

Polizeikultur als Schutzfaktor bei traumatischen Belastungen

-

Masterarbeit

Studiengang Kriminologie und Polizeiwissenschaft



Dr. Daniel Schneider
aus Lörrach

SS 2010

für Anne und Leon

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	1
Zusammenfassung	2
Einleitung	4
1. Theoretischer Hintergrund	6
1.1 Polizei und Polizeikultur	7
1.1.1 Polizeikultur	7
1.1.2 Persönlichkeit von Polizeibeamten	9
1.2 Polizei und das Krankheitsbild Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	11
1.2.1 Diagnostische Kriterien	12
1.2.2 Prävalenz	16
1.2.3 Ätiologie und Verlauf	19
1.2.2.1 Risikofaktoren	23
1.2.2.2 Schutzfaktoren	25
1.2.4 Komorbiditäten	28
1.2.5 Behandlungsansätze	29
2. Ziele und Fragestellungen	32
3. Forschungsdesign	33
3.1 Hypothesen	34
3.2 Outcomes	34
3.3 Operationalisierung	35
3.3.1 Soziodemographische Merkmale	35
3.3.2 Primäres Outcome	35
3.3.3 Sekundäre Outcomes	37
3.4 Untersuchungspopulation & Messzeitpunkt	41
3.5 Statistische Auswertung	43
4. Ergebnisse	45
4.1 Stichprobencharakteristika	45
4.1.1 Belastende Ereignisse	45
4.1.2 Zeitpunkt der Ereignisse	47
4.1.3 Objektives und subjektives Traumakriterium (A-Kriterium)	48
4.1.4 Beeinträchtigung der Funktionsbereiche (F-Kriterium)	49
4.1.5 Symptome einer PTSD (B-, C- und D-Kriterium)	50
4.1.6 Diagnose PTSD und subsyndromale PTSD	51
4.1.7 Unterstützung bei der Symptombewältigung	54
4.2 Fragestellung 1	55
4.3 Fragestellung 2	56

4.4 Fragestellung 3	57
4.5 Fragestellung 4	59
5. Diskussion	62
5.1 Studiendesign	62
5.2 Ergebnisse	62
5.2.1 Stichprobencharakteristika	62
5.2.2 Fragestellungen	65
5.3 Wertigkeit der Ergebnisse	68
5.4 Limitation der Ergebnisse	68
6. Fazit und Ausblick	69
7. Literatur	70
8. Anhang	80
8.1 Erklärung der eigenständigen Arbeit	80
8.2 Fragebogen	81

Tabellen

Tab. 1	Diagnostische Kriterien der PTSD (F43.1, ICD-10; 309.81, DSM-IV-TR)	13
Tab. 2	Nationale Studien zur Prävalenz der PTSD	16
Tab. 3	Nationale Studien zur Prävalenz der PTSD bei Polizeivollzugsbeamten	17
Tab. 4	Outcomes und deren Operationalisierung	35
Tab. 5	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	42
Tab. 6	Häufigkeiten erlebter belastender Ereignisse	45
Tab. 7	Zusammenfassung der schwersten Ereignissituationen – 7 Kategorien	46
Tab. 8	Zusammenfassung der schwersten Ereignissituationen – 3 Kategorien	47
Tab. 9	Häufigkeit der Zeitpunkte der Erlebnisse	48
Tab. 10	Häufigkeiten des objektiven und subjektiven Traumakriteriums – Kriterium A	48
Tab. 11	Häufigkeiten der Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen – Kriterium F	49
Tab. 12	Symptome einer PTSD – Kriterium B, C und D	50
Tab. 13	Diagnosen gemäß DSM-IV-TR	51
Tab. 14	Symptome der PTSD vs. Symptome der subsyndromalen PTSD	53
Tab. 15	Wichtigster Gesprächspartner nach dem Trauma	54
Tab. 16	Ausprägung von Selbstwirksamkeit und Resilienz	55
Tab. 17	Ausprägung von Selbstwirksamkeit und Resilienz in Abhängigkeit vom Geschlecht	56
Tab. 18	PTSD in Verbindung mit SWE, RS-11 und F-SozU	57
Tab. 19	Subsyndromale PTSD in Verbindung mit SWE, RS-11 und F-SozU	58
Tab. 20	PTSD in Verbindung mit BSI	59
Tab. 21	Subsyndromale PTSD in Verbindung mit BSI	61

Abbildungen

Abb. 1	An der Verarbeitung von angstauslösenden Reizen beteiligte Hirnstrukturen	20
Abb. 2	Vulnerabilität, erste Reaktionen und Chronifizierung der PTSD	23
Abb. 3	Vergleich der Persönlichkeitsmerkmale von Polizeibeamten zur Allgemeinbevölkerung	55
Abb. 4	Geschlechtsspezifische Ausprägung von Selbstwirksamkeit und Resilienz bei Polizeibeamten	56
Abb. 5	Ausprägung in SWE, RS-11 und F-SozU in Abhängigkeit der Diagnose	58
Abb. 6	Ausprägung im BSI in Abhängigkeit der Diagnose	60

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. K. Latscha für die Überlassung des Themas für diese Arbeit und für die sehr gute Betreuung bei der Durchführung der Studie und der schriftlichen Ausarbeitung bedanken. Herrn Professor Dr. T. Feltes danke ich für die Möglichkeit, diese Untersuchung im Rahmen des Studiengangs *Kriminologie und Polizeiwissenschaft* an der Ruhr-Universität Bochum durchführen zu können. Des Weiteren danke ich Herrn Professor W. Walser für die Genehmigung, die Studenten an der Hochschule für Polizei Villingen-Schwenningen befragen zu dürfen und natürlich allen Polizisten und Polizeianwärtlern, die sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen.

Auch bedanke ich mich bei allen ohne deren Hilfe dieses Werk nicht entstanden wäre, aber besonders bei Anne und Achim.

Sprachregelung:

Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit und in Ermangelung einer befriedigenden Sprachregelung meist die männliche Sprachform bei Polizisten und anderen Berufsbezeichnungen benutzt. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer Frauen und Männer gemeint.

Zusammenfassung

Hintergrund

Im Leben eines jeden Menschen kommt es zu belastenden Situationen auf die unterschiedlichste Reaktionsweisen gezeigt werden. Im Extremfall können diese in der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) münden (Maercker 2009). Da der Dienstalltag von Polizisten gehäuft aus belastenden Situationen besteht, weisen die Beamten demnach ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PTSD auf. Auch ist in letzter Zeit eine Zunahme von gewalttätigen Angriffen auf Polizeibeamte zu verzeichnen (KFN 2010), wobei das Erleben von Gewalt als einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer PTSD gilt (Maercker 2009). Demgegenüber gilt die polizeiliche Gemeinschaft in Form der *solidarity* (Reiner 2000) innerhalb der Polizeikultur als einer der Schutzfaktoren (sozialer Puffer) vor der Entwicklung einer PTSD. Aber auch die Persönlichkeitsstruktur der Beamten, die als „*polizeispezifische Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) imponiert und den Coping-Mechanismen *Selbstwirksamkeitserwartung* (Schwarzer & Jerusalem 2008) und *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) entspricht, könnte als Schutzfaktor gelten.

Ziel

Nachgewiesen werden sollte die erhöhte Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale *Selbstwirksamkeitserwartung* und *Resilienz* bei Polizeibeamten. Auch sollten diese Protektivfaktoren unabhängig von Geschlecht, Alter und Berufserfahrung sein, um dadurch einen übergreifenden polizeikulturellen Schutzfaktor darzustellen. Des Weiteren sollten diese beiden Protektivfaktoren vor der Entstehung einer PTSD schützen und dadurch den bekannten sozialen Puffer der *solidarity* (Reiner 2000) innerhalb der Polizeikultur unterstützen. Dargestellt werden soll aber auch die Prävalenz und Symptomatik der PTSD bei Polizeibeamten sowie deren Auswirkung auf die psychische Befindlichkeit.

Methodik

Um eine Vergleichbarkeit der Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale *Selbstwirksamkeitserwartung* und *Resilienz* von Polizeibeamten zur Allgemeinbevölkerung vornehmen zu können, wurde eine Berechnung mit den entsprechenden Normwerten der Allgemeinbevölkerung vorgenommen. Die Unabhängigkeit der beiden Protektivfaktoren von Geschlecht, Alter und Berufserfahrung der Beamten wurde mittels einer Varianzanalyse statistisch überprüft, da so mehrere Faktoren gleichzeitig in die Berechnung mit einbezogen werden konnten. Die Wirkung der Protektivfaktoren bei der Entwicklung einer PTSD wurden wiederum mittels einem Gruppenvergleich überprüft. Auch wurde hierbei die Wirkung des sozialen Puffers berücksichtigt. Die Gruppeneinteilung erfolgte gemäß der festgestellten Diagnose einer PTSD bei Polizeibeamten, so dass die Wirkung der beiden Persönlichkeitsmerkmale aufgrund des Gruppenvergleichs festgestellt werden konnte. Derselbe

Gruppenvergleich wurde auch zur Feststellung der veränderten psychischen Befindlichkeit durch eine PTSD verwendet.

Ergebnisse

Bei Polizeibeamten konnte eine höhere Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale *Selbstwirksamkeitserwartung* und *Resilienz* im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nachgewiesen werden. Ebenfalls konnte bestätigt werden, dass diese beiden Merkmale von Geschlecht, Alter und Berufserfahrung unabhängig sind, was die Vermutung eines polizeispezifischen Schutzfaktors im Sinne der „*polizeispezifischen Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) unterstreicht. Gezeigt werden konnte des Weiteren, dass Beamte mit der Diagnose einer PTSD niedrigere Werte bezüglich der *Resilienz* aufwiesen als Beamte ohne eine solche Diagnose. Allerdings unterschied sich die Ausprägung der *Resilienz* bei den Beamten mit einer PTSD nicht von dem Durchschnittswert der Allgemeinbevölkerung. Dies ist dadurch bemerkenswert, dass diese Beamten aufgrund der psychosozialen Belastung durch die PTSD eigentlich niedrigere Werte der *Resilienz* aufweisen müssten. Relevant wird dies auch dadurch, dass Polizeibeamte zwar deutlich mehr belastende Situationen in ihrem Dienstalltag erlebten, aber im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung nur eine leicht erhöhte Prävalenz der PTSD entwickelten. Auch dies unterstützt die Vermutung eines polizeispezifischen Schutzfaktors. Allerdings wurde der protektive Effekt der *Resilienz* durch den des *sozialen Puffers* bei der Vermeidung der Entwicklung einer PTSD überdeckt. Da die *Resilienz* aber auch die Fähigkeit beinhaltet, externe Ressourcen zu nutzen, könnten sich diese beiden Schutzfaktoren gegenseitig bedingen bzw. im Sinne einer Wechselwirkung aufrechterhalten und verstärken (Wagnild & Young 1993; Schuhmacher et al. 2004). Deutliche Auswirkungen der PTSD konnten demgegenüber auf die psychische Gesundheit der betroffenen Beamten nachgewiesen werden, da diese unter deutlichen klinischen Auffälligkeiten litten.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Untersuchung erlauben die Schlussfolgerung, dass nicht nur die polizeiliche Gemeinschaft in Form der *solidarity* (Reiner 2000) als Protektivfaktor gilt, sondern dass es noch weitere polizeispezifische *Coping-Mechanismen* zum Schutz vor einer PTSD geben kann. Diese könnten durch die „*Härte, Stärke und Durchsetzungsvermögen*“ (Wilde & Rustemeyer 2007, S. 318) innerhalb der „*polizeispezifischen Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) definiert sein, da diese dem Konstrukt *Selbstwirksamkeit* und besonders dem der *Resilienz* entspricht. Beide Konstrukte haben sich in der Forschung als protektive Faktoren für eine psychische Gesundheit bewährt, da sie eine flexible Widerstandsfähigkeit gegen Belastungen darstellen und auch die Fähigkeit beinhalten, sich relativ schnell von überwältigenden Beeinträchtigungen zu erholen (Schuhmacher et al. 2004; Leppert et al. 2005).

