

Hausarbeit zum Thema

Posttraumatisches Wachstum

von Eiko Fried

im Projektseminar Trauma

bei Marion Krüsmann

Ludwig-Maximilians-Universität München

eingereicht am 14.12.2007

Eiko Fried

Kirchenstraße 89b

81675 München

Telefon: 0177 / 7485413

Email: eiko.fried@campus.lmu.de

A) Einführung	S. 3
B) Artikel	S. 6
1) Grief and post-traumatic growth in parents two–six years after the death of their extremely premature baby ¹	S. 6
2) Trauma and growth in Canadian carers ²	S. 7
3) The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks ³	S. 9
4) Post-traumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence ⁴	S. 11
5) Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity ⁵	S. 13
6) Post-traumatic growth in acquired brain injury: A preliminary small scale study ⁶	S. 14
7) Adjustment to severe acute respiratory syndrome (SARS): Roles of ap- praisal and post-traumatic growth ⁷	S. 15
8) Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse ⁸	S. 17
9) A meta-analytic review of benefit finding and growth ⁹	S. 19
10) Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women ¹⁰	S. 20
C) Fazit	S. 22
D) Verzeichnis weiterführender Literatur	S. 23
E) Quellen- und Literaturverzeichnis	S. 24

Das Konzept *Post Traumatic Growth*, im Deutschen posttraumatisches Wachstum, ist in der psychologischen Literatur sehr unterschiedlich definiert worden, und bis heute gibt es keine Einigung darüber, was denn genau unter dem Konstrukt, das sich im Laufe der letzten drei Jahrzehnte aus Begriffen wie *perceived benefits*, *positive aspects*, *transformation of trauma*, *stress conversion*, *positive psychological changes*, *perceived benefits*, *construing benefits*, *stress-related growth*, *flourishing*, *positive by-products*, *discovery of meaning*, *thriving*, *positive emotions*, *positive illusions*, *positive reinterpretation*, *drawing strength from adversity* und *transformational coping* gebildet hat, zu verstehen ist.

In den hier zusammengefassten Artikeln zu diesem Thema tauchen daher begriffliche und inhaltliche Widersprüche auf, die nicht auf die Recherchen oder Übersetzungen des Autors zurückzuführen sind, sondern auf das nach wie vor extrem diversitär definierte Forschungsfeld.

Eine meiner Meinung nach gelungene Erklärung des Konzepts Posttraumatisches Wachstum liefern Cheng et al. (2006)⁷:

“Post-traumatic growth may affect adjustment outcomes via biological, psychological, and social pathways. For instance, individuals who have grown psychologically from trauma may show quicker cortisol habituation to other stressors [...]. Individuals who acquire skills or knowledge in a traumatic event may develop a sense of competence in facing future life crisis. Receiving assistance from others in a traumatic situation may also facilitate a greater trust in one's social relationship.”

Eine weitere Möglichkeit, Posttraumatisches Wachstum zu definieren (O'Leary & Ickovics, 1995)¹¹ erfolgt über die Abgrenzung zu (a) der Erholung vom Trauma ohne Wachstum (der Rückkehr zum prätraumatischen Stand), und (b) der Abgrenzung zum reinen Überleben des Traumas.

Es folgen nun Zusammenfassungen von zehn Publikationen, die seit dem Jahre 2003 in psychologischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. Im Anhang (1) sind weitere Arbeiten zu diesem Thema zu finden, zu denen der Autor über die Datenbanken der Ludwig-Maximilians-Universität München keinen Zugang gefunden hat, die aber trotzdem von Interesse sein könnten; Anhang (2) enthält eine Quellenliste der zusammengefassten sowie zitierten Artikel.

Anmerkung: um die Zusammenfassungen lesbar zu halten werden lange Begriffe, für die es Abkürzungen gibt, nur einmal ausgeschrieben (mit dem Kür-

zel in einer Klammer), z.B. bei Fragebögen; darüber hinaus werden die Meinungen und Ergebnisse der Autoren in indirekter Rede im Indikativ und nicht im Konjunktiv zitiert, um leichtere Lesbarkeit zu gewährleisten. Des Weiteren werden hier lediglich signifikante Effekte berichtet, ohne dass immer exakt die damit verbundenen statistischen Kennwerte angegeben werden (Alpha Fehler, Effektstärke u.a.).

Grief and post-traumatic growth in parents two–six years after the death of their extremely premature baby ¹

Der Verlust eines Kindes ist für Eltern im Grunde immer ein sehr schwerwiegendes Erlebnis, das häufig noch mehr Trauer erzeugt als der Tod eines Ehepartners oder der Tod der eigenen Eltern. Viele Studien belegen, dass Eltern, insbesondere aber Mütter auch noch Jahre nach dem Tod eines Kindes tiefe Trauer zeigen; bei Vätern ist unter anderem häufig erhöhter Alkoholkonsum zu beobachten.

