



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Traumatische Erlebnisse und Posttraumatische Belastungsstörung bei österreichischen Soldaten am Golan

Verfasserin

Johanna Schröfl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin / Betreuer: ao. Univ. -Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Ein ganz herzliches Dankeschön

*an meine Betreuerin, ao. Univ. -Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster,
die mich mit ihren wertvollen Ratschlägen und kritischen Anregungen
über mich hinaus wachsen hat lassen*

*an meine externen Betreuer des Heerespsychologischen Dienstes,
allen voran Mag. Stefan Rakowsky und Mag. Helmut Slop,
die mit Engagement und Unterstützung die Datenerhebung erst möglich gemacht
haben*

*an meine Schwester Lena
für ihre liebevollen Worte, Ablenkungsversuche und dafür,
dass sie immer an mich geglaubt hat*

*an meine Mädls, Romy, Carina und Amata
für geteiltes Leid und willkommene Abwechslung*

*und an meine Familie
für den notwendigen Rückhalt und die Fürsorge*

*<< Jeder einzelne von uns
ist die Summe sämtlicher Momente,
die er jemals erlebt hat >>*

(Abby Kohn)

Die vorliegende Diplomarbeit wurde nach den *Journal Article Reporting Standards* (APA Publications and Communications Board Working Group on Journal Article Reporting Standards, 2008) sowie nach den APA-Richtlinien (American Psychological Association, 2010, zit. n. OWL Purdue Online Writing Lab, OWL, 2013) verfasst. Die einzige Ausnahme bildet der doppelte Zeilenabstand, auf den aus Platzgründen verzichtet wurde.

Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Arbeit auf die geschlechtsneutrale Differenzierung, z.B. der Soldat / die Soldatin, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Abstract

Theoretischer Hintergrund: Auslandseinsätze des österreichischen Bundesheeres bergen ein gewisses Traumatisierungspotenzial. Direkter Beschuss, Gefechte oder der Anblick von Verwundeten und Toten können als traumatische Erfahrung zu psychischen Störungen, unter anderem einer Posttraumatischen Belastungsstörung, führen. In der vorliegenden Arbeit werden die am Golan zuletzt stationierten Soldaten hinsichtlich erlebter einsatzspezifischer Traumata sowie der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung untersucht. **Ziel:** Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der 1) Häufigkeit von erlebten Traumata zurückgekehrter Soldaten vom Golan, 2) der Anzahl von Soldaten, welche die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen, 3) der Unterschiede in den Testergebnissen der Heimkehrer-Checklist (HCL) zu zwei Testzeitpunkten und 4) Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Daten und der Angabe erlebter Traumata. **Methode:** Nach der Rückkehr fand unter der Verwendung der Heimkehrer-Checklist mit 583 Soldaten ein psychologisches Gespräch statt. Eineinhalb Jahre danach wurde erneut die Heimkehrer-Checklist und zusätzlich die Posttraumatic-Checklist Military Version (PCL-M) postalisch an jene 583 Soldaten übermittelt. Innerhalb des festgelegten Zeitrahmens von einem Monat schickten 156 Soldaten die ausgefüllten Fragebögen zurück. Davon konnten zu 123 Soldaten Daten aus den vorangegangenen psychologischen Gesprächen gefunden werden. Somit bilden die Gespräche mit den Soldaten direkt nach der Rückkehr den ersten Testzeitpunkt und die Befragung mittels Fragebögen eineinhalb Jahre später den zweiten, wodurch Vergleiche der Testergebnisse dieser zwei Testzeitpunkte gemacht werden können. **Ergebnisse:** Die Häufigkeit traumatischer Erlebnisse betrug zu Testzeitpunkt 1 43% und zum Testzeitpunkt 2 60%. Die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten 2 (1.3%) Soldaten zu Testzeitpunkt 1 und 3 Soldaten zu Testzeitpunkt 2 (1.9%). Durch den Vergleich der Ergebnisse der Heimkehrer-Checklist wurde eine Zunahme der Werte in den Skalen Zwanghaftigkeit und Phobische Angst zu Testzeitpunkt 2 festgestellt. Eine signifikante Korrelation ($r_s(151) = -.106, p = .049$) wurde hinsichtlich des Dienstgrades österreichischer Soldaten und der Angabe traumatischer Erlebnisse festgestellt. **Schlussfolgerung:** Da mehr als die Hälfte der Soldaten von traumatischen Erlebnissen berichteten und drei Soldaten die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten, kann die Wichtigkeit dieses Themas aufgezeigt werden.

Abstract

Background: Foreign assignments of the Austrian military can lead to a high level of traumatization. Coming under fire, combat experiences or seeing injured people and dead bodies can cause mental disorders, especially posttraumatic stress disorders. This study examines soldiers who returned from Golan with regard to deployment-related trauma and the development of posttraumatic stress disorder. **Objective:** The aim of this study was to 1) examine the frequency of the report of traumatic experiences during deployment and 2) the prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms, 3) define the differences between the test results of the Heimkehrer-Checklist (HCL) at two test times and 4) to determine the relation between sociodemographic data and traumatic experiences. **Method:** After returning from Golan, 583 soldiers were subjected to a psychological evaluation using the Heimkehrer-Checklist. One and a half year later, again the Heimkehrer-Checklist and, additionally, the Posttraumatic-Checklist Military Version were transmitted by post to those 583 soldiers. Within the determinate time span of one month 156 soldiers returned the completed questionnaires. Therefrom 123 soldiers could be matched to the data of the preceding psychological evaluations. Thus, the evaluation of the soldiers right after their return from Golan are considered test time 1 and the examination via the two questionnaires one and a half year later test time 2, which makes it possible to compare the test results of these two test times. **Results:** The frequency of the report of traumatic experience during deployment was 43% at test time 1 and 60% at test time 2. In relation to the frequent report of experienced trauma, only 2 (1.3%) soldiers at test time 1 and 3 soldiers (1.9%) at test time 2 fulfilled the criteria for posttraumatic stress disorder. By comparing the results of the Heimkehrer-Checklist there was found an increase in the scores of the scales Compulsiveness and Phobic Anxiety to the second test time. A significant correlation ($r_s(151) = -.106, p = .049$) with regard to the rank of Austrian soldiers and the report of traumatic experiences could also be demonstrated. **Conclusion:** Due to the fact that more than half of the soldiers reported on traumatic experiences and three soldiers fulfilled the criteria of a posttraumatic stress disorder, the study highlights the importance of this topic.

Inhaltsverzeichnis

I.	Theoretischer Teil	
1.	Einleitung.....	9
2.	Psychotraumatologie.....	11
2.1	Trauma und Traumatisierung.....	11
2.1.1	Kategorisierung von Traumata.....	12
2.1.2	Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung.....	14
2.1.3	Gruppen von Traumabetroffenen.....	19
2.1.4	Trauma innerhalb des Militärs.....	20
2.2	Akute Belastungsreaktion.....	21
2.3	Posttraumatische Belastungsstörung.....	23
2.3.1	Definition.....	23
2.3.2	Epidemiologische Aspekte.....	26
2.3.3	Komorbiditäten.....	27
2.3.4	Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb des Militärs.....	28
3.	Das Österreichische Bundesheer.....	32
3.1	Aufgabenbereich.....	32
3.2	Auslandseinsätze.....	33
3.2.1	Das österreichische Bundesheer am Golan.....	34
4.	Berufsbezogene Belastungen.....	37
4.1	Folgen militärischer Belastungssituationen.....	39
II.	Empirischer Teil	
5.	Zielsetzung der Studie.....	42
6.	Fragestellungen und Hypothesen.....	43
7.	Methode.....	46
7.1	Studiendesign.....	46

TRAUMA UND PTBS BEI SOLDATEN	8
7.2 Untersuchungsablauf.....	46
7.3 Erhebungsinstrumente	47
7.3.1 Soziodemographische Daten.....	47
7.3.2 Die Posttraumatic Checklist – Military Version (PCL-M).....	48
7.3.3 Die Heimkehrer-Checklist (HCL).	49
7.4 Stichprobenbeschreibung.....	49
7.4.1 Sozidemographische Daten.	50
7.5 Statistische Auswertung	50
8. Ergebnisse	52
8.1 Überprüfung der Fragebögen	52
8.1.1 Posttraumatic Checklist (PCL-M).....	52
8.1.2 Heimkehrer-Checklist (HCL).....	53
8.2 Überprüfung der Hypothesen	54
8.2.1 Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen.....	54
8.2.2 Erfüllung der Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung.....	57
8.2.3 Unterschiede zwischen zwei Testzeitpunkten.	58
8.2.4 Soziodemographische Daten und erlebte Traumata.	60
9. Diskussion und Interpretation	62
9.1 Kritik und Einschränkungen der Studie.....	66
9.2 Forschungsausblick.....	67
10. Literaturverzeichnis	70
11. Abbildungsverzeichnis.....	74
12. Tabellenverzeichnis.....	74
13. Anhang.....	75

I. Theoretischer Teil

1. Einleitung

Laut dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (BMLVS) leisten aktuell 1.061 österreichische Soldaten ihren Dienst für das österreichische Bundesheer bei einem Auslandseinsatz ab. Dabei handelt es sich überwiegend um Beobachtermissionen, sowie um friedenserhaltende und friedensschaffende Missionen. Letztere betreffen das aktive Eingreifen in das Geschehen und das Setzen von Maßnahmen zur Beendigung aggressiver und angespannter Situationen. Zum momentanen Zeitpunkt ist das österreichische Bundesheer überwiegend im Kosovo, Libanon und in Bosnien-Herzegowina eingesetzt (Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport [BMLVS], 2015)

Soldaten werden im Zuge des Auslandseinsatzes mit Not, Elend und den Folgen von Krieg und Gewalt konfrontiert, wodurch ein erhöhtes Risiko besteht, traumatischen Situationen ausgesetzt zu sein (Dunker, 2009). Ähnlich wird im Bericht der Bundesheerreformkommission (2010) festgehalten „Jeder Soldat und jede Soldatin stehen speziell im Einsatz unter besonderer psychischer Belastung“ (S. 133). Des Weiteren berichtet Platzer (2009) in einem Artikel über psychologische Betreuung im Auslandseinsatz, dass es während des Einsatzes zu psychischen Belastungen kommen kann, die im friedensmäßigen Dienst in der Heimat kaum auftreten. Damit werden sowohl persönliche Probleme wie die Trennung von zu Hause als auch dienstliche Probleme wie erhöhter Leistungsdruck, angesprochen.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Stichprobe setzt sich aus den im Juli 2013 letztmalig am Golan eingesetzten Soldaten zusammen. Nach dem Beginn des syrischen Bürgerkriegs im Frühjahr 2011 waren die dort stationierten Soldaten vermehrt Gefahrensituationen ausgesetzt. Es kam zu Beschuss und Gefechten sowie direktem Kontakt mit Rebellen. Als wichtigstes Ereignis galt der Angriff und Beschuss auf den österreichischen Rotationskonvoi im November 2012 (Schneider, 2014). Aufgrund der verschärften Sicherheitslage in diesem Einsatzgebiet ist die Gefahr, traumatische Situationen zu erleben, größer. In Folge dessen kann es zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen.

Zur Posttraumatischen Belastungsstörung als Folge von Auslandseinsätzen liegt speziell für das österreichische Bundesheer keine aussagekräftige Literatur vor. Als Basisliteratur wird die Studie von Wittchen et al. (2012) verwendet, in der die Posttraumatische Belastungsstörung innerhalb der deutschen Bundeswehr untersucht wurde. Es konnte bei in Afghanistan eingesetzten Soldaten eine 12-Monatsprävalenz von 2.9%, 95% KI [2.1, 4.1] und eine einsatzbezogene Inzidenz von 0.9%, 95% KI [0.5, 1.6] festgestellt werden. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die tatsächliche Anzahl aufgrund der Dunkelziffer wesentlich höher liegt (Dunker, 2009).

In der vorliegenden Arbeit werden die Häufigkeit einsatzbezogener traumatischer Erlebnisse sowie das Vorkommen der Posttraumatischen Belastungsstörung unter den am Golan stationierten Soldaten erhoben. Durch die Kooperation mit dem Heerespsychologischen Dienst in Wien konnte ein Teil dieser Studie als Längsschnittuntersuchung mit zwei Testzeitpunkten durchgeführt werden. Jeder Soldat wurde direkt nach der Rückkehr einem psychologischen Gespräch unter Verwendung der Heimkehrer-Checklist (HCL) unterzogen. Somit konnten diese Aufzeichnungen in der vorliegenden Studie als Testzeitpunkt 1 verwendet werden. Für den Vergleich der Ergebnisse wurde zu Testzeitpunkt 2, welcher eineinhalb Jahre nach Testzeitpunkt 1 stattfand, neben der Posttraumatic-Checklist (PCL) erneut die Heimkehrer-Checklist an die Soldaten ausgesendet. Zusätzlich sollen anhand soziodemographischer Daten und der Angabe erlebter Traumata Zusammenhänge überprüft werden.

Der theoretische Teil dieser Arbeit wird in zwei wesentliche Abschnitte gegliedert. Anfangs werden theoretische Inhalte bezüglich der Psychotraumatologie, zum Teil unter dem militärischen Aspekt, vorgestellt. Anschließend wird das österreichische Bundesheer samt den Aufgabenbereichen der Soldaten und den einsatzspezifischen Belastungen und Situationen am Golan genauer beschrieben.

Im empirischen Teil werden die Ergebnisse der durchgeführten Studie präsentiert. Die verwendeten Erhebungsinstrumente sowie die Forschungsfragen und die daraus resultierenden Hypothesen werden vorgestellt. Im Anschluss sollen die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert sowie Kritik und Forschungsausblick dargelegt werden.

2. Psychotraumatologie

Im Laufe der Zeit hat sich die Klassifikation von posttraumatischen Reaktionen, Symptomen und auch Störungen mehrmals verändert. Die offiziellen Diagnosekriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) der American Psychiatric Association und der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation werden stets dem aktuellen Forschungsstand angepasst und in etwa alle 10 bis 15 Jahren geändert. Somit kann eine Grundlage geschaffen werden, mit der eine zuverlässige Einstufung von allgemeinen und spezifischen psychischen Störungen ermöglicht wird (Hausmann, 2006).

Im Bereich der Psychotraumatologie geht es laut Hausmann (2006) um traumatische Ereignisse und deren Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Individuen und sozialen Systemen. Als mögliche Folgen von erlebten Traumata beschreiben Maercker und Ehler (2001) die akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung. Letztere wird durch Veränderungen auf der kognitiven, emotionalen, physiologischen als auch verhaltensmäßigen Ebene charakterisiert. Im Folgenden werden unter Einbeziehung des militärischen Kontextes sowohl der Begriff Trauma, als auch die Posttraumatische Belastungsstörung und die dazugehörigen Begriffe wie Epidemiologie und Komorbidität genauer erläutert.

2.1 Trauma und Traumatisierung

Hausmann (2006) definiert Trauma als eine Verletzung oder Schädigung einer existierenden Struktur, welche sowohl den körperlichen (z.B.: Schädel-Hirn-Trauma), als auch den psychischen Bereich betreffen kann. Bei einem Psychotrauma handelt es sich um ein plötzlich auftretendes Ereignis, mit dem betroffene Personen konfrontiert werden, wodurch es zu einem seelischen Einbruch kommen kann, weil die Stabilität des Selbst- oder Weltbildes angegriffen wird (Friedmann, 2004). Ob ein Ereignis als traumatisch empfunden wird oder nicht kann auch von anderen Faktoren abhängen, wie beispielsweise von den Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten der betroffenen Person, aber auch von der Art des Erlebnisses. Durch ein Psychotrauma werden oft intensive Gefühle wie Wut, Zorn, Verzweiflung, Entsetzen

oder auch Angst ausgelöst, welche schwer kontrollierbar sind. Aufgrund dieser Reizüberflutung kann es zu langfristigen psychischen Symptomen als auch Störungen kommen (Hausmann, 2006).

Die Definition von Trauma wird innerhalb verschiedener Klassifikationssysteme ähnlich, aber nicht einheitlich erläutert. So wird im DSM-IV-TR (2003) das Traumakriterium als erfüllt angesehen, wenn die Person „. . . mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder einer Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person konfrontiert wird und mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert“ (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003, S.193-194). Innerhalb des ICD-10 wird das traumatische Ereignis wie folgt definiert „. . . ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling & Freyberger, 2012, S. 173). Anhand dieser Definitionen kann die Posttraumatische Belastungsstörung hinsichtlich Prävalenz, Inzidenz und Epidemiologie untersucht werden, wodurch der entsprechende Handlungsbedarf infolge einer Traumatisierung ermittelt werden kann.

2.1.1 Kategorisierung von Traumata.

Nach Maercker (2013) werden die verschiedenen traumatischen Erlebnisse in interpersonelle („man-made-disasters“) und akzidentelle Traumata (Naturkatastrophen oder Unfälle) eingeteilt, welche in Tabelle 1 dargestellt werden. Aktuell wird diskutiert, ob das medizinisch-bedingte Traumata, zu dem akute lebensgefährliche Erkrankungen oder chronische lebensbedrohliche Krankheiten zählen, in diese Klassifikation aufgenommen werden soll (Maercker, 2013). Kriegserlebnisse oder andere im Krieg erlebte Traumata können anhand dieser Kategorisierung den interpersonellen Traumata zugeordnet werden.

Tabelle 1

Klassifikation von interpersonelle und akzidentelle Traumata (Maercker, 2013).

Interpersonelle Traumata	Akzidentelle Traumata
<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Übergriffe • Kriminelle und familiäre Gewalt • Ziviles Gewalterleben • Sexuelle und körperliche Gewalt in der Kindheit • Kriegserleben • Geiselhaft • Folter und politische Inhaftierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verkehrsunfälle • Berufsbedingte Traumata • Technische Katastrophen • Arbeitsunfälle • Naturkatastrophen

Des Weiteren unterscheidet Maercker (2013) zwischen kurzfristigen Traumata, auch Typ-I-Trauma genannt, welche durch akute Lebensgefahr und Plötzlichkeit beschrieben werden, und langfristigen, Typ-II-Trauma, bei denen es sich um aufeinanderfolgende Ereignisse handelt (Tabelle 2). Die menschlich verursachten und langfristigen Traumata führen nach Maercker (2013) zu stärker belastenden und chronischeren psychischen Beeinträchtigungen als die kurzfristigen Traumata oder Katastrophen und Unfalltraumata.

Das Erleben eines Typ-I-Traumas wird nach Hausmann (2006) vom Betroffenen mit all seinen Details im Gedächtnis abgespeichert und kann zu einer akuten, oder auch zeitversetzten psychischen Störungen führen. Bei Traumatisierungen von Typ-II kommt es auf Seiten der Betroffenen zu Anpassungsversuchen, wobei die traumatische Situation auf emotionaler Ebene sowie auf Verhaltensebene erträglich gemacht werden soll. Wird eines jener Typ-II-Traumata bereits im Kindes- oder Jugendalter erlebt, kann dies zu einer nachhaltigen Veränderung in der weiteren Entwicklung führen.

Tabelle 2

Klassifikation nach kurz- und langfristigen Traumata (Maercker, 2013)

Kurzfristige Traumata (Typ-I)	Langfristige Traumata (Typ-II)
<ul style="list-style-type: none"> • Kurzdauernde Katastrophen • Schwere Verkehrsunfälle • Berufsbedingte Traumata • Kriminelle Gewalt • Sexuelle Übergriffe • Ziviles Gewalterleben 	<ul style="list-style-type: none"> • Langdauernde Naturkatastrophen • Technische Katastrophen • Kriegserleben • Folter • Sexuelle Missbrauch in der Kindheit • Geiselhaf

2.1.2 Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung.

Um den Verlauf einer psychischen Traumatisierung besser erklären zu können, wird hier näher auf das Verlaufsmodell von Fischer und Riedesser (2009) eingegangen. Es besteht aus drei Abschnitten: die traumatische Situation, die traumatische oder auch (post)expositorische Reaktion und der traumatische Prozess. Die gesamten Einwirkungen eines traumatischen Erlebnisses stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander und können somit nicht als ein aufeinanderfolgender Ablauf verstanden werden. Des Weiteren beschreibt dieses Modell die Wechselwirkung von subjektiven als auch objektiven Faktoren, welche die Bewältigung und Verarbeitung eines Traumas beeinflussen können. Bei diesem Modell ist es wichtig, die traumatische Situation und das daraus resultierende zentrale traumatische Situationsthema zu berücksichtigen. Es entsteht durch die Wechselwirkung von subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten und auch objektiven Situationsfaktoren, die wiederum abhängig von der Lebensgeschichte des Individuums sind (Fischer & Riedesser, 2009). Abbildung 1 verdeutlicht die einzelnen Abschnitte des Verlaufsmodells psychischer Traumatisierung und sämtliche darauf einwirkenden Elemente.