Einleitung

In dem Leben eines jeden Menschen kommt es zu kritischen Situationen (*life events*) wie zum Beispiel Trennung oder Tod des Partners, auf die unterschiedlichste Reaktionsweisen gezeigt werden (Paykel et al. 1995). Bei sehr gravierenden oder plötzlich eintretenden Belastungssituationen kann es zur Entwicklung einer akuten Belastungsreaktion oder sogar zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) kommen (Frommberger et al. 2009; Maercker 2009). Während in der Literatur schon lange eine *Vulnerabilität* für die Entwicklung einer PTSD beschrieben wird, welche durch genetische und psychosoziale Einflüsse geprägt ist (Yehuda 1999; Loey et al. 2003; Broekman et al. 2007), gibt es erst in der letzten Zeit eine Zunahme der Erforschung von Schutzfaktoren (Schumacher 2004; Watson & Shalev 2005). Die Konzepte *Selbstwirksamkeitserwartung* bzw. *psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz)*, welche auf dem *hardiness* Konzept (Kobasa 1982) basieren und mit der *self-efficacy* (Selbstwirksamkeit, Bandura 1997) einige Überschneidungen aufweisen, sind zum Beispiel dadurch geprägt, dass „*manche Personen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich vergleichsweise leicht von Störungen erholen*“ (Schumacher 2004, S. 3). Begründet ist dies unter anderem dadurch, dass man die subjektive Überzeugung besitzt, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können (Schwarzer & Jerusalem 2008). Ein solches Persönlichkeitsmerkmal wäre demnach für Angehörige von *belastenden Berufen*, wie zum Beispiel Rettungssanitätern, Feuerwehrmännern oder Polizisten als *Protektivfaktor* relevant, da schon mindestens jeder zweite Polizist einer *traumatischen Situation* ausgesetzt war (Latscha 2005; Beerlage et al. 2009), während dies in der Allgemeinbevölkerung nur auf 11.6% der 14 – 59jährigen Menschen zutrifft (Maercker et al. 2008). Auch wird in letzter Zeit eine deutliche Zunahme der gewalttätigen Angriffe auf Polizeibeamte beobachtet (KFN – Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen 2010), wobei das Erleben bzw. Erleiden von Gewalt allgemein als Ursache für die Entstehung einer PTSD gilt (Maercker 2009; Frommberger et al. 2009). Da Polizisten aber trotz ihres herausfordernden und belastenden Berufs (zum Beispiel Schusswaffengebrauch oder Übermittlung von Todesnachrichten) nur eine *Punktprävalenz* von 4 bis 9% bezüglich der Erkrankung PTSD aufzeigen (Teegen 1999; Latscha 2005; Remke 2007), zeigen sie sich zwar belasteter als die Allgemeinbevölkerung (*Punktprävalenz*: 2.3%), scheinen aber über besondere *Coping-Mechanismen* zu verfügen, da aufgrund der Trauma-Wahrscheinlichkeit (50% - 64% vs. 11.6%) mit einer höheren PTSD-Prävalenz zu rechnen gewesen wäre (Latscha 2005; Beerlage et al. 2009). Interessanterweise konnte bisher auch die erhöhte *Prävalenzrate* der PTSD bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung nach dem Erleben eines *Traumas* (Perkonigg et al. 2000) in der Population der Polizeibeamten nicht nachgewiesen werden (Teegen 1999; Latscha 2005). Demgegenüber kann aber aufgrund der sich widerspre-

chenden Ergebnisse bezüglich des Alters bzw. des Erfahrungseinflusses auf die Entwicklung einer PTSD bei Polizisten (Teegen et al. 1997; Sommer 2003), ein negativer Alterseffekt aufgrund der kumulierten Lebensbelastung sowie der Abnahme der Selbstwirksamkeitserwartung nicht eindeutig verneint werden (Schumacher et al. 2001; Maercker et al. 2008). Obwohl zwar Polizeibeamte durch die Polizeikultur im Sinne der *solidarity* über ein gutes soziales Netz verfügen (Reiner 2000), welches als Schutzfaktor vor der Entwicklung einer PTSD gilt (Lenke 2004; Neugebauer & Latscha 2005), könnte noch ein weiterer Protektivfaktor vorhanden sein. Dieser Schutzfaktor könnte die Persönlichkeitsstruktur der Beamten sein, welche dem Konzept der *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) bzw. der *Selbstwirksamkeit* (Schwarzer & Jerusalem 2008) entspricht und durch die Teilnahme an der Polizeikultur gefördert wird.

Der Aufbau der schriftlichen Ausarbeitung dieser Untersuchung orientiert sich an dem allgemeinen strukturellen Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit. So wird im **ersten Kapitel** die Polizeikultur und die damit verbundene Polizistenpersönlichkeit beschrieben. Des Weiteren erfolgt eine Darstellung der Prävalenz, der Ätiologie sowie der Komorbiditäten der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) im Rahmen der polizeilichen Tätigkeit. Darauf aufbauend folgt im **zweiten Kapitel** die Herleitung der Fragestellung sowie der Ziele der Untersuchung. Eine Darstellung des Forschungsdesign, differenziert nach Hypothesen, Outcomes sowie Operationalisierung erfolgt im **dritten Kapitel**. Auch wird in diesem Abschnitt auf die Untersuchungspopulation und die statistischen Methoden eingegangen. In **Kapitel vier** werden die Ergebnisse der Untersuchung in tabellarischer und graphischer Aufbereitung präsentiert. Dieser Darstellung folgt im **fünften Kapitel** die Diskussion der Ergebnisse, der sich wiederum im **sechsten Kapitel** das Fazit und ein Ausblick der Untersuchung anschließt.

1. Theoretischer Hintergrund

„Polizeibeamte haben im allgemeinen das Renommee, hart im Nehmen zu sein. Professionalität der Polizeibeamten bedeutet, dass sie all das Erschreckende, mit dem sie täglich konfrontiert sind, nicht an sich heranlassen und sich auch durch all das Abscheuliche oder Belastende ihres Berufes nicht beeindruckt lassen. Tatsächlich aber sind Menschen, die in ihrem Beruf Grenzerfahrungen machen, die mit Leichen, Tod und Unglück zu tun haben, besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt. Da Polizeibeamtinnen und -beamte diesen menschlichen Extremsituationen ausgesetzt sind, reagieren auch sie „menschlich“ – wenn auch intern nicht immer gern gesehen und von außen kaum bemerkt.“ (Pfeiffer 1996, S. 87f).

Als Angehöriger der „zivilgesellschaftliche[n] Bürgerpolizei“ (Behr 2010, S. 49) besteht die primäre Aufgabe des Polizeibeamten in der Gefahrenabwehr und in der Strafverfolgung (Kasecker 2007). Allerdings wurde in mehreren Untersuchungen aufgezeigt, dass nur ein geringer Teil der polizeilichen Tätigkeiten der Strafverfolgung dient, während der Rest der dienstlichen Zeit mit „Streifen laufen“, Schreibarbeiten oder kleineren Hilfeleistungen, wie zum Beispiel einen Nachbarschaftsstreit schlichten, verbracht wird (Steffen 1995; Wössner 2009). Allerdings sind Polizisten auch immer wieder erheblichen traumatischen Situationen ausgesetzt, zu denen der Anblick von Leichen oder den Opfern von Kindesmissbrauch gehört (Remke 2007; Beerlage et al. 2009). Aber auch der zunehmende Umgang mit schwierigem und gewaltbereitem Klientel stellt eine Extremsituation dar (Ohlemacher et al. 2002; KFN – Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen 2010), die in der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) münden kann (Frommberger et al. 2008; Maercker 2009). Obwohl schon mindestens jeder zweite Polizist einer traumatischen Situation in Form von körperlichen Angriffen oder einem Schusswaffengebrauch ausgesetzt war (Latscha 2005; Remke 2007), stellt sich doch die Frage, wodurch die verhältnismäßig geringe Prävalenzrate der PTSD von 4 – 9% (Teegen et al. 1999; Latscha 2005; Remke 2007) begründet ist. Ein wichtiger Faktor ist hierbei das soziale Netz bzw. der Rückhalt bei Konflikten, welcher bei Polizisten aufgrund der Polizeikultur im Sinne der *solidarity* (Waddington 1999; Reiner 2000) besonders stark ausgeprägt ist (Lenke 2004; Neugebauer & Latscha 2009). Aber auch die Persönlichkeitsstruktur der Polizisten, welche durch die Polizeikultur verstärkt bzw. modifiziert wird, könnte bestimmte Merkmale aufweisen, die als Protektivfaktor gelten könnte. Zu erwähnen ist hierbei besonders die „*polizeispezifische Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15), die aufgrund der subjektiven Überzeugung, den meisten kritischen Anforderungssituationen gewachsen zu sein und sie erfolgreich meistern zu können, mit dem Konzept der *psychischen Widerstandsfähigkeit (Resilienz)* bzw. dem *Selbstwirksamkeits-Konzept* verbunden ist (Schumacher et al. 2004; Schwarzer & Jerusalem 2008). Bei diesen Konstrukten konnte nachgewiesen werden, dass bei hoher Ausprägung desselbigen, „*Personen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich vergleichsweise leicht von Störungen erholen*“ (Schumacher et al. 2004, S. 3).

1.1 Polizei und Polizeikultur

1.1.1 Polizeikultur

„Polizeikultur ist ein Bündel von Wertbezügen, die als transzendentaler Rahmen das Alltagshandeln von Polizeibeamten ermöglichen, begrenzen und anleiten. Wertbezüge geben darüber Auskunft, in welchen Situationen welche Werte und Tugenden in welchem Ausmaß Geltung erlangen (z.B. Selbstdisziplin, Tapferkeit, Loyalität, Zivilcourage) und auch darüber, wann und in welchem Ausmaß Gewalt angewendet werden muss, soll oder darf“ (Behr 2006, S. 48).