Die Autoren beschreiben in dieser Publikation eine Untersuchung von 54 Eltern, die im Zeitraum von zwei bis sechs Jahren nach dem Verlust eines ungeborenen Kindes in der 24. bis 26. Schwangerschaftswoche in den Jahren 1998 bis 2002 befragt wurden.

Als Instrumente wurden zur Trauererfassung die Münchner Trauerskala (MTS) und zur Erhebung von posttraumatischem Wachstum die deutsche Version des *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI) verwendet. Mit der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) wurden Trauer und Angst erhoben, und um den psychischen Abstand zwischen den Versuchspersonen und ihren toten Kindern zu untersuchen wurde eine modifizierte Version des *Pictorial Representation of Illness and Self-Measure* (PRISM) verwendet.

Die Ergebnisse zeigen, dass selbst einige Jahre nach dem Verlust eines ungeborenen Kindes 80 Prozent der Eltern trauern, wenn sie sich an das Ereignis zurückerinnern, und dass 70 Prozent ihr Kind vermissen. Diese Trauer ist bei vielen Müttern deutlich stärker ausgeprägt als bei Vätern, und bei beiden Elternteilen höher wenn kein weiteres Kind mehr gezeugt wurde. Interessanterweise hat der verstrichene Zeitraum seit dem Tode des Kindes keinen Einfluss auf die Stärke der Trauer.

78 Prozent der Mütter und 44 Prozent der Väter zeigen posttraumatisches Wachstum, und bei fast allen Eltern spielt das tote Kind, unabhängig von der verstrichenen Zeit seit dem Tod noch eine sehr bedeutende und zentrale Rolle im Leben.

Der HADS Wert liegt bei fast einem Drittel der Eltern in einem Bereich, der eine Angststörung nahe legt - hier sind allerdings keine Geschlechtsunterschiede zu finden, was die Autoren auf die relativ kleine Stichprobe zurückführen (es waren höhere Werte bei den Müttern erwartet worden).

Trauma and growth in Canadian carers ²

Menschen, die sich um eine oder mehrere Personen kümmern, die an HIV erkrankt sind, werden im Englischen als *carer* bezeichnet (hiermit sind nicht etwa professionelle Helfer gemeint, z.B. im Rahmen einer psychosozialen Beratung, sondern Menschen in persönlichen Beziehung zu HIV Erkrankten, also Partner, Familie und Freunde). Die vorliegende kanadische Studie untersucht eine Stichprobe von 176 Helfern, die in ihrer Vergangenheit (im Schnitt 4.3 Jahre früher) mindestens einen (bis zu einem Maximum von 110) Menschen, die ihnen sehr nahe standen, an die Krankheit verloren hatten. Die Helfer waren im Durchschnitt 40.6 Jahre alt, 44% von ihnen selbst HIV positiv, 51.7% männlich, 46.7% weiblich, 2.3% transsexuell, 48.6% heterosexuell, 46.3% homosexuell, und 5.1% bisexuell.

Den Probanden wurden verschiedene Fragebögen vorgelegt, u.a. der *Impact of Events Scale* (IES) zur Erfassung von PTBS Symptomatik, das Beck Depressions Inventar (BDI) sowie der PTGI.

Die Ergebnisse der IES liegen deutlich über der Norm und sind mit einer Stichprobe von klinischen Stresspatienten zu vergleichen, was natürlich auch auf die allgemeinen Lebensumstände der Helfer zurückzuführen sein kann und nicht zwangsläufig etwas mit ihrer Funktion als Helfer zu tun haben muss. Über 86 Prozent der Probanden in dieser Studie erhalten nach dem Cutoff Wert der IES die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

50.3% der Helfer liegen auf dem BDI im Wertebereich 0-9 (keine Depression), 24.6% zwischen 10-18 (leichte Depression), 20.0% zwischen 19-29 (mittlere bis schwere Depression) und 5.1% über 30 (schwere Depression).

Auf der anderen Seite weisen über 81% der Helfer in dem PTGI einen Wert auf, der mit einem Mittelwert von 61.46 deutlich über dem Schwellenwert von 42 liegt, was für ausgeprägtes posttraumatisches Wachstum in der Stichprobe spricht (es treten keine Geschlechtsunterschiede auf).

Die Studie kommt also zu dem Schluss, dass zwar über 80 Prozent der Probanden posttraumatisches Wachstum zeigen, aber dennoch über 50 Prozent einen BDI Wert von über 11 haben und mit 90 Prozent nahezu alle Pro-

banden in Betracht für eine PTBS Diagnose kommen; ein spannendes und auf den ersten Blick widersprüchliches Ergebnis, leider lassen die Autoren es dabei bewenden und gehen darauf nicht näher ein.