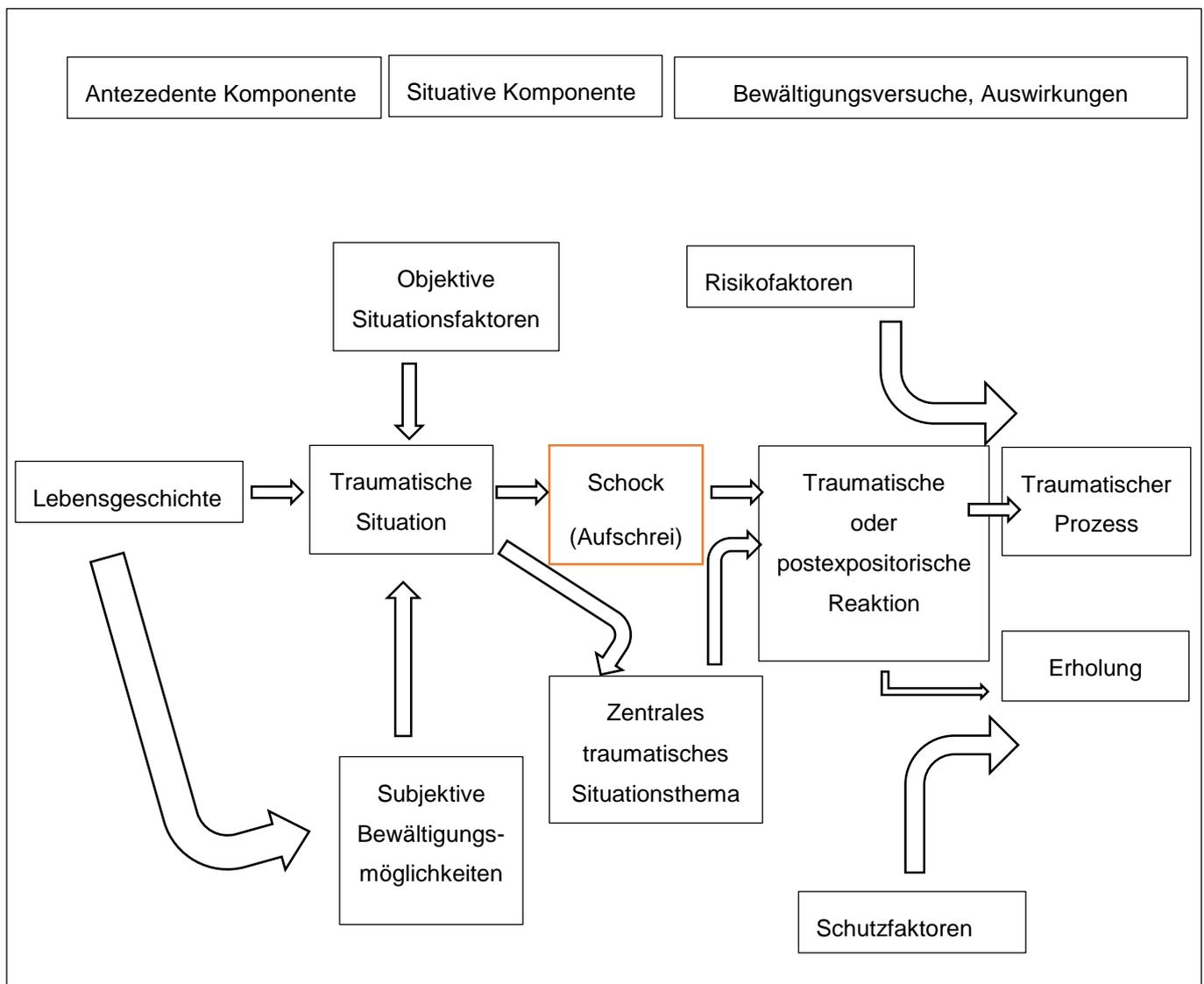


Abbildung 1. Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung nach Fischer und Riedesser (2009).

Dieses Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung ist für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung, da es das unterschiedliche Antwortverhalten bezüglich eines erlebten Traumas zwischen den zwei Testzeitpunkten begründen kann. Aufgrund dessen wird im Folgenden auf die wichtigsten Aspekte näher eingegangen.

- Die traumatische Situation: Innerhalb dieser Phase entwickelt sich das Traumaschema, welches aufgrund der Situationsfaktoren und der persönlichen Situationsdeutung gebildet wird. Es ist ein Ausdruck für den Regulationsverlust innerhalb der traumatischen Situation. Das Traumaschema ist gekennzeichnet

durch die Abspeicherung des erlebten Traumas, wodurch das Opfer sich selbst immer wieder in der erlebten, hilflosen und ungeschützten Situation sieht. Die Abwehr von bzw. Anpassung an Problemsituationen wird dadurch stark beeinträchtigt. Wie bereits unter Punkt 2.1 beschrieben, kann das Selbst- und Weltbild der betroffenen Person erschüttert werden. Bereits gelernte Schemata, welche für die Alltagsbewältigung von Menschen eingesetzt werden und somit auch als Schutzfaktoren im Sinne der Vermeidung einer bereits erlebten unangenehmen Situation wirken können, werden gestört. Für das eingetretene Erlebnis werden keine geeigneten Bewältigungsstrategien gefunden, was zu einer extremen Stresssituation führt (Fischer & Riedesser, 2009).

Nach Fischer und Riedesser (2009) ist es für die Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses relevant, widersprüchliche Schemata zu integrieren und anzupassen. Eine Situation wird von der Person als besonders gefährlich oder bedrohlich gesehen, wenn zentrale Bestandteile des Selbstkonzepts betroffen sind. Ein traumatisches Erlebnis kann erst dann verarbeitet werden wenn vor allem bei menschlich verursachten Trauma, die zerstörte zwischenmenschliche und ethische Beziehung des Opfers zu seinem Weltbild, durch Anerkennung von Verursachung und Schuld wiederhergestellt wird.

Das zentrale traumatische Situationsthema, welches als „unüberwindbar“ oder „undenkbar“ erlebt wird, entsteht, wenn zwischen subjektiven Erwartungen und objektiven Gegebenheiten eine Diskrepanz vorliegt. Oft ist nicht nur die Wahrnehmung, sondern auch die Fähigkeit zur Verarbeitung von Sinneseindrücken während einer traumatischen Situation beeinträchtigt. Dadurch können Amnesien entstehen, bei denen bestimmte Details des Erlebten ausgeblendet werden, wodurch die zeitliche Abfolge meist schwer erinnerbar für Betroffene ist (Fischer & Riedesser, 2009).

- Die traumatische Reaktion: Dieser Abschnitt des Verlaufsmodells psychischer Traumatisierung schließt an die Schockphase an, welche von einer Stunde bis hin zu einigen Wochen nach dem Trauma bestehen kann, und wird auch als postexpositorische Reaktion bezeichnet. Es gibt zwei Verlaufsarten der traumatischen Reaktion, welche nach Fischer und Riedesser (2009) entweder nach einem regenerativen Verlauf in die Erholungsphase mündet oder bei pathologischem Verlauf in den traumatischen Prozess übergeht. Der

allgemeine Verlauf einer traumatischen Reaktion wird in fünf Phasen beschrieben.

Die erste Phase wird durch Hauptsymptome wie Angst, Wut und Trauer geprägt, welche als normale Reaktionen verstanden werden. Bei einem pathologischen Verlauf kommt es zur Überflutung emotionaler Reaktionen, sodass die Person über längere Zeit hinweg von Schrecken und Panik befallen ist. Die danach kommende Verleugnungsphase ist gekennzeichnet durch die Vermeidung von Personen, Situationen und auch Emotionen, welche an das erlebte Trauma erinnern könnten. Um mit dem erlebten traumatischen Ereignis besser umgehen zu können, kann es zusätzlich zu einem Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch kommen. Diese Reaktion sowie der starke Rückzug vom sozialen Umfeld zeichnen den Beginn einer pathologischen Form dieses Verlaufes aus.

Die dritte Phase innerhalb der traumatischen Reaktion wird durch intrusives Erleben von Gedanken und Emotionen geprägt. Zum einen, weil die Person nicht im Stande war, das traumatische Erlebnis in das bereits vorhandene System an Schemata einzugliedern und somit versucht es zu integrieren. Zum anderen kann das intrusive Erleben als Versuch der Vollendung von Handlungen, welche durch das traumatische Erlebnis unterbrochen wurden, gesehen werden (Fischer & Riedesser, 2009).

Die vierte Phase besteht aus dem Durcharbeiten des Erlebten, in welcher die Betroffenen darüber zu erzählen beginnen und somit Gefühle zugelassen werden. Wenn ein kontrolliertes Wiedererleben möglich ist, kann die traumatische Erfahrung integriert werden, wodurch das Selbst- und Weltverständnis wieder neu aufgebaut wird. Die Verarbeitungsphase kann aber auch gestört und somit nicht vollständig beendet werden, indem das Trauma fortbesteht. Dies geschieht dann, wenn dem Opfer nicht die notwendige Anerkennung und Unterstützung zuteilwird, wodurch das Gerechtigkeitsempfinden belastet wird und das Selbst- und Weltbild nicht regeneriert werden kann.

Innerhalb der fünften Phase wird die traumatische Situation letztendlich akzeptiert und dadurch auch als abgeschlossen betrachtet. Im Allgemeinen werden Phase eins bis drei als die wesentlichen Bestandteile der traumatischen Reaktion gesehen, während die 4. und 5. Phase eher zur Regeneration gezählt

werden. Bei einem pathologischen Verlauf der Phasen vier und fünf verbleiben die Betroffenen in einem erstarrten Zustand, welcher auch als *frozen state* bezeichnet wird. Sie verlieren die Hoffnung, das Erlebte verarbeiten zu können (Fischer & Riedesser, 2009).

- Der traumatische Prozess: Diese Phase ist das Ende eines pathologischen Verlaufs der traumatischen Reaktion. Betroffene bleiben in Phase zwei und drei stehen, was von Fischer und Riedesser (2009) auch als Einkapselung oder Sequestrierung bezeichnet wird. Dadurch kann es auch zu keiner vollständigen Verarbeitung des Erlebten kommen, wodurch das Traumaschema weiterhin bestehen bleibt und es nicht zur Integration in das vorhandene System an Schemata kommen kann. Es kann das Bild eines chronischen psychotraumatischen Belastungssyndroms entstehen. Als Gegenmaßnahmen werden von Betroffenen Konsequenzen des traumatischen Erlebnisses gezogen und Maßnahmen gesetzt, die ein erneutes Erleben vermeiden sollen. Um die Gegenmaßnahmen durchführen zu können, wird vom Betroffenen das sogenannte traumakompensatorische Schema entworfen. Hierbei werden beispielsweise erlebte Gefühle wie Hilflosigkeit durch Kontrolle kompensiert, indem der Alltag aktiv und strukturiert geplant wird, um das Eintreten einer weiteren traumatischen Situation verhindern zu können. Das ursprüngliche zentrale traumatische Situationsthema wird bezüglich der einzelnen Erlebniszustände und Momente der traumatischen Erfahrung mittels dem traumakompensatorischen Schema überarbeitet. Im Sinne einer Verkehrung von Subjekt- und Objektqualität, identifiziert sich das Subjekt mit dem Objekt, wodurch es einen Teil der Macht und Stärke des Objektes annehmen kann und die schwächere Hälfte des eigenen Selbsts abgespalten wird. Mit Hilfe des traumakompensatorischen Schemas werden Vorstellungen beziehungsweise Schemata entworfen, welche sich gegen die psychischen Strukturen richten, die aufgrund der traumatischen Erfahrung im Gedächtnis gespeichert wurden. Das traumatische Erlebnis ist in den Vorstellungen enthalten, aber für den Betroffenen in einer erträglicheren Dosierung (Fischer & Riedesser, 2009). Dieses System der Kompensation funktioniert solange, wie keine dem traumatischen Ereignis ähnliche Situation erlebt wird oder Ressourcen auf traumakompensatorischer Seite entfallen. Ist dies der Fall, so kommt es zur

Destabilisierung, wodurch das erlernte System wieder neu angepasst werden muss (Fischer & Riedesser, 2009)

Im Allgemeinen verdeutlicht die Graphik des Verlaufsmodells, dass es während der Phase der traumatischen Reaktion ausschlaggebend ist, welche Schutz- und Risikofaktoren vorhanden sind. Aufgrund von korrektiven und protektiven Umgebungsfaktoren kann der Übergang in die Erholungsphase erleichtert werden, während Risikofaktoren zur pathogenen Entwicklung führen können, wodurch dieser Abschnitt als besonders vulnerabel zu sehen ist. Dieses Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung nach Fischer und Riedesser (2009) kann dazu dienen, einen Überblick über den momentanen Zustand des Betroffenen zu bekommen und dadurch auch klinisch auffällige Aspekte des Traumaverlaufs zu erfassen.

2.1.3 Gruppen von Traumabetroffenen.

Abgesehen von den bisher genannten Einteilungen unter Punkt 2.1.1 gibt es von Friedmann (2004) zusätzlich noch eine Unterteilung hinsichtlich der Opfer eines traumatischen Erlebnisses. Diese werden in primäre, sekundäre, und tertiäre Traumaopfer gegliedert. Demnach sind Primäropfer unmittelbar vom traumatischen Ereignis betroffen, beispielsweise Insassen eines Unfallautos, Verletzte oder Opfer von Gewalt und Missbrauch. Nach der ersten Phase der Stabilisierung befinden sich diese nach Hausmann (2006) oft noch in stationärer oder ambulanter Betreuung, um einer möglichen Folge wie der einer Posttraumatischen Belastungsstörung, vorbeugen zu können. Als Sekundäropfer beschreibt Friedmann (2004) Personen, welche aufgrund der Beobachtung eines Traumas ohne dabei selbst involviert gewesen zu sein oder durch Hilfeleistungen an Primäropfern, traumatisiert werden. Hierzu zählen Zeugen, Einsatzkräfte, Krankenhauspersonal oder auch Psychologen.

Im Vergleich zu Primär- und Sekundäropfern sind Tertiäropfer dem Trauma nicht unmittelbar ausgesetzt, sondern bekommen oftmals die Nachricht von einem traumatisierenden Ereignis überliefert. Zu dieser Gruppe zählen unter anderem Freunde, Familie und Angehörige des Betroffenen.

2.1.4 Trauma innerhalb des Militärs.

Bezüglich der Militärpsychologie beschreibt Slop (2002), dass Soldaten für einen Auslandseinsatz oft in Krisengebiete geschickt werden, wo Krieg, Zerstörung und auch Elend vorherrschend sind. Fremde Kulturen und Situationen mit denen die Soldaten konfrontiert werden, können als belastende Stressoren gelten. Das Erleben von Zerstörung, Elend und Leid muss, trotz umfassender Einsatzvorbereitung, von den Soldaten verarbeitet werden. Ob ein Ereignis als traumatisch erlebt wird, hängt von den individuellen Fähigkeiten, Normen und Werthaltungen des Soldaten ab, welche von Slop (2002) als normatives Bezugssystem oder subjektives Weltbild bezeichnet werden. Zunehmende Erfahrung bezüglich belastender Ereignisse kann dieses Bezugssystem erweitern und dadurch ermöglichen, dass das subjektiv Abnorme in die intrasubjektive Norm miteinbezogen wird und somit als normal erlebt wird.

Wenn Soldaten mit lebensbedrohlichen Ereignissen konfrontiert werden, kann dies dazu führen, dass das subjektive Weltbild massiv erweitert oder auch gesprengt wird, wodurch es zu einer dysfunktionalen Verarbeitung der Erlebnisse oder auch psychischen Traumatisierung kommen kann (Slop, 2002). Auch Hausmann (2006) spricht von einem gesprengten Bezugsrahmen, bei dem Werte und Maßstäbe die bislang gegolten haben plötzlich bedroht und somit haltlos werden.

Wittchen et al. (2012) führten diesbezüglich eine Studie durch, in der sie 1.599 deutsche Soldaten, welche 2009 nach Afghanistan entsendet wurden, nach traumatischen Erlebnissen befragten. Zusätzlich wurde diese Stichprobe mit 889 Soldaten ohne Auslandseinsatz verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass 49.2% aller Soldaten welche im Auslandseinsatz waren, ein und 13.0% mehr als drei traumatische Ereignisse erfahren hatten. Im Gegensatz dazu lagen innerhalb der Kontrollgruppe mit einem Ergebnis von 11.1% signifikant weniger traumatische Ereignisse vor.

Zusätzlich wurden von Wittchen et al. (2012) die häufigsten traumatischen Erlebnisse erhoben, wobei der Anblick von zerstörten Häusern und Dörfern, der direkte Beschuss durch Artillerie oder Raketen, die erlebte Feindseligkeit von Zivilpersonen sowie die eigene Hilflosigkeit gegenüber kranken oder verletzten Frauen und Kindern am öftesten genannt wurden. Aufgrund der Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass Auslandseinsätze vermehrt mit traumatischen Ereignissen und einem zwei- bis vierfach erhöhten Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung verbunden sind. Wittchen et al. (2012) führen als Limitation dieser Studie an, dass diese Ergebnisse

ausschließlich auf Querschnittsstudien basieren, wodurch nicht festgestellt werden kann, ob Soldaten bereits vor dem Einsatz Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigten.

2.2 Akute Belastungsreaktion

Unter einer akuten Belastungsreaktion wird nach Maercker (2013) eine Reaktion bezeichnet, welche unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis auftreten kann und innerhalb Stunden oder Tagen wieder abklingt. Es gibt einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der traumatischen Erfahrung und dem Auftreten von Symptomen. In den meisten Fällen werden depressive Symptome, Angst, Ärger, Verzweiflung, Rückzug, aber auch ein Zustand emotionaler Betäubung, beschrieben. Im ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2012) wird dargelegt, dass die Intensität der Symptome nach dem dritten Tag nachlässt, beziehungsweise nur noch minimal vorhanden ist. Innerhalb des DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) muss eine Person mindestens drei dissoziative Symptome wie Derealisation, das Fehlen von emotionaler Reaktionsfähigkeit, Depersonalisation oder das Gefühl von Empfindungslosigkeit aufweisen, um eine akute Belastungsstörung diagnostizieren zu können. Des Weiteren sind die Symptome über zwei Tage lang präsent, dauern jedoch nicht länger als maximal vier Wochen. Laut Hausmann (2006) können die Bewältigungsmöglichkeiten oder auch Copingstrategien eines Betroffenen den Schweregrad und das Ausmaß der Störung beeinflussen.

Basierend auf der Literatur (Friedmann, 2004; Hausmann, 2006) wird oftmals nach dem Abklingen der ersten Phase einer akuten Belastungsreaktion eine symptomfreie Zeit erlebt, die sogenannte Latenzphase. Nicht selten kann es aber dann zu einem neuen Symptombild kommen, nämlich dem Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Laut Wothe und Siepmann (2003) gilt die akute Belastungsstörung im militärischen Kontext „als eine normale Reaktion auf eine anormale Situation“ (S. 253). Darüber hinaus wird diese von Faktoren wie Trainingszustand und psychischer Zustand des Soldaten, Zusammenhalt in der Gruppe, guter Führung, Vertrauen in die eigenen Waffen und Moral beeinflusst. Die Reaktion auf ein belastendes Ereignis hängt in vielen Fällen von der Kampfintensität ab. Je intensiver ein Soldat in das Geschehen involviert ist, desto höher ist die Anzahl an Soldaten mit einer akuten

Belastungsreaktion. Im militärischen Kontext werden auch oft Synonyme wie Kampfneurose, Kampfermüdung, Gefechtsschock oder auch psychische Kampfreaktion verwendet, wobei jeder einzelne dieser Begriffe ein dysfunktionales Verhalten in Folge einer militärischen Belastungssituation beschreibt (Wothe & Siepmann, 2003).

Viele der Soldaten können auf eine militärische Belastungssituation aber auch mit angepasstem Bewältigungsverhalten, wie beispielsweise mit erhöhter Aufmerksamkeit, Vigilanz, Entwicklung von Stärke und Durchhaltevermögen, zunehmender Toleranz gegenüber Schmerz, Belastung und Verletzungen, Zusammenhalt innerhalb der Einheit, aber auch durch Vertrauen in die eigenen Stärke, reagieren. Obwohl ein angepasstes Bewältigungsverhalten von Soldaten die am häufigsten gezeigte Reaktion ist, wird in der Literatur dementsprechend wenig darüber geschrieben (Wothe & Siepmann, 2003).

Zimmermann, Jacobs und Kowalski (2012) untersuchten in ihrer Studie Soldaten der deutschen Bundeswehr, welche im Rahmen der International Security Assistance Force (ISAF) in Afghanistan stationiert waren. Während zu Beginn des Einsatzes eher friedenserhaltende Maßnahmen von Bedeutung waren, kamen ab dem Jahre 2008 auch aktive Kampfhandlungen hinzu. Von 353 Heimkehrern, konnte bei 74 Soldaten (21%) eine akute Belastungsreaktion festgestellt werden. Innerhalb der Untersuchung von den im Jahr 2010 am häufigsten gestellten Hauptdiagnosen aus dem psychiatrischen Fachgebiet nach ISAF-Einsätzen, steht die akute Belastungsreaktion an dritter Stelle nach der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Anpassungsstörung (Zimmermann, Jacobs & Kowalski, 2012).

