkmale beschrieben werden: Sinnlosigkeit, Empfindung von Leere und erfolglose Suche nach Sinn.

Basierend auf den Forschungsbefunden von Calhoun und Tedeschi (2006), die in der aktuellsten Version des konzeptuellen Modells von posttraumatischem Wachstum davon ausgehen, dass auch verschiedene Persönlichkeitseigenschaften wie Extraversion und Offenheit wesentliche Einflussfaktoren sind, wurde die sechste Hypothese formuliert. Die Hypothese 6a stimmt mit deren Ergebnissen überein, da in der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit belegt werden konnte, dass die Persönlichkeitseigenschaft Extraversion selbst über verschiedene ermittelte Altersgruppen (20-29 Jahre, 30-44 Jahre und 45+ Jahre) hinweg bei Menschen mit posttraumatischem Wachstum signifikant höher ausgeprägt ist. Auffällige Diskrepanzen zu Calhoun und Tedeschis Befunden konnten in der Hypothese 6b identifiziert werden, da sich lediglich Frauen mit posttraumatischem Wachstum in der Ausprägung der Persönlichkeitseigenschaft Offenheit unterscheiden. Im Geschlechtervergleich sind Frauen, die ein Wachstumserleben beschreiben deutlich offener als Männer mit posttraumatischem Wachstum. Dieses interessante Ergebnis wirft neue Fragen über das Zustandekommen dieses Geschlechtereffekts auf. Möglicherweise liegen die Schwächen in der Operationalisierung des Konstrukts Offenheit. Laut Rammstedt und John (2007) dienen die Items „Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll“ und „Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse“ zur Erfassung von Offenheit im BFI-10. Es wäre durchaus denkbar, dass sich bei diesen zwei einzelnen Items eher Frauen angesprochen fühlen als Männer. An dieser Stelle muss kritisch angemerkt werden, dass der BFI-10 als Kurzversion neben seinen ökonomischen Vorteilen auch Nachteile zu verzeichnen hat. Dementsprechend wird das Verfahren dem Anspruch nicht gerecht das Konstrukt Offenheit in seiner Komplexität zu erfassen. Weitere As-

pekte von Offenheit sind nach Costa und McCrae (1992) Wertschätzung für neue Erfahrungen und Abwechslung, Wissbegierde, vielfältige kulturelle Interessen oder Interesse für öffentliche Ereignisse. Das vorliegende Ergebnis bestärkt somit das umfassendere Verfahren, namens NEO-FFI (vgl. Costa & McCrae, 1992) und müsste in Folgearbeiten möglicherweise mehr Berücksichtigung erfahren.