The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks ³

Die Auswirkungen der terroristischen Angriffe auf New York im Jahre 2001 waren Anlass für viele psychologische Untersuchungen. In dieser Studie stellen die Autoren die Haupthypothesen auf, dass (1) die Variable Ressourcenveränderungen ein sehr guter Prädiktor zur Ausbildung von psychologischen Erkrankungen (explizit: PTBS und Depression) ist, und dass (2) die Auswirkungen von Ressourcenverlust stärker ins Gewicht fallen als die des Gewinns. Die Hypothesen basieren auf dem *conservation of resources model* (COR) von Hobfoll (2001)¹², das als wichtigstes Kriterium zur Vorhersage der Ausbildung einer psychischen Erkrankung nach einem traumatischen Ereignis Ressourcenverlust annimmt.

Die Autoren untersuchten sechs bis neun Monate nach den Anschlägen des elften Septembers 2001 eine repräsentative Stichprobe von knapp 2000 Probanden aus Manhattan, die 12 bis 16 Monate später an einer Nachuntersuchung teilnahmen.

Es zeigt sich, dass Probanden, die zum zweiten Messzeitpunkt eine Depression oder posttraumatische Belastungsstörung aufweisen (gemessen durch die Instrumente DSM-IV sowie dem *National Women's Study PTSD module*), signifikant mehr Ressourcen verloren hatten als Versuchspersonen ohne Psychopathologie, so dass Ressourcenverlust tatsächlich ein starker Prädiktor für die Ausbildung einer psychologischen Erkrankung als Folge eines Traumas zu sein scheint.

Posttraumatisches Wachstum (erfasst mit einem von den Autoren selbst entworfenem Fragebogen) allerdings hat keinen protektiven Effekt, und es werden etliche Studien zitiert, indem ähnliche Ergebnisse festgestellt. Es werden in einer Stichprobe von Opfern von Kriegen und terroristischen Angriffen sogar Korrelationen zwischen posttraumatischem Wachstum und Depression, Posttraumatischer Belastungsstörung, Xenophobie und Unterstützung für mehr Gewalt auf staatlicher und politischer Ebene berichtet. Auch bei Krebspatienten

wurde posttraumatisches Wachstum mit niedrigeren positiven Ergebnissen korreliert gefunden.

Die Autoren stellen am Ende des Artikels die Arbeitshypothese auf, dass es deswegen so unterschiedliche Ergebnisse in diesem Forschungsfeld geben könnte, weil der Zeitpunkt der Erhebung des posttraumatischen Wachstums eine sehr große Bedeutung haben könnte. Wachstum könnte in einem sehr begrenzten Zeitraum unmittelbar nach dem Trauma protektiv sein, so die Autoren, sich danach allerdings unter Umständen sogar ins Gegenteil umkehren.

Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence ⁴

Tedeschi und Calhoun, deren Artikel große internationale Beachtung gefunden hat (gerade die „Erdbebenanalogie“, siehe unten, wird sehr häufig zitiert), definieren posttraumatisches Wachstum als Erfahrung positiver Veränderung, die als Ergebnis einer schweren Lebenskrise auftritt. Symptomatik des Wachstums sind unter anderem (1) eine höhere Wertschätzung des Lebens an sich, (2) tiefere interpersonelle Beziehungen, (3) ein erhöhter Sinn für die eigenen Stärken, (4) veränderte Prioritäten und (5) ein reicheres existentielles und spirituelles Leben (diese Nennungen stellen auch die fünf Hauptkategorien im Fragebogen PTGI dar).

Die Autoren gehen davon aus, dass schwierige Lebensumstände erst einmal Stress und negative Emotionen (Angst, Schuld, Trauer, Wut und Verwirrung) auslösen, besonders wenn die eigene Gesundheit oder das eigene Wohlbefinden bedroht sind. Je nach Ausmaß solcher Lebenskrisen können auch schwere psychologische Störungen entstehen, z.B. Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Angststörungen.

Jeder Mensch lebt in einer bestimmten psychologischen Realität voller Annahmen, Prämissen, Perspektiven und Paradigmen. Lebenskrisen stellen, ähnlich einem Erdbeben, eine grundlegende Erschütterung dieses Systems dar, viele Annahmen werden in Frage gestellt. Demnach resultiert posttraumatisches Wachstum nicht als direkte Folge des Traumas, entscheidend ist die Anpassung der eigenen psychologischen Realität an die neue Situation; es werden grundlegende Mechanismen, die in Frage gestellt bzw. durch die Lebenskrise eingerissen wurden neu aufgebaut, im Falle von Wachstum allerdings robuster, sicherer und realitätskonformer. Die Autoren weisen darauf hin, dass negative Emotionen ausgelöst durch die traumatischen Erfahrungen mit posttraumatischem Wachstum koexistieren können. Als Einzelfallbeispiel dient ein Rabbi, der seinen Sohn verloren hat; er erzählt davon, was er durch dieses Ereignis alles dazugelernt hat, dass er ein besserer Mensch geworden ist und dass er anderen nun besser helfen kann – dass er aber nach wie vor sehr um

seinen Sohn trauert und alles rückgängig machen würde, wenn er eben nur könnte.