Bei einer anderen Studie von Ungerer, Weeke, Zimmermann, Petermann und Kowalski (2013), wurde bei 81 Soldaten die Diagnose der akuten Belastungsreaktion am häufigsten gestellt. Es muss jedoch hinzugefügt werden, dass diese Untersuchung bei Soldaten in Afghanistan im Jahr 2009 während des Einsatzes stattgefunden hat. Ferner wurden lediglich die fachärztlichen, nicht-standardisierten Behandlungsdokumentationen von den zuständigen Psychiatern verwendet. Eine weitere Limitation dieser Studie ist, dass es retrospektiv nicht möglich war zu ermitteln, welche traumatischen Erlebnisse bei Soldaten zu einer akuten Belastungsreaktion geführt hatten und dadurch eine kausale Zuordnung nicht stattfinden konnte.

2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

2.3.1 Definition.

Die Posttraumatische Belastungsstörung gilt als eine der Folgereaktionen eines traumatischen Erlebnisses (Maercker & Ehler, 2001). Nach Hausmann (2006) können psychische Vorerkrankungen oder auch andere Persönlichkeitseigenschaften einerseits die Schwelle für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung senken, andererseits aber auch den Verlauf und den Schweregrad deutlich beeinflussen. Im Folgenden werden die wichtigsten Symptomgruppen sowie Hauptkriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung kurz erläutert.

Auf Basis des DSM-IV-TR definiert Maercker (2013) folgende Hauptkriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung:

- I. Erlebnis eines Traumas
- II. Intrusion (wiederholte und unwillkürliche Erinnerungen an das Trauma)
- III. Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
- IV. Anhaltendes, physiologisches Hyperarousal (Übererregung)
- V. Symptome dauern länger als einen Monat

Wenn das fünfte Hauptkriterium, welches das zeitliche Auftreten der Symptome in Folge eines erlebten Traumas betrifft nicht erfüllt wird, wird eine akute Belastungsstörung diagnostiziert, welche unter Punkt 2.2 bereits erwähnt wurde (Maercker, 2013).

Die drei zentralen Symptomgruppen, Intrusion (Symptomgruppe B), Vermeidung/Betäubung (Symptomgruppe C) und Übererregung (Symptomgruppe D), welche sowohl im ICD-10, als auch im DSM-IV-TR vorkommen, werden im Folgenden genauer beschrieben.

Unter Intrusion wird die ungewollte Gebundenheit an ein traumatisches Erlebnis verstanden. Hierbei treten Bilder, Geräusche oder andere Eindrücke des traumatischen Erlebnisses willkürlich in den Bewusstseinszustand der Person ein. Diese erscheinen oftmals stärker, als der Betroffene vertragen kann, wodurch es zu einem intensiven Belastungsgefühl kommt. Oft ist es auch der Fall, dass Personen das Ereignis so realistisch wiedererleben, dass sie glauben, sie befänden sich wieder in

der traumatischen Situation. Comer (2008) bezeichnet solche Zustände auch als *Flashbacks*.

Nach Maercker (2013) versuchen die Betroffenen innerhalb der Vermeidung traumatische Gedanken so gut wie möglich zu verdrängen. Bei dem Versuch, das Erlebte bewusst fernzuhalten, können auch dissoziative Zustände sowie Teilamnesien entstehen, bei denen sich Betroffene nur teilweise an das traumatische Erlebnis erinnern können. Des Weiteren werden Situationen oder Aktivitäten, die an das traumatische Ereignis erinnern könnten, so weit wie möglich vermieden. Zusätzlich kann es zu Symptomen der anhaltenden emotionalen Betäubung kommen, bei denen die eigenen Gefühle als wertlos empfunden werden. Betroffene beschreiben oft einen emotionalen Rückzug aber auch Gefühle der Entfremdung vom sozialen Umfeld (Maercker, 2013).

Die letzte Symptomgruppe betrifft die Übererregung. Hierbei wirken nachfolgende, oft auch geringere Belastungen viel intensiver, da die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems gesenkt wird. Beispielsweise führen schon geringfügige Berührungen oder Geräusche zu übertriebenem Erschrecken. Am Tag werden sämtliche Gefühle oder Eindrücke von den Betroffenen hypervigilant bzw. übermäßig wachsam wahrgenommen. Ein erhöhter Erregungszustand kann sich auch auf das Schlafverhalten auswirken, wodurch sowohl Probleme beim Einschlafen als auch beim Durchschlafen entstehen können (Maercker, 2013).

Innerhalb dieser drei Symptomgruppen gibt es jeweils Einzelsymptome, wovon einige gemeinsam auftreten müssen um eine Posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren. Innerhalb Symptomgruppe B muss mindestens eines der aufgelisteten Symptome, wie Nachhallerlebnisse, belastende Träume oder auch Intrusionen, erfüllt werden. Bei der zweiten Gruppe sind mindestens drei Symptome, unter anderem Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Interessensverminderung oder Entfremdungsgefühl notwendig, um eine Diagnose stellen zu können, während bei Symptomgruppe D wiederum zwei Kriterien erfüllt sein müssen. Hierzu zählen Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz oder übermäßige Schreckreaktion. Zwischen dem DSM-IV-TR und dem ICD-10 gibt es Unterschiede hinsichtlich der Symptomanzahl zur Festlegung der Störung, wobei das ICD-10-System weniger strikt ist (Maercker, 2013).

Zusätzlich zu den Symptomgruppen und Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung unterscheidet der DSM-IV-TR zwischen einer akuten (Symptome dauern kürzer als drei Monate an), einer chronischen (Symptome halten länger als drei Monate an) und einer verzögerten Posttraumatischen Belastungsstörung (Beginn der Symptome liegt mindestens sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis). Hier wird von einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit verzögertem Beginn gesprochen (Saß et al., 2003).

Hausmann (2006) differenziert zwischen einer vollständig entwickelten Posttraumatischen Belastungsstörung, die alle drei Symptomgruppen (Intrusion, Vermeidung und Übererregung) umfasst, und einer partiellen Posttraumatischen Belastungsstörung, bei der zwei der drei Symptomgruppen vorhanden sein müssen. Auch wenn es sich um keine direkt klinisch diagnostizierbare Störung handelt, wird die partielle Posttraumatischen Belastungsstörung oftmals in Untersuchungen miteinbezogen, da von Betroffenen ebenfalls ein großer Leidensdruck beschrieben wird (Hausmann, 2006).

Im Jahr 2013 wurde das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V veröffentlicht, wodurch es einige Veränderungen bezüglich der Diagnosekriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung gegeben hat. Ein wesentlicher Unterschied ist das neue, vierte Symptomcluster, für welches das Symptom der Vermeidung in Vermeidung von traumaassoziierten Stimuli und negative Veränderungen in traumaassoziierten Gedanken und Stimmungen aufgeteilt wurde. Des Weiteren wurden Zusatzkodierungen zu dissoziativen Symptomen, wie Depersonalisation und Derealisation hinzugefügt und die Unterteilung in akut und chronisch wurde aufgehoben. Eine weitere Änderung betrifft das Alter der Betroffenen. Für Kinder unter sechs Jahren gibt es eigene Diagnosekriterien. Die akute Belastungsreaktion bzw. -störung betreffend wurden Reaktionen wie Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen auf ein traumatisches Erlebnis gestrichen (Ehret & Berking, 2013).

Da sich die in dieser Diplomarbeit verwendeten klinisch-diagnostischen Verfahren, welche im empirischen Teil noch genauer beschrieben werden, in ihrer Auswertung auf das DSM-IV-TR beziehen, wird innerhalb dieser Arbeit neben dem ICD-10 weiterhin das DSM-IV-TR als Klassifikationssystem herangezogen.

2.3.2 Epidemiologische Aspekte.

Da die Ursachen für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung sehr vielfältig sein können, interkulturell schwer vergleichbar sind und die Erhebungsmethoden variieren, ist es aus wissenschaftlicher Sicht schwer, epidemiologische Daten zu bekommen (Friedmann, 2004). Nach Hausmann (2006) spielen sowohl geografische, gesellschaftliche als auch subkulturelle Unterschiede eine entscheidende Rolle, ob ein traumatisches Erlebnis zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung führt. Fakt ist, dass bestimmte traumatische Ereignisse, wie Naturkatastrophen oder auch politische Gewalt, in unterschiedlichen Regionen hinsichtlich der Häufigkeit variieren. Beispielsweise treten in Teilen von Amerika öfter Naturkatastrophen auf, als es in Europa der Fall ist (Maercker, 2013). Ferner muss auch berücksichtigt werden ob eine Periodenprävalenz, beispielsweise die 12-Monatsprävalenz oder die Lebenszeitprävalenz angegeben werden. Die Lebenszeitprävalenz ist meist höher, da auch die erfolgreich Behandelten erfasst werden (Maercker, 2013).

Als eine der größten und umfassendsten epidemiologischen Studien hinsichtlich der Prävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung gilt das National Comorbidity Survey von 2005 (Kessler et al. 2005). Die Studie wurde zwischen Februar 2001 und April 2003 durchgeführt und hatte das Ziel, die Lebenszeitprävalenz von psychischen Störungen, bezogen auf die Diagnosekriterien des DSM-IV, zu erheben. Insgesamt wurden 9.282 Personen, welche alle älter als 18 Jahre waren, mit einem von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten vollstrukturierten Interview, dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI), befragt. Das Ziel dieser Studie war die Erhebung der Lebenszeitprävalenz für Angststörungen, worunter auch die Posttraumatische Belastungsstörung fällt, Substanzmissbrauch und Affektive Störungen. Bezüglich der Posttraumatischen Belastungsstörung konnte eine Lebenszeitprävalenz von 6.8% festgestellt werden. Aufgrund dieser Ergebnisse gilt die Posttraumatische Belastungsstörung neben der spezifischen und der sozialen Phobie als eine der weitverbreitetsten Angststörungen. Das Alter wurde in vier Kategorien eingeteilt, wobei die Sparte der 45- bis 59-Jährigen den höchsten Wert von 9.2% aufwies und die der über 60-Jährigen den niedrigsten Wert von 2.5% zeigte. Des Weiteren konnte mit dieser Studie gezeigt werden, dass Frauen ein signifikant höheres Risiko einer Angst- oder Affektiven Störung aufweisen als Männer (Kessler et al. 2005).

Unter Kessler wurde diese Studie mit Chiu, Demler, und Walters (2005) weiter entwickelt, indem bezüglich der Prävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung in Amerika weitere Untersuchungen durchgeführt wurden. Hierbei wurden die 12-Monatsprävalenz und der Schweregrad von psychischen Störungen, wiederum auf dem DSM-IV basierend, erhoben. Die 12-Monatsprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung betrug hier 3.5%, wobei 36.6% dieser Fälle als „schwer“, 33.1% als „mittel“ und 30.2% als „mild“ klassifiziert wurden. Nach Kessler et al. (2005) gilt schwer dann, wenn Kriterien wie beispielsweise ein Selbstmordversuch innerhalb der letzten 12 Monate, Arbeitsunfähigkeit oder ein positiver Bescheid über eine andere Psychose vorliegt, gegeben sind. Unter mittel werden suizidale Gedanken, Handlungen oder Absichten, Substanzmissbrauch ohne schwere Beeinträchtigung der Leistung sowie Einbußen innerhalb der Arbeit verstanden. Sollte keine der genannten Kriterien für schwer oder mittel vorliegen, werden alle weiteren diagnostizierten Fälle als mild eingestuft.

2.3.3 Komorbiditäten.

Eine Posttraumatische Belastungsstörung tritt oft in Verbindung mit Symptomen einer Depression, Angststörung, Suizidalität, Alkoholmissbrauch, Herz-Kreislaufkrankungen oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung auf (Maercker, 2013). In der Studie von Fear et al. (2010), wurde die allgemeine Gesundheit von britischen Soldaten nach einem Einsatz im Irak oder in Afghanistan untersucht. Zusätzlich konnte neben der Posttraumatischen Belastungsstörung auch der Prozentsatz für Alkoholmissbrauch, welcher 13% ausmacht, erhoben werden. Ähnliche Werte konnten innerhalb der Erhebung von Iversen et al. (2009), welche ebenfalls das britische Heer betrifft, festgestellt werden. Mit einem Wert von 18% wird der Alkoholmissbrauch als die häufigste Folge von traumatischen Ereignissen, welche im Auslandseinsatz erlebt wurden, beschrieben. Zusätzlich ergaben neurotische Persönlichkeitsstörungen einen Wert 13.5%.

Zimmermann et al. (2012) konnten innerhalb ihrer Studie die Anpassungsstörung, depressive Störungen sowie Angst- und somatoforme Störungen als komorbide Störungen hinsichtlich der Posttraumatischen Belastungsstörung erheben. Angst- und somatoforme Störungen scheinen mit 0.5% eher selten auf, sind jedoch häufig als Nebendiagnose vertreten. Da körperliche Symptome im Vordergrund stehen, die aber oftmals psychischer Ursache sind, gilt es vorerst als schwierig, eine somatoforme

Störung zu diagnostizieren. Bei Soldaten im Auslandseinsatz werden bei der Rückkehr häufig beständige und chronifizierte Schmerzsymptome, wie Rückenschmerzen oder Symptome des Magen-Darm-Traktes, festgestellt. Darüber hinaus wurde eine Agoraphobie bei einigen Soldaten diagnostiziert, welche sich durch panikartige Attacken bei großen Menschenansammlungen oder auf öffentlichen Plätzen äußerte (Zimmermann et al., 2012).

2.3.4 Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb des Militärs.

Laut der Homepage des österreichischen Bundesheeres waren seit 1960 mehr als 90.000 Soldaten aus dem Reserve- wie auch Aktivstand an friedensunterstützenden Missionen beteiligt. (<http://www.bundesheer.at/ausle/index.shtml>). Da es sowohl für die Aufrechterhaltung der Motivation als auch der Produktivität wichtig ist, dass die Soldaten in gutem Gesundheitszustand aus dem Einsatz zurückkommen, wurde eine Studie von Iversen et al. (2009) durchgeführt. Dabei wurden traumatische Erlebnisse, mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und der Zusammenhang zu anderen psychischen Störungen, wie der Depression, erfasst. Bei der Auswertung der Ergebnisse wurden die häufigsten psychischen Störungen wie Affektive- und Angststörungen zusammengefasst, wodurch eine Prävalenz von 27.2% festgestellt werden konnte. Die Häufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung betrug 4.8%. Diese Ergebnisse konnten mittels einer Kohortenstudie von Fear et al. (2010) bestätigt werden. Innerhalb dieser Studie wurden 9.990 Soldaten des britischen Militärs, welche im Irak oder in Afghanistan gedient hatten, befragt. Die Prävalenz für allgemeine psychische Störungen betrug 19.7% und die der Posttraumatischen Belastungsstörung 4%. Hinsichtlich der demographischen Daten wurden der Ort, die Art und Dauer des Einsatzes, als auch Training, Erfahrung und Dienstgrad miteinbezogen. Es gab eine signifikante Interaktion zwischen der Anzahl an Einsätzen und dem aktuellen Dienstgrad und der Häufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung betrug bei Soldaten, welche einem Kampfbataillon angehörten, 6.9%, während für jene Soldaten, welche eine unterstützende Rolle im Lager hatten, die Wahrscheinlichkeit bei 3.6% lag (Fear et al.

2010). Die Ergebnisse konnten in der Studie von Sareen et al. (2007), welche das kanadische Militär hinsichtlich einer Posttraumatischen Belastungsstörung untersuchten, bestätigt werden. Während bei Soldaten, die direkt mit dem Kampfgeschehen konfrontiert waren, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei 2.10% lag, wurde bei Soldaten in friedenserhaltenden Einsätzen ein Prozentsatz von 1.15% festgestellt. Zusätzlich wurde eine Gruppe von Soldaten, welche schwerwiegende traumatische Erfahrungen im Einsatz gemacht hatten, gebildet. Innerhalb dieser Gruppe von kanadischen Soldaten lag die Häufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei 4.33%

Des Weiteren werden auch oft Reservisten, welche zusätzlich zu den vorgesehenen Einheiten bei Bedarf zur Verfügung stehen müssen, für den Einsatz herangezogen (Iversen et al., 2009). Einige Studien (Fear et al., 2010; Iversen et al., 2009) berichten über ein signifikant höheres Risiko bei Reservisten, eine Posttraumatische Belastungsstörung nach dem Einsatz zu entwickeln.

Im Gegensatz zu Großbritannien und Kanada wurden in den USA schon länger Untersuchungen bezüglich der Belastungen von Soldaten während und nach dem Auslandseinsatz gemacht. Speziell jene Soldaten, welche im Vietnamkrieg gekämpft hatten, zeigten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung betrug nach Weiss et al. (1992), welcher ausschließlich Veteranen vom Vietnamkrieg untersuchte, für männliche 30.9% und 26% für weibliche. Zusätzlich konnte die Studie bestätigen, dass von 1,7 Millionen Veteranen, die nach dem Vietnamkrieg Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung gezeigt hatten, 830.000 Veteranen Jahre später weiterhin Beeinträchtigungen in Form von Arbeitsunfähigkeit und Verzweiflung aufwiesen.

Von Juli 2001 bis Juni 2003 untersuchten Smith et al. (2007) amerikanische Soldaten, welche im Irak oder in Afghanistan stationiert waren. Die Ergebnisse zeigten, dass zwischen 7.6% und 8.7% der Soldaten mit direkter Kriegserfahrung über Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung berichteten und 1.4% bis 2.1% der Soldaten, welche keine kriegsähnlichen Erlebnisse im Einsatz erfahren haben. Des Weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und soziodemographischen Daten, wie Alter, Bildungsniveau und Dienstgrad festgestellt werden.

Da sich die vorliegenden Studien (Iversen et al., 2009; Smith et al., 2007) lediglich auf das Heer in Amerika und Großbritannien beziehen, ist es nun von Interesse, sich Untersuchungen innerhalb des deutschsprachigen Raumes anzusehen. Eine der größten Erhebungen, welche zum Teil bis heute noch nicht abgeschlossen ist, wird unter der Leitung von Prof. Dr. Wittchen durchgeführt. Ihm zufolge gab es im Jahr 2013 innerhalb der deutschen Bundeswehr annähernd 1.500 Fälle einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Studie umfasste 1.599 Soldaten, welche 2009 nach Afghanistan entsendet wurden. Zusätzlich gab es eine Kontrollgruppe von 889 vergleichbaren Soldaten ohne Auslandseinsatz. Beide Stichproben wurden unter der Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht, Anonymität und Freiwilligkeit einem zweistündigen persönlichen Untersuchungsgespräch unterzogen. Neben den häufigsten traumatischen Erlebnissen während eines Auslandseinsatzes, wurden die 12-Monatsprävalenz, sowie die einsatzbezogene Inzidenz erhoben. Ort, Art und Dauer des Einsatzes, Training, Erfahrung als auch Dienstgrad wurden miteinander verglichen, um mögliche Zusammenhänge feststellen zu können. Die 12-Monatsprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung betrug 2.9% und die einsatzbezogene Inzidenz 0.9%. Es sei jedoch anzumerken, dass die Dunkelziffer laut Wittchen et al. (2012) in etwa das Doppelte beträgt.

Da es bisher nur wenige Untersuchungen bezüglich traumatischer Erlebnisse in der deutschen Bundeswehr gibt, wurden von Jerg-Bretzke, Hrabal, Walter & Traue (2010) die traumatische Belastung von Soldaten, welche in Krisengebieten stationiert waren, im Längsschnitt untersucht. Es wurden vor, während und nach dem Einsatz mittels standardisiertem und nicht-standardisiertem Fragbögen, Daten zur Belastung im Auslandseinsatz erhoben. Im Gesamten berichteten über 80% der Soldaten, dass sie sich von den stattgefundenen Ereignissen im Krisengebiet stark bis sehr stark belastet fühlten. Zu den häufigsten Symptomen gehörten wiederkehrende Gedanken an die erschreckenden Ereignisse, ein unruhiger Schlaf, das Gefühl sich vom sozialen Umfeld abgetrennt zu fühlen, sowie von Menschen in näherer Umgebung nicht verstanden zu werden. Aufgrund der hohen Drop-out-Rate (zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 66 Teilnehmer vorhanden, während sich beim zweiten und dritten jeweils nur mehr 36 und 27 an der Untersuchung beteiligten) haben die Ergebnisse dieser Studie eine eingeschränkte Generalisierbarkeit (Jerg-Bretzke, Hrabal, Walter, & Traue, 2010).

Die niedrigen Raten an einsatzbezogener Posttraumatischer Belastungsstörung in Deutschland im Vergleich zu den bisher genannten Studien aus Großbritannien (Fear et al. 2010; Iversen et al. 2009) erklären Wittchen et al. (2012) durch ein effektiveres gesundheitliches Auswahlverfahren bei der deutschen Bundeswehr, aber auch aufgrund von anderen Einsatzmodalitäten. Des Weiteren weisen Wittchen et al. (2012) auf eine kürzere durchschnittliche Einsatzdauer sowie eine im Vergleich zu den US-amerikanischen und britischen Soldaten niedrigere Wahrscheinlichkeit während des Einsatzes mit Kampfsituationen konfrontiert zu sein hin. Dunker (2009) betont, dass auch die Prävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung in amerikanischen Studien nicht mit Europa oder Deutschland zu vergleichen ist (Dunker, 2009, zitiert nach Krüsmann & Seifert, 2008). Als Begründung werden die höhere Kriminalitätsrate in den USA sowie die Modalität der Kampfeinsätze, welche von deutschen oder europäischen Verhältnissen deutlich abweichen, genannt.