Trotz fehlendem Literaturnachweis wurde in dieser Studie versucht explorativ den fünften und letzten möglichen Veränderungsbereich ‚Bewusstwerdung der eigenen Stärken‘ von Calhoun und Tedeschi (1995; 1996) zu überprüfen. Die Frage nach weiteren Lebensbedeutungen, die sich zwischen Menschen mit bzw. ohne posttraumatisches Wachstum unterscheiden, kann wie folgt beantwortet werden: Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass vor allem Lebensbedeutungen aus den Sinndimensionen ‚Horizontale Selbsttranszendenz‘ und ‚Wir- und Wohlgefühl‘ eine weitere Rolle spielen. Als wesentlich wurden u. a. die Lebensbedeutungen ‚Gesundheit‘, ‚Spaß‘ und ‚Liebe‘ identifiziert. So scheinen auch Themen wie Erhaltung der Gesundheit, Streben nach Fitness, Humor, Fröhlichkeit, Leidenschaft oder Intimität eine bedeutende Stellung für Menschen mit posttraumatischem Wachstum einzunehmen. Die Lebensbedeutungen ‚Gesundheit‘ und ‚Spaß‘ tragen am besten zur Vorhersage von posttraumatischem Wachstum bei. Interessanterweise befinden sich in den Sinndimensionen ‚Selbstverwirklichung‘ nur wenig relevante Lebensbedeutungen bis hin zu gar keinen wie in der Dimension ‚Ordnung‘. So scheinen Selbstbestimmung bzw. Arbeit am Selbst sowie Festhalten von Nützlichem, Werten, Normen oder Altbewährtem wenig Bedeutung zu haben. In Betracht, dass die Mehrzahl der Traumatisierten ein Typ-II-Trauma und oft jahrelang sexuelle, psychische oder physische Gewalt im familiären Kontext erlebt haben, wird eine konservative Orientierung für das eigene Leben nach dem Trauma möglicherweise eher abgelehnt. Eine weitere Überlegung in Bezug auf die geringe Stellung der Lebensbedeutungen aus der Dimension ‚Selbstverwirklichung‘ lehnt sich an die wissenschaftliche Definition von Trauma gemäß Fischer und Riedesser (2009). Sie beschreiben u. a., dass eine traumatische Erfahrung zur Erschütterung des eigenen Selbst- und Weltverständnisses führen kann. Gemäß der Erdbebenmetapher von Tedeschi und Calhoun (2004) sind diese Einrisse des Selbstbildes möglicherweise so tief und schwerwiegend, dass jener Bereich im Wiederaufbau am längsten dauert oder anderweitig kompensiert wird. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass ein posttraumatisches Wachstum laut Tedeschi

und Calhoun (1995; 1996) auch auftreten kann, wenn nicht in allen fünf Bereichen positive Veränderungen vorliegen. Das Ziel scheint ein robusterer, sicherer und realitätskonformerer Wiederaufbau der vielen Erschütterungen nach Traumatisierungen zu sein, doch die ‚Bauweise‘ unterliegt, wie die Ergebnisse dieser Studie zusammengefasst gezeigt haben, nicht nur an individuellen sondern auch an sozialen Einflüssen.

## **6.2 Forschungsausblick und praktische Relevanz**

Die Ergebnisse dieser vorgestellten Studie liefern wichtige Erkenntnisse über Unterschiede im Sinnerleben zwischen traumatisierten Menschen, die ein posttraumatisches Wachstum aufzeigen und jenen Traumatisierten, die kein Wachstum nach der traumatischen Erfahrung beschreiben. Neben der deutlichen praktischen Relevanz dieser Erkenntnisse, die jedoch weiter unten diskutiert wird, verdeutlicht diese Studie die Notwendigkeit weiterer Forschungsarbeiten.

Gemäß der kritischen Analyse der empirischen Einschränkungen dieser Studie müssten in Zukunft manche Bereiche mehr Aufmerksamkeit geschenkt bekommen. Für zukünftige Forschungsarbeiten gebührt der Optimierung der Stichprobe eine besondere Beachtung: Einerseits gilt dies für die Verbesserung der Äquivalenz der Stichprobe, sodass sich die demographischen Merkmale, wie zum Beispiel die Arten oder Typen der Traumata der einzelnen Traumatisierten, besser entsprechen. Auf der anderen Seite sollte auch der Umfang der klinischen Stichprobe vergrößert werden, da es sonst zu Einschränkungen in der Verwendung von statistischen Verfahren kommt. Weiters sollte auch für zukünftige Forschungsarbeiten eine Optimierung der Operationalisierung stattfinden. Anzumerken ist, dass die Verwendung von ‚online tools‘ im psychotherapeutischen Forschungskontext eher vermieden werden sollte. Ursächlich ist die Tatsache, dass es dadurch zu einer frühzeitigen Elimination potenzieller ProbandInnen kommt, da technisches ‚Know-how‘ sowie passendes Equipment vorausgesetzt wird und dieses beispielsweise im stationären Kontext oft nicht zur freien Verfügung steht. Eine weitere Einschränkung in Bezug auf die Operationalisierung dieser Studie ist die Konfundierung der Fragebögen. Bestimmte Dimensionen des LeBe wie die ‚Vertikale Selbsttranszendenz‘ und ‚Wir- und Wohlgefühl‘ konfundieren mit einzelnen Skalen des PTGI. Möglicherweise kann diese Konfundierung zu einer künstlichen Verstärkung der Zusammenhänge geführt haben

zu einer künstlichen Verstärkung der Zusammenhänge geführt haben und sollte deshalb in zukünftigen Forschungsarbeiten eliminiert werden.