Es gibt nun einige Faktoren, die prädiktive Validität in Bezug auf die Ausbildung von posttraumatischem Wachstum besitzen: zum einen korrelieren Optimismus sowie die Persönlichkeitsdimensionen Offenheit für Erfahrungen und Extraversion leicht mit hohen PTGI Werten, zum anderen sind Unterstützung durch andere sowie das Erzählen (und damit die Konfrontation, die zu Fragen über die Bedeutung der Erfahrung führt) der traumatischen Erfahrungen hilfreich. Auch werden einige Arten des Grübelns genannt, die, gerade wenn sie schon kurze Zeit nach der Lebenskrise vonstatten gehen, mit zu posttraumatischem Wachstum führen können.

Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity⁵

Die Autoren, die sich in diesem Artikel für den Terminus *Growth through Adversary* entscheiden, sehen sich selbst der positiven Psychologie zugewandt; es geht ihnen weniger um ein Trauma als Erkrankung, der Fokus soll auf den menschlichen Bewältigungsmechanismen liegen und darauf, welche positiven Prozesse in Gang gesetzt werden können.

Posttraumatisches Wachstum zeigt sich den Autoren zufolge hauptsächlich in drei Gebieten: (1) verbesserte Beziehungen, (2) eine veränderte Sicht auf und über sich selbst sowie (3) die Veränderungen der Lebensphilosophie.

Es wird, unter Berücksichtigung der vorhandenen Literatur davon ausgegangen, dass (a) Wachstum durch traumatische Erfahrungen beschleunigt wird, die zur Wahrnehmung von Gefahr, Unkontrollierbarkeit und Hilflosigkeit führen, dass (b) positive Reinterpretationen solcher Ereignisse, Akzeptanz und eine fruchtbare kognitive Verarbeitung von optimistischen Menschen mit positivem Affekt Wachstum fördern, und dass (c) Wachstum und negative Emotionen/Stress zusammen auftreten können. Interessant ist, dass in einem anderen Artikel (Cheng et al., 2006)⁷ posttraumatisches Wachstum sogar explizit als *stress related growth* bezeichnet wird.

Die Autoren widmen sich im Folgenden ausführlicher fünf großen Erklärungsmodellen für posttraumatische Störungen (u.a. von Rachman, Horowitz, Janoff-Bulman, Creamer und Joseph) und weisen darauf hin, dass keines dieser Modelle das Konzept des posttraumatischen Wachstums hinreichend erklären kann. Sie diskutieren anschließend Theorien zu posttraumatischem Wachstum und argumentieren, dass ungeklärt ist, woher die Motivation im Menschen kommt, nach einem Trauma nicht einfach zu den prätraumatischen Einstellungen zurückzukehren, sondern Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Sie schlagen daher die *organismic valuing process theory* vor, die den Menschen als aktiven, wachstumsorientierten Organismus sieht, der intrinsisch motiviert ist, seine Annahmen und Einstellungen an neue - in dem Kontext selbstverständlich auch und gerade traumabezogene - Erfahrungen anzupassen.

Post-traumatic growth in acquired brain injury: A preliminary small scale study ⁶

Erst im Jahre 2006 wurde die erste Studie über posttraumatisches Wachstum bei Patienten mit Hirnschädigungen veröffentlicht, was unter anderem daran lag, dass man lange überzeugt war, schwere mit Amnesie in Bezug auf das traumatische Ereignis eingehende zerebrale Schädigungen würden die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen ausschließen. Diese Annahme wird von den Autoren in Frage gestellt.

In der beschriebenen Studie werden zwei Stichproben (zehn und elf Patienten) untersucht, wobei die erste Stichprobe im Schnitt sieben Monate nach dem Ereignis, was zu der Hirnschädigung geführt hat untersucht wurde, die zweite 118 Monate danach. Als Instrumente wurden der PTGI, die *Sense of Coherence Scale* (SOC-13) sowie der HADS verwendet.

Im Ergebnisteil zeigen die Autoren, dass bei der zweiten Stichprobe signifikant mehr posttraumatisches Wachstum vorliegt als bei der ersten (PTGI Wert von 80 vs. 51) – beide Werte können als vergleichbar oder sogar höher als Werte von Personen in ähnlich schwierigen Umständen angesehen werden. Die (hoch ausfallenden) SOC-13 Werte der beiden Stichproben unterscheiden sich allerdings genauso wenig voneinander wie die HADS Werte.