Wie jede gesellschaftliche Gruppierung weist auch die Institution der Polizei eine eigene Kultur auf (Behr 2006). Obwohl von der Polizeikultur oft im Sinne einer „*monolithischen Kultur der Polizei*“ (Behr 2010, S. 31) gesprochen wird, wurde schon in den ´70ern in angloamerikanischen Ländern eine differenziertere Sichtweise gefordert (Broderick 1973; Walsh 1977). Aufgrund von weiteren Studienergebnissen fand man, dass es keine einheitliche Polizeikultur gibt, sondern dass jede polizeiliche Einheit ihre eigene Kultur entwickelt, was am besten mit dem Zitat „*the monolith crumbles into a pile of rubble*“ zur Geltung kommt (Waddington 1999, S. 105). Aber auch in Deutschland wurde die Differenzierung der Polizeikultur ersichtlich, da sich der einzelne Polizist eher durch seinen sozialen Nahraum (Dienstgruppe, Ermittlungsgruppe bzw. Kommissariat), als durch die Institution Polizei definiert (Behr 2010). Dies führte dementsprechend zur Differenzierung zwischen *Polizeikultur und Polizistenkultur* (Behr 2006). Allerdings ergibt sich den oben erwähnten Ausführungen folgend, dass sich für Polizisten im Sinne der Polizeikultur ein umfassender Handlungsrahmen ergibt, welcher bestimmte kulturelle Handlungsmuster vorschreibt (Behr 2010). Aufgrund von internationalen Studien wurde des Weiteren aufgezeigt, dass diese „*organizational styles and cultures of police*“ in verschiedenen sozialen und geographischen Gegebenheiten ähnlich beschrieben werden können (Reiner 2000, S. 87). Der erste bekanntere Versuch einer Definition von Polizeikultur erfolgt von Skolnick, welcher auf die Trias von *danger*, *authority* und *produce* fokussierte (Skolnick 1966). Gemäß den Ausführungen des Autors ist die polizeiliche Tätigkeit dadurch charakterisiert, dass man sich immer wieder bewusst in unvorhersehbare Situationen mit Menschen begeben muss und dadurch auch immer wieder der Bedrohung von unmittelbaren körperlichen Angriffen ausgesetzt ist (*danger*, Skolnick 1966). Demgegenüber ist diese gefahrenvolle Tätigkeit auch durch Autorität definiert, da Polizisten um ihr Anliegen durchzusetzen über das staatlich legitimierte Gewaltmonopol verfügen (*authority*, Reiner 2000). Diese staatliche Gewalt wird dementsprechend auch als domestizierte Gewalt definiert, da sie sich nur in engen, vom Gesetzgeber definierten Grenzen, bewegen darf (Behr 2010). Daher führte Skolnick auch den Begriff des *produce* ein, der dadurch begründet ist, dass Polizisten bei der Strafverfolgung die Differenz zwischen Gesetz und Gerechtigkeit verspüren und in ihrem engen gesetzlich geregelten Entscheidungsraum „*de facto the role of a court of first instance on the street*“ übernehmen (Waddington 1999, S. 194), was in Deutschland auch als faktisches Opportunitätsprinzip bekannt ist (Feltus 2009).

Eine Spezifizierung bzw. Modifizierung der „*police culture*“ (Waddington 1999, S. 97) erfolgte im angloamerikanischen Raum durch Waddington (1999) und Reiner (2000), wobei sich beide Autoren sehr ähnlicher Termini bedienen. Beide sehen die Polizeikultur durch die Begriffe *mission*, *action*, *us/them*, *conservatism* und *suspicion* geprägt (zum Beispiel Waddington 1999). So sehen Polizisten es als ihre Mission an, die „*thin blue line*“ zwischen Anarchie und Gesetz aufrechtzuerhalten, um dadurch die Schwachen bzw. die soziale Ordnung zu schützen (Reiner 2000, S. 89). Obwohl der Alltag von amerikanischen und deutschen Polizisten eher durch Bagatelldelikte, wie zum Beispiel Hilfeleistungen, Ruhestörungen, Verkehrsunfällen und Konfliktschlichtungen geprägt ist (Waddington 1999; Steffen 1995), wird die *action* bzw. der Nervenkitzel bei der polizeilichen Tätigkeit immer wieder von den Polizisten hervorgehoben. So beschreiben sie sich selbst als „*crime fighter*“ (Steffen 1995, S. 108), „*new centurions*“ (Reiner 2000, S. 102) oder als „*moderne Krieger*“ (Behr 2006, S. 50). Hervorgehoben wird durch den Begriff *us/them* des Weiteren auch die Abgrenzung zur Umwelt und den Mitmenschen (Waddington 1999, S. 99), wobei dies besonders durch die Verwendung des Begriffspaares *isolation/solidarity* zum Ausdruck kommt (Reiner 2000, S. 91). Obwohl die Abgrenzung der „*eigenen Gruppe*“ von den „*anderen Gruppen*“ in der Sozialpsychologie als normaler und automatischer Prozess betrachtet wird, welcher sogar als einprogrammiert gilt (Forgas 1999, S. 274f), scheint er bei Polizisten besonders stark ausgeprägt zu sein (Waddington 1999). Begründet ist dies durch die Struktur der polizeilichen Aufgabentätigkeit, welche durch Schichtdienst, diszipliniertem Verhalten, rapidem Wechsel von Langeweile und Anspannung sowie der Feindlichkeit oder Vorsicht gegenüber einem Polizeibeamten geprägt ist und dadurch die Kontaktaufnahme mit Nicht-Polizisten deutlich erschwert (Reiner 2000). Seitens der Polizisten wird die Kontaktaufnahme aber auch durch eine gesteigerte, dienstlich verursachte Verdachtsschöpfung (*suspicion*) verhindert, welche durch kontinuierliche Infragestellung der Aussage des Gegenübers abschreckend wirken kann (Waddington 1999). Aus diesem Schutzverhalten heraus wird auch jeder Neuling bzw. Polizeibewerber erst dann in der Gemeinschaft akzeptiert, wenn er seine „*Feuertaufe*“, also einen schwierigen und harten Einsatz, bestanden hat (Waddington 1999; Behr 2010). Demgegenüber besteht zu der Dienstgruppe, insbesondere zu dem Partner auf Streife eine erhöhte Loyalität, da dieser einem in den kritischen dienstlichen Situationen des Polizeialltags zur Seite steht (Waddington 1999). Diese Loyalität dem Partner bzw. der Einheit gegenüber, welche auch im Sinne eines sozialen Puffers der Stressreduzierung im Dienstalltag dient, stellt einen erheblichen Schutz gegen den psychischen Stress im Dienstalltag dar (Lenke 2004; Latscha 2005; Neugebauer & Latscha 2009). Erwähnenswert ist auch der sogenannte *canteen talk*, in dem die zynische und teilweise ausländerfeindliche Welteinstellung im Gespräch mit Kollegen offensichtlich wird (Waddington 1999). Allerdings bewirkt dieser Gesprächsstil, der auch bei medizinischem Personal und Feuerwehrleuten auftritt, eine psychohygienische Entlastung und beeinflusst nicht das dienstliche Verhalten (Waddington 1999; Reiner 2000). Das dienstliche Handeln soll demgemäß eher durch Kontextvariablen, also durch die jeweilige Situation geprägt sein

(Worden 1996; Behr 2010). Auch der Polizeiwissenschaftler Waddington unterstützt diese Sichtweise, da er postuliert, dass das Verhalten amerikanischer Polizisten im dienstlichen Alltag nicht durch Vorurteile, sondern „*by the character and social circumstances of the violator*“ bestimmt sei (Waddington 1999, S. 35). Die dienstliche Alltagserfahrung ist aber nicht nur der Grund für den erhöhten *pessimism* von Polizeivollzugsbeamten, sondern auch für den berufsbedingten erhöhten Skeptizismus (Waddington 1999; Reiner 2000). Als weiteres Merkmal der Polizeikultur gilt der *conservatism* (Waddington 1999; Reiner 2000) im Sinne des Festhaltens an den normativen Vorstellungen der „*guten Ordnung*“ (Behr 2006, S. 86). Diese Einstellung ist deutlich mit dem Konzept der *authority* von Skolnick (1966) verbunden. Begründet ist dies nicht nur durch die polizeiliche Aufgabe der Durchsetzung der bestehenden rechtlichen Ordnung (Waddington 1999), sondern auch durch das Arbeitsverhältnis in einer hierarchischen Organisation (Reiner 2000), welche die Tugenden Pflichterfüllung, Disziplin, Gehorsam, Verlässlichkeit und Kameradschaft wertschätzt (Behr 2010).

1.1.2 Persönlichkeit von Polizeibeamten

Als ein weiteres prägnantes Merkmal der Polizeikultur wird von vielen Forschern das ausgeprägte männliche Auftreten der Polizeivollzugsbeamten erwähnt (Reiner 2000; Hüttermann 2000; Behr 2006), welches besonders in den Umschreibungen „*cult of masculinity*“ (Waddington 1999, S. 116) oder „*doing masculinity*“ (Meuser 2000, S. 21) deutlich wird. Polizisten zeigen demnach „*the willingness and ability to use force*“ (Waddington 1999, S. 120). Gefordert wird diese „*polizeispezifische Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) als Persönlichkeitsmerkmal durch die polizeiliche „*physically and emotionally though, aggressive...work*“, da man zum Beispiel einer körperlichen Bedrohung nicht aus dem Weg gehen darf, sondern sogar den Mut haben sollte, die körperliche Konfrontation zu suchen (Waddington 1999). Aber auch die anderen männlichen Geschlechterstereotypen wie „*Härte, Stärke und Durchsetzungsvermögen sowie emotionale Kontrolle*“ prägen das Bild des idealen Polizisten (Wilde & Rustemeyer 2007, S. 318) und werden durch die martialisch militärische Ausrüstung der Spezialeinheiten, wie zum Beispiel der Beweissicherungs- und Festnahmeeinheit (BEF) deutlich unterstrichen (Behr 2006a). Zu der Ausrüstung dieser „*modernen Krieger*“ gehört nicht nur die normale Uniform, sondern unter anderem auch eine Schlagschutzausrüstung sowie ein separater Gürtel mit allerlei Geräten, wie zum Beispiel Pistole, Magazine, Funkgerät und Schlagstockhalterung (Behr 2006a, S. 4f). Aufgrund dieser „*Betonung des Körperlichen*“ sowie der gesetzlich unterstützten Autorität zeigen Polizisten und Polizistinnen auch ein hohes Selbstbewusstsein (Behr 2010, S. 22). Aber auch die anderen Merkmale der Polizeikultur in Form von „*mission*“, „*isolation/solidarity*“ und „*conservatism*“ sind eher mit dem Stereotyp der Männlichkeit, als mit Weiblichkeit verknüpft und münden bei Polizisten oft im „*machismo syndrom*“ (Reiner 2000, S. 89).