Um die Situationen und berufsspezifischen Belastungen der österreichischen Soldaten besser verstehen zu können, wird im folgenden Punkt näher auf das österreichische Bundesheer, samt Funktionen und Einsatzgebieten, eingegangen.

3. Das Österreichische Bundesheer

Der offiziellen Homepage des österreichischen Bundesheeres (<http://www.bundesheer.at/sk/index.shtml>) zufolge ist das Bundesheer die bewaffnete Streitkraft Österreichs und unterliegt hinsichtlich seiner Aufgaben dem Wehrgesetz. International ist Österreich Mitglied in der Europäischen Union (EU) und in der Partnerschaft für den Frieden (PfP). Zum momentanen Zeitpunkt beträgt die Gesamtstärke des österreichischen Bundesheeres 47.000 Personen. Davon sind 14.000 Fixbedienstete, 8.000 Zivilbediensteten sowie 25.000 Miliz-Soldaten, welche anlassbezogen eingesetzt werden können.

3.1 Aufgabenbereich

Die Hauptaufgaben des Bundesheeres werden durch das BMLVS definiert und nun kurz erläutert:

- Militärische Landesverteidigung: Im Falle eines Angriffes von außen, aber auch innerhalb Österreichs, stehen die Land- und Luftstreitkräfte sowie Spezialeinsatzkräfte bereit. Im Notfall werden diese auch von Soldaten der Miliz verstärkt.
- Schutz von Einrichtungen und Einwohnern: Hierbei geht es darum, die Ordnung und Sicherung verfassungsmäßiger Einrichtungen, wie dem Parlament, Rathaus oder auch den einzelnen Bezirkshauptmannschaften in Österreich, aufrechtzuerhalten. Im Normalfall unterliegt diese Aufgabe der Exekutive, wodurch das Bundesheer nur mit der Genehmigung des Innenministeriums diese Aufgabe übernehmen darf.
- Hilfe bei Naturkatastrophen und Unglücksfällen: Das Bundesheer ist aufgrund heereigener Meteorologen, Geologen und weiterer Spezialisten ihres Fachgebietes auf Naturkatastrophen vorbereitet. Mit Hilfe von Vorwarnungen bezüglich eventueller dauerhafter Regen- oder Schneefälle, können bestimmte Vorbereitungen im Vorfeld getroffen werden. Hierzu zählen beispielsweise die Hilfe bei Hochwasser, Löschflüge bei Waldbränden, großflächige Schneeräumungen, aber auch die Suche nach Lawinenopfern oder Waldarbeiten nach Sturmschäden. Das Bundesheer unterstützt die staatlichen Hilfsorganisationen personell, aber auch materiell.

- Hilfe im Ausland: Da Österreich Mitglied internationaler Organisationen (z.B.: EU) ist, zählen zu den Aufgaben des Bundesheeres die Teilnahme an friedenserhaltenden oder auch friedensunterstützenden Missionen. Größere Kontingente von österreichischen Soldaten sind derzeit in Bosnien-Herzegowina, Kosovo und im Libanon stationiert.

3.2 Auslandseinsätze

Die Homepage des österreichischen Bundesheeres stellt folgende Information zur Verfügung „Seit 1960 haben mehr als 90.000 österreichische Soldaten und zivile Helfer an über 50 internationalen friedensunterstützenden und humanitären Missionen teilgenommen“ (<http://www.bundesheer.at/ausle/index.shtml>). In Kooperation mit den Vereinten Nationen sind auch andere Organisationen, wie die Organisation for Security and Co-Operation in Europe (OSCE), die EU und die North Atlantic Treaty Organization (NATO) für friedenserhaltende Maßnahmen zuständig. Nach dem Ende des Kalten Krieges ist die Anzahl an Friedensmissionen gestiegen, wobei die humanitäre Katastrophenhilfe ebenfalls immer bedeutender wird. Ein Auslandseinsatz kann über mehrere Jahre oder auch über mehrere aufeinander folgende Monate abgeleistet werden (Slop, 2002).

Dem aktuellen Stand von Februar 2015 zufolge, befinden sich derzeit 1.058 Soldaten im Ausland. Der Kosovo gehört mit 523 Soldaten zu den größten Auslandsmissionen des Bundesheeres. Danach folgen die Länder Bosnien-Herzegowina mit 321 und der Libanon mit 171 Soldaten. Vereinzelt sind Soldaten auch in Georgien, Zypern, Mali, Ukraine, Kongo, Zentralafrika, Westafrika oder Kroatien stationiert.

Seit Juni 1974 gehörte auch der Golan in Syrien zu den Haupteinsatzorten des Bundesheeres. Diese Missionen wurden aufgrund des dort herrschenden Bürgerkriegs eingestellt (Schneider, 2014).

Laut dem BMLVS gehören zu den Hauptaufgaben des österreichischen Bundesheeres in Auslandsmissionen die Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Sicherheit im Land als auch die Unterstützung der dort stationierten Soldaten. Des Weiteren zählen auch Beobachtermissionen, welche überwiegend in Georgien, in der Ukraine, Westsahara und in Zypern von Bedeutung sind, zu den Aufgabenbereichen der österreichischen Soldaten. Für Wothe und Siepmann (2003) sind derartige Missionen dann notwendig,

wenn es sich um die Überwachung des Waffenstillstandes zwischen Regierungstruppen und Rebellen handelt oder der Verhütung von Eskalationen bei isolierten militärischen Konflikten dient.

Der Schwerpunkt unter den Aufgaben des Bundesheeres im Ausland liegt bei den friedenserhaltenden Missionen, mit dem Ziel, Übereinkünfte zwischen verfeindeten Parteien zu finden, aber auch die Entstehung neuer Feindseligkeiten zu verhindern. Zum eigenen Schutz sind die militärischen Truppen leicht bewaffnet, müssen aber eine neutrale und objektive Einstellung gegenüber den Parteien im Ausland zeigen (Wothe & Siepmann, 2003). Aufgrund von Leitregeln wie Glaubwürdigkeit, Legitimität, Transparenz, Unparteilichkeit und gegenseitigem Respekt, welche als *rules of engagement* bezeichnet werden, nehmen militärische Einheiten die Rolle einer vermittelnden, neutralen dritten Instanz ein. Anders als friedenserhaltende Einsätze dienen friedensschaffenden Missionen dazu, aktiv in das Geschehen einzutreten, um mögliche Konflikte und Aggressionen zu beenden (Wothe & Siepmann, 2003).

Um einen Auslandseinsatz antreten zu können müssen nach Slop (2002) Soldaten die Fähigkeit, Aufgaben auch unter Belastung erfüllen zu können, aufweisen. Des Weiteren muss die Einordnung in eine militärische Gemeinschaft, ohne ein Sicherheitsrisiko für die eigene Person, aber auch anderen Soldaten gegenüber, gewährleistet sein. Um diese Voraussetzungen sicherstellen zu können, gibt es vor jedem Einsatz eine von den zuständigen Heerespsychologen durchgeführte psychologische Einsatzvorbereitung. Innerhalb der Eignungsfeststellung werden die kognitive Leistungsfähigkeit, Regelorientierung bzw. Gewissenhaftigkeit, psychische Belastbarkeit, soziale Kompetenz, als auch die Motivation mittels klinisch-psychologischen Testverfahren überprüft (BMLVS, 2015)

3.2.1 Das österreichische Bundesheer am Golan.

Insgesamt haben 29.000 österreichische Soldaten seit Juni 1974 am Golan gedient (Schneider, 2014). Am 2. Juni 1974 wurde das österreichische UN-Bataillon AUSBATT, als Teil der United Nations Disengagement Observer Force (UNDOF), auf den Golan-Höhen gegründet. Als Hauptaufgabe galt die Überwachung des Truppentrennungsabkommens und somit auch, den Waffenstillstand zwischen Israel und Syrien zu gewährleisten. Dies wird durch die Kontrolle der „Area of Limitation“ (AOL), durch die Besetzung der „Area of Separation“ (AOS) und durch den vereinbarten Truppenabzug ermöglicht. Dabei ist es die Pflicht österreichischer

Soldaten syrische und israelische Armeeingehörige zu stellen und aus dieser Zone zu entfernen (BMLVS, 2015). Die genaue Lage des Golans sowie Grenzen der AOS können in Abbildung 2 gezeigt werden. In der Mitte der Golan-Höhen befindet sich die Ruinenstadt Kuneitra, welche auch die Grenze zwischen den UNDOF-Bataillonen bildete. Im nördlichen Teil hatte das österreichische Bataillon mit drei Kompanien die Befehlsgewalt, während der südliche Bereich dem philippinischen Bataillon (PHILBATT) mit zwei Kompanien unterstand.



Abbildung 2. The area of separation. *The Sydney Morning Herald* (2014).

Nach dem Beginn des syrischen Bürgerkriegs im Frühjahr 2011 kam es im März 2012 erstmals zur Verletzung des Waffenstillstandsabkommens von Seiten syrischer Regierungstruppen. Seit diesem Zeitpunkt befanden sich in der AOS und der AOL vermehrt bewaffnete Rebellen, welche auch als Anti Governmental Armed Elements (AGAE) bezeichnet werden (Schneider, 2014). Im Gegensatz zur Israeli Defence Force (IDF), welche sich vergleichsweise zurückhaltend verhielt, befand sich die Syrian Arab Armed Forces (SAAF) mit militärischen Kräften innerhalb der entmilitarisierten Zone. Kämpfe zwischen syrischen und israelischen Regierungstruppen und AGAE, Störaktionen und Überfälle waren die Folge. Da die AGAE die Nähe zu UN-Stützpunkten als „Schutzschild“ benutzten, wurde die Gefahr, vor allem durch das Artilleriefeuer, für österreichische Soldaten immer größer. Die

Route Richtung Damaskus, welche für den Personen- und Warentransport von UNDOF unabdinglich war, wurde von den SAAF tages- und wochenweise gesperrt, was eine mehrwöchige Isolierung des Camps der österreichischen Soldaten zur Folge hatte (Schneider, 2014).

Durch den Beschuss des Rotationskonvois im November 2012 am Weg zum Flughafen Damaskus wurde laut Schneider (2014) klar, dass die Unverletzlichkeit der UNDOF-Mission nicht mehr gegeben war. Artillerie- und Maschinenwaffenfeuer in unmittelbarer Nähe der UN-Position gehörten seit diesem Vorfall zum täglichen Geschehen. Die Geiselnahme der Soldaten vom PHILBATT, zeigte deutlich, dass die Hemmschwelle der AGAE zur Anwendung von Gewalt gegen die UN gesunken war. Neben der zunehmenden Intensität an Kampfhandlungen kam es in dieser Zeit auch zu logistischen Problemen. Auf der einen Seite wurde die Treibstoffversorgung knapp, da das syrische Stromnetz zusammenbrach, an dem das österreichische Hauptlager Camp Faouar zum größten Teil angeschlossen war. Auf der anderen Seite kam es zu einem Mangel an frischen Nahrungsmitteln und Trinkwasser. Aufgrund der verschärften Sicherheitslage am Golan fand der Abzug des österreichischen Bundesheeres etappenweise von November 2012 bis Anfang Juni 2013 statt (Schneider, 2014).

4. Berufsbezogene Belastungen

Ein Auslandseinsatz kann einige problematische und auch ungewohnte Situationen für Soldaten beinhalten. Neben der eigentlichen Aufgabe am Einsatzort kommt das Bewusstsein hinzu, für längere Zeit fernab von vertrauter Umgebung und Personen zu sein und nicht nach Hause fahren zu können (Slop, 2002). Im Zuge einer friedenserhaltenden Mission sind nach Wothe und Siepman (2003) Kampfhandlungen selten, trotzdem gibt es Stressoren, wie zum Beispiel Zeitdruck, mangelhafte Information, hohes Fehlerrisiko, Ungeschütztheit oder erforderte Passivität, welche von Soldaten als belastend wahrgenommen werden. All diese Faktoren können sowohl einzeln als auch additiv als traumatische Ereignisse auf die psychische Gesundheit der Soldaten wirken und somit zur Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen. In Abhängigkeit von Stärke, Anzahl und Dauer der Belastungsfaktoren und den individuellen Fähigkeiten einer Person mit belastenden Situationen umzugehen, können unterschiedliche Reaktionen auftreten. Die militärische Leistungsbereitschaft der Soldaten kann durch diese Faktoren sowohl negativ, als auch positiv, im Sinne einer Leistungssteigerung, beeinflusst werden. Zusätzlich spielen sowohl biologische und situative Faktoren als auch inter- und intrapersonale Faktoren wie Angst, Zweifel am Sieg, Verlust des Gefühls sozialer Sicherheit oder fehlerhaftes Führungsverhalten, eine wichtige Rolle dabei, in wie fern die Leistung der Soldaten beeinträchtigt wird. (Wothe & Siepman, 2003).

Ferner beschreibt Bishold (2006), dass Soldaten von der Bevölkerung in den Hilfsgebieten oft nicht akzeptiert werden. Die Anwesenheit der Soldaten wird von den Bewohnern eher als unerwünschter Eingriff in ihr Leben gesehen und kann Ablehnung und Hass als Folge haben.

Eine weitere relevanter Faktor ist die individuelle Stressverträglichkeit von Soldaten, welche neben den einsatzbedingten Belastungen auch durch Probleme von zu Hause, wie die Partnerin während einer Schwangerschaft nicht unterstützen zu können, Erkrankung eines Familienmitgliedes oder durch bestehende finanzielle und private Problemen, gefordert wird (Slop, 2002).

Wothe und Siepman (2003) zählen Soldaten nach einem Auslandseinsatz zu einer besonderen Risikogruppe, welche eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln kann. Im Allgemeinen können Soldaten aller Dienstgruppen davon

betroffen sein, jedoch werden Soldaten in Führungspositionen übermäßig oft erwähnt. Als Grund wird das hohe Maß an Verantwortung für die ihnen anvertrauten Soldaten genannt. Selbst wenn diese dem Beschuss nicht direkt ausgesetzt sind, sind es die Entscheidungen des Anführers, welche schwerwiegende Folgen mit sich bringen können. Wothe und Siepmann (2003) zufolge sind es Soldaten in Führungspositionen, die aufgrund der hohen Verantwortung und Belastung mit Schlafproblemen zu kämpfen haben, wodurch die Handlungsaktivität eingeschränkt werden kann.

Die vier häufigsten Stressoren nach Slop (2002) werden nun kurz beschrieben:

- Änderung des gewohnten Umfeldes: Schwankende Temperatur und Witterung, ungewohnte Ernährung, eingeschränkte Hygienemöglichkeiten, die Angst vor Krankheiten, das Lager in zerstörter Umgebung, Einsatz in menschenleeren Gegenden, andauernder Lärm und hoher Geräuschpegel, unangenehme Gerüche, aber auch die Konfrontation mit fremden Kulturen gehören zu den belastenden Faktoren eines Auslandseinsatzes.
- Extreme Belastungen: Der Umgang mit Schwerverletzten, ständige Konfrontation mit Sterben und Tod, die Gefahr durch versteckte Minen, Blindgänger oder Heckenschützen, die andauernde latente Lebensbedrohung, Konfrontation mit Brutalität und Willkür oder die eigene Hilflosigkeit. Als Beispiel führt Slop (2002) die im ehemaligen Jugoslawien eingesetzten Soldaten der United Nations Protection Force (UNPROFOR) an, welche mit ansehen mussten, wie Heckenschützen unbewaffnete Zivilisten erschossen hatten. Aufgrund der rules of engagement durften die Soldaten nicht eingreifen.
- Dienst unter erschwerten Bedingungen: Hierzu gehören das Arbeiten im Schichtdienst, erhöhte Anforderungen an Fahrzeuge und Geräte, Arbeiten unter Zeitdruck, begrenzte Beweglichkeit im Einsatzland, Schwankungen der Einsatzmotivation, verlängerte Dienstzeiten, aber auch die Konfrontation mit Kommandanten, welche mit der Situation überfordert sind.
- Persönliche und soziale Einschränkungen: Neben den bereits erwähnten Stressoren spielen noch soziale wie persönliche Faktoren eine erhebliche Rolle. Während eines Auslandseinsatzes muss mit eingeschränkter Intimsphäre, unbefriedigendem Sexualleben, Ausgangsverbot, unzureichendem Kontakt mit der Heimat, sowie eingeschränkten Freizeitaktivitäten umgegangen werden können. Des Weiteren erfordert das

Leben auf engstem Raum oder in kleineren Gruppen (im Zuge von Beobachtungs- oder Kontrollpositionen) und einem Mangel an Schlaf und Erholung erhöhte Selbstdisziplin und Toleranz gegenüber anderen Soldaten.

Die individuelle Persönlichkeit der Soldaten kann sich auf all diese Stressoren sowohl positiv als auch negativ auswirken. Der Grad an persönlicher Reife, ausreichendes Vertrauen in sich selbst sowie zu den Kameraden und auch die Stabilität der familiären Beziehung, haben einen Einfluss auf den Grad und die Stärke der wahrgenommenen belastenden Situation der Soldaten (Slop, 2002).

4.1 Folgen militärischer Belastungssituationen

Als Folge von militärischen Belastungssituationen unterscheidet Slop (2002) zwischen kumulativem und traumatischem Stress. Ersterer setzt sich aus der Anzahl von spezifischen Belastungen zusammen, welche durch die Häufigkeit, Dauer und Intensität auf den Soldaten einwirken. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von kumulativem Stress wird erhöht, wenn die Möglichkeit zur Entlastung oder entsprechende Erholungsphasen fehlt, wodurch die Wichtigkeit von sogenannten „Offdays“ und Kurzbesuchen in die Heimat verdeutlicht wird. Kennzeichen von kumulativem Stress sind unter anderem Gefühlsschwankungen, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Gereiztheit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Nervosität, Niedergeschlagenheit oder auch Magen-Darmstörungen.

Traumatischer Stress wird durch sogenannte *Critical Incidents* ausgelöst. Dabei handelt es sich um kritische Situationen oder Erlebnisse wie schwere Verletzungen, Unfälle, Geiselnahme oder Todesfälle, welche als äußerst belastend und außergewöhnlich erlebt werden. Die Reaktionen auf eines dieser Erlebnisse sind individuell verschieden und können sowohl während oder unmittelbar nach dem Erlebten auftreten sowie auch erst nach Monaten oder Jahren (Slop, 2002).

Eine weitere Folge militärischer Belastungssituationen ist die unmittelbare Stressreaktion, welche sich durch gleich nach dem Ereignis auftretende körperliche und psychische Reaktionen wie Wut, Ärger oder Übelkeit und erhöhtem Puls- und Blutdruck bemerkbar macht. Neben der unmittelbaren gibt es noch die verzögerte Stressreaktion, welche nach mehreren Stunden oder Wochen auftreten kann und mit

erheblichen Schlafstörungen, Isolation vom sozialen Umfeld sowie starker Beschäftigung mit dem Erlebten einhergeht (Slop, 2002).

Nach Wothe und Siepmann (2003) kann sich als Folge solch außergewöhnlicher Erlebnisse ein an die militärische Situation angepasstes adaptives Verhalten entwickeln und zu einer positiven Belastungsreaktion führen. Beispiele dafür sind zunehmende Toleranz gegenüber Belastungen, Schmerzen oder Verletzungen, Zusammenhalt in der Gruppe, sowie Entwicklung von Stärke, Mut und Durchhaltevermögen. Ferner kann im Gegensatz zum adaptiven Verhalten ein nicht adaptives Verhalten entwickelt werden, wodurch eine akute Belastungsreaktion oder abweichendes Verhalten auftreten kann. Ein abweichendes Verhalten als Reaktion auf traumatische Erlebnisse kann für den zuständigen Kommandanten eine besondere Aufgabe darstellen, da es Auswirkungen auf die gesamte Einheit haben kann. Typische Anzeichen hierfür sind Brutalität, Verstümmelung toter Feinde, Plünderung, Diebstahl, Raub, häufiges Krankmelden, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Angriff auf Vorgesetzte (Wothe & Siepmann, 2003).

Im Gegensatz zur positiven Belastungsreaktion und dem abweichenden Verhalten, für welche es noch keine festgelegten diagnostischen Kriterien gibt, sind die akute Belastungsreaktion sowie die posttraumatische Belastungsstörung mittels dem ICD-10 oder dem DSM-IV klassifizier- und diagnostizierbar. Unabhängig davon, welche Reaktion beziehungsweise Verhaltensweise der Soldat auf ein traumatisches Erlebnis während des Einsatzes gezeigt hat, kann sich unmittelbar danach oder mit verzögertem Beginn eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Wothe & Siepmann, 2003).

In Abbildung 3 werden nach dem Leader's Manual for Combat Stress Control (Headquarters Department of the Army, 1994) sämtliche mittel- und langfristige Reaktionen auf militärische Belastungssituationen dargestellt.