Die Autoren merken abschließend kritisch an, dass es sich hierbei lediglich um einen Querschnittsvergleich zwischen zwei relativ kleinen Stichproben handelt, und dass eine Längsschnittstudie natürlich, obschon zeitaufwändiger, viel aussagekräftiger wäre - im Besonderen mit einer höheren Zahl an Versuchspersonen. Auch die Tatsache, dass alle Patienten zumindest leichte kognitive (und häufig auch sprachliche) Beeinträchtigungen aufwiesen gestaltet eine klare Interpretation der Ergebnisse schwierig. Nichtsdestotrotz scheint der PTGI ein angemessenes Instrument darzustellen, um posttraumatisches Wachstum bei Menschen mit schweren Hirnschädigungen zu untersuchen.

Adjustment to severe acute respiratory syndrome (SARS): Roles of appraisal and post-traumatic growth ⁷

Die Autoren untersuchen die Auswirkungen der Erkrankung an SARS (severe acute respiratory syndrome) auf das psychische Wohlbefinden von 60 Probanden. SARS kann ihrer Meinung nach aufgrund der Tatsachen, dass die Mortalitätsrate fast 20 Prozent beträgt, die Behandlung in Quarantäne und daher zumindest in der akuten Phase ohne sozialen Unterstützung abläuft, und eine sehr hohe Dosis an Medikamenten verabreicht werden muss, die in zehn Prozent der Fälle psychotische und in 50 Prozent der Fälle manische Symptome auslösen, als traumatische Erfahrung gesehen werden.

Kein anderer von mir gelesener Artikel fasst so anschaulich wie dieser den Begriff des Posttraumatischen Wachstums zusammen: es kann bei Menschen biologische, psychologische und soziale Anpassungsmechanismen, Erwartungen und Einstellungen verändern. So weisen Menschen nach einem erfolgreich bewältigten Trauma unter anderen eine schnellere Kortisolhabituation bei neuen Stressoren auf, sie fühlen sich kompetenter in Bezug auf neue eventuell bevorstehende Lebenskrisen, und darüber hinaus haben sie gelernt, dass sie in schwierigen Situationen soziale Unterstützung erhalten, was ihnen mehr Mut und Kraft für die Zukunft gibt und die Angst vor weiteren schwierigen Erfahrungen mindert.

Die Autoren weisen darauf hin, dass Primär- und Sekundärbewertungen (Lazarus & Folkman, 1984)¹³ immer wieder eine tragende Rolle in der klinischen Literatur als Kovariaten bei der Bewältigung oder Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen.

Als Fragebögen wurden der BDI zur Erfassung depressiver sowie der *Beck Anxiety Inventory* (BAI) zur Erfassung ängstlicher Symptomatik verwendet. Das eigens für die Studie entwickelte *SARS Appraisal Inventory* (SAI) wurde eingesetzt, um Primär- und Sekundärbewertung der Probanden zu messen, posttraumatisches Wachstum wurde mithilfe des Instruments *Thriving Scale* (TS) ermittelt. Darüber hinaus wurden die Patienten gefragt, wie gesund sie sich persönlich einschätzen.

Im Ergebnisteil zeigt sich zuerst einmal in einer Faktorenanalyse, dass die Faktoren (1) persönliches Wachstum, (2) spirituelles Wachstum und (3) Wachstum der Qualität von Beziehungen über 65 Prozent der Varianz des Konstrukts Posttraumatisches Wachstum aufklären. Zweitens können die Autoren belegen, dass hohe Werte bei der Primärbewertung (beispielhaft: die Ereignisse hatten einen hohen Einfluss auf mein Leben) signifikant mit höheren Depressions- und Ängstlichkeitswerten sowie weniger wahrgenommener Gesundheit zusammenhängen, hohe Werte bei der Sekundärbewertung allerdings (beispielhaft: ich hatte gute Bewältigungsstrategien für das Ereignis und konnte damit gut umgehen können) mit niedrigeren Depressions- und Angstwerten sowie höherer wahrgenommener Gesundheit. Darüber hinaus korreliert posttraumatisches Wachstum negativ mit den Werten des BDI und des BAI sowie positiv mit wahrgenommener Gesundheit. Frauen weisen deutlich höhere Werte auf dem BDI und dem BAI sowie niedrigere Werte in der wahrgenommenen Gesundheit auf.

Schließlich diskutieren die Autoren ein komplexes kausales pfadanalytisches Modell, um zu dem Schluss zu gelangen, dass verschiedene Mediatoren- und Moderatoreffekte eine mögliche Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse der Veröffentlichungen der letzten Jahre zum Thema Primär- und Sekundärbewertungen sein könnten.

Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change⁸

In dieser Studie, die dem Ziel gewidmet ist, mehr über die Moderatoren, Mediatoren und Kovariaten von posttraumatischem Wachstum herauszufinden (wieso gibt es dieses Phänomen nur bei manchen Menschen und nicht bei anderen, was sind die entscheidenden Faktoren), wurden Aufsätze und Briefe von 29 Probanden (Durchschnittsalter 29, davon 24 Frauen) untersucht, die als Kinder missbraucht wurden.

Die Narrative wurden zur Auswertung zusammengefasst und danach Themen identifiziert und extrahiert, um eine Transformation der qualitativen Daten in quantitative zu gewährleisten.