Nichts desto Trotz weisen vor allem die interessanten Ergebnisse der Regressionsanalyse einen möglichen Weg für zukünftige ForscherInnen, da die besondere Stellung der Sinnressourcen ‚Gemeinschaft‘, ‚Bewusstes Erleben‘, ‚Soziales Engagement‘, ‚Gesundheit‘ und ‚Spaß‘ im psychotraumatologischen Kontext gezeigt werden konnte. Eine sich ableitende Forschungsfrage könnte lauten: „Wie lassen sich die gewonnen Erkenntnisse in neue psychotherapeutische Interventionstechniken umwandeln und in bestehende Traumatherapien integrieren?“

Um die psychotherapeutische Relevanz und Anwendbarkeit dieser gewonnen Erkenntnisse zu verdeutlichen, werden an dieser Stelle ein paar praktische Anwendungen für die Traumatherapie vorgestellt:

Die vorliegenden Ergebnisse haben mehrfach gezeigt, dass vor allem soziale Sinnressourcen eine bedeutende Rolle für Traumatisierte und deren Wachstumsprozess spielen, auch wenn generell die Richtung der Zusammenhänge offen bleibt, denn von zentraler Bedeutung ist die mögliche Unterstützung für Traumatisierte ohne Wachstumserleben. Wie bereits erwähnt, führen Traumata u. a. zu Erschütterungen des Selbst- und Weltbildes. Laut Reddemann gehen Vertrauensverluste einher, und zwar nicht nur in sich selbst, sondern auch in andere Personen wie FreundInnen, PartnerInnen, Familienmitglieder, ArbeitskollegInnen u. ä. m. (vgl. zitiert nach Sachse, 2004). TraumatherapeutInnen haben hierbei die Möglichkeit, Traumatisierte auf ihrem Weg mit Interventionen zu unterstützen, und zwar mit der bereits vorhandenen und gut bewährten Technik des sozialen Kompetenztrainings, welches auf die soziale Ressourcenförderung abzielt. Wiedemann und Arissen (2009) unterstreichen dies, da sie die soziale Kompetenz als eine grundsätzlich wichtige Fähigkeit zur interpersonellen Kommunikation sowie zur Kooperation definieren, die beispielsweise durch Rollenspiele geschult werden kann.

Des Weiteren findet man auch für die Sinnressource ‚Bewusstes Erleben‘ eine bereits etablierte Technik in unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen: Achtsamkeitsübungen. Reddemann (2011) misst vor allem der buddhistischen Form der Achtsamkeit ‚Manasikara‘ eine wesentliche und heilsame Bedeutung zu, da es sich hierbei um eine Art ethisch neutrale Aufmerksamkeit handelt. Im Fokus stehen Sinneswahrnehmungen, die auch traumatisierte Menschen bemerken lernen und in ihr

tägliches Leben integrieren können. Reddemanns Betonung der Bescheidenheit und der Anerkennung kleiner Schritte beschränkt sich sicherlich nicht nur auf die Achtsamkeitspraxis, sondern betrifft auch jede einzelne Phase der Traumatherapie, unabhängig vom Behandlungsansatz (vgl. ebd.). Zusammenfassend räumen die gewonnenen Erkenntnisse dieser Arbeit den Sinnressourcen einen bedeutenden und sinnvollen Platz in der Traumatherapie ein, speziell in der Phase der Ressourcen(re-)aktivierung, in der die Traumatisierten mit ihrem persönlichen Wiederaufbau beginnen.