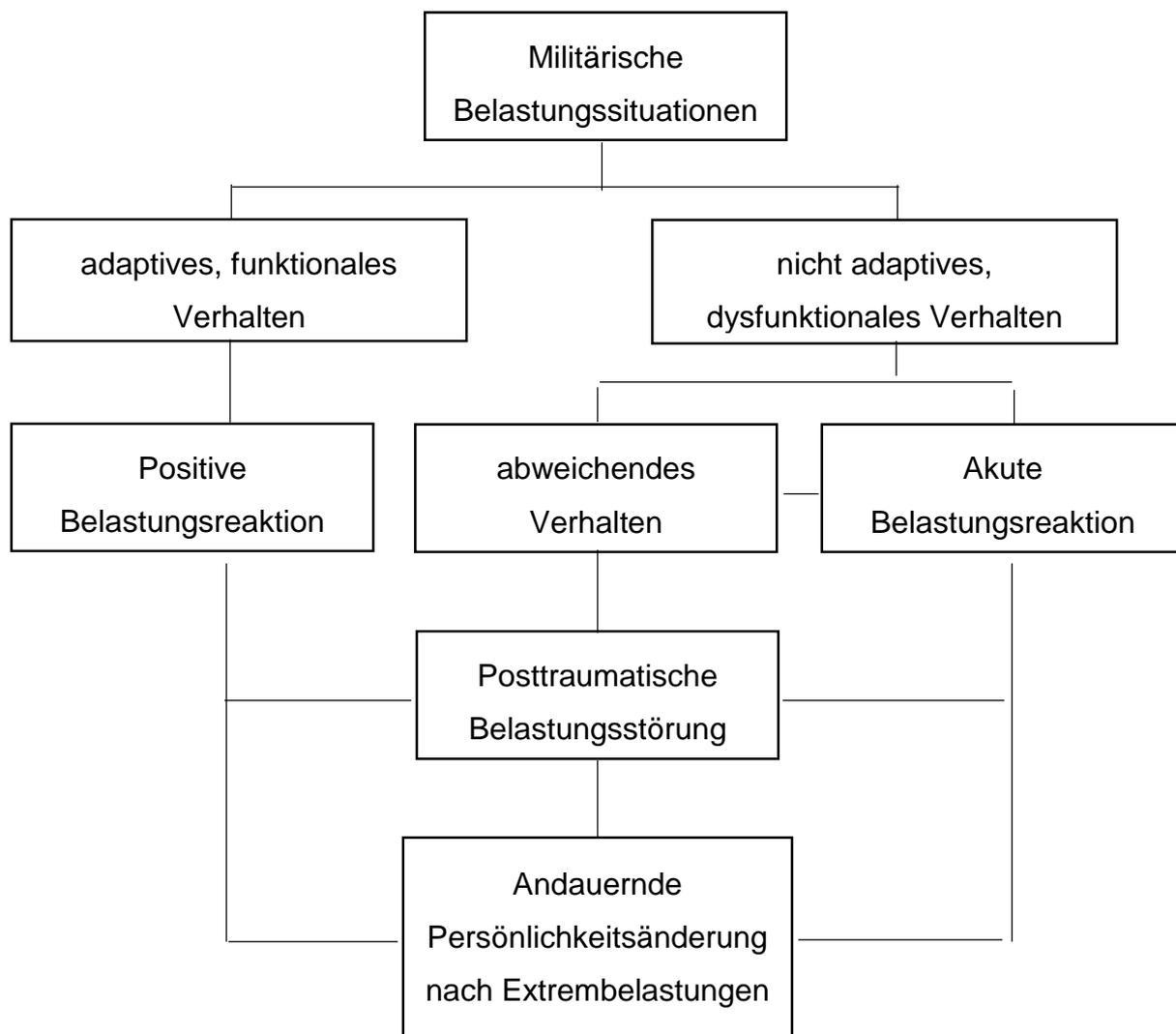


Abbildung 3: Belastungs- und Stressreaktionen (Leader's Manual for Combat Stress Control, Headquarters Department of the Army, 1994).

Als langfristige Folge eines traumatischen militärischen Erlebnisses während des Einsatzes wird die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung beschrieben. Diagnostische Kriterien sind sozialer Rückzug, Konflikte auf zwischenmenschlicher oder beruflicher Ebene, chronisches Gefühl ständiger Bedrohung, sozialer Rückzug sowie das Gefühl von Hilflosigkeit und Leere (Wotho & Siepmann, 2003).

II. Empirischer Teil

5. Zielsetzung der Studie

Die folgenden Fragestellungen und daraus resultierenden Hypothesen beschäftigen sich mit traumatischen Erlebnissen und der Posttraumatischen Belastungsstörung bei österreichischen Soldaten, welche am Golan stationiert waren. Die im theoretischen Teil dieser Arbeit erwähnten Studien basieren auf Untersuchungen, welche großteils im englischsprachigen Raum oder in Deutschland durchgeführt wurden. Wie bereits erwähnt, ist ein Vergleich vom britischen oder amerikanischen Militär zur deutschen Bundeswehr oder zum österreichischen Bundesheer nur eingeschränkt zulässig. Da es bezüglich dieses Forschungsthemas bislang noch wenig wissenschaftliche Literatur für Österreich gibt, ist es von Interesse, einsatzbedingte traumatische Erlebnisse und die Posttraumatische Belastungsstörung auch in diesem Land genauer zu untersuchen.

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen die heimgekehrten Soldaten vom Golan, welche bis zu ihrem Abzug mit erschwerten Bedingungen, Gefahrensituationen und Gewaltanwendungen auf gegnerischer Seite zu kämpfen hatten. Zunächst sollen einsatzspezifische traumatische Erlebnisse der Soldaten am Golan erfasst werden. Die Anzahl an Personen, welche Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen, wird ebenfalls erhoben. Da der Abzug von österreichischen Soldaten zwischen November 2012 und Juni 2013 etappenweise erfolgte, können Unterschiede bezüglich der Ergebnisse der Heimkehrer-Checklist zwischen zwei Zeitpunkten untersucht werden. Ob soziodemographische Daten, wie zum Beispiel Alter oder Geschlecht, einen Einfluss auf die Angabe erlebter Traumata der Soldaten haben, wird in dieser Studie ebenfalls untersucht.

In weiterer Folge können die ermittelten Ergebnisse und dadurch gewonnene Erkenntnisse dazu dienen, diesem Forschungsthema in künftiger Hinsicht mehr Aufmerksamkeit sowie Beachtung zu schenken und um präventive Maßnahmen vor dem Einsatz und die Akutversorgung während des Einsatzes optimieren zu können.

6. Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt werden die Fragestellungen und daraus resultierenden Forschungshypothesen vorgestellt. Sie basieren überwiegend auf der deutschen Studie von Wittchen et al. (2012) sowie auf der Dissertation von Dunker (2009), in der das Thema „Prognose und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Soldaten der Bundeswehr“, behandelt wurde. Aus Gründen der flüssigen Lesbarkeit werden nur die Erwartungshäufigkeiten und somit die Alternativhypothesen angegeben.

1. Wie häufig werden traumatische Erlebnisse von Soldaten, welche am Golan stationiert waren, angegeben?

In den Untersuchungen von Wittchen et al. (2012) wurde von 85.5% der deutschen Soldaten von zumindest einem traumatischen Ereignis berichtet. Jerg-Bretzke et al. (2010) konnten einen ähnlichen Wert der Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen feststellen. Demnach berichteten über 80% der deutschen Soldaten, dass sie sich von den Erlebnissen im Einsatz stark bis sehr stark belastet fühlten. Zu den häufigsten Erlebnissen zählten direkter und indirekter Beschuss, die Gefahr vor Minen und die Situation der Bevölkerung im Ausland. Ferner wurde in der Studie von Wittchen et al. (2012) ein signifikanter Unterschied zwischen den Soldaten am Einsatzort Kunduz und den anderen in Afghanistan eingesetzten Soldaten festgestellt. Demnach gaben in Kunduz stationierte Soldaten eine höhere Anzahl von belastenden Ereignissen an. Aufgrund möglicherweise unterschiedlicher Einsatzcharakteristika als auch verschiedener Einsatzorte deuten Wittchen et al. (2012) an, dass diese Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar sind. Wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben, liegen jedem Auslandseinsatz unterschiedliche Aufgaben zugrunde. Während das österreichische Bundesheer überwiegend an friedenserhaltenden oder Beobachtermissionen teilnimmt, war die Aufgabe der deutschen Soldaten in Afghanistan die Unterstützung des Wiederaufbaus des Landes und dessen militärische Absicherung gegenüber der Taliban und Terroristen der Al-Qaida (Bundesministerium der Verteidigung, 2013). Zu den friedenserhaltenden Missionen österreichischer Soldaten gehörte auch der Einsatz am Golan. Aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten mit der Verallgemeinerung von Einsatzorten, als auch den Aufgaben der deutschen Bundeswehr und des österreichischen Bundesheeres

wird für diese Fragestellung von einem deutlich niedrigeren Erwartungswert ausgegangen. Demnach liegt die Erwartungshäufigkeit bezogen auf das österreichische Bundesheer bei genau oder über 50%.

2. Wie viele Soldaten erfüllen die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung?

Bei in Afghanistan eingesetzten Soldaten konnte ein Prozentsatz von 2.9% festgestellt werden, was bei einer Stichprobengröße von 1.483 einer Anzahl von 43 Soldaten entspricht (Wittchen et al. 2012). Von diesen 43 Soldaten wiesen 22 Soldaten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung schon vor dem Auslandseinsatz auf, wodurch sich eine Lebenszeitprävalenz von 4.6% ergab. Hauffa, Brähler, Biesold, und Tagay (2007) untersuchten deutsche Soldaten nach einem Afghanistaneinsatz hinsichtlich der Posttraumatischen Belastungsstörung mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten. Es wurden das Essener Trauma-Inventar (ETI), die Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10), der Impact of Event Scale-Revised (IES-R), und die Screeningskala für PTBS nach Breslau (1999) verwendet. In Abhängigkeit dieser unterschiedlichen Testinstrumente lag die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zwischen 0.8% und 2.5%. Basierend auf den Ergebnissen dieser beiden Studien (Hauffa, Brähler, Biesold, & Tagay, 2007; Wittchen et al. 2012), liegt der Erwartungswert in der vorliegenden Arbeit bei mindestens einem Soldat, welcher die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt.

3. Gibt es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Ergebnisse in der Heimkehrer-Checklist zwischen Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2?

Die Heimkehrer-Checklist erfasst psychische Symptome der Soldaten, welche unter Punkt 7.3.3 genauer beschrieben werden und wurde den Soldaten direkt nach der Rückkehr zu Testzeitpunkt 1 vorgegeben. Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit bereits erwähnt, können sich Symptome auch erst nach einigen Wochen oder Monaten entwickeln (Maercker, 2013). Des Weiteren wird von Hauffa et al. (2007) beschrieben, dass es bei einer Befragung direkt nach dem Einsatz zu Verdrängungs- und Dissimulationseffekten kommen kann. Soldaten sehen es als Aufgabe, belastende Situationen zu bewältigen und verzichten auf die Angabe möglicher Symptome auch

aufgrund der Angst vor negativen Folgen auf ihre militärische Karriere (Hauffa et al. 2007). In der Studie von Kowalski et al. (2012) wurden 1.515 deutsche Soldaten untersucht, wodurch festgestellt werden konnte, dass 78.8% der Soldaten sechs Monate nach der Rückkehr vom Einsatzgebiet über mögliche Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung berichteten während nach zweieinhalb Jahren die Zahl auf 87.5% stieg. Die Zeitspanne zwischen den zwei Testzeitpunkten in der vorliegenden Arbeit beträgt in etwa eineinhalb Jahre, wodurch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten erwartet werden können.

4. Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten und der Angabe von traumatischen Erlebnissen?

Da bezüglich der Angabe von traumatischen Erlebnissen wenig deutschsprachige Literatur vorliegt, basiert diese Fragestellung weitgehend auf den britischen Studien von Fear et al. (2010) und Iversen et al. (2009). Innerhalb dieser konnte ein Zusammenhang einer Posttraumatischen Belastungsstörung und dem Geschlecht als auch einem niedrigen Bildungsgrad festgestellt werden. Eine signifikante Interaktion wurde auch bei der Anzahl an Einsätzen sowie dem Dienstgrad und einer Posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt. Für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist es laut dem DSM-IV-TR Voraussetzung, dass die Person mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert wurde (Saß et al. 2003). Somit ist es von Interesse zu überprüfen, ob hinsichtlich der Angabe von traumatischen Erlebnissen und den soziodemographischen Daten Zusammenhänge festgestellt werden können.

In der vorliegenden Arbeit werden Alter, Geschlecht, Dienstgrad sowie Anzahl und Dauer der Einsätze erhoben. Es wird von mindestens einem signifikanten Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten und der Angabe erlebter Traumata ausgegangen.

7. Methode

In diesem Kapitel soll ein genauer Überblick über das methodische Vorgehen dieser Studie gegeben werden. Zunächst wird das Studiendesign kurz erläutert, danach folgt eine detaillierte Beschreibung des Untersuchungsablaufs und der verwendeten Erhebungsinstrumente. Im Anschluss daran wird die Stichprobe genauer beschrieben.

7.1 Studiendesign

In der vorliegenden Studie konnte durch die vom Heerespsychologischen Dienst bereits gesammelten Daten von zurückgekehrten Soldaten ein Vergleich von Testergebnissen zu zwei Zeitpunkten durchgeführt werden. Da sich die dritte Fragestellung dieser Arbeit mit dem Vergleich der Ergebnisse in der Heimkehrer-Checklist (HCL) zu unterschiedlichen Testzeitpunkten beschäftigt, wird die Studie einem Längsschnittdesign gerecht. Der erste Testzeitpunkt erfolgte direkt nach der Rückkehr vom Golan, bei dem ein Gespräch mit dem zuständigen Heerespsychologen unter der Verwendung des HCL stattfand. Der zweite Zeitpunkt fand etwa eineinhalb Jahre danach statt, bei dem der HCL und zusätzlich die Posttraumatic-Checklist (PCL-M) zur Verwendung kamen. Als Erhebungsverfahren dienen diese zwei klinisch-diagnostischen Tests, welche den Soldaten postalisch übermittelt wurden. Da es sich um eine natürliche Stichprobe handelt, wird mit einer quasiexperimentellen Vorgehensweise gearbeitet (Bortz & Döring, 2006).

Die Daten wurden und werden weiterhin unter den Kriterien des Heerespsychologischen Dienstes ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet und vertraulich behandelt, wodurch die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet bleibt.

7.2 Untersuchungsablauf

Die Durchführung der Studie wurde nach Absprache mit der Betreuerin ao. Univ. - Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster und dem Heerespsychologischen Dienst vom Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport im August 2014 genehmigt. Somit entstand eine Kooperation zwischen der Universität Wien und dem

Heerespsychologischen Dienst, wo Mag. Ing. Stefan Rakowsky und Mag. Helmut Slop die Betreuung der Untersuchung übernahmen.

Nachdem geklärt worden war, welche Angaben von Soldaten nach erfolgtem Einsatz am Golan bereits vorhanden waren, fand der eigentliche Erhebungszeitraum von 1. November bis 30. November 2014 statt. Bei den vorhandenen Daten handelte es sich um Aufzeichnungen, welche bei einem Gespräch unter der Verwendung des HCL direkt nach der Rückkehr der Soldaten gemacht wurden. Für die erneute Befragung im November wurden der HCL und der PCL-M benutzt. Dazu wurden die Fragebögen codiert und an alle Heimkehrer samt eines Begleitbriefes, in dem Absichten und Hintergründe der Befragung erklärt wurden, postalisch übermittelt.

7.3 Erhebungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die verwendeten klinisch-diagnostischen Tests mit ihren Subskalen sowie den Auswertungsmethoden im Detail vorgestellt.

7.3.1 Soziodemographische Daten.

Für eine deskriptive Analyse der Stichprobe wurden einige soziodemographische Daten erhoben, welche durch den HCL erfragt und von den Soldaten beantwortet wurden. Neben den gebräuchlichsten Daten wie Alter und Geschlecht konnte, für jeden einzelnen Soldaten der jeweilige Dienstgrad ermittelt werden. Zusätzlich wurden Anzahl und Dauer der bereits absolvierten Auslandseinsätze erhoben. Beide zuletzt genannten Items sind im HCL nicht enthalten und wurden lediglich bei einem Teil der Stichprobe zu Testzeitpunkt 1 mündlich vom Heerespsychologen erfragt. Somit sind die Daten bezüglich Anzahl und Dauer des Einsatzes von den österreichischen Soldaten nur eingeschränkt verfügbar.

7.3.2 Die Posttraumatic Checklist – Military Version (PCL-M).

Der PCL-M als spezielle Version für das Militär entwickelt, wird besonders in Amerika für die Erfassung von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt (National Center for PTSD, 2014). Zusätzlich gibt es noch zwei weitere Versionen des PCL: Eine Version für nicht dem Militär angehörige Risikogruppen, welche einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren und eine, welche für die allgemeine Bevölkerung benutzt wird. Beide Tests fragen nach stressreichen Erfahrungen in der Vergangenheit, wobei ersterer an ein spezielles traumatisches Ereignis anknüpft. Die Version für das Militär wurde von Dunker (2009) innerhalb der Inauguraldissertation ins Deutsche übersetzt. Da es einerseits bei der Übersetzung eines Fragebogens in eine andere Sprache und andererseits bei der Verwendung für unterschiedliche Kulturen zu Verzerrungen kommen kann, ist es notwendig, die Qualität des Instruments genau zu betrachten. Nach Dunker (2009) ist die Augenscheinvalidität gegeben und die Reliabilität beträgt .915.

Es ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der aus 17 Items besteht, die sich auf die Kriterien des DSM-IV Intrusion, Vermeidungsverhalten und Übererregung beziehen. Die Probanden können auf einer fünf-stufigen Likertskala von 0 (*gar nicht*) bis 4 (*sehr stark*) angeben, wie stark die Symptome erlebt werden (Dunker, 2009).

Für die Auswertung der Ergebnisse des PCL-M gibt es zwei Möglichkeiten. Mit Hilfe der *Cut-Off-Methode* wird ein Gesamtwert der Items gebildet. Da diese einem Punktwert von 0 bis 4 zugeordnet sind, ergibt sich durch Aufsummieren ein Gesamtwert zwischen 0 und 68 Punkten. Ein Gesamtscore ab einem Wert von 32 gilt als klinisch relevant für das Bestehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Dieser kritische Wert wurde aufgrund der Untersuchungen von Dunker (2009) für die vorliegende Studie herangezogen. Die zweite Möglichkeit ist die *Kriterien-Methode*, bei der die Items in Skalen zusammengefasst werden. Die Items 1 bis 5 gehören der Subskala Intrusion an, innerhalb derer mindestens ein Item mit „mittel“ oder höher eingestuft werden muss. Zur Subskala Vermeidungsverhalten zählen die Items 6 bis 12, wobei hier die Anzahl der stärker ausgeprägten Items drei sein muss. Die letzte Subskala Übererregung inkludiert die Items 13 bis 17 und fordert wiederum zwei Items, welche mit mittel oder höher eingestuft werden.

7.3.3 Die Heimkehrer-Checklist (HCL).

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein vom Heerespsychologischen Dienst entwickeltes Screening-Verfahren für psychische Symptome bei Soldaten nach einem Auslandseinsatz. Er wird ein bis drei Tage nach der Rückkehr einzelnen Personen oder auch einer Gruppe vorgelegt. Es ist ein paper-pencil-Test, welcher durchschnittlich fünf Minuten dauert (Kabas & Slop, 2008). Für die Entwicklung des HCL wurde die Symptom-Checklist von L.R. Derogatis (1994) herangezogen und andererseits basiert die Auswahl der Items auf einer Studie von Weathers et al. (1996). Der HCL wird als Screening für eine Posttraumatische Belastungsstörung sowie zur Abklärung allgemeiner und anderer psychischer Symptome verwendet.

Er besteht aus 32 Items, welche sich auf Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus beziehen und vier Zusatzitems aus der Symptom-Checklist von Derogatis (1994). Die Symptome können von den Soldaten auf einer 5-stufigen Likertskala von 1 (*überhaupt nicht*) bis 5 (*sehr stark*) eingeordnet werden (Kabas & Slop, 2008). Bezüglich der Testgütekriterien liegt eine Reliabilität von .92 vor. In der vorliegenden Arbeit wird die Reliabilität nochmals berechnet, da es sich um andere Untersuchungsbedingungen handelt, als bei der zu Testzeitpunkt 1 ursprünglichen Verwendung des HCL. Durch den geringen Zeit- und Materialaufwand wird der HCL als sehr ökonomisch, beschrieben. Für die Normierung dieses Tests wurden im Jahre 2008 345 heimgekehrte Soldaten aus dem Kosovo und dem Tschad herangezogen (Kabas & Slop, 2008).

7.4 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen dieser Studie wurden allen 538 Soldaten, welche am Golan stationiert waren und etappenweise nach Österreich zurückgeholt wurden, die bereits erwähnten Fragebögen postalisch übermittelt. Aufgrund des begrenzten Erhebungszeitraums (1. November bis 30. November 2014) konnten nicht alle zurückgesendeten Antworten in die Arbeit miteinbezogen werden. Innerhalb dieses Zeitraums trafen 156 ausgefüllte Fragebögen in der Abteilung des Heerespsychologischen Dienstes ein, was einer Rücklaufquote von 26.8% entspricht. Mit Hilfe der bereits gesammelten und archivierten Aufzeichnungen von Erstgesprächen konnten zu 123 der 156 Soldaten

vorhandene Datensätze gefunden werden. Dadurch ergaben sich für 123 Personen hinsichtlich der Ergebnisse der Heimkehrer-Checklist ein Testzeitpunkt 1 und ein Testzeitpunkt 2, wodurch die Werte verglichen werden konnten.