Die Autoren kommen nach diesem Prozess zu dem Schluss, dass es zehn Hauptthemen in den 29 Narrativen gibt, die unter drei Überbegriffe subsumiert werden können:

- (1) Innerer Antrieb zum Wachstum (mit dem dazugehörigen Hauptthema Wille zum Leben)
- (2) Wege der Veränderung (mit den Hauptthemen das Erwachen der eigenen Verantwortlichkeit, Akzeptanz, Liebe, Befreiung und Freiheit, Kontrolle, Verbundenheit) sowie
- (3) Psychologische Veränderungen (mit den Hauptthemen Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, neue Lebensperspektiven, Veränderungen in Beziehungen).

Abschließend wird nicht nur darauf hingewiesen, dass diese Konstrukte bei der weiteren Erforschung von posttraumatischem Wachstum mehr beachtet werden sollten, sondern dass ein ganz beachtlicher Teil der Probanden im besonderen die Erlebnisse außerhalb des therapeutischen Rahmens als ganz zentral zur Genesung und zum Wachstum nennen, und dass dies im Rahmen therapeutischer Maßnahmen noch mehr berücksichtigt werden soll (z.B. soziale Netzwerke anregen).

Kritisch ist anzumerken, dass sich weder eine Analyse der Trennschärfe der Konstrukte noch eine Interrater Reliabilität in Bezug auf die Transformationsprozess von qualitativen zu quantitativen Daten in der Publikation finden lassen.

A meta-analytic review of benefit finding and growth ⁹

Helgeson, Reynolds und Tomich stellen in diesem Artikel eine Meta-Analyse von 87 Studien zum Thema Posttraumatischem Wachstum vor. Sie untersuchen etliche korrelative Zusammenhänge (da sehr wenige Längsschnittstudien in die Analyse eingeschlossen wurden, kann nicht von kausalen Erklärungen gesprochen werden), vermutete Moderatoren, Mediatoren und Kovariaten, die der Literatur nach einen Einfluss darauf haben könnten, ob eine Person nach einem traumatisierenden Ereignis Wachstum zeigt oder nicht.

Da die Ergebnisse sehr ausführlich präsentiert werden, kann in diesem Rahmen nur ein sehr grober Überblick gegeben werden: je mehr Zeit seit dem Trauma vergangen ist, desto weniger Depression, Besorgtheit und Angst zeigen die Probanden; auch hängt ein längerer Zeitraum mit höherem Wohlbefinden zusammen. Die Ergebnisse aus den beiden am häufigsten verwendeten Instrumenten PTGI und der *Stress-Related Growth Scale* (SRGS) sagen signifikant besser Depression, Besorgtheit und intrusive Gedanken vorher als eine zweite Gruppe einiger anderer populärer Instrumente. Frauen, farbige und junge Menschen zeigen signifikant höhere Werte im Wachstum als Männer, weiße und ältere Menschen; der sozioökonomische Status hingegen sowie die Frage, ob die Probanden verheiratet oder nicht verheiratet sind haben keinen Einfluss. Darüber hinaus korrelieren die Persönlichkeitseigenschaften Optimismus und Religiosität positiv mit Wachstum, Neurotizismus allerdings zeigt keinen signifikanten Effekt auf.

Interessant ist darüber hinaus, dass posttraumatisches Wachstum mit einem höheren Grad an vermeidenden Gedanken sowie mehr Intrusionen zusammenhängt – die Autoren können diese Ergebnisse nicht endgültig erklären und verweisen auf weitere Forschung.

Der Versuch, die Art des Traumas (z.B. Traumata mit physischer Schädigung vs. alle anderen Arten von Traumata) als Moderatorvariable zu konzipieren gelingt nicht, verschiedene Kategorisierungen haben allesamt so gut wie keine bedeutenden Effekte auf das Wohlbefinden und das posttraumatische Wachstum und werden daher von den Autoren verworfen.

Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women ¹⁰

Tomich und Helgeson haben in den letzten fünf Jahren einige Studien zum Thema posttraumatisches Wachstum von Überlebenden nach einer Brustkrebsdiagnose veröffentlicht, deren Titel, Inhalte und Ergebnisse sehr ähnlich sind (Tomich & Helgeson, 2002¹⁴; Tomich & Helgeson, 2004¹⁵; Tomich, Helgeson & Vache, 2005¹⁶).

Ich habe daher nach dem Studium der fünf neuesten Publikationen über diese Population den interessantesten und aussagekräftigsten für diese Zusammenfassung herausgesucht.

Die Autoren kritisieren, dass anteilig nur sehr wenige der veröffentlichten Studien zu Überlebenden von Krebserkrankungen das Augenmerk auf langfristige psychologische Effekte richten, und dass in diesem Sektor fast ausschließlich qualitative Erhebungen stattgefunden haben.