Dieses war noch bis zum Ende des letzten Jahrzehnts im *englischsprachigen Raum* mit einer sexistischen und diskriminierenden Einstellung gegenüber weiblichen Kollegen verbunden (Martin 1996; Brown 1997), welche obwohl zwar immer noch vorhanden, deutlich nachgelassen hat (Franklin 2007; Robison 2008). Begründet ist dieser Einstellungswandel durch die gemeinsamen positiven Erfahrungen im Sinne der „Feuertaufe“ innerhalb des polizeilichen Dienst- bzw. Gefahrenalltags (Lautmann 2007; Robison 2008) sowie der Übernahme des männlichen Berufsmodells durch Frauen (Burke et al. 2006; Wilde & Rustemeyer 2007). Auch konnte in internationalen Studien kein Unterschied mehr in der Art und Weise des *policing* zwischen Frauen und Männern festgestellt werden (Heidensohn 1998; Burke et al. 2006). Allerdings ist diese männliche Berufseinstellung auch mit einer deutlichen Abwertung von Homosexualität verbunden (Reiner 2000) und wird in der Freizeit oft durch gesteigerten Alkoholkonsum und sexuelle Affären dargestellt (Waddington 1999). Obwohl auch in Deutschland die Polizei als Ort „*hegemonialer Männlichkeit*“ (Meuser 2001, S. 20) bezeichnet wurde und es dadurch früher oft zu diskriminierendem Verhalten gegenüber weiblichen Polizisten kam (Albrecht 1996; Behr 2010), werden heutzutage Polizistinnen auch in der deutschen Polizeikultur im großen und ganzen akzeptiert (Ohlemacher et al. 2002a; Lautmann 2007). Allerdings gibt es noch immer erhebliche Unterschiede bezüglich der Geschlechterverteilung in der polizeilichen Führungsebene, was durch die *gläserne Decke* und nicht durch offene Diskriminierung erklärt wird (Wilde & Rustemeyer 2007). Obwohl sich zwar Polizistinnen nicht in der Ausprägung ihrer Männlichkeit von ihren männlichen Kollegen unterscheiden lassen (Gerber 2001; Wilde & Rustemeyer 2007), haben sie doch erhebliche Vorteile durch ihre weibliche fürsorgliche Einstellung im Umgang mit Kindern, Jugendlichen oder anderen Frauen (Wilde & Rustemeyer 2007). Einen weiteren Vorteil haben Frauen bei der Schlichtung von Konflikten, da sie eher „*deeskalierend*“ wirken und ihre „*Präsenz die Hemmschwelle zur Gewaltanwendung erhöht*“ (Wilde & Rustemeyer 2007, S. 318). Besonders relevant ist diese Verhaltensweise im polizeilichen Alltagsdienst, da es durch das „*doing masculinity*“ (Meuser 2000, S. 21) zwischen Polizisten und Straftätern und der dazugehörigen Verletzung der „*Reputation und Ehre*“ (Behr 2010, S. 21) immer wieder zum Eskalieren der Gewalt gekommen ist. Da nun aber vermehrt Frauen in der „*Bastion für hegemoniale Maskulinität*“ (Lautmann 2007, S. 93) ihren Dienst leisten, ist durch den gesteigerten Kontakt mit der weiblichen DienstEinstellung auch eine Veränderung der allgemeinen Polizeikultur in Richtung Fürsorge und Deeskalation zu vermuten (Latscha 2005; Lautmann 2007). Obwohl sich das Einsetzen von Gewalt aufgrund staatlicher Legitimation auch heute noch als „*Dreh- und Angelpunkt*“ der Polizeikultur beschreiben lässt (Behr 2006, S. 12), stellt diese Einstellungs- und Verhaltensänderung in der Polizeikultur doch einen wichtigen Fortschritt dar. Denn in der heutigen Zeit der „*zivilgesellschaftlichen Bürgerpolizei*“ (Behr 2010, S. 49) gehört nicht nur die klassisch repressive Tätigkeit, wie zum Beispiel das Durchsetzen von Recht und Ordnung oder der Schutz der Gesellschaft vor Kriminalität (*Gerechtigkeit*) zur polizeilichen Aufgabe, sondern auch das Zuhören können, Konflikte schlichten oder das Helfen (*Fürsorge*, Behr 2006, S. 111f).

Während den obigen Ausführungen gemäß die Solidarität (*solidarity*) innerhalb der Gruppe der Polizisten in Form eines sozialen Puffers vor der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung schützt (Lenke 2004; Latscha 2005; Neugebauer & Latscha 2009), könnte der „*cult of masculinity*“ (Waddington 1999, S. 116) als ein weiterer Protektivfaktor gelten. Aufgrund der „*polizeispezifischen Männlichkeit*“ von Polizisten, aber auch Polizistinnen (Behr 2010, S. 15; Gerber 2001; Wilde & Rustemeyer 2007), welche besonders durch die gemeinsame *mission* zur Geltung kommt (Reiner 2000) und durch die Eigenschaften „*Härte, Stärke und Durchsetzungsvermögen sowie emotionale Kontrolle*“ und einem gesteigerten Selbstbewusstsein definiert ist (Wilde & Rustemeyer 2007, S. 318; Behr 2010), zeigen Polizeibeamte eine männlich determinierte Persönlichkeitsstruktur. Diese männliche Persönlichkeitsstruktur bewirkt unter anderem einen Kontrast zu der wahrgenommenen Bedeutung, welcher einer traumatischen Situation von der Allgemeinbevölkerung beigemessen wird. Während die Normalbevölkerung einem Trauma in Form eines gewalttätigen Angriffs zumeist überrascht und hilflos gegenübersteht, sehen Polizisten dies als „*part of the job*“ (Behr 2006, S. 134f). Auch werden Polizeibeamte in ihrer Ausbildung und später im Dienstalltag explizit auf solche Situationen im Sinne der Einsatzkompetenz vorbereitet (Singer et al. 2001; Behr 2006; Schmalzl 2008). Obwohl auch dem Einsatzbeamten bewusst ist, dass es kein wirkungsvolles Training geben kann, „*um alle möglichen Erlebnisvarianten zu antizipieren und zu verarbeiten*“ (Behr 2010, S. 74), stellt diese kognitive Vorbereitung einen Schutz vor einer psychischen Extrembelastung dar (Frommberger et al. 2009; Biesold & Barre 2009). Aber auch das durch Ausbildung und Training erhöhte Selbstbewusstsein (Behr 2006) gilt als protektiver Faktor, da es dem Erleben des Gefühls der Hilflosigkeit in einer Extremsituation gegenübersteht (Seginer 2008). Dies ist besonders dadurch relevant, da die wahrgenommene Hilfslosigkeit in einer traumatischen Situation als Prädiktor für eine PTSD gilt (Ozer et al. 2003; Watson & Shalev 2005). Insgesamt scheint also die Persönlichkeitsstruktur von Polizisten aufgrund der Faktoren Handlungsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit sowie der ausgeprägten Affekt- und Impulskontrolle dem Konzept der *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) bzw. *Selbstwirksamkeit* (Schwarzer & Jerusalem 2008) zu entsprechen (Fookan 2009). Relevant wird dies dadurch, dass beide Persönlichkeitskonstrukte als protektive Faktoren bei psychischer Belastung gelten (Schuhmacher et al. 2001; Schuhmacher et al. 2005; Leppert et al. 2005).

1.2 Polizei und das Krankheitsbild Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Aufgrund des Erlebens einer außergewöhnlichen Belastungssituation bzw. eines Traumas im polizeilichen Alltag, wie zum Beispiel der Konfrontation mit potentiell gefährlichen Menschenmengen oder dem Anblick einer verwesenden Leiche (Remke 2007), kann eine *akute Belastungsreaktion* entstehen (Frommberger et al. 2009). Bei anhaltender Symptombdauer von mehr als einem Monat (DSM-IV-TR; Saß et al. 2003) wird eine *traumatische Neurose* (Oppenheim 1889), im heutigen

Sprachgebrauch *Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)*, diagnostiziert (Maercker 2009). Da die psychischen und körperlichen Reaktionen einer PTSD zuerst verstärkt nach kriegerischen Einsätzen beobachtet wurden, nannte man diese Erkrankung früher *Kriegsneurose*, *Kriegszittern* oder auch *shell shock* (Comer 2001). Besondere Aufmerksamkeit erhielt die Belastungsstörung ab 1970 in den USA, da nach dem Vietnamkrieg sehr viele Kriegsheimkehrer, die vor ihrem Einsatz als junge und gesunde Männer galten, mit erheblichen psychischen Folgen aufgrund der Kriegserlebnisse zu kämpfen hatten und teilweise auch heute noch in psychotherapeutischer Behandlung sind (Dohrenwend et al. 2006). In Deutschland entstand demgemäß nicht nur bei der Bundeswehr eine erhöhte Sensibilität für dieses Thema (Kowalski 2001; Biesold & Barre 2009), sondern auch bei Angehörigen von anderen *belastenden* Berufssparten wurde verstärkt auf die psychische und physische Reaktion in Extremsituationen geachtet (zum Beispiel Wagner et al. 1998 oder Teegen 1999). Untersuchungen zu den Folgen von außergewöhnlichen Belastungen gibt es heutzutage für die Berufsgruppe der Rettungssanitäter (Teegen 1999), der Feuerwehrmänner (Wagner et al. 1998) und für Polizeivollzugsbeamte (Latscha 2005; Schütte 2010). Relevanz erhalten diese Untersuchungen auch dadurch, dass sie die Wichtigkeit dieses Forschungsgebietes aufgrund der erheblichen psychischen Belastung sowie der gravierenden langfristigen Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Bereich (durch zum Beispiel Somatisierungssymptome oder Konversionssymptome) untermauern (Breslau 2001; Seidler & Wagner 2007).