7.4.1 Soziodemographische Daten.

Wie bereits in Kapitel 7.4 beschrieben, besteht die Stichprobe aus 156 Soldaten, welche allesamt am Golan stationiert waren. Es befinden sich 148 Männer (95%) und 5 Frauen (3%) darunter, wodurch ersichtlich wird, dass 3 Teilnehmer (2%) keine Angaben getätigt haben. Das Alter wurde in sieben Kategorien eingeteilt: bis 24 Jahre, dann von 25 bis 30, von 31 bis 35, von 36 bis 40, von 41 bis 45, von 46 bis 50 und über 50 Jahre. Das durchschnittliche Alter beträgt 43 Jahre, wobei die Kategorie der über 50-Jährigen ($N = 36$; 23%) am häufigsten angekreuzt wurde und die bis 24-Jährigen ($N = 10$; 7%) am wenigsten vertreten war. Bezüglich des Dienstgrades gab es drei große Kategorien, welche die unterschiedlichen Ränge der Chargen, Unteroffiziere und Offiziere zusammenfassten. Mit 71 Personen (46%) gehörten die meisten Soldaten dem Rang des Unteroffiziers an, während Offiziere mit $N = 27$ (17%) den geringsten Anteil ausmachten und Chargen im mittleren Bereich lagen ($N = 55$; 35%). Weitere drei Teilnehmer (2%) machten diesbezüglich keine Angaben. Die Dauer sowie die Anzahl der Einsätze konnte bei 36 Soldaten ermittelt werden. Die Anzahl der Einsätze betrug zwischen einem ($N = 9$; 25%) und 13 Einsätzen ($N = 1$; 3%), wobei davon 27 Soldaten (75%) länger als sechs Monate im Einsatz waren.

7.5 Statistische Auswertung

Die folgende statistische Auswertung für die gesammelten Daten dieser Arbeit wurde mit der Software IBM SPSS Statistics Version 2 (2013) durchgeführt.

Zur deskriptivstatistischen Darstellung der Ergebnisse wurden Häufigkeitstabellen verwendet, wodurch die soziodemographischen Daten und die Häufigkeit der Angabe von erlebten Traumata sowie von Personen, welche die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen, übersichtlich dargestellt werden konnten.

Für die inferenzstatistische Überprüfung der Hypothesen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ festgelegt. Als statistische Verfahren kamen ein t-Test für abhängige Stichproben, ein Vorzeichenstest und für die Überprüfung von Gruppenunterschieden bei nominalen und ordinalen Daten ein Chi-Quadratstest sowie eine Korrelation nach Spearman zum Einsatz.

8. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die aus den Forschungsfragen resultierenden Hypothesen sowohl deskriptivstatistisch als auch inferenzstatistisch überprüft. Zusätzlich wurde für beide klinisch-diagnostischen Verfahren eine Reliabilitätsanalyse für den gesamten Test sowie für die jeweiligen Subskalen durchgeführt. Zum einen sollte überprüft werden, ob der PCL-M auch für die vorliegende Stichprobe das Kriterium der Reliabilität erfüllt, zum anderen sollte der HCL kontrolliert werden, welcher bislang nur anhand der Stichprobe vom Kosovo und Tschad getestet worden war.

8.1 Überprüfung der Fragebögen

Mittels einer Reliabilitätsanalyse wurde für jeden Fragebogen das Cronbach Alpha, sowohl im Gesamten als auch individuell für jede einzelne Subskala, berechnet. Ein Cronbach Alpha ab einem Wert von $\alpha = .80$ wird als gut bezeichnet (Bortz & Döring, 2006).

8.1.1 Posttraumatic Checklist (PCL-M).

In Tabelle 3 wird das Cronbach Alpha für die Subskalen des PCL aufgelistet, wobei ersichtlich wird, dass es keine Werte $\alpha < .80$ gibt. Die Reliabilität beträgt $\alpha = .960$, wodurch der PCL-M für diese Stichprobe als gut geeignet und der Fragebogen als reliabel bezeichnet werden.

Tabelle 3

Reliabilitätsanalyse für die Subskalen des PCL

	k	Cronbach's α
Intrusion	5	.890
Vermeidungsverhalten	7	.921
Übererregung	5	.873
Gesamt	17	.960

Anmerkung. k = Anzahl der Items

8.1.2 Heimkehrer-Checklist (HCL).

Für den HCL wurde für beide Zeitpunkte eine Reliabilitätsanalyse erstellt, wodurch Unterschiede bezüglich der Stichprobengröße aufgezeigt werden konnten. In Tabelle 4 werden die Ergebnisse aufgelistet.

In den Zeilen, in denen fehlende Werte mit einem Bindestrich gekennzeichnet sind, konnte kein Cronbach Alpha errechnet werden, da das Statistik Programm SPSS automatisch die Items ausschloss, bei denen es keine Änderungen hinsichtlich des Antwortverhaltens gab. Beispielsweise wurde innerhalb der Skala 5, welche lediglich aus zwei Items besteht, stets die gleiche Antwort angekreuzt, wodurch sich für diese Skala keine aussagekräftige Reliabilität berechnen lässt. Im Gesamten konnte für beide Testzeitpunkte ein Wert über $\alpha < .80$ berechnet werden, wodurch der Fragebogen als reliabel bezeichnet werden kann.

Tabelle 4

Reliabilitätsanalyse für den HCL

	<i>k</i>		Cronbach α		<i>N</i>	
	TP1	TP2	TP1	TP2	TP1	TP2
Skala 1	10		.667	.893	122	154
Skala 2	2		.233	.748	123	154
Skala 3	5		.559	.899	122	152
Skala 4	7		.689	.927	123	155
Skala 5	2		-	.770	-	155
Skala 6	2		.166	.831	123	155
Skala 7	1		-	-	-	-
Skala 8	2		-	.810	-	155
Skala 9	4		.589	.781	123	153
Gesamt	29	32	.854	.948	121	148

Anmerkung. Skala 1 = Somatisierung; Skala 2 = Zwanghaftigkeit; Skala 3 = Depressivität; Skala 4 = Ängstlichkeit; Skala 5 = Aggressivität; Skala 6 = Phobische Angst; Skala 7 = Paranoides Denken; Skala 8 = Psychotizismus; Skala 9 = Zusatzitems; TP 1 = Testzeitpunkt 1; TP 2 = Testzeitpunkt 2

8.2 Überprüfung der Hypothesen

Im Folgenden werden die unter Abschnitt 6 vorgestellten Forschungsfragen samt Hypothesen anhand der gesammelten Daten mittels dazu geeigneter Verfahren überprüft und statistisch ausgewertet.

8.2.1 Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen.

Diese Forschungshypothese beschäftigte sich mit der Frage, wie oft traumatische Ereignisse im Auslandseinsatz erlebt beziehungsweise auch angegeben werden. Die Überprüfung fand mit Hilfe der Frage 1.3 des HCL statt und konnte somit auch für Testzeitpunkt 1 erhoben werden. Mittels einer deskriptivstatistischen Auswertung in Form einer Häufigkeitstabelle, wie in Tabelle 5 dargestellt wird, ergaben sich folgende Ergebnisse. Zu Testzeitpunkt 1 gaben 52 (43%) von 121 Personen an, ein traumatisches Erlebnis während des Einsatzes gehabt zu haben. Zu Testzeitpunkt 2 wurde die Frage innerhalb der Gesamtstichprobe ($N = 156$) von 93 (60%) Soldaten mit „Ja“ beantwortet.

Tabelle 5

Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen

	Traumatische Ereignisse			
	Testzeitpunkt 1		Testzeitpunkt 2	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Ja	52	43	93	60
Nein	69	57	61	40
Gesamt (fehlend)	121 (35)		154 (2)	

Um eine genauere Betrachtung der Ergebnisse zu ermöglichen, wurde ein Vorzeichentest durchgeführt. Mit dessen Hilfe konnten Veränderungen zwischen den zwei Zeitpunkten aufgedeckt werden. Es zeigte sich, dass 79 Personen (51%) jeweils die gleiche Antwort gaben, wobei 40 bei „Ja“ und 39 Personen bei „Nein“ blieben.

Des Weiteren gab es 12 negative Differenzen, wodurch ausgedrückt wird, dass 12 Teilnehmer zu Zeitpunkt 1 mit „Ja“ und zu Zeitpunkt 2 mit „Nein“ geantwortet hatten. Im Gegensatz dazu gibt es 29 positive Differenzen, bei denen sich das Antwortverhalten genau umgekehrt verhält. Mit einem signifikanten Ergebnis von $p = .012$ kann eine Zunahme hinsichtlich der Angabe von traumatischen Erlebnissen zu Testzeitpunkt 2 beobachtet werden.

Da die Frage 1.3 im HCL nicht nur nach „Ja“ und „Nein“ fragt, sondern die Teilnehmer die Möglichkeit haben die Art des belastenden Ereignisses niederzuschreiben, konnte die Häufigkeit dieser Erlebnisse festgestellt werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Wie in Abbildung 4 ersichtlich ist, wurde am häufigsten der direkte Beschuss ($N = 52$), gefolgt von Gefechten ($N = 33$) angegeben. Des Weiteren zählt der indirekte Beschuss ($N = 31$) und der Anblick von Toten und Verletzten ($N = 29$) zu den angegebenen traumatischen Erlebnissen.

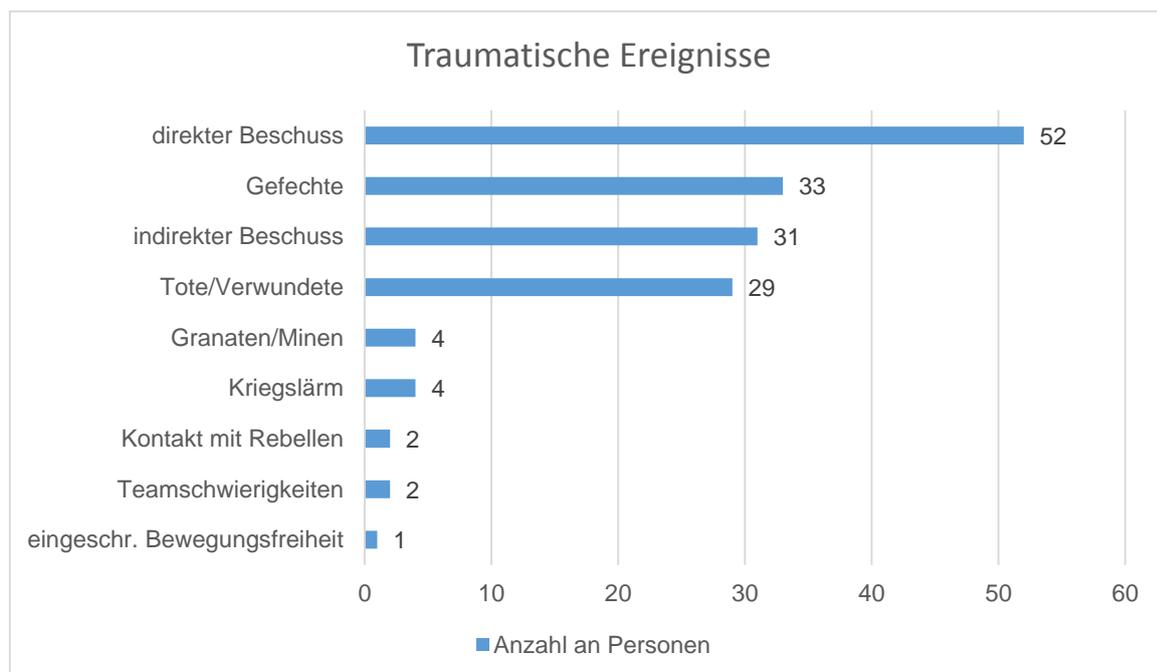


Abbildung 4. Art der traumatischen Erlebnisse.

Um die traumatischen Erlebnisse mit den soziodemographischen Daten in Verbindung setzen zu können, wurden einfache Kreuztabellen mit Angaben des Alters, Geschlechts, Dienstgrades und der Angabe von traumatischen Erlebnisses berechnet. Im Folgenden werden diese in Tabelle 6 graphisch dargestellt.

Tabelle 6

Kreuztabelle – soziodemographische Daten und erlebtes Trauma

	Traumatische Erlebnisse			
	JA		NEIN	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Geschlecht				
weiblich	4	80	1	20
männlich	88	60	58	40
Alter				
Bis 24 Jahre	5	50	5	50
25-30 Jahre	17	63	10	37
31-35 Jahre	9	56	7	40
36-40 Jahre	10	53	9	47
41-45 Jahre	17	74	6	26
46-50 Jahre	13	54	11	46
Über 50 Jahre	22	63	13	37
Dienstgrad				
Chargen	27	50	27	50
Unteroffiziere	45	64	25	36
Offiziere	19	70	8	30

8.2.2 Erfüllung der Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Ziel dieser Fragestellung war die Untersuchung der am Golan stationierten Soldaten hinsichtlich der Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Dafür wurde der PCL-M ($M = 1.49$; $SD = 5.35$) verwendet.

Zur Untersuchung der Personen, die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufzeigen, wurde für die Auswertung des PCL-M zu Beginn die Cut-Off-Methode verwendet. Dazu wurden die Summenscores berechnet und danach in zwei Kategorien eingeteilt. Mit eins wurden all jene codiert, welche unterhalb der kritischen Grenze nach Dunker (2009) lagen, und zwei entsprach wiederum all jenen, die einen höheren Wert als 32 aufwiesen. Nach dieser Methode erfüllten bei $N = 156$ zwei Personen (1.3%) die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Danach wurde die Kriterien-Methode als Auswertungsverfahren durchgeführt. Hierbei wurden Personen dann als klinisch auffällig klassifiziert, wenn sie mindestens eines der Items der Subskala Intrusion ($M = .44$; $SD = 1.74$), mindestens drei der Skala Vermeidungsverhalten ($M = .62$; $SD = 2.28$) und mindestens zwei Items der Subskala Übererregung ($M = .44$; $SD = 1.63$) mit mittel oder höher eingestuft hatten. Drei (1.9%) Personen erfüllten die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Tabelle 7).

Tabelle 7

Personen, die die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten

	Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung			
	Ja		Nein	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Cut-Off-Methode	2	1.3	154	98.7
Kriterien-Methode	3	1.9	153	98.1

Anmerkung. Verwendeter Cut-Off Wert = 32

Die drei Soldaten, welche die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen sind alle männlich. Ein Soldat fällt in die Kategorie der bis 24-Jährigen, einer in die Kategorie der über 50-Jährigen und einer ist zwischen 41 und 45 Jahre alt. Bezüglich des Dienstgrades wurde festgestellt, dass es sich um zwei Chargen und eine Person im Offiziersrang handelt. Des Weiteren konnte aufgezeigt werden, dass alle drei Soldaten traumatische Erlebnisse während des Einsatzes erfahren hatten. Dazu zählten Granatangriffe, direkter und indirekter Beschuss, Gefahr vor Minen, Kontakt mit Rebellen und der Anblick von Toten und Verwundeten.

Bei näherer Betrachtung der Testergebnisse konnte gezeigt werden, dass bei allen drei Soldaten die Ausprägung innerhalb der Subskala Vermeidungsverhalten am stärksten ausgeprägt war. Bei einem maximalen Summenscore von sechs innerhalb dieser Subskala, erreichten alle drei Personen Werte zwischen vier und sechs.

8.2.3 Unterschiede zwischen zwei Testzeitpunkten.

Wie bereits unter 7.1 erwähnt, gibt es von Testzeitpunkt 1 ($M = 31.49$; $SD = 4.2$) 121 Teilnehmer, welche zu Testzeitpunkt 2 ($M = 35.66$; $SD = 8.29$) ebenfalls den HCL ausfüllten und zurückschickten. Mittels Codierung der Fragebögen konnten zusammengehörige Daten von Personen gefunden werden, wodurch ein Vergleich der Ergebnisse möglich war. Unter der Verwendung des parametrischen Verfahrens eines t-Tests für abhängige Stichproben konnten die unterschiedlichen Ergebnisse des HCL zu zwei Testzeitpunkten untersucht werden.

Des Weiteren wurden die jeweiligen Effektstärken nach Cohen berechnet, um die Ergebnisse eindeutig interpretieren zu können. Nach Cohen wird bei $d = 0.2$ von einem kleinen Effekt, bei $d = 0.5$ von einem mittleren und bei $d = 0.8$ von einem großen Effekt gesprochen (Bortz & Döring, 2006).

Wie aus Tabelle 8 hervorgeht, ergibt sich bei Skala 2 (Zwanghaftigkeit) ein signifikanter Wert ($t(120) = -2.10$ $p = .038$) mit einer Effektstärke von $d = .19$. Skala 6 (Phobische Angst) weist ebenso ein signifikantes Ergebnis auf ($t(121) = -2.17$ $p = .032$), wobei hier aufgrund der Klassifikation nach Cohen ein schwacher Effekt aufzuweisen ist ($d = .20$). Es existiert ein signifikanter Unterschied innerhalb der Skalen 2 und 6, wodurch eine Zunahme der Ausprägungen hinsichtlich Zwanghaftigkeit und Phobischer Angst, wenn auch sehr gering, zu Testzeitpunkt 2 beobachtet werden kann.

Tabelle 8

Unterschiede der Testergebnisse im HCL zwischen Testzeitpunkt 1 und 2

	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p (KI)</i>	<i>d</i>
TP 1_Skala 1	10.95 (1.77)				
TP 2_Skala 1	11.63 (3.95)	-1.80	119	.073 (-1.41, .064)	0.17
Differenz	-.68 (4.09)				
TP 1_Skala 2	2.21 (.487)				
TP 2_Skala 2	2.41 (1.01)	-2.10	120	.038* (-.39, -.012)	0.19
Differenz	-.198 (1.04)				
TP 1_Skala 3	5.40 (.88)				
TP 2_Skala 3	5.73 (2.32)	-1.58	117	.118 (-.75, .09)	0.14
Differenz	-.33 (2.28)				
TP 1_Skala 4	7.57 (1.35)				
TP 2_Skala 4	8.08 (3.21)	-1.73	121	.086 (-1.09, .07)	0.16
Differenz	-.51 (3.24)				
TP 1_Skala 5	2.07 (.28)				
TP 2_Skala 5	2.19 (.85)	-1.58	121	.116 (-.28, .031)	0.14
Differenz	-.12 (.86)				
TP 1_Skala 6	2.16 (.49)				
TP 2_Skala 6	2.40 (1.18)	-2.17	121	.032* (-.46, -.02)	0.20
Differenz	-.24 (1.21)				
TP 1_Skala 7	1.12 (.47)				
TP 2_Skala 7	1.14 (.52)				
Differenz	-.02 (.66)	-.276	121	.783 (-.13, .10)	0.03
TP 1_Skala 8	2.07 (.28)				
TP 2_Skala 8	2.22 (.96)	-1.75	121	.082 (-.33, .019)	0.16
Differenz	-.16 (.98)				
TP 1_Skala 9	4.67 (1.30)				
TP 2_Skala 9	5.00 (2.11)	-1.72	121	.088 (-.72, .05)	0.16
Differenz	-.34 (2.57)				

Anmerkung. * = $p < .05$, Skala 1 = Somatisierung; Skala 2 = Zwanghaftigkeit; Skala 3 = Depressivität; Skala 4 = Ängstlichkeit; Skala 5 = Aggressivität; Skala 6 = Phobische Angst; Skala 7 = Paranoides Denken; Skala 8 = Psychotizismus; Skala 9 = Zusatzitems

8.2.4 Soziodemographische Daten und erlebte Traumata.

Die vierte und letzte Forschungshypothese beschäftigte sich mit der Frage, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten und der Angabe von traumatischen Erlebnissen gibt. Da es sich sowohl beim Geschlecht als auch beim Item zur Angabe traumatischer Erlebnisse um kategoriale Variablen handelt, wurde hierfür ein Chi-Quadrat Test berechnet. Für alle anderen Daten wurde eine einfache Korrelation nach Spearman verwendet.

Ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Angabe von traumatischen Ereignissen konnte nicht festgestellt werden ($\chi^2 [1, N=151] = .079, p = .649$). Anhand Tabelle 9 wird ersichtlich, dass zwischen dem Dienstgrad und der Angabe erlebter Traumata ein signifikantes Ergebnis $r_s(151) = -.106, p = .049$ vorliegt. Somit konnte gezeigt werden, dass weder das Alter noch die Anzahl oder Dauer der Einsätze Einfluss auf die Angabe von traumatischen Erlebnissen haben.