Auch für die Sinnforschung sind anhand der gewonnenen Erkenntnisse praktische Anwendungen abzuleiten. Diese vorliegende Arbeit bestärkt die Sinnforschung als facettenreiches Anwendungsgebiet und zeigt, dass sie sich auch hervorragend für klinische Untersuchungen eignet. Wird das individuelle Sinnerleben mit einer klinischen Stichprobe erhoben, kann die Erkenntnis zu einem ganzheitlichen Verständnis von Lebenssinn beitragen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass durch diese Studie neue psychologische Erkenntnisse über Sinnerleben einer spezifischen Stichprobe gewonnen werden konnten, die sowohl der klinischen Forschung als auch der Sinnforschung dienlich sind und somit in zweierlei Hinsicht einen wissenschaftlichen Gewinn darstellen.

## 7. Literaturverzeichnis

Abraido-Lanza, A.F., Guier, C. & Colon, R.M. (1998). Psychological thriving among latin@s with chronic illness. *Journal of Social Issues*. 54, S. 405-424.

Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*. 64, S. 900-922.

Aldwin, C. (2007). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Ano, G.G. & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 61, S. 461-480.

Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M, Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A. & Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 20, S. 20-32.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 367, S. 725-733.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (dt. erw. Hrsg.). Tübingen: dgvt-Verlag.

APA (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.

Auhagen, A.E. (2004). Das Positive mehr. Herausforderungen für die Positive Psychologie. In: Auhagen, A. E. (Hrsg.). *Positive Psychologie: Anleitung zum „besseren“ Leben* (S. 1-15). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford.
- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)*. Handanweisung. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Becker, P. (2002). The four-plus-X-factor model as a framework for the description of normal and disordered personality: A pilot study. *Trierer psychologische Berichte*. 29. S. 26-32.
- Cadell, S., Regehr, C. & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*. 73, S. 279-287.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (Hrsg.). *Handbook of post-traumatic growth: Research and practice* (S. 3-23). Mahawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. & Solomon, D.T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*. 15, S. 151-166.
- Chamberlain, K. & Zika, S. (1988). Measuring meaning in life: An examination of three scales. *Personality and Individual Differences*. 9, S. 589-596.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Debats, D.L. (1998). Measurement of personal meaning: The psychometric properties of the life regard index. In: Wong, P.T.P. & P.S Fry. (Hrsg.). *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (S. 237-259). Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

De Vries, G.J. & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the netherlands. *Journal of Traumatic Stress*. 22, S. 259-267.

Dilling, H. & Freyberger H.J. (2008). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (4.Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

Drosdowski, G. (1997). Trauma. In: Duden: Etymologie. *Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache* (2.Aufl., S. 755). Mannheim: Dudenverlag.

Drosdowski, G. (1997). Religiosität. In: Duden: Etymologie. *Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache* (2.Aufl., S. 587). Mannheim: Dudenverlag.

Drosdowski, G. (1997). Spiritualität. In: Duden: Etymologie. *Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache* (2.Aufl., S. 693). Mannheim: Dudenverlag.

Drosdowski, G. (1997). Philosophie. In: Duden: Etymologie. *Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache* (2.Aufl., S. 528). Mannheim: Dudenverlag.

Drosdowski, G. (1997). Krise. In: Duden: Etymologie. *Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache* (2.Aufl., S. 389). Mannheim: Dudenverlag.

Ebersole, P. (1998). Types and depth of written life meaning. In: Wong, P.T.P. & P.S Fry. (Hrsg.). *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (S. 179-191). Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Field, A. (2011). *Discovering statistics using spss* (3.ed.). London: Sage Publications Ltd.