Die 364 Brustkrebspatientinnen aus der Publikation von Tomich und Helgeson wurden zwischen 1993 und 1996 operiert, mit Chemotherapie behandelt, und erhielten anschließend randomisiert entweder (1) eine Psychoedukation zu dem Thema oder (2) nicht. Das achte (so genannte *five-year survival*) Interview mit den Frauen fand im Schnitt 5.5 Jahre nach der Diagnose statt, zu diesem Zeitpunkt waren noch 304 Patientinnen am Leben, davon (A) 267 ohne und (B) 37 mit Rückfall. Die Kontrollgruppe (3) zum Zeitpunkt des achten Interviews bestand aus 187 Personen (mit im Schnitt gleichem Alter).

Im Ergebnisteil schildern die Autoren, dass die Lebensqualität (gemessen mit dem *Quality of Life: SF-36*) von Gruppe (2) signifikant unter der Kontrollgruppe (3) liegt; Gruppe (1) liegt zwischen (2) und (3) und weist keine Effekte zu einer der beiden anderen Gruppen auf. Die Gruppen (1) und (2) liegen auf der Spiritualitätsskala (gemessen mit dem *The Spiritual Well-Being scale of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*) höher als die Kontrollgruppe. Die Variablen Stimmung (*Positive and Negative Affect Scale*) und Familienstand unterscheiden sich nicht zwischen den Gruppen.

Weiterhin wurden die Gruppen (A) und (B) sowie die Kontrollgruppe verglichen: Rückfallpatientinnen zeigen einen Trend zu weniger positivem Affekt ($p < .08$), höhere Werte auf Skalen physischer Beschwerden, und mehr vermeidende sowie intrusive Gedanken in Bezug auf ihre Krankheit.

Die Autoren konstatieren abschließend, dass Psychoedukation nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig negative Effekte von Traumata abfedern kann, und dass fünf Jahre nach dem lebensbedrohlichen Ereignis bis auf wenige physische Beschwerden kaum Unterschiede zwischen Gruppe (1) und der Kontrollgruppe zu finden sind, insbesondere nicht in Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit.

Ich möchte in einer kurzen Schlussbetrachtung das Augenmerk auf die beiden Begriffe traumatisch und traumatisierend lenken, die ich in der Literatur häufig synonym verwendet vorgefunden habe.

Rein semantisch unterscheiden sich die Adjektive, verknüpft mit einem Ereignis oder einer Erfahrung, meines Erachtens nach deutlich: ein traumatisches Ereignis ist eine rein deskriptive Beschreibung eines Erlebnisses, das potentiell die Möglichkeit hat, Traumata auszulösen. Eine passende Analogie wäre der Terminus lebensgefährliche Verletzung: sie birgt die Gefahr, tödlich zu verlaufen, führt aber keinesfalls notwendigerweise zum Tode. Eine traumatisierende Erfahrung hingegen ist eine Vorgangsbeschreibung, die immer zu einem Trauma führt.

Nach dem ausführlichen Studium von weit über 50 Artikeln zu den Themen Trauma und posttraumatischem Wachstum ist mir, diese semantische Betrachtung im Hinterkopf habend, aufgefallen, dass eine spezifische Population in der aktuellen Forschung im Grunde gar keine Beachtung gefunden hat: Menschen, die eine traumatische Situation erlebt haben (z.B. einen Flugzeugabsturz oder eine schwere Umweltkatastrophe), und – im Gegensatz zu vielen anderen Beteiligten - kein Trauma ausbilden.

Diese Population wäre nicht nur für die Konsolidierung der Ergebnisse der Erforschung von protektiven Faktoren höchstinteressant, sondern sie würde auch ein ganz neues Licht auf das Konstrukt Posttraumatisches Wachstum werfen, welches bisher lediglich so konzipiert war, dass es bei Menschen auftritt, die eine schwere psychische Störung (z.B. PTBS) zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben aufwiesen, oder bei denen diese Störung sogar aktuell noch besteht.

Ich persönlich finde die Idee, dass traumatische Erlebnisse bei Menschen, die danach kein Trauma ausbilden, positive Veränderungen in der Lebensführung nach sich ziehen, nicht nur hochplausibel, sondern auch interessant und untersuchenswert.