Tabelle 9

Korrelation soziodemographische Daten und Angabe traumatischer Erlebnisse

	N	Traumatisches Erlebnis		
		χ^2	r_s	p
Geschlecht	151	.079	-	.649
Alter	154	-	-.032	.690
DE*	35	-	-.207	.233
AE**	35	-	.187	.282
Dienstgrad	151	-	-.106	.049

Anmerkung. * = Dauer der Einsätze, ** = Anzahl der Einsätze

Zusätzlich konnte mittels einer Kreuztabelle, welche bereits für die erste Fragestellung dieser Untersuchung berechnet wurde (Tabelle 8), die Kategorie der Dienstgrade detaillierter beschrieben werden. Die Prozentwerte zeigten einen deutlichen Anstieg vom Rang eines Chargens (50%) bis hin zu dem eines Offizieres (70%). Anhand dieser

Ergebnisse kann bewiesen werden, dass mit höherem Dienstgrad, traumatische Erlebnisse signifikant öfter angegeben werden.

9. Diskussion und Interpretation

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, einerseits die Häufigkeit der Angabe von traumatischen Erlebnissen österreichischer Soldaten, welche am Golan stationiert waren, zu untersuchen und andererseits die Wahrscheinlichkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung mittels Fragebogenstudie zu erheben. Zusätzlich konnte hinsichtlich der Testergebnisse im HCL auf Unterschiede zwischen zwei Testzeitpunkten eingegangen werden und es wurden Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Daten und der Angabe erlebter Traumata untersucht.

Bezüglich der ersten Fragestellung konnte festgestellt werden, dass zu Testzeitpunkt 2 mehr österreichische Soldaten (60%) angeben, traumatische Erlebnisse während des Auslandseinsatzes erfahren zu haben, als zu Testzeitpunkt 1 (43%). Auch wenn 43% schon nahezu die Hälfte der Soldaten umfasst, muss bedacht werden, dass die erste Erhebung direkt nach der Rückkehr stattfand. Somit liegt diese, im Sinne des Verlaufsmodells psychischer Störungen, in der Phase der traumatischen Reaktion, weshalb einer möglichen Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung erst nach einigen Monaten nachgegangen werden sollte. Da diesbezüglich für das österreichische Bundesheer wenig Datenmaterial vorhanden ist, können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit am ehesten, aber dennoch nur eingeschränkt, mit denen der Langzeitstudie von Jerg-Bretzke et al. (2010) in Deutschland verglichen werden. Demnach zeigten sich 80% der deutschen Soldaten von den im Einsatz erlebten Ereignissen stark bis sehr stark belastet. Einschränkungen für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse sind nach Wittchen et al. (2012) die unterschiedlichen Einsatzcharakteristika des Auslandseinsatzes sowie die verschiedenen Einsatzorte. Nach Hauffa et al. (2007) kann es bei einer Befragung direkt nach dem Einsatz zu Verdrängungs- und Dissimulationseffekten kommen, was einen weiteren möglichen Erklärungsansatz für die unterschiedlichen Angaben von traumatischen Erlebnissen zu den zwei Testzeitpunkten bietet.

Nach Jerg-Bretzke et al. (2010) gehörten zu den häufigsten Angaben traumatischer Erlebnisse, welche in der Studie mit einem selbst entwickelten Fragebogen erhoben wurden, die Gefahr durch Verletzung und Tod (62%), Minenfelder (55%), gesundheitliche Risiken (55%), zerstörtes Land und Elend der Bevölkerung (72%) und undurchschaubare politische Verhältnisse (35%). Mit der Tatsache, dass Mehrfachnennungen erlebter Traumata möglich waren, wurden in der vorliegenden

Studie ähnliche Traumata festgestellt. Darunter wurden am häufigsten der direkte Beschuss ($N = 52$), Gefechte ($N = 33$) und der indirekte Beschuss ($N = 31$) als traumatische Erlebnisse angegeben. Weitere Angaben betrafen die Angst vor Minenfeldern, den Anblick von Toten und Verwundeten, Kriegslärm, die eingeschränkte Bewegungsfreiheit sowie den direkten Kontakt mit Rebellen. Viele der Soldaten berichteten speziell den Beschuss des Rotationskonvois im November 2012 als traumatisches Erlebnis.

Bezüglich der zweiten Fragestellung wurde, unter der Verwendung des PCL-M, die Häufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei österreichischen Soldaten untersucht. Es zeigten sich folgende Ergebnisse: Innerhalb der Stichprobe von 156 Soldaten, wiesen nach der Cut-Off-Methode zwei Personen (1.3%) und nach der Kriterien-Methode drei Personen (1.9%) Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Kriterien-Methode zu anderen Prozentwerten als die Cut-Off-Methode führt. Als mögliche Erklärung dazu könnte der strenge Summenscore von 32 angeführt werden, der bei der Auswertung für die Cut-Off-Methode verwendet wurde. Durch diese Methode werden sämtliche Personen, welche eventuell einen niedrigeren, aber in Relation zu anderen dennoch hohen Wert im PCL-M aufweisen, ausgeschlossen. Demnach können mittels der Kriterien-Methode schwächere Ausprägungen einer Posttraumatischen Belastungsstörung ebenfalls untersucht werden. In der Dissertation von Dunker (2009), konnte ebenfalls ein Unterschied bei den Ergebnissen durch die verschiedenen Auswertungsmethoden festgestellt werden. Nach der Cut-Off-Methode lag die Häufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung deutscher Soldaten bei 1.6%, während das Ergebnis nach der Kriterien-Methode bei 5% lag.

Neben den unterschiedlichen Auswertungsmethoden des PCL-M wird als ein weiterer Diskussionspunkt die Anwendung von verschiedenen kritischen Werte für die Cut-Off-Methode angeführt. Laut dem National Center for PTSD (2014) ist der Cut-Off-Wert von der jeweiligen Stichprobe abhängig. So liegt er bei einem Routine-Screening für die allgemeine Bevölkerung zwischen 30 und 35, für Untersuchungen im medizinischen Setting zwischen 36 und 44 und für Personen, bei denen bereits traumatische Erlebnisse bekannt sind, zwischen 45 und 50. Beispielsweise wurde innerhalb der Studie von Iversen et al. (2009) der PCL mit einem Cut-Off-Wert von 50 ausgewertet.

Die dritte Fragestellung befasste sich mit dem Unterschied der Ergebnisse im HCL zu zwei Testzeitpunkten. Die Ergebnisse des HCL konnten zeigen, dass es innerhalb der Skalen 2 und 6, welche Zwanghaftigkeit und Phobische Angst erfassen, signifikante Unterschiede gab. Es konnte eine Zunahme der Ausprägung innerhalb beider Skalen zu Testzeitpunkt 2 festgestellt werden. Durch die Tatsache, dass zum ersten Testzeitpunkt die Daten des HCL mündlich, durch ein Gespräch mit dem zuständigen Heerespsychologen, erfasst wurden, könnten die Antworten der Soldaten erheblich beeinflusst worden sein. Nach Hauffa et al. (2007) sind nicht nur die Sorge um den weiteren militärischen Werdegang, sondern auch die Angst, als „schwach“ eingestuft zu werden und somit den Wertvorstellungen eines „starken“ Soldaten nicht mehr gerecht zu werden, Gründe für eine sozial erwünschte Antwort. Betrachtet man die Ergebnisse unter dem Aspekt der sozialen Erwünschtheit, so bekommen Antworten, welche mit „ein wenig“ angekreuzt wurden, eine andere Bedeutung (Jerg-Bretzke et al., 2010). Durch die Studie von Kowalski et al. (2012) konnte gezeigt werden, dass nach sechs Monaten 78.8% der befragten deutschen Soldaten von psychischen Symptomen berichteten, während nach zweieinhalb Jahren die Zahl auf 87.5% stieg. Auf Basis der Ergebnisse von Jerg-Bretzke et al. (2010) und Kowalski et al. (2012) wurde in der vorliegenden Arbeit ein Unterschied zwischen den Ergebnissen im HCL zu zwei Testzeitpunkten erwartet und konnte aufgrund der Ergebnisse in den Skalen Zwanghaftigkeit und Phobischer Angst bestätigt werden.

Bezüglich der vierten Fragestellung, welche den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Daten und der Angabe erlebter Traumata untersuchte, konnte in der vorliegenden Arbeit ein signifikanter Zusammenhang zwischen Dienstgrad und der Angabe von traumatischen Erlebnissen festgestellt werden. Bezüglich der soziodemographischen Daten, wie Geschlecht, Alter, Anzahl und Dauer des Einsatzes wurden keine signifikanten Korrelationen gefunden. Wie bereits erwähnt, liegt für das österreichische Bundesheer bislang kaum Datenmaterial vor, sodass zum Teil englischsprachige Literatur als Grundlage herangezogen wurde.

In der Studie von Fear et al. (2010) wurde ein Zusammenhang zwischen Dienstgrad und Anzahl der Einsätze und einer Posttraumatischen Belastungsstörung, festgestellt. In einer weiteren britischen Studie von Iversen et al. (2009) konnte ein signifikanter Zusammenhang zu Geschlecht und Bildungsniveau aufgezeigt werden.

Auch hier muss wieder auf die unterschiedlichen Einsatzbedingungen und den Aufgaben während des Einsatzes zwischen Großbritannien, Deutschland und Österreich, aufmerksam gemacht werden.

Eine der wenigen deutschen Studien wurde von Jenuwein et al. (2012) durchgeführt. Im Allgemeinen wurden ein niedriger sozioökonomischer Status sowie ein geringes Bildungsniveau als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung gesehen. Des Weiteren verwendeten Jenuwein et al. (2012) die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, wodurch die drei Symptomcluster einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Intrusion, Vermeidungsverhalten und Übererregung, erfasst werden konnten. Bei Soldaten in Führungspositionen wurden deutlich schwächere Ausprägungen des Symptoms Intrusion gefunden als bei anderen Soldaten, womit sich der Dienstgrad als protektiver Faktor erwies. Bezüglich der anderen soziodemographischen Daten wurde weder ein Einfluss auf die Schwere einer Posttraumatischen Belastungsstörung, noch auf Ausprägungen innerhalb der drei Symptomcluster gefunden (Jenuwein et al., 2012). Die Konfrontation mit einem traumatischen Erlebnis ist laut dem DSM-IV-TR Voraussetzung für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Saß et al., 2003). Basierend auf den Ergebnissen der bereits beschriebenen Studien von Iversen et al. (2009), Fear et al. (2010) und Jenuwein et al. (2012) wurde in der vorliegenden Arbeit untersucht, ob es Zusammenhänge auch zwischen soziodemographischen Daten und der Angabe von traumatischen Erlebnissen gibt. Es konnte gezeigt werden, dass mit steigendem Dienstgrad eines Soldaten, eher traumatische Erlebnisse angegeben werden. Gemeinsam mit diesen Ergebnissen und der Ansicht nach Hauffa et al. (2007) bezüglich der Angst vor negativen Konsequenzen, könnte möglicherweise angenommen werden, dass sich Soldaten in Führungspositionen weniger Gedanken bezüglich ihrer Karriere machen, als Soldaten, welche erst am Beginn ihres militärischen Werdegangs stehen und zumeist auch noch jünger sind.

Zusammenfassend kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der Soldaten traumatische Erlebnisse erfahren hatten. Darunter befanden sich zu Testzeitpunkt 1 zwei und zu Testzeitpunkt 2 drei Personen, welche die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten. Hinsichtlich der Ausprägungen in Skala 2, Zwanghaftigkeit und Skala 6, Phobische Angst konnte eine

leichte Zunahme zu Testzeitpunkt 2 festgestellt werden. Darüber hinaus gibt es einen Zusammenhang zwischen Dienstgrad und der Angabe erlebter Traumata.

Angesichts der vorliegenden Ergebnisse bietet diese Arbeit die Möglichkeit einer genaueren Betrachtung einsatzbedingter Belastungen sowie deren Auswirkungen auf eine mögliche Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung österreichischer Soldaten im Auslandseinsatz.

9.1 Kritik und Einschränkungen der Studie

Im Rahmen der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse dieser Arbeit sind auch wesentliche Kritikpunkte der vorliegenden Studie zu erwähnen.

Eine wesentliche Einschränkung dieser Studie stellen die fehlenden Datensätze dar. Es konnten lediglich 121 zusammengehörige Daten zu der eigentlichen Stichprobe von 156 österreichischen Soldaten gefunden werden. Des Weiteren wurde bei lediglich 36 Soldaten die Anzahl sowie die Dauer der bisherigen Einsätze erhoben. Entgegen der Annahmen in den bisher vorgestellten Studien, konnte kein Zusammenhang zwischen Anzahl und Dauer der Einsätze und der Angabe traumatischer Erlebnisse festgestellt werden.

Die unter Punkt 8.1 dargestellten Reliabilitäten der verwendeten Fragebögen bieten einen weiteren Kritikpunkt. Für den HCL Gesamt konnte für beide Zeitpunkte ein zufriedenstellendes Cronbach Alpha berechnet werden (TP1: $\alpha = .854$; TP2: $\alpha = .948$), jedoch gibt es innerhalb der einzelnen Skalen einige Auffälligkeiten. Bei genauerer Betrachtung des HCL wird ersichtlich, dass einige Skalen lediglich zwei Items beinhalten. Skala 7, welche Paranoides Denken erfasst, enthält ohnehin nur ein Item, wodurch keine Reliabilität berechnet werden konnte. Somit ist die Aussagekraft der Ergebnisse, hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Zeitpunkten, als eingeschränkt zu sehen.

Des Weiteren wäre es für die Interpretation von Vorteil, bei der Berechnung der Summenwerte für die einzelnen Skalen einen kritischen Wert festzulegen, um die Ausprägungen innerhalb der Skalen miteinander vergleichen zu können. Zum momentanen Zeitpunkt gibt es in dieser Hinsicht keine vorliegenden Daten. Um die Ergebnisse des HCL interpretieren zu können, wurde für jede einzelne Skala anhand der Normierungsstichprobe ein Mittelwert und eine Standardabweichung berechnet.

Dadurch wäre ein Vergleich zu der hier vorliegenden Stichprobe möglich, aber dennoch könnten keine Aussagen bezüglich der Stärke der einzelnen Symptome getroffen werden.

Darüber hinaus sind der Einsatzort sowie die damit zusammenhängenden Bedingungen und Aufgaben der Soldaten von wesentlicher Bedeutung und somit nicht mit anderen Auslandseinsätzen österreichischer Soldaten vergleichbar. Obwohl der Einsatz am Golan zu den friedenserhaltenden Missionen des österreichischen Bundesheeres zählte, stellte der im Frühjahr 2011 begonnene Bürgerkrieg eine besondere Herausforderung für die Soldaten dar. Eine Generalisierung der hier untersuchten Stichprobe auf Soldaten in anderen Einsatzorten wie im Kosovo oder Bosnien-Herzegowina ist nur eingeschränkt möglich.

Wie bereits erwähnt, stellt die soziale Erwünschtheit ebenfalls ein wichtiges Kriterium dar, wodurch es zu einer Verfälschung der Angaben kommen kann. Eine mündliche Vorgabe des Fragebogens kann sowohl Vorteile als auch Nachteile beinhalten. Die Wahrscheinlichkeit, im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu antworten beziehungsweise Antworten in der Art und Weise zu formulieren, die gehört werden will, stellt einen wesentlichen Nachteil dar. Besonders das Bundesheer unterliegt einem Stereotyp, indem eigene Schwächen nur selten gezeigt werden wollen beziehungsweise können. Stärken hingegen werden von den meisten in den Vordergrund gestellt, aus dem Bedürfnis heraus, nicht negativ aufzufallen und somit einer eventuellen Stigmatisierung zu entgehen. Schubmann et al. (2007) erwähnten in ihrem Bericht ebenfalls, dass aus Angst vor negativer Beurteilung und möglichen Konsequenzen psychische Symptome von deutschen Soldaten wenn möglich verheimlicht werden.

9.2 Forschungsausblick

Im Auftrag des österreichischen Bundesheeres leisten derzeit 1.058 österreichische Soldaten ihren Dienst in Auslandseinsätzen ab. Die Aufgaben bestehen zum Teil aus humanitärer Hilfeleistung wie auch aus friedenserhaltenden- und schaffenden Missionen. Viele der Soldaten werden mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert, welche zur Entwicklung einer Posttraumatischen Störung führen können.

Da bislang hinsichtlich dieses Themas speziell für das österreichische Bundesheer wenig Literatur vorliegt, liefert diese Studie wichtige und aufschlussreiche Ansätze für weitere Forschungen. Das Thema der Posttraumatischen Belastungsstörung stellt einen wichtigen Bestandteil der psychischen Gesundheit von Soldaten, die einen Auslandseinsatz absolviert haben, dar.

Da der HCL nach spezifischen militärischen Traumata oder Belastungen fragt, beschränkt sich die Auswertung nach den Diagnosekriterien des DSM-IV, auf eine Momentaufnahme, wodurch diverse Faktoren nicht berücksichtigt werden können. Bereits früher erlebte Traumata, sowohl einsatzbedingte als auch private, wie Gewalt in der Familie oder Armut, werden dadurch nicht erfasst. Des Weiteren wäre es interessant, die Ergebnisse der militärischen Eignungsdiagnostik, welche die Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Soldaten für einen Auslandseinsatz prüft und ein psychologisches Gespräch enthält, mit den Daten der vorliegenden Studie zu korrelieren. Dadurch wäre es möglich, bestimmte Auffälligkeiten oder Personenmerkmale als kritische Faktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu identifizieren. Um derartige Zusammenhänge feststellen zu können, würden sich Längsschnittstudien eignen. Diese bedeuten allerdings wiederum einen Mehraufwand an Zeit und Material.

Aufgrund der niedrigeren Angaben traumatischer Erlebnisse zu Testzeitpunkt 1, wäre es wünschenswert, dem psychologischen Gespräch, welches direkt nach der Rückkehr erfolgt, mehr Anonymität zu verleihen. Es müsste auf eine Art und Weise verändert werden, dass das Kriterium der sozialen Erwünschtheit reduziert werden könnte. Die Angst vor Stigmatisierung und den Konsequenzen für den weiteren militärischen Werdegang muss aufgehoben werden.

Es wäre auch empfehlenswert, den Soldaten diverse psychologische und medizinische Einrichtungen des Bundesheeres nahe zu legen, wodurch Daten bezüglich des Hilfesuchverhaltens gesammelt werden könnten und somit Verbesserungen in der Nachsorge möglich wären. Die Studie von Kowalski et al. (2012) konnte aufzeigen, dass viele der Soldaten, wenn sie Hilfe in Anspruch nehmen, diese im privaten Bereich suchen.

Für zukünftige Untersuchungen wäre es auch von Vorteil, nicht nur die Ergebnisse eines Screening-Verfahrens zu berücksichtigen, sondern auch die im weiteren Verlauf wichtigen Schutz- und Risikofaktoren als relevant zu betrachten. Durch die Kenntnis

der Wechselwirkungen dieser Faktoren könnte die Einsatznachsorge eventuell verbessert werden.

Prinzipiell ist zu sagen, dass es einiger Verbesserungen bedarf, damit dieses Thema hinsichtlich der notwendigen Relevanz und Bedeutsamkeit für die psychische Gesundheit der Soldaten, für Mitglieder des österreichischen Bundesheeres, aber auch für die Allgemeinbevölkerung zugänglich wird.