Fischer, G. (2000). *MPTT – Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie. Ein Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4.Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Fleer, J., Hoekstra, H.J., Sleijfer, D.T., Tuinman, M.A. & Hoekstra-Weebers, J.E.H.M. (2006). The role of meaning in prediction of psychosocial well-being of testicular cancer survivors. *Quality of Life Research*. 15, S. 705-717.

Frankl, V.E. (1959). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Psychotherapie für Laien*. Wien: Wiener Verlag.

Frankl, V.E. (1978). *Das Leiden am sinnlosen Leben* (3.Aufl.). Freiburg: Herder.

Frankl, V.E. (1979). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*. München: Piper Verlag.

Frankl, V.E. (2005). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. (11.Aufl.). Wien: Deuticke Verlag.

Hausmann, C. (2006). *Einführung in die Psychotraumatologie* (1.Aufl.). Wien: Facultas Universitätsverlag.

Hoof, M. & Schnell, T. (2009). Sinn-volles Engagement. Zur Sinnfindung im Kontext der Freiwilligenarbeit. *Wege zum Menschen*. 61, S. 405-422.

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: Essay de la psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Felix Alcan.

Joseph, S., Linley, P. A., Harris, G.J. (2005). Understanding positive change following trauma and adversity: Structural clarification. *Journal of Loss and Trauma*. 10, S. 87-92.

Kenyon, G.M. (2000). Philosophical foundations of existential meaning. In: Reker, G.T. & Chamberlain, K. (Hrsg.) *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span* (S. 7-22). USA: Sage.

Kissane, D.W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G.C., Seddon, A. & Keks, N. (1997). Cognitive-Existential group therapy for patients with primary breast cancer – Techniques and themes. *Psycho-oncology*. 6, S. 25-33.

Kissane, D.W., Bloch, S. Smith, G.C., Miach, P., Clarke, D.M., Ikin, J. Love, A. Rani-eri, N. & Mckenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psycho-oncology*. 12, S. 532-546.

Klein, C. & Albani, C. (2011a). Religiosität und psychische Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 215-245). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Klein, C. & Albani, C. (2011b). Die Bedeutung von Religion für die psychische Befindlichkeit: Mögliche Erklärungsansätze und allgemeines Wirkmodell. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler*. 3, S. 7-58.

Klein, C. & Lehr, D. (2011). Religiöses Coping. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 333-359). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Konnerth, T. (2006). *Kleine Wunder warten überall: Lebensfreude für den Alltag*. Freiburg: Herder Verlag.

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 and practice* (S. 24-46). Mahawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Lieberman, M.A., Golant, M., Giese-Davis, J., Winzlenberg, A., Benjamin, H., Humphreys, K., Kronenwetter, C., Russo, S. & Spiegel, D. (2003). Electronic support groups for breast carcinoma. A clinical trial of effectiveness. *Cancer*. 97, S. 920-925.

Linely, P.A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*. 16, S. 601-610.

Lukas, E. (2005). *Arzt und Philosoph: Zum 100. Geburtstag von Viktor E. Frankl*. München: Profil Verlag.

Längle, A., Orgler, C. & Kundi, M. (2000). *Existenz-Skala. Manual*. Göttingen: Beltz Verlag.

Längle, A. & Holzhey-Kunz, A. (2008). *Existenzanalyse und Daseinsanalyse (1.Aufl.)*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Maddi, S.R. (1998). Creating Meaning Through Making Decisions. In: Wong, P.T.P. & P.S Fry. (Hrsg.). *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (S. 3-26). Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Madert, K.K. (2007). *Trauma und Spiritualität. Wie Heilung gelingt: Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension*. München: Kösel-Verlag.

Maercker, A. & Langner R. (2001). Persönliche Reifung durch Belastungen und Traumata: Ein Vergleich zweier Fragebogen zur Erfassung selbstwahrgenommener Reifung nach traumatischen Erlebnissen. *Diagnostica*. 47, S. 153-162.