1.2.1 Diagnostische Kriterien

Die Posttraumatische Belastungsreaktion (PTSD) ist in beiden internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 (F43.1, Dilling & Freyberger 2008) und DSM-IV-TR (309.81, Saß et al. 2003) definiert, wobei das DSM-IV-TR eine präzisere Symptombeschreibung ermöglicht (Frommberger et al. 2009; Maercker 2009). Als Auslöser für die PTSD gilt in beiden Systemen das **Trauma** (Tabelle 1), welches als Situation definiert ist, in deren Mittelpunkt eine Todeskonfrontation oder eine andere extreme Gefahrensituation steht (Maercker 2009). Beispiele hierfür sind das Erleben einer Naturkatastrophe oder einer schweren körperliche Verletzung, aber auch die Nachricht vom Tod einer nahestehenden Person (DSM-IV-TR, Saß et al. 2003). Als Differenzierungsmöglichkeit bzw. Spezifizierungsoption kann man das Traumakriterium anhand der Expositionsdauer zum belastenden Ereignis präziser beschreiben (Terr 1989). So bezeichnet ein *Typ-I-Traumata* meist eine akute Lebensgefahr, welche durch Plötzlichkeit und Überraschung charakterisiert ist, wie es zum Beispiel bei schweren Verkehrsunfällen oder bei polizeilich berufsbedingten Traumata (gewalttätiger Angriff) gegeben ist (Maercker 2009). Da dieser Traumatyp häufig im polizeilichen Alltag anzutreffen ist, führt dies dazu, dass Polizisten durch den raptusartigen und extremen Anstieg des Stresslevels, innerhalb weniger Sekunden ein sehr belastendes Spektrum von absoluter Ruhe bis zur extremsten Anspannung erleben (Aumiller & Goldfarb 1998, gefunden bei Steinbauer 2001).

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien der PTSD (F43.1, ICD-10; 309.81, DSM-IV-TR)

ICD-10: F43.1	DSM-IV-TR: 309.81
<p>A. Die Betroffenen waren einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.</p>	<p>A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
<p>B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.</p>	<p>B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wiederkehrende und eindringlich belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. 2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. 3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt. 4. Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern. 5. Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
<p>C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.</p>	<p>C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, 2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, 3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern, 4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, 5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen, 6. Eingeschränkte Bandbreite des Affekts, 7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft.
<p>D. Entweder 1. oder 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein- und Durchschlafstörungen, 2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche, 3. Konzentrationsschwierigkeiten, 4. Hypervigilanz, 5. erhöhte Schreckhaftigkeit. 	<p>D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, 2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche, 3. Konzentrationsschwierigkeiten, 4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz), 5. übertriebene Schreckreaktion.
<p>E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach dem Ende einer Belastungsperiode auf.</p>	<p>E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.</p>

Demgegenüber zeichnet sich das *Typ-II-Traumata* durch eine Serie von verschiedenen traumatischen (unvorhersehbaren) Einzelereignissen aus, wie es bei Kriegserleben oder Geiselnhaft vorhanden ist (Maercker 2009). Die Relevanz der langanhaltenden Traumaexposition ist dadurch gegeben, dass immer noch 46% der Überlebenden des Holocausts an einer PTSD leiden (*survivor syndrom*, Frommberger et al. 2009). Eine weitere wichtige Differenzierung ist durch den Verursacher des Traumas gegeben, da ein menschlich verursachtes Trauma im Gegensatz zu einem zufälligen (durch die Natur verursachten) Trauma gravierendere Folgen aufweist (Frommberger et al. 2009). Im Gegensatz zu dem ICD-10 (Dilling & Freyberger 2008) verlangt das Klassifikationssystem DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) außer dem **objektiven Traumageschehen** (A1-Kriterium) auch die **subjektive Erlebniskonstellation** durch Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (A2-Kriterium, Saß et al. 2003). Gemäß der aktuellen Forschungslage ist der subjektiv erlebte Verlust der Kontrolle bzw. die erlebte Handlungsunfähigkeit bis hin zur Hilfs- und Hoffnungslosigkeit bei der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Gegensatz zum objektiven Trauma die wichtigere Komponente (Remke 2007; Seginer 2008; Frommberger et al. 2009).

Beide Klassifikationssysteme verlangen außer dem Traumageschehen auch das Vorliegen von Symptomen aus drei Symptomclustern (B-, C- und D-Kriterium, Tabelle 1). Das B-Kriterium ist erfüllt, wenn ein Symptom der **Intrusion** bzw. des **Wiedererlebens** der traumatischen Situation vorhanden ist, d.h. also, wenn Geräusche oder Bilder in den Schlaf oder den wachen Bewußtseinszustand eindringen (Maercker 2009). So kann zum Beispiel die traumatische Szene wieder im Alltagsgeschehen plötzlich und unkontrolliert vor Augen stehen und der Betroffene ähnliche psychische und physische Reaktionen wie bei dem Trauma erleiden (Frommberger et al. 2009). Gedanken an das Ereignis, wie zum Beispiel mögliche Fehler oder unterlassene Handlungen können zu intensiven Schuld- und Schamgefühlen, bis zu Selbstvorwürfen führen (Frommberger et al. 2009). Im Extremfall kommt es zum sogenannten *Flash-Back* (Saß et al. 2003), bei dem man Erinnerungen und Realität nicht mehr voneinander unterscheiden kann (Maercker 2009). Da die Zeitperspektive fehlt, erlebt man das auslösende Trauma nochmals im „*Hier-und-Jetzt*“ (Ehlers 1999, S. 3). Des Weiteren wird **Vermeidungsverhalten** (C-Kriterium) zu den relevanten Symptomen gezählt, was die Ähnlichkeit zu den Angststörungen (Phobie) unterstreicht (Maercker 2009). Aufgrund der quälenden Intrusionen wird versucht, die an das Trauma erinnernden Situationen und Gedanken zu vermeiden, da aufgrund des wahrscheinlich starken *Primings* für Reize des traumatischen Erlebnisses, das Wiedererleben ausgelöst werden kann (Ehlers & Clark 2000). Kritisch ist hierbei, dass man zwar kurzfristig die Häufigkeit der Intrusionen reduziert, aber langfristig eine Einengung des persönlichen Handlungsspielraums provoziert (Frommberger et al. 2009). Im DSM-IV-TR kann das C-Kriterium auch durch **Abflachung der allgemeinen Reagibilität bzw. Numbing** (emotionale Taubheit, Ehlers 1999 bzw. emotionale Anästhesie, Comer 2001) geprägt sein (Saß et al. 2003). Die Betroffenen erleben eine Beschädigung ihrer Gefühlswelt in dem Sinne,

dass alle Gefühle nivelliert erscheinen (Maercker 2009). Als Konsequenz führt die emotionale Taubheit oft zum sozialen Rückzug bzw. zu einer Entfremdung von anderen Menschen (Maercker 2009). Das DSM-IV-TR erwähnt zusätzlich das Gefühl der eingeschränkten Zukunft sowie die Unfähigkeit einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern (Saß et al. 2003). Der Aspekt der mangelnden Erinnerungsfähigkeit wird im ICD-10 (Dilling & Freyberger 2008) als Oder-Kriterium im Symptomcluster D erwähnt. Im Extremfall der Vermeidung kann es sogar zu dissoziativen Zuständen in Form von Derealisation (das Gefühl, die Umgebung sei unwirklich oder fremd) oder Depersonalisation (das Gefühl, die eigenen Gedanken oder der eigene Körper seien unwirklich oder fremd) kommen (Comer 2001). Das D-Kriterium beinhaltet außerdem das **Hyperarousal** (Übererregbarkeit) des autonomen Nervensystems, welches durch die Symptome Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüchen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz sowie erhöhter Schreckhaftigkeit geprägt sein kann. Schon kleinste Belastungen bzw. Reize, die an das Trauma erinnern (*Trigger*, Frommberger et al. 2009) führen zu stärkerer und nachhaltigerer Erregung (Comer 2001). Obwohl in keinem der beiden Klassifikationssysteme explizit erwähnt, besteht die Möglichkeit bei quälenden Symptomen nach einem Trauma, die nicht alle geforderten Diagnosekriterien einer PTSD erfüllen, die Diagnose einer **partiellen, subsyndromalen PTSD** zu stellen (Maercker 2009). Diese ist in der wissenschaftlichen Forschung dadurch definiert, dass außer dem A-Kriterium (Trauma), auch das B-Kriterium (Intrusion) sowie das Kriterium C (Vermeidung/ Numbing) oder D (Hyperarousal) vorhanden sind, also die traumatische Situation sowie 2 weitere Symptomcluster das klinische Bild prägen (Frommberger et al. 2009; Maercker 2009).

Als wichtiger Unterschied zwischen der Diagnosestellung einer PTSD durch das DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) und dem ICD-10 (Dilling & Freyberger 2008) ist erwähnenswert, dass das DSM-IV-TR eine **zeitliche Komponente** dahingehend beinhaltet, dass eine Mindestdauer der Symptome von einem Monat gefordert wird (Kriterium E, Saß et al. 2003), während sich das Zeitkriterium im ICD-10 nur auf den zeitlichen Abstand (innerhalb von 6 Monaten) zur Traumaexposition bezieht (Dilling & Freyberger 2008). Falls die Symptome weniger als einen Monat vorhanden sind, wird gemäß dem DSM-IV-TR eine Akute Belastungsstörung diagnostiziert (Saß et al. 2003). Auch kann innerhalb des DSM-IV-TR die zeitliche Dauer dahingehend präzisiert werden, dass eine Symptombdauer von weniger als 3 Monaten als **akute PTSD** beschrieben wird und eine anhaltende Symptomatik von mehr als 3 Monaten als **chronische PTSD** gilt (Saß et al. 2003). Während das ICD-10 die Entstehung der Symptome innerhalb von 6 Monaten nach der Traumaexposition fordert, kann man im DSM-IV-TR die Symptomentstehung nach 6 Monaten als **PTSD mit verzögertem Beginn** klassifizieren (Frommberger et al. 2009). Des Weiteren betrachtet das DSM-IV-TR zusätzlich die psychosozialen Funktionen des Betroffenen, da es „*Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen, oder anderen wichtigen Funktionsbereichen*“ für die Diagnosestellung benötigt (Kriterium F, Saß et al. 2003). Auch wird die PTSD im DSM-IV-TR aufgrund der angstgetön-

ten körperlichen Reaktion (Schwitzen, Atemnot, etc.) sowie dem phobischen Vermeidungsverhalten zu den Angststörungen gezählt, während das ICD-10 diese Erkrankung aufgrund der Traumaexposition unter den Belastungsstörungen subsumiert (Maercker 2009). Aufgrund der engeren Definition des DSM-IV-TR einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch die subjektive Erlebniskonstellation (A2-Kriterium), der Symptomdauer von mindestens einem Monat (E-Kriterium) und der psychosozialen Belastung (F-Kriterium) wird die Diagnose einer PTSD durch das DSM-IV-TR konservativer als durch das ICD-10 vergeben, was bei internationalen Vergleichen berücksichtigt werden sollte (Peters et al. 1999; Maercker et al. 2008).