10. Literaturverzeichnis

- Bieshold, K. H. (2006). Bundeswehrsoldaten in Auslandseinsätzen. *Polizei&Wissenschaft*, 2, S. 17-28.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- Bühning, P. (2014). Posttraumatische Belastungsstörungen: Mehr Soldaten nach Einsätzen betroffen. *Deutsches Ärzteblatt*, 111, 6, S. 52.
- Bundesheerreformkommission, Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport. (2010). *Bericht der Bundesheerreformkommission*. Abgerufen von http://bmlv.gv.at/facts/management_2010/pdf/endbericht.pdf.
- Bundesministerium der Verteidigung. (2013). *Die Bundeswehr im Einsatz. Entstehung, Entwicklung, Überblick*. Berlin: Autor
- Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport. (2015). *Auslandseinsätze des Bundesheeres*. Abgerufen von <http://www.bundesheer.at/ausle/zahlen.shtml>
- Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport. (o.D.) *Aufgabe der Streitkräfte*. Abgerufen von <http://www.bundesheer.at/sk/index.shtml>
- Comer, J. R. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag .
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (6. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Dunker, S. (2009). *Prognose und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Soldaten der Bundeswehr. Längsschnittstudie zur Neuvalidierung des Kölner Risikoindex-Bundeswehr (KRI-Bw) (Dissertation)*. Humanwissenschaftliche Fakultät: Köln.
- Ehret, M. A., & Berking, M. (2013). DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? *Verhaltenstherapie*, 23, 258–266. doi: 10.1159/000356537
- Fear, N. T., Jones, M., Murphy, D., Hull L., Iversen A. C., Coker, B., Machell L., ... Wessely S. (2010). What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *Lancet*, 375, 1783–97. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60672-1

- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Auflage). München: Reinhardt.
- Fraidl, G. (2010). Das Österreichische Bundesheer im Nahen Osten. *Truppendienst-Bundesheer*, 317. Abgerufen von <http://www.bundesheer.at/truppendienst/ausgaben/artikel.php?id=1057>
- Friedmann, A. (2004). Allgemeine Psychotraumatologie. Die Posttraumatische Belastungsstörung. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer, & D. Vyssoki (Hrsg.), *psychotrauma. die posttraumatische Belastungsstörung*, S. 11-12. Wien: Springer-Verlag.
- Hauffa, R., Brähler, E., Biesold, K. H., & Tagay, S. (2007). Psychische Belastungen nach Auslandseinsätzen. Erste Ergebnisse einer Befragung von Soldaten des Einsatzkontingents ISAF VII. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 373-370. doi: 10.1055/s-2007-970833
- Hausmann, C. (2006). *Einführung in die Psychotraumatologie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Headquarters Department of the Army. (1994). *Leader's Manual for combat stress control*. Field Manual 22-51. Washington , DC: Author
- Iversen, A. C., van Staden, L., Hacker Hughes, J., Browne, T., Hull, L., Hall J., ... Fear N. T. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry*, 9, 68. doi:10.1186/1471-244X-9-68
- Jenuwein, M. Z., Zimmermann, P., Ungerer, J., Fuchs, S., Beudt, S., Jacobsen, T., . . . Kowalski, J. T. (2012). Zum Schweregrad der Posttraumatischen Belastungsstörung im militärischen Kontext. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60 (4), 309-314. doi: 10.1024/1661-4747/a000131
- Jerg-Bretzke, L. H., Hrabal, V., Walter, S., & Traue H. C. (2010). Belastung durch traumatische Erfahrungen bei Soldaten in Kriseneinsätzen. *Trauma & Gewalt*, 4(3), 184-196.
- Kabas, C., & Slop, H. (2008). *HCL Heimkehrer-Checklist*. Wien: BMLV Heerespsychologischer Dienst.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu W. T., Demler O., & Walters E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kowalski, T. J., Hauffa, R., Jacobs, H., Höllmer, H., Gerber, D. W., & Zimmermann, P. (2012). Einsatzbedingte Belastungen bei Soldaten der Bundeswehr. *Deutsches Ärzteblatt*, 109, 35-39.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörung* (4. Auflage). doi: 10.1007/978-3-642-35068-9
- Maercker, A., & Ehler, U. (2001). Psychotraumatologie - eine neue Theorie- und Praxisperspektive für verschiedene medizinische Disziplinen. In E. Maercker & U. Ehler (Hrsg.), *Psychotraumatologie. Jahrbuch der medizinischen Psychologie 20* (S. 13). Göttingen: Hogrefe.
- National Center for PTSD. (2014). *Using the PTSD Checklist for DSM-IV (PCL)*.
Abgerufen von
<http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf>
- Platzer, C. (2009). Zum Geleit. In G. Ebner (Hrsg.), *Psychologische Betreuung im Auslandseinsatz am Beispiel KOSOVO*. Wien: Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie.
- Sareen, J. C., Cox, J. B., Afifi, O. T., Stein, M. B., Belik, S., Meadows, G., & Asmundson, G. J. G. (2007). Combat and Peacekeeping Operations in Relation to Prevalence of Mental Disorders and Perceived Need for Mental Health Care. *Arch Gen Psychiatry* 64 (7), 843-852.
- Saß, H. W., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, P. (2014). AUTCON und AUSBATT/UNDOF- Das rasche Ende einer langen Ära. *Truppendienst-Bundesheer*, 341, 462-469. Wien: BMLVS.

- Schubmann, R. I., Ihlow, C., Augstein, M., Greve, A., Richard, M., & Vogel H. (2007). *Psychosoziale Extrembelastung bei Auslandseinsätzen*. Abgerufen von http://www.dbkg.de/ajax/pa_upload1/pdf/Soldaten/Broschuere_MilitaryMentalHealth.pdf.
- Slop, H. (2002). Panel - Erfahrungsberichte. In S. Buck-Perchthaler, F. Fahrner, W. Freistetter, D. Gopp, B. Hubegger, H. G. Justenhoven, H. Krexner, E. R. Micewski, L. Neuhold, H. Pribyl, H. Slop, D. Squiccarini, W. Zofal (Hrsg.), *Ethica 2002*, 78-82. Wien: Institut für Religion und Frieden.
- Smith, C., Ryan, A. K. M., Wingard, L. D., Slymen, J. D., Sallis, F. J., & Kritz-Silverstein D. (2007). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMI Research*. doi:10.1136/bmj.39430.638241.AE
- The Sydney Morning Herald. (2014). *The area of separation*. Abgerufen von <http://www.smh.com.au/world/un-peacekeepers-seized-by-syrian-militants-on-the-golan-heights-20140829-10a2qm.html>
- Ungerer, J. W., Weeke, A., Zimmermann, P., Petermann, F., & Kowalski, T. J (2013). Akute psychische Störungen deutscher Soldatinnen und Soldaten in Afghanistan. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 61 (4), 273-277. doi: 10.1024/1661-4747/a000170
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Herman, D. S., Steinberg, H. R., Huska, J. A., & Kraemer, H. C. (1996). The utility of the SCL-90-R for the diagnosis of war-zone related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 111-128.
- Weiss, S. D. (1992). *The Prevalence of Lifetime and Partial Post-Traumatic Stress Disorder in Vietnam Theater Veterans*. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3).
- Wittchen, H. U., Litz, B. T., Keane, T. M., Herman, D. S., Steinberg, H. R., Huska, J. A., & Kraemer, H. C. (1998). Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 568-578. München: Springer Verlag.
- Wittchen, H. U., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Trautmann, S., Steudte, S., Klotsche, J., ...Höfle, M. (2012). Traumatische Ereignisse und posttraumatische

Belastungsstörung bei im Ausland eingesetzten Soldaten. *Deutsches Ärzteblatt* 109, 35-36.

Wothe, K., & Siepmann, K. (2003). Soldaten nach militärischen Einsätzen. In A. Maercker (Hrsg.) *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*, S. 248-261. Berlin, Heidelberg: Springer.

Zimmermann, P. J., Jacobs, H., & Kowalski, J. T. (2012). ISAF und die Seele - Zwischen Schädigung und Wachstum. In A. Seiffert (Hrsg.), *Der Einsatz der Bundeswehr in Afghanistan* (S. 143-152). doi:10.1007/978-3-531-93400-6_9

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung nach Fischer und Riedesser (2009).....	15
Abbildung 2: The area of separation.....	35
Abbildung 3: Belastungs- und Stressreaktionen (Leader's Manual for Combat Stress Control, 1994).....	41
Abbildung 4: Art der traumatischen Erlebnisse.....	55

12. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation von interpersonelle und akzidentelle Traumata.....	13
Tabelle 2: Klassifikation nach kurz-und langfristigen Traumata.....	14
Tabelle 3: Reliabilitätsanalyse für die Subskalen des PCL.....	52
Tabelle 4: Reliabilitätsanalyse für den HCL.....	53
Tabelle 5: Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen	54
Tabelle 6: Kreuztabelle – soziodemographische Daten und erlebtes Trauma.....	56
Tabelle 7: Personen, die die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten	57

Tabelle 8: Unterschiede der Testergebnisse im HCL zu Testzeitpunkt 1 und 2 59

Tabelle 9: Korrelation soziodemographische Daten und traumatisches Erlebnis 60

13. Anhang

Anlage 1: Genehmigung des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport 76

Anlage 2: Begleitbrief..... 78

Anlage 3: Heimkehrer-Checklist 79

Anlage 4: Posttraumatic-Checklist Military Version 81

Anlage 5: Lebenslauf..... 83

Anlage 1



**Bundesministerium
für Landesverteidigung und Sport
PersFü**

Sachbearbeiter:
MjrdhmfD Mil.Psych. Mag. Ing. Stefan
RAKOWSKY
Tel: 1051825

GZ S93140/36-PersFü/2014

Sozialwissenschaftliche Forschung:

SCHRÖFL Johanna: Durchführung einer Diplomarbeit:

'Traumatische Erlebnisse und Posttraumatische Belastungsstörung bei Soldaten des Österreichischen Bundesheeres als Folge von Auslandseinsätzen.'

GENEHMIGUNG

An Verteiler

Der Antrag auf Durchführung der Diplomarbeit von Frau SCHRÖFL Johanna, studierend an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie unter Betreuung von Frau Dr. Brigitte LUEGER-SCHUSTER / Universität Wien,

zum Thema

Traumatische Erlebnisse und Posttraumatische Belastungsstörung bei Soldaten des Österreichischen Bundesheeres als Folge von Auslandseinsätzen

wird unter Beachtung des dienstlichen Interesses von Seiten PersFü/Ref VII Psychologischer Dienst an dem Thema unter folgenden Bedingungen genehmigt:

- Die Untersuchung darf zu keinerlei Beeinträchtigung des Dienstbetriebs führen.
- Die Anonymität der Probanden und damit die Sicherstellung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist zu gewährleisten. Die Arbeit muss für fünf Jahre gemäß Universitätsgesetz 2002 gesperrt werden und die Daten und Ergebnisse dürfen ohne vorherige Genehmigung durch das BMLVS nicht über die Diplomarbeit hinaus verwendet werden.
- Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit sind sowohl in Form eines Exemplars der fertig gestellten gebundenen Diplomarbeit als auch in automatisiert weiterverarbeitbarer Form (in pdf-Format) auf Datenträger (CD) der Psychologischen Handbibliothek im Heerespersonalamt zu übermitteln und dem ÖBH zur weiteren uneingeschränkten Nutzung zur Verfügung zu stellen.
Ein weiteres gebundenes Exemplar ist an die ÖMB zu übermitteln.
Ein weiteres Exemplar auf Datenträger (CD) ist an WFE zu übermitteln.

- Der für die Durchführung der Analysen aufbereitete Datenbestand wird als Datei PersFü/Ref VII zur weiteren Verwendung (Durchführung von Analysen zu eigenen Fragestellungen) zur Verfügung gestellt.

Die erforderlichen Vorabgespräche mit HPA / Referat Y2 sowie Auslandseinsatzbasis sind positiv erfolgt. Um Unterstützung der Arbeit wird ersucht.

Als POC seitens des Psychologischen Dienstes fungiert HR Mag. SLOP Helmut, MA, Tel. 050201 22 22225.

06.08.2014
Für den Bundesminister:
SAFRANMÜLLER

Elektronisch gefertigt

Ergeht an:

HPA
AusLEBa
Dr. Brigitte Lueger-Schuster
Johanna Schröfl

Signaturwert	ql14MTZxsMuV9Rr1jSAEAh7LUerv/NfZ629KDzuSF/9AyAhKydfZaLVcsGWy3UBPq7VHL1AHqTQXm8UjDvthRWx5r5XcxBIE4Y7OKjOhCml06wDkJvulVcgtUtpm6xiftgwZqFnDiWFA8Bbpo+yup1lb7/WFQC/QqhWbw8//u4=	
	Unterzeichner	serialNumber=110775619700,CN=Bundesministerium fr Landesverteidigung und Sport,OU=Bundesministerium fr Landesverteidigung und Sport,O=Bundesministerium fr Landesverteidigung und Sport,C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2014-09-24T10:33:30Z
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	532599
	Methode	urn:pdfsigfilter:bka.gv.at:text:v1.1.0
Prüfinformation	Dieses Dokument wurde amtssigniert. Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur und des Ausdrucks finden Sie unter http://www.bmlvs.gv.at/amtssignatur	

Anlage 2



universität
wien

Universität Wien
Psychologische Fakultät Wien
Liebiggasse 5
1010 WIEN



Heerespsychologischer Dienst
Heerespersonalamt
Panikengasse 2
1160 WIEN

Sehr geehrte Damen und Herren, ehemalige Soldatinnen und Soldaten vom GOLAN!

Mein Name ist Johanna SCHRÖFL und ich studiere Psychologie an der Universität WIEN. Ich schreibe derzeit meine Diplomarbeit zum Thema „*Traumatische Erlebnisse und Posttraumatische Belastungsstörungen bei Soldaten des Österreichischen Bundesheeres als Folge von Auslandseinsätzen*“.

Die Ergebnisse meiner Arbeit sollen dazu beitragen, die bestmögliche Betreuung und Nachsorge für alle Soldatinnen und Soldaten sicherzustellen, die an Auslandseinsätzen des Österreichischen Bundesheeres teilgenommen haben, derzeit teilnehmen, oder in Zukunft teilnehmen werden.

Beiliegend finden Sie zwei Fragebögen, welche speziell für diese Thematik konzipiert worden sind. Der HCL dürfte Ihnen bekannt vorkommen, da Sie diesen bei Ihrem Auschecken in GÖTZENDORF bereits einmal ausgefüllt haben.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich einige Minuten Zeit nehmen und die Fragebögen gewissenhaft ausfüllen würden. Ihre Fragebögen sind bereits codiert, um sie mit dem von Ihnen damals ausgefüllten HCL-Fragebogen vergleichen zu können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und die Auswertung aller Fragebögen erfolgt anonymisiert.

Die vorliegende Befragung richtet sich an alle ehemaligen Heimkehrer vom GOLAN von Nov 2012 bis zum Ende der Mission im Sommer 2013 und wird als genehmigtes Forschungsprojekt des BMLVS vom Heerespsychologischen Dienst unterstützt.

Da Ihre Antworten für den Abschluss meiner Diplomarbeit von großer Bedeutung sind, bitte ich Sie, Ihre Fragebögen mittels des beiliegenden Antwortkuverts bis spätestens **30. Nov. 2014** an den Heerespsychologischen Dienst zurückzuschicken.

Wir danken Ihnen bereits im Voraus herzlich für Ihre Unterstützung und wertvolle Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Heerespsychologischen Dienst:

Johanna SCHRÖFL

Mag. LANGER, ObstdhmfD

(Johanna SCHRÖFL, Diplomandin)

(Mag. LANGER, ObstdhmfD)

Anlage 3

<p>Prüfziffern</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>0</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">HCL</div>  </div>																												
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0																																																																						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																						
<p>1. Angaben zu Ihrer Person Codenummer:</p>																																																																															
<p>1.1 Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich</p>																																																																															
<p>1.2 Alter <input type="radio"/> bis 24 Jahre <input type="radio"/> 25-30 Jahre <input type="radio"/> 31-35 Jahre <input type="radio"/> 36-40 Jahre <input type="radio"/> 41-45 Jahre <input type="radio"/> 46-50 Jahre <input type="radio"/> über 50 Jahre</p>																																																																															
<p>1.3 Während des Einsatzes am Golan hat es für mich belastende Ereignisse gegeben (z.B. Gefechte, direkter bzw. indirekter Beschuss, Verwundete, Tote, ...) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p style="margin-left: 40px;">Wenn ja: Welche?</p>																																																																															
<p>2. Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal durch den Einsatz auftreten können. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie während der vergangenen 4 Wochen bis heute durch diese Beschwerden gestört oder beeinträchtigt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur eine Ankreuzung mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch. Bitte beantworten Sie jede Frage!</p>																																																																															
<p>Ich hatte in den letzten 4 Wochen folgende Beschwerden:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center; font-size: 0.8em;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center; font-size: 0.8em;">ein wenig</th> <th style="text-align: center; font-size: 0.8em;">ziemlich</th> <th style="text-align: center; font-size: 0.8em;">stark</th> <th style="text-align: center; font-size: 0.8em;">sehr stark</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1 Kopfschmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.2 immer wieder auftauchende unangenehme Gedanken, Worte oder Ideen, die mir nicht mehr aus dem Kopf gehen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.3 Einsamkeitsgefühle</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.4 plötzliches Erschrecken ohne Grund</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.5 Gefühlsausbrüche, gegenüber denen ich machtlos war</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.6 Schwermut</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.7 das Gefühl, sich für nichts zu interessieren</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.8 Herzklopfen oder Herzjagen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.9 Schwindelgefühle</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.10 Abneigung gegen Menschenmengen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.11 Schwierigkeiten beim Atmen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2.12 Schuldgefühle</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>			überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	2.1 Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	2.2 immer wieder auftauchende unangenehme Gedanken, Worte oder Ideen, die mir nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="radio"/>	2.3 Einsamkeitsgefühle	<input type="radio"/>	2.4 plötzliches Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>	2.5 Gefühlsausbrüche, gegenüber denen ich machtlos war	<input type="radio"/>	2.6 Schwermut	<input type="radio"/>	2.7 das Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>	2.8 Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2.9 Schwindelgefühle	<input type="radio"/>	2.10 Abneigung gegen Menschenmengen	<input type="radio"/>	2.11 Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>	2.12 Schuldgefühle	<input type="radio"/>																																												
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark																																																																										
2.1 Kopfschmerzen	<input type="radio"/>																																																																														
2.2 immer wieder auftauchende unangenehme Gedanken, Worte oder Ideen, die mir nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="radio"/>																																																																														
2.3 Einsamkeitsgefühle	<input type="radio"/>																																																																														
2.4 plötzliches Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>																																																																														
2.5 Gefühlsausbrüche, gegenüber denen ich machtlos war	<input type="radio"/>																																																																														
2.6 Schwermut	<input type="radio"/>																																																																														
2.7 das Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>																																																																														
2.8 Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="radio"/>																																																																														
2.9 Schwindelgefühle	<input type="radio"/>																																																																														
2.10 Abneigung gegen Menschenmengen	<input type="radio"/>																																																																														
2.11 Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>																																																																														
2.12 Schuldgefühle	<input type="radio"/>																																																																														
<p>Bitte wenden!</p>																																																																															

Ich hatte in den letzten 4 Wochen folgende Beschwerden:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
2.13 Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.14 das Gefühl, dass andere mich beobachten oder über mich reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.15 Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.16 das Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.17 die Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil ich durch diese erschreckt werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.18 Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.19 unruhiger oder gestörter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.20 der Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.21 Herz- oder Brustschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.22 das Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.23 Schreck- und Panikanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.24 Einsamkeitsgefühle, selbst wenn ich in Gesellschaft bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.25 so starke Ruhelosigkeit, dass ich nicht stillsitzen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.26 das Gefühl, wertlos zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.27 schreckenerregende Gedanken und Vorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.28 Taubheit oder Schweregefühl in den Armen oder Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.29 Gedanken, dass irgend etwas mit meinem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.30 Nervosität oder "inneres" Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.31 Schweißausbrüche oder Kälteschauer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.32 Übelkeit oder Magenverstimmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.33 Sonstige Beschwerden oder Probleme	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

Danke für Ihre Mitarbeit

Anlage 4

<p>Prüfziffern</p> <p>9 8 7 6 5 4 3 2 1 0</p> <p>○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</p> <p>○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</p> <p>○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</p> <p>○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○</p>	<p>PCL</p>  <p>Militär Psychologie</p>
<p>Die folgenden Fragen beziehen sich auf Beschwerden und Empfindungen, die manchmal von einsatzerfahrenen Soldaten berichtet werden. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam durch und geben Sie an, wie stark die entsprechenden Punkte auf Sie zutreffen.</p>	
	<p>gar nicht wenig mittel stark sehr stark</p>
1. Haben Sie wiederkehrende, unangenehme Erinnerungen, Gedanken oder Bilder eines belastenden Erlebnisses?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
2. Haben Sie wiederkehrende, unangenehme Träume von einem belastenden Erlebnis?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
3. Haben Sie plötzlich das Gefühl oder handeln Sie so, als ob ein belastendes Erlebnis wieder geschehen würde - als würden Sie es wieder erleben?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
4. Regt es Sie auf, wenn Sie durch irgendetwas an ein belastendes Erlebnis erinnert werden?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
5. Erleben Sie körperliche Reaktionen, z.B. Herzklopfen, Atemprobleme, Schwitzen, wenn irgendetwas Sie an ein belastendes Erlebnis erinnert?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
6. Vermeiden Sie es, an ein belastendes Erlebnis zu denken, darüber zu sprechen oder Gefühle darüber zuzulassen?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
7. Vermeiden Sie Aktivitäten oder Situationen, die Sie an ein belastendes Erlebnis erinnern könnten?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
8. Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile eines belastenden Erlebnisses zu erinnern?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
9. Haben Sie das Interesse an Aktivitäten verloren, die Ihnen früher Freude bereitet haben?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
10. Fühlen Sie sich gegenüber anderen Leute distanziert oder fremd?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
11. Fühlen Sie sich emotional "taub" oder nicht in der Lage, nahestehenden Personen Zuneigung und Liebe entgegenzubringen?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Zukunft (momentan) aus dem Blickfeld geraten ist?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
13. Haben Sie Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
14. Fühlen Sie sich gereizt oder haben Sie Wutausbrüche?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
15. Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
16. Sind Sie übermäßig wachsam oder auf der Hut?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
17. Sind Sie nervös oder schreckhaft?	<p>○ ○ ○ ○ ○</p>
<p>Bitte wenden!</p>	

Unterstützung Ich habe während oder nach meinem Einsatz am Golan	um Unterstützung gebeten		Die Unterstützung wurde angeboten		Die Unterstützung war hilfreich			
	ja	nein	ja	nein	ja	eher ja	eher nein	nein
18. Helpline-Service des ÖBH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Militärpsychologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Militärseelsorger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Militärarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Familienbetreuung des ÖBH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Sozialreferat des ÖBH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Heerespersonalamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Zivile psychotherapeutische Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ziviler Psychologe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Facharzt (z.B.: Psychiatrie, Neurologie)								
30. Psychiatrische Ambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Selbsthilfegruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Angehörige / Verwandte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ich habe das Gefühl, dass ich vom ÖBH genügend Unterstützung erhielt, wenn ich um Hilfe angesucht habe					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Was ich noch anmerken möchte:								
.....								
.....								
.....								
.....								
Danke für Ihre Mitarbeit								