Maercker, A. & Zoellner, T. (2004). The janus face of selfperceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*. 15, S. 41-48.

McMillen, J.C & Fisher, R.H. (1998). The perceived benefits scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research*. 22, S. 173-187.

Mehnert, A. & Höcker, A. (2011). Religion und körperliche Gesundheit – empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 247-257). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Murray-Swank, N.A. & Pargament, K.I. (2005). God where are you?: Evaluating a spiritually-integrated intervention for sex abuse. *Mental Health, Religion & Culture*. 8, S. 191-203.

Münker-Kramer, E., Wintersperger, S. & Hofmann, A. (2007). Zum Verständnis von EMDR als Behandlungsmethode für PTBS auf dem Hintergrund der modernen Psychotraumatologie. *Psychologie in Österreich – Themenschwerpunkt Psychotraumatologie*. 1, S. 53-60.

Pargament, K.I., Desai, K.M. & McConnell, K.M. (2006). Spirituality: A pathway to posttraumatic growth or decline? In: Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (Hrsg.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (S. 121-137). Mahawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Park, C.L., Cohen, L.H. & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*. 64, S. 71-105.

Park, C.L. & Ai, A. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma*. 11, S. 389-407.

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, S. 1139-1147.

Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*. 14, S. 364-375.

Poulin, M.J., Silver R.C., Gil-Rivas, V., Holman, E.A. & McIntosh, D.N. (2009). Finding social benefits after a collective trauma: Perceiving societal changes and well-being following 9/11. *Journal of Traumatic Stress*. 22, S. 84-88.

Rammstedt, B. (2007). The 10-Item Big Five Inventory: Norm values and investigation of sociodemographic effects based on a German population representative sample. *European Journal of Psychological Assessment*. 23, S. 193-201.

Rammstedt, B. & John, O.P. (2007) Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*. 41, S. 203-212.

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2011). Achtsamkeit in der Behandlung von persönlichkeitsgestörten und traumatisierten Patienten. In Reddemann (Hrsg.). *Kontexte von Achtsamkeit in der Psychotherapie* (S.101-117). Stuttgart: Kohlhammer.

Reker, G.T. & Wong, P.T.P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: Birren, J.E. & Bengtson, V.L. (Hrsg.). *Emergent theories of aging* (S. 214-246). New York: Springer.

Reker, G.T. (2000). Theoretical perspective, dimensions, and measurement of existential meaning. In: Reker, G.T. & Chamberlain, K. (Hrsg.) *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span* (S. 39-55). USA: Sage.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*. 147, S. 598-611.

Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Schmitz, E. (2005). Sinnkrisen, Belastungen, Lebenssinn – psychologische Perspektiven, Konzepte und Forschung. In: Petzold, H.G. & Orth, Ilse (Hrsg.). *Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Band I: Sinn und Sinnerfahrung – interdisziplinäre Perspektiven.* (S. 123-155). Bielefeld, Locarno: Edition Sirius.

Schnell, T. (2004). Wege zum Sinn. Sinnfindung mit und ohne Religion – Empirische Psychologie der Impliziten Religiosität. *Wege zum Mensch.* 56, S. 3-20.

Schnell, T. (2008). Deutsche in der Sinnkrise? Ein Einblick in die Sinnforschung mit Daten einer repräsentativen Stichprobe. *Journal für Psychologie.* 3. Verfügbar unter: <http://www.journal-fuer-psychologie.de/jfp-3-2008-09.html> [22.07.2011].

Schnell, T. (2009). *Implizite Religiosität. Zur Psychologie des Lebenssinns* (2.Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Schnell, T. (2010). Existential indifference: Another quality of meaning in life. *Journal of Humanistic Psychology.* 50, S. 351-373.