1.2.2 Prävalenz

Internationale Studien mittels dem Klassifikationssystem DSM-IV (Saß & Houben 2001) bzw. DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) zeigen, dass insgesamt 6.8% bis 7.8% der Allgemeinbevölkerung einmal in ihrem Leben (*Lebenszeitprävalenz*) an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden (National Comorbidity Survey 2005) und das die *Punktprävalenz* 3.9% beträgt (Kessler et al. 1995; Kessler & Zhao 1999). Auch zeigte sich, dass in der Allgemeinbevölkerung Frauen doppelt so häufig eine PTSD Diagnose erhalten (10.4% vs. 5.0%) und auch ein doppelt so hohes Risiko wie Männer aufweisen, nach erlebtem Trauma eine PTSD zu entwickeln (Ursano et al. 1999; Perkonigg et al. 2000). **Nationale Studien** (Tabelle 2) ergaben eine *Punktprävalenz* gemäß DSM-IV bzw. DSM-IV-TR von 1.6% bei 12 – 17jährigen (Essau et al. 1999) bzw. 1.3% bei 14 – 25jährigen sowie von 1.9% bei 30 – 59jährigen (Perkonigg et al. 2000; Maercker et al. 2008).

Tabelle 2

Nationale Studien zur Prävalenz der PTSD

	Traumaerlebnis	Punktprävalenz (PTSD und subsyndromale PTSD)
Essau et al. 1999 (N=1.035)	12 – 17jährige: 23.5%	1.6% (-)
Perkonigg et al. 2000 (N = 3.021)	14 – 25jährige: 17%	1.3% (-)
Maercker et al. 2008 (N = 2.426)	14 – 29jährige: 9.9%	1.3% (1.3%)
	30 – 59jährige: 13.3%	1.9% (2.4%)
	60 – 93jährige: 47.4%	3.4% (3.8%)

Die deutlich erhöhte Prävalenzrate der PTSD bei 60 – 93jährigen von 3.4% wird durch die traumatischen Kriegserlebnisse erklärt (Maercker et al. 2008) und erhält Unterstützung durch den Befund, dass ca. 19 - 30% von Kriegsteilnehmern an einer PTSD und ca. 22% an einer partiellen, subsyndromalen PTSD leiden (National Vietnam Readjustment Study, Kulka et al. 1990; Dohrenwend et al. 2006).

Weitere traumatische Situationen, welche die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer PTSD erhöhen, sind das direkte Erleiden körperlicher Gewalt oder das indirekte Erleben (Zeuge) eines Unfalls oder eines gewalttätigen Übergriffes (Kessler et al. 1995; Maercker et al. 2008). Die Wahrscheinlichkeit des Erlebens einer solchen traumatischen Situation wird in der nationalen Allgemeinbevölkerung auf ca. 24% geschätzt (Maercker et al. 2008). Eine Differenzierung nach dem Alter ergab, dass ca. 10 – 24% der 14 – 29jährigen und ca. 14% der 30 – 59jährigen schon einmal ein Trauma (Vergewaltigung, Waffengewaltandrohung, Unfall, Naturkatastrophen, etc.) zu dem Untersuchungszeitpunkt erlebt hatten (Essau et al. 1999; Perkonig et al. 2000; Maercker et al. 2008). Da in allen Untersuchungen das DSM-IV bzw. DSM-IV-TR zur Diagnosestellung verwendet wurde, ist die erhöhte Traumaexposition von Jugendlichen in der Untersuchung von Essau et al. (1999) wahrscheinlich dem städtischen Erhebungsort (Bremen) geschuldet. Die vermutete erhöhte Prävalenz der PTSD bei Frauen war nur in der Untersuchung von Perkonig et al. (2000) nachweisbar (1% vs. 2.1%). Demgegenüber erhöhte sich bei Berücksichtigung der Diagnose einer partiellen, subsyndromalen PTSD die Gesamtanzahl der Erkrankten deutlich (Maercker et al. 2008).

Gegenüber der Traumaexposition von 11.6% bei 14 – 59jährigen in der Allgemeinbevölkerung (Maercker et al. 2008) hebt sich die Erfahrung von traumatischen Erfahrungen bei **deutschen Polizeivollzugsbeamten** deutlich ab (Tabelle 3).

Tabelle 3

Nationale Studien zur Prävalenz der PTSD bei Polizeivollzugsbeamten

	Traumaerlebnis	Punktprävalenz (PTSD und subsyndromale PTSD)
Teegen et al. 1999 (N = 155)	100%	5% (15%)
Gasch 2000 (N = 528)	78.6%	28.7% (63.4%)
Sommer 2003 (N = 398)	92.6%	4.3% (3.6%)
Latscha 2005 (N = 524)	46.2 – 51.5%	5.5 – 8.7% (5.5 – 7.7%)
Klemisch 2006 (N = 327)	98%	-
Remke 2007 (N = 147)	90%	4.1% (11.7%)
Beerlage et al. 2009 (N = 3.655)	50.8% - 63.6%	-

So gaben bei Gasch (2000) 78.6% von den 528 untersuchten baden-württembergischen Polizisten an, schon einmal im Rahmen ihres Dienstes mit einer traumatischen Situation konfrontiert gewe-

sen zu sein. Auch in einer weiteren Untersuchung zeigte sich eine deutlich erhöhte Traumaexposition von Polizisten, da fast jeder der 327 Befragten (Teilnehmer an einer Fortbildungsveranstaltung der Akademie der Polizei Baden-Württemberg) schon einmal eine traumatische Situation erlebt hatte (Klemisch 2006). Auch in der Untersuchung von Remke (2007) bei sächsischen Polizisten zeigte sich, wie auch schon bei Teegen et al. (1999) mit Hamburger Polizisten, eine sehr hohe dienstliche Traumaexposition. Demgegenüber zeigte die Untersuchung von Latscha (2005) bei bayerischen Polizisten sowie die Befragung von Beerlage et al. (2009) niedrigere Traumaexpositionen von 46.2% - 57.2%. Dies ist dadurch begründet, dass in diesen beiden Studien das vollständige A-Kriterium (objektive und subjektive Traumaerfahrung) als Traumaexposition operationalisiert wurde, während in den anderen Untersuchungen nur das objektive Trauma (A1-Kriterium) erhoben wurde. Dies spricht auch dafür, dass bei Polizeivollzugsbeamten ein Unterschied zwischen extremer, aber Alltagssituation und traumatischer Belastung vorzunehmen ist (Beerlage et al. 2009). Die deutlich erhöhte Belastung der Polizeivollzugsbeamten durch eine PTSD bei Gasch (2000) ist dadurch bedingt, dass von der Autorin ein selbstentworfenen Fragebogen verwendet wurde, der Zeit-, Beeinträchtigungs- und subjektive Traumakriterien nicht explizit berücksichtigte (Latscha 2005). Alle anderen Studien ergaben eine Prävalenz der PTSD von 4% – 9% und eine Belastung durch eine partielle, subsyndromale PTSD von 3% – 15% (zum Beispiel Teegen et al. 1999; Latscha 2005 und Remke 2007). Da Beerlage et al. (2009) nur die PTSD-Prävalenz für eine reduzierte Gesamtgruppe von hauptamtlichen Helfern (Polizei, Feuerwehr, THW und Rettungssanitäter) präsentiert, wird auf die Ergebnispräsentation an dieser Stelle verzichtet. Dasselbe gilt für die Untersuchung von Klemisch (2006), da sich die Autorin auf die psychischen Belastungen durch Angst, Depression und Somatisierung konzentrierte.

Eine Literaturrecherche zu **internationale Studien mit dem Thema Polizei und PTSD** (Stichwörter: „*police*“, „*PTSD*“, „*trauma*“, „*posttraumatic*“ und „*stressor*“) wurde Mitte des Jahres 2010 in den Datenbanken Medline, PsycINFO, PubMed und KrimDok durchgeführt. Auch hierbei konnte die erhöhte Belastung von Polizeibeamten durch traumatische Situationen nachgewiesen werden. So zeigte sich in der Untersuchung mit dem DSM-III-R (Spitzer et al. 1987) von Carlier et al. (1997) bei 7% der 262 niederländischen Polizisten das Vollbild einer PTSD und bei 34% der Untersuchten eine partielle, subsyndromale PTSD. In einer amerikanischen Studie an 105 Polizisten erhielten sogar 13% die DSM-IV Diagnose (Saß & Houben 2001) einer Posttraumatischen Belastungsstörung, was wahrscheinlich durch den städtischen Einsatzort der Beamten bedingt war (Robinson et al. 1997). Gemäß Krampfl (2003) litten 12.2% der befragten österreichischen Polizeibeamten an einer PTSD und 27.6% an dem partiellen, subsyndromalen Subtypus. Allerdings ist in dieser Studie nicht das vollständige A-Kriterium verwendet worden, was die erhöhte PTSD Belastung der Befragten erklären könnte (Krampfl 2003). In einer neueren Untersuchung an 157 Polizisten einer brasilianischen Eliteeinheit konnte gezeigt werden, dass hier gemäß den DSM-IV-TR Kriterien

8.9% an einer ausgeprägten PTSD litten und 16% die Symptome einer partiellen, subsyndromalen PTSD aufwiesen (Maia et al. 2007). Aber auch in einer Untersuchung bei kanadischen Polizeibeamten konnte eine erhöhte PTSD Prävalenz nachgewiesen werden. Hier zeigten von 132 befragten Beamten 7.6% die Diagnose einer PTSD gemäß dem DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) und 6.8% den partiellen, subsyndromalen Subtypus (Martin et al. 2009).

Aufgrund der bisherigen nationalen Forschungsergebnisse kann des Weiteren ein geschlechtsspezifischer Effekt bei der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) bei Polizisten nach einem Trauma ausgeschlossen werden (Teegen 1999; Latscha 2005). Demgegenüber kann aber durch die sich widersprechenden Ergebnisse bezüglich des Alters bzw. des Erfahrungseinflusses auf die Entwicklung einer PTSD bei Polizisten (Teegen et al. 1997; Sommer 2003; Latscha 2005), ein negativer Alterseffekt aufgrund der kumulierten Lebensbelastung nicht eindeutig verneint werden (Schumacher et al. 2001; Maercker et al. 2008).

Zusammengefasst wird durch diese Ergebnisse deutlich, dass Polizeibeamte einen *belastenden* Beruf mit einem erhöhten Erleben von traumatischen Situationen ausüben, da schon mindestens jeder zweite Polizist einer traumatischen dienstlichen Situation ausgesetzt war, während dies in der Allgemeinbevölkerung nur auf 11.6% der 14 – 59jährigen zutrifft (Latscha 2005; Maercker et al. 2008). Demgegenüber weisen Polizisten aber trotz der erhöhten Traumaexposition nur eine relativ erhöhte Prävalenz der PTSD im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von 4% – 9% zu 2.3% auf (Latscha 2005; Remke 2007; Maercker et al. 2008).