Weiterführende Literatur

- Chan, C. L. W., Chan, T. H. Y. & Ng, S. M. (2006). The Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach to Resilience and Transformation (SMART): A Body-Mind-Spirit Approach to Trauma Management. *Social Work in Health Care, Vol. 43(2-3)*, 9-36.
- Collins, R. C. (2004). Quality of life in individuals with traumatic brain injury: A needs-based approach to "measuring what matters". *Dissertation Abstracts International, Vol. 64(7-B)*, 3516.
- Dobson, J. L. (2004). The relationship of personal and contextual differences to grief distress and personal growth. *Dissertation Abstracts International, Vol. 64(9-B)*, 4611.
- Edwards, T. A. (2006). Surviving breast cancer: Exploring the significance and meaning for african american women. *Dissertation Abstracts International, Vol. 67(3-B)*, 1697.
- Hobfoll, S. E., Johnson, R. J., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Palmiere, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology, Vol. 56(3)*, 345-366.
- Ihle, E. C., Ritsher, J. B. & Kanas, N. (2006). Positive Psychological Outcomes of Spaceflight: An Empirical Study. *Aviation, Space, and Environmental Medicine, Vol. 77(2)*, 93-101.
- Johnson, R. J., Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Palmiere, P. A. (2007). Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied-Psychology, Vol. 56(3)*, 428-436.
- Karanci, N. (2005). Post-Traumatic Growth among Marmara Earthquake Survivors Involved in Disaster Preparedness as Volunteers. *Traumatology, 11(4)*, 307.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2003). Trauma and personal growth. *The Psychologist, Vol. 16(3)*, 135.
- Pat-Horenczyk, R. & Brom, D. (2007). The Multiple Faces of Post-Traumatic Growth. *Applied Psychology, Vol. 56(3)*, 379-385.
- Pardess, E. (2005). Training and Mobilizing Volunteers for Emergency Response and Long-Term Support. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, Vol. 10(1-2)*, 609-620.
- Park, C.-L., Mills-Baxter, M. A. & Fenster, J. R. (2005). Post-Traumatic Growth from Life's Most Traumatic Event: Influences on Elders' Current Coping and Adjustment. *Traumatology, Vol. 11(4)*, 297-306.
- Powell, T., Ekin-Wood, A. & Collin, C. (2007). Post-traumatic growth after head injury: A long-term follow-up. *Brain Injury, Vol 21(1)*, 31-38.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2006). Post-traumatic growth: An opportunity after the trauma? *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, Vol 12(2)*, 133-144.
- Schaid, T. J. (2006). The impact of struggle on spiritually-centered educational leaders and their leadership. *Dissertation Abstracts International Section A, Vol. 66(12-A)*, 4261.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. & Cann, A. (2007). Evaluating Resource Gain: Understanding and *Misunderstanding* Posttraumatic Growth. *Applied Psychology, Volume 56(3)*, 396-406.
- Wagner, B., Forstmeier S. & Maecker, A. (2007). Posttraumatic Growth as a Cognitive Process with Behavioral Components: A Commentary on Hobfoll et al. (2007). *Applied Psychology, Vol. 56(3)*, 407-416.
- Westphal, M. & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology, Vol. 56(3)*, 417-427.

Literatur- und Quellenverzeichnis

-
- ¹ Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Neuhaus, R., Fauchère, J. C., Bucher, H. U. & Sensky, T. (2007). Grief and Post-Traumatic Growth in Parents 2–6 Years after the Death of Their Extremely Premature Baby. *Psychother Psychosom*, *76*, 106–114.
- ² Cadell, S. (2003). Trauma and growth in Canadian carers. *Aids Care*, *Vol. 15, No. 5*, 639-648.
- ³ Hobfoll, S. E., Tracy, M. & Galea, S. (2006). The Impact of Resource Loss and Traumatic Growth on Probable PTSD and Depression Following Terrorist Attacks. *Journal of Traumatic Stress*, *Vol. 19, No. 6*, 867-878.
- ⁴ Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *Vol. 15, No. 1*, 1-18.
- ⁵ Joseph, S. & Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, *Vol. 9, No. 3*, 262-280.
- ⁶ McGrath, J. C. & Linley, P. A. (2006). Post-traumatic growth in acquired brain injury: A preliminary small scale study. *Brain Injury*, *20(7)*, 767-773.
- ⁷ Cheng, S. K. W., Chong, G. H. C., Chang, S. S. Y., Wong, C. W., Wong, C. S. Y., Wong, M. T. P. & Wong, K. C. (2006). Adjustment to severe acute respiratory syndrome (SARS): Roles of appraisal and post-traumatic growth. *Psychology and Health*, *21(3)*, 301-317.
- ⁸ Woodward, C. & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy*, *76*, 267-283.
- ⁹ Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. & Tomich, P. L. (2006). A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *Vol. 74, No. 5*, 797-816.
- ¹⁰ Helgeson, V. S. & Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, *14*, 307-317.
- ¹¹ O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behaviour and Policy*, *1*, 121-125.
- ¹² Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, *50*, 337–370.
- ¹³ Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- ¹⁴ Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy woman. *Psycho-Oncology*, *Vol. 11*, 154–169.
- ¹⁵ Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2004). Finding something Good in the Bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health psychology*, *Vol. 23(1)*, 16-21.
- ¹⁶ Tomich, P. L., Helgeson, V. S. & Vache, E. J. N. (2005). Perceived growth and decline following breast cancer: A comparison to age-matched controls 5-years later. *Psycho-Oncology*, *Vol. 14*, 1018-1029.