Schnell, T. (2011). Religiosität und Spiritualität als Quellen der Sinnerfüllung. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 259-271). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Schnell, T. (im Druck). Individual differences in meaning-making. Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality and Individual Differences.*

Schnell, T. & Becker, P. (2006). Personality and meaning in life. *Personality and Individual Differences.* 41, S. 117-129.

Schnell, T. & Becker, P. (2007). *Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn (LeBe). Manual.* Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 13-18.

Schuster, M.A., Stein, B.D., Jayox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliott, M.N., Zhou, M.S., Kanouse, D.E., Morrison, J.L. & Berry S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attack. *New England Journal of Medicine*. 345, S. 1507-1512.

Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (Hrsg.). *Handbook of positive psychology* (S. 3-9). Oxford: Oxford University Press.

Shalev, A. Y. (2001). Traumatischer Stress, Körperreaktionen und psychische Störungen. In: Maerker, A. & Ehler, U. (Hrsg.). *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (S. 27-43). Göttingen: Hogrefe.

Shaw, A., Joseph, S. & Linely, P.A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*. 8, S. 1-11.

Southwick, S.M., Gilmartin, R., McDonough, P. & Morrissey, P. (2006). Logotherapy as an adjunctive treatment for chronic combat-related PTSD: A meaning-based Intervention. *American Journal of Psychotherapy*. 60, S. 161-174.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Swarovski L.A., Collins, C.A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S.B. & Austenfeld, J.L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 20, S. 4160-4168.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. (5.ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Newbury Park, CA: Sage Publications Ltd.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9, S. 455-471.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth.: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 15, S. 1-18.

Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2006). Export companions: Posttraumatic growth in clinical practice. In: Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (Hrsg.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (S. 291-310). Mahawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Terr, L.C. (2003). Childhood traumas: An outline and an overview. *Focus – the journal of lifelong learning in psychiatry*.1, S. 322-333.

Utsch, M. & Klein, C. (2011). Religion, Religiosität, Spiritualität. Bestimmungsversuche für komplexe Begriffe. In: Klein, C., Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.). *Gesundheit – Religion – Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze* (S. 25-45). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Wiedemann, G. & Arissen G. (2009). Soziales Kompetenztraining. In: Batra, A., Wassmann, R. & Buchkremer, G. (Hrsg.). *Verhaltenstherapie: Grundlagen – Methoden – Anwendungen* (S. 134-144). Stuttgart: Thieme Verlag.

Winter, L.B. (2004). *Möglichkeiten der Behandlung von Patienten mit Folgeerkrankungen nach psychischer Traumatisierung: Eine Literaturübersicht*. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.

Wright, S., Pratt, C. & Schmall, V. (1985). Spiritual support for caregivers of dementia patients. *Journal of Religion and Health*. 24, S. 31-38.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford CA: Stanford University Press.

Wong, P.T.P. (1998a). Implicit theories of meaningful life and the development of the personal meaning profile. In: Wong, P.T.P. & P.S Fry. (Hrsg.). *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (S. 111-140). Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Wong, P.T.P. (1998b). Meaning-centered counseling. In: Wong, P.T.P. & P.S Fry. (Hrsg.). *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications* (S. 395-435). Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Yalom, I.D. & Lieberman, M.A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*. 54, S. 334-345.

Zika, S. & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*. 83, S. 133-145.

Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth and psychotherapy. In: Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (Hrsg.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (S. 334-354). Mahawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Zoellner, T, Calhoun L.C. & Tedeschi R.G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. In: Maercker, A. & Rosner, R. (Hrsg.). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 36-45). Stuttgart: Thieme Verlag.