1.2.3 Ätiologie und Verlauf

Gemäß den Ausführungen der Diagnosesysteme ICD-10 (Dilling & Freyberger 2008) und DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) ist die Entstehung einer Posttraumatischen Störung an das Erleben einer traumatischen Situation gebunden. Auch muss dieses Trauma als ein außerhalb der Norm liegendes Ereignis gelten (Saß et al. 2003). Da bei Polizisten *belastende Situationen* zum Alltag bzw. zur Routine gehören (Reiner 2000; Behr 2006), kommt es bei dieser Population besonders auf die im DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) beschriebene subjektive Einschätzung der Situation an. Diese soll durch den subjektiv erlebten Verlust der Kontrolle bzw. der eigenen Handlungsfähigkeit bis hin zur Hoffnungslosigkeit definiert sein (Remke 2007; Seginer 2008). Als besonders traumatisch erlebte Situationen gelten bei Polizisten gemäß verschiedener Befragungen Eigengefährdung, Verletzung oder Tod nach Verkehrsunfällen (Hallenberger & Müller 2000; Latscha 2005), Konfrontation mit gewalttätigen Individuen bzw. Menschenmassen (Teegen et al. 1997; Gasch 2000; Remke 2007), Schusswaffengebrauch (Latscha 2005; Remke 2007), aber auch der gewalttätige Tod eines Kindes (Gercke 1995). Erwähnenswert ist hierbei auch die Zunahme von gewalttätigen Angriffen ge-

genüber Polizeibeamten, die meist aus der Gruppe heraus bzw. unter Alkoholeinfluss begangen werden (KFN – Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen 2010). Bezüglich der Sinneswahrnehmungen gelten der Verwesungsgeruch, der Anblick von gravierenden Verletzungen oder Verbrennungen sowie das Hören von Schreien zu den belastungsreichsten Erlebnissen (Gercke 1995; Remke 2007).

Aufgrund der derzeitigen Forschungslage wird die Entstehung einer PTSD nach einer traumatischen Situation oft mit einem **integrativen neurobiologischen Modell** erklärt (Schmahl 2009; Frommberger et al. 2009), dessen Schwerpunkte auf der *Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse* sowie dem *Hippocampus* und der *Amygdala* liegen (Gilbretson et al. 2002; Karl et al. 2006). Die Hirnregionen Hippocampus und Amygdala (Abbildung 1) sind für die Aufnahme und Speicherung neuer Informationen wichtige Verarbeitungszentren (Schmahl 2009).

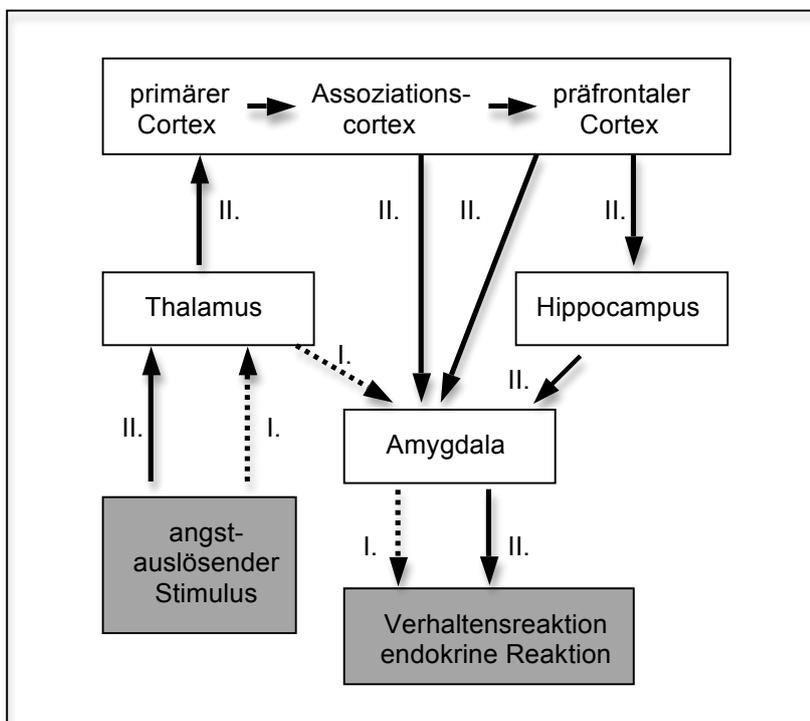


Abbildung 1. An der Verarbeitung von angstauslösenden Reizen beteiligte Hirnstrukturen (Frommberger et al. 2009)

Gemäß des postulierten Konsolidierungsprozesses von neuen Gedächtnisinhalten wird der sensorische Stimulus mittels der Gehirnregion Thalamus normalerweise zu dem akustischen, optischen oder sensorischen primären Cortex weitergeleitet (Route II in Abbildung 1). Vom primären Cortex wird der Reiz über den Assoziationscortex zum präfrontalen Cortex weitergeführt und dabei von beiden Verarbeitungszentren an die Amygdala gesendet (Route II). Durch diese kortikale Schleife erfährt die Wahrnehmung eine kontextuelle Einordnung sowie eine bewusste Bewertung und aufgrund der Hippocampuspassage eine Abgleichung mit dem deklarativen Gedächtnis (Frommberger

ger et al. 2009). Durch die Amygdala erhält der sensorische Stimulus des Weiteren eine emotionale Tönung, was als Konsequenz die endokrine Reaktion und die dazugehörige Verhaltensreaktion bedingt (Route II).

Aufgrund weiterer Ergebnisse wurde offensichtlich (Le Doux 1999), dass es bei besonders bedrohlichen Reizen (angstauslösender Stimulus in einer traumatischen Situation) auch einen zweiten direkten Weg der Informationsverarbeitung vom Thalamus zur Amygdala gibt (Route I). Obwohl der Reiz dabei nur bruchstück- und schemenhaft wahrgenommen wird, führt er aufgrund der direkten Verarbeitung in der Amygdala zu einer spontanen, aber unbewerteten starken emotionalen Reaktion (Adrenalin und Noradrenalin) sowie der dazugehörigen Verhaltensantwort (Route I). Dies involviert, dass keine kontextuelle Einordnung des Stimulus erfolgt (Southwick et al. 2005), was demnach eine deutliche Analogie zu dem Traumagedächtnis von Ehlers (1999) darstellt, da bei diesem die Intrusion ohne zeitliche Einbettung in die Vergangenheit, im „*Hier-und-Jetzt*“ stattfindet (Ehlers 1999, S. 3). Da bei emotional stark besetzten Situationen nicht nur die traumatischen Bilder in unauslöschlichen Erinnerungen, sondern auch die Umgebungsbedingungen sowie die zeitlich vorgelagerten Geschehnisse gespeichert werden, könnte dies des Weiteren das *Priming* erklären, was als Konsequenz die Intrusionen bei ähnlichen kontextuellen Situationen auslöst (Ehlers & Clark 2000). Aufgrund des stark erhöhten Stresslevels in Form des Hormons Cortisol durch das Erleben einer traumatischen Situation kann es nicht nur zu Furcht- oder Angstgefühlen, sondern auch zu einer Schädigung der Hippocampusneuronen kommen (Bremner 2002; Schmahl 2009). Ein verkleinerter Hippocampus sowie eine verkleinerte Amygdala nach dem Erleben eines Traumas bzw. bei einer PTSD konnte in einigen Untersuchungen nachgewiesen werden (Kitayama et al. 2005; Karl et al. 2006), was als Begründung für die Symptomatik des Gedächtnisverlustes (Dilling & Freyberger 2008) bei einigen der PTSD-Patienten angesehen wird (Bremner 2003). Da der Hippocampus aber eine wichtige Rolle bei der Hemmung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse (HHN) spielt, führt eine Schädigung desselbigen zu einer Überaktivität der HHN-Achse (Schmahl 2009). Die Folgen der ständigen Aktivierung der HHN-Achse ist ein erhöhter Cortisol-Spiegel, welcher aufgrund der Steigerung der Aktivität des sympathischen Nervensystems mit dem *Hyperarousal* in Form der Symptome Übererregbarkeit, Angst, Irritierbarkeit und Schlafstörungen verbunden sein soll (Frommberger et al. 2009; Schmahl 2009). Allerdings ist dieser theoretische Ansatz aufgrund der derzeitigen widersprüchlichen Befundlage (Aerni et al. 2004; Meewisse et al. 2007) noch nicht gesichert.

Demgegenüber weist das **kognitiv orientierte Modell** (Ehlers & Clark 2000) nicht nur Überschneidungen zum dem neurobiologischen Modell auf, sondern hat sich auch in Metaanalysen der therapeutischen Interventionen bewährt (Bisson et al. 2007; Foa et al. 2009). Gemäß diesem psychologischen Modell erleben die von einer PTSD Betroffenen extreme Angstgefühle, weil für sie

die traumatische Situation nicht in der Vergangenheit stattgefunden hat, sondern eine aktuelle und gegenwärtige Bedrohung darstellt. Begründet ist dies dadurch, dass das Trauma nicht in das kontextuelle bzw. autobiographische Gedächtnis integriert worden ist, sondern in Form des *Traumagedächtnisses* fragmentiert und isoliert dasteht (Ehlers & Clark 2000). Diese Fragmentierung des Erlebten hat zur Folge, dass Details der traumatischen Situation sehr intensiv sensorisch (Bilder, Geräusche und Gerüche) und mit starker emotionaler Färbung erinnert werden bzw. als Intrusion in das Alltagsbewusstsein eindringen, was dementsprechend Angstgefühle nach sich zieht (Frommberger et al. 2009). Da dieser Gedächtnisinhalt aufgrund der extremen emotionalen Belastung Vermeidungsverhalten nach sich zieht, wird durch diese dysfunktionale Bewältigungsstrategie zwar kurzzeitig die Belastung durch die Erinnerung reduziert, aber langfristig ein Umlernen durch neue Erfahrungen verhindert (Maercker 2009). Auch wird dadurch die Integration des Traumas in das kontextuelle und autobiographische Gedächtnis verzögert (Ehlers & Clark 2000). Besonders wichtig an diesem Modell ist, dass die Autoren auf die *individuellen Unterschiede* bei der Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen verweisen, da diese auf die Integration des *Traumagedächtnisses* förderlich oder hemmend wirken können (Ehlers & Clark 2000). Aus diesem Grund ist das Hauptelement der kognitiven therapeutischen Intervention die Beschäftigung und die damit verbundene Integration des Traumagedächtnisses in das autobiographische Gedächtnis (Ehlers & Clark 2000).

Auch bei dem weiteren **Verlauf** einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommt es zu individuellen Unterschieden (Frommberger et al. 2009). Obwohl zwar gemäß dem DSM-IV-TR eine Mindestdauer der Symptome von einem Monat gefordert wird (Saß et al. 2003), zeigen die meisten eine Symptombdauer von mehr als 3 Monaten (Breslau 2001). Demgegenüber kommt es aber in Unabhängigkeit der Symptomschwere bei 1/3 der Betroffenen im Verlauf eines Jahres zur Symptomremission und mehr als die Hälfte der Patienten ist nach 4 Jahren störungsfrei (Kessler et al. 1995). Allerdings weisen auch nach 10 Jahren immer noch 1/3 der traumatisierten Patienten die Symptome einer PTSD auf (Kessler et al. 1995). Eine weitere Studie zeigte, dass es bei einigen Menschen, die ein Trauma erlebt haben, auch erst nach Jahren oder sogar Jahrzehnten zur Entwicklung einer PTSD (verzögerte Form) kommen kann (Andrews et al. 2007). Des Weiteren zeigen Studien, dass eine therapeutische Maßnahme nur bei der Hälfte der Patienten eine Verbesserung der Symptome ermöglicht (Maercker 2009). Demgegenüber kann sich im Extremfall aus einer PTSD eine überdauernde Persönlichkeitsveränderung im Sinne eines Entwicklungstraumas mit soziokognitiven Veränderungen entwickeln (Frommberger et al. 2009; Maercker 2009).