## 8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Empirical studies on personal growth and related variables as psychotherapy outcome (Zoellner & Maercker, 2006, S. 343) .....	28
Tabelle 2	Zuordnung der Skalen zu den Dimensionen und inhaltliche Erläuterungen (Schnell & Becker, 2007, S. 25) .....	57
Tabelle 3	Zusammenfassung der aufgestellten Hypothesen .....	66
Tabelle 4	Mittelwerte, Standardabweichungen, T-Werte und Signifikanzniveaus für alle Skalen beider Gruppen, N=66 .....	70
Tabelle 5	F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der Lebensbedeutungen ‚Spiritualität‘ und ‚Explizite Religiosität‘, N=66 .....	74
Tabelle 6	F-Wert, Signifikanzniveau, Effektstärke der Lebensbedeutung ‚Soziales Engagement‘, N=66 .....	74
Tabelle 7	F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der Lebensbedeutungen ‚Gemeinschaft‘ und ‚Bewusstes Erleben‘, N=66 .....	75
Tabelle 8	Standardisierte Koeffizienten ( $\beta$ ), Signifikanzen des Modells 1 zu Hypothese 4, N=66 .....	77
Tabelle 9	Standardisierte Koeffizienten ( $\beta$ ), Signifikanzen des Modells 2 zu Hypothese 4, N=66 .....	77

Tabelle 10	F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der Skalen ,Sinnerfüllung' und ,Sinnkrise', N=66.....	78
Tabelle 11	Mittelwert und Standardabweichung der abhängigen Variable im Altersvergleich zu Hypothese 6, N=66 .....	79
Tabelle 12	F-Werte, Signifikanzniveaus, Effektstärken der 21 Lebensbedeutungen, N=66.....	82
Tabelle 13	Standardisierte Koeffizienten ( $\beta$ ), Signifikanzen der explorativen Fragestellung, N=66 .....	84
Tabelle 14	Zusammenfassung der bestätigten bzw. nicht bestätigten Hypothesen.....	85

## 9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung (Fischer & Riedesser, vereinfacht Hausmann, 2006, S. 44) .....	5
Abbildung 2	Modell des posttraumatischen Wachstums (Calhoun & Tedeschi, 2006, S. 8) .....	22
Abbildung 3	Hierarchisches Modell des Sinnkonstrukts (Schnell & Becker, 2007, S. 13) .....	40
Abbildung 4	Häufigkeitsverteilung der erhobenen Traumata .....	68
Abbildung 5	Häufigkeitsverteilung der religiösen Orientierung.....	69
Abbildung 6	Mittelwertsprofile von Extraversion der Pbn mit und ohne PTG im Altersvergleich, N=66.....	80
Abbildung 7	Mittelwertsprofile von Offenheit der Pbn mit und ohne PTG im Geschlechtervergleich, N=66.....	81

## 10. Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association, Amerikanische Psychiatrische Vereinigung
BFI-10	Big Five Inventory -10, Fragebogen zur Erfassung der fünf Persönlichkeitseigenschaften
ca.	circa, ungefähr
DSM- IV	Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störung, 4. Auflage
etc.	et cetera, und so weiter
ICD- 10	International Classification of Diseases, Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Auflage
LeBe	Fragebogen zu Lebensbedeutungen und Lebenssinn
LOT	Life Orientation Test, Fragebogen zur Erfassung von Optimismus
MPTT	Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie
NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren Inventar
NEO-PI-R	NEO-Persönlichkeitsinventar-Revidiert
Pbn	ProbandInnen
PE	Prolongierte Exposition
PITT	Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie
PTD	Posttraumatic Depreciation, Posttraumatischer Verlust
PTE	Potentially Traumatic Event, Potenzielles Traumatisches Ereignis
PTG	Posttraumatic Growth, Posttraumatisches Wachstum
PTGI	Posttraumativ Growth Inventory, Fragebogen zur Erfassung von posttraumatischem Wachstum
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatische Belastungsstörung
SD	Systematische Desensibilisierung
SVS	Schwartz Value Survey, Fragebogen zur Erfassung von Werten
TIPI	Trierer Integriertes Persönlichkeitsinventar
u. a.	unter anderem
u. ä. m.	und ähnliche mehr
u. v. a. m.	und viele andere mehr
z. B.	zum Beispiel