1.2.3.1 Risikofaktoren

Obwohl zwar die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung an eine traumatische Situation gebunden ist (Saß et al. 2003; Dilling & Freyberger 2008), folgt nicht jedem traumatischem Erlebnis eine PTSD (Perkonig et al. 2000; Maercker et al. 2008). Aus diesem Grund wird ein *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* mit der Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren (Abbildung 2) für die Erklärung der Entwicklung einer PTSD als adäquat betrachtet (Frommberger et al. 2008; Maercker 2009).

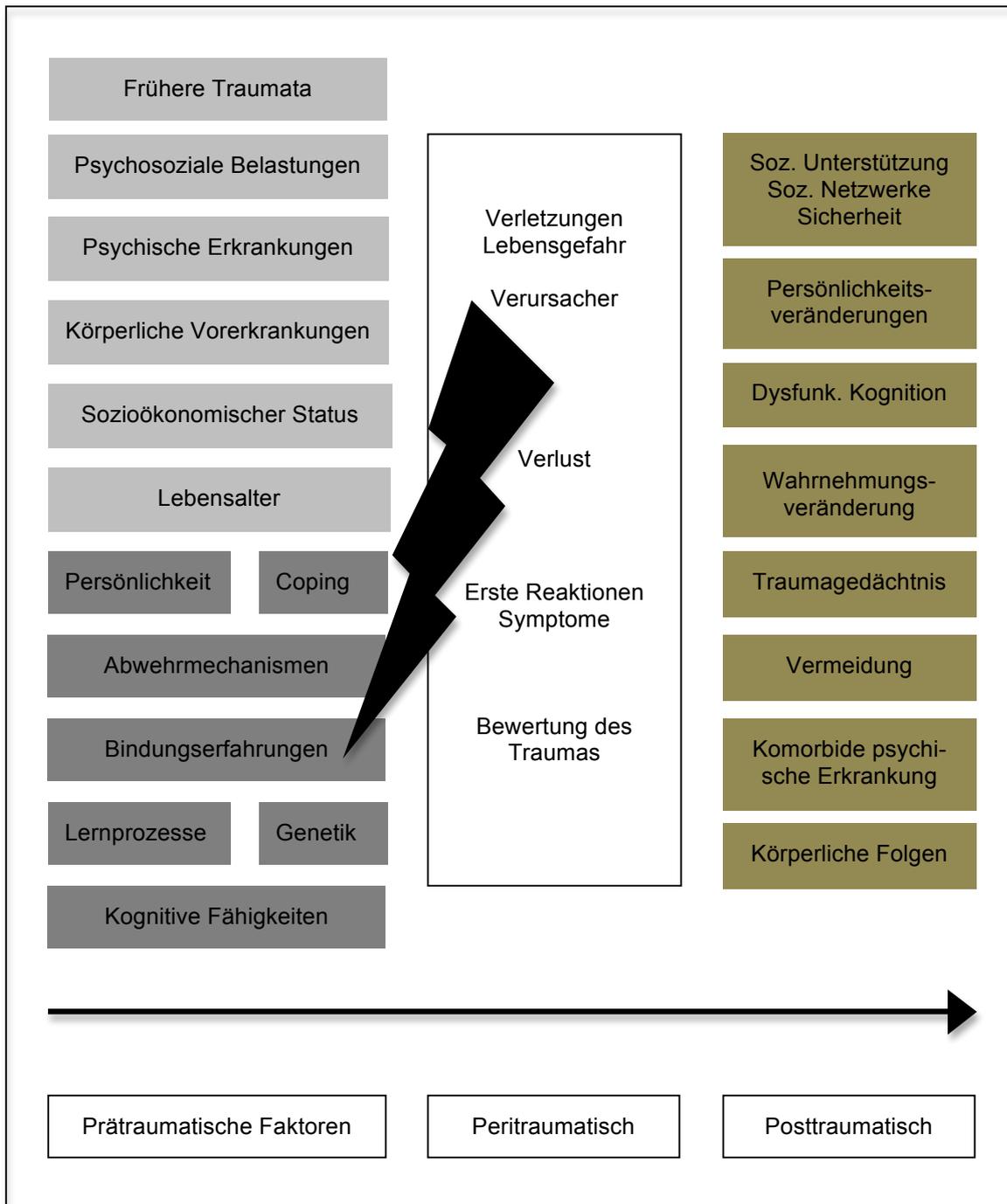


Abbildung 2. Vulnerabilität, erste Reaktionen und Chronifizierung der PTSD (Frommberger et al. 2009)

So wird zum Beispiel aufgrund mehrerer Zwillings- und Adoptionsstudien eine genetische **prä-traumatische** Prädisposition für die Entstehung der PTSD vermutet (True & Lyons 1999; Gilbertson et al. 2002; Broekman et al. 2007). Diese genetische Prädisposition soll unter anderem mit der Reaktionsweise der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse verbunden sein (Seckl & Meaney 2006), welche als eine der Hauptelemente in dem neurobiologischen Erklärungsmodell der PTSD betrachtet wird (Gilbertson et al. 2002; Karl et al. 2006). In einigen Untersuchungen wurde auch der Bindungsstil in der Kindheit als Risikofaktor erwähnt, da frühe Belastungen in der Bindung zur Bezugsperson die biologische Stressbewältigungskapazität für das gesamte Leben beeinflussen können (Fuchs & Flügge 2004; Seckl & Meaney 2006). Demgegenüber wird der postulierte geschlechtsspezifische Vulnerabilitätsfaktor bei Frauen aufgrund der nationalen Befunde zu diesem Thema eher kritisch betrachtet (Essau et al. 1999; Maercker et al. 2008). Auch fand man in der hoch belasteten Population der Polizisten bei dem Erleben einer traumatischen Situation keine geschlechtsspezifische Auswirkung (Teegen et al. 1999; Latscha 2005). Dies könnte einerseits durch die ausgeprägte Männlichkeit der weiblichen Polizisten in der „*Bastion für hegemoniale Männlichkeit*“ (Lautmann 2007, S.93) gegeben sein (Gerber 2001; Wilde & Rustemeyer 2007), aber andererseits auch durch die Verschiebung der Polizeikultur in Richtung mehr Weiblichkeit in Form von Fürsorge und Deeskalation (Latscha 2005; Lautmann 2007). Möglich wäre aber auch, dass die Polizeikultur den Polizeibeamten einen effektiven geschlechtsunspezifischen *Coping-Mechanismus* für den Umgang mit belastenden Situationen ermöglicht, welcher sich in den Persönlichkeitsmerkmalen *Resilienz* bzw. *Selbstwirksamkeit* offenbart. Als weitere prätraumatische Risikofaktoren werden aufgrund verschiedener Untersuchungen frühere Traumata, höheres Lebensalter, niedrigere Intelligenz, psychische oder körperliche Erkrankungen sowie chronische psychosoziale Belastungen durch Ehe- oder Arbeitsplatzkonflikte erwähnt (Brewin et al. 2000; Loey et al. 2003). Demgegenüber stellt sich bei der Untersuchung von Polizisten der Einfluss von vorangegangenen Traumaerfahrungen bzw. des Lebensalters als uneinheitlich dar, da es aufgrund der Berufserfahrung auch zu einem Habituationseffekt kommen kann (Teegen et al. 1997; Sommer 2003; Latscha 2005).

Die objektivierbare Schwere des Traumas (zum Beispiel Traumadauer, Verletzung oder Schadensausmaß) gilt als **peritraumatischer** Risikofaktor (Frommberger et al. 2009). Einschränkend ist allerdings zu bemerken, dass der Zusammenhang zwischen der Schwere des Traumas und dem Ausmaß der Folgen desselbigen, als nur sehr gering eingeschätzt wird (Brewin et al. 2000). Der Focus wird demgegenüber verstärkt auf die *subjektive Bewertung* des Traumas gelegt (Ozer et al. 2003; Watson & Shalev 2005). So ist die Auswirkung einer traumatischen Erfahrung gravierender, wenn diese von Menschen (*man-made disaster*) als von der Natur (Erdbeben oder Orkan) verursacht erlebt wird (Maercker 2009). Aber auch bei Angehörigen von belastenden Berufen ist diese subjektive Bewertung als relevant einzuschätzen, da zum Beispiel Polizisten aufgrund ihrer

Alltagstätigkeit und der Polizeikultur traumatische Erlebnisse im Dienst eher als Teil ihres Berufs (*part of the job*) und nicht als Trauma betrachten (Reiner 2000; Behr 2006). Als weiterer wichtiger Prädiktor für die Entstehung einer PTSD gilt der Kontrollverlust bzw. das Sich-Aufgeben in Form von Hoffnungslosigkeit in der traumatischen Situation (Remke 2007; Seginer 2008). Erwähnt wird in der Literatur auch das Erleben eines massiven Angstgefühls während des Traumas, da dieses die Bildung des Traumagedächtnisses verursachen soll (Ehlers & Clark 2000).

Als wichtigster **posttraumatischer** Risikofaktor gilt die negative Reaktion der Umgebung in Form von Kritik oder mangelnder sozialer Unterstützung (Yehuda 1999; Brewin et al. 2000; Watson & Shalev 2005). Besonders kritisch wird dies dadurch, dass die fehlende Wertschätzung zur fortgesetzten Retraumatisierung und dadurch zur Stabilisierung der PTSD führen kann (Maercker 2009). Aber auch die mangelnde Möglichkeit Gefühle von Scham, Ärger und Rache zu äußern, kann eine Verzögerung der Remission der Symptomatik bedingen (Bengel & Becker 2009). Des Weiteren bewirken dysfunktionale Kognitionen im Sinne von Vermeidungsverhalten eine Aufrechterhaltung der psychischen Belastung (Ehlers et al. 2005; Steil et al. 2009). Begründet ist dies durch die Stabilisierung und Verfestigung des Traumagedächtnisses, da eine angemessene emotionale Verarbeitung und damit Integration in das autobiographische Gedächtnis nicht stattfinden kann (Ehlers & Clark 2000). Als weitere dysfunktionale Kognition gilt die negative Bedeutung die dem traumatischen Erlebnis nachträglich zugewiesen wird, da die Ausprägung dieser negativen Konnotation mit dem Ausmaß der PTSD-Symptomatik positiv korreliert ist (Ehlers et al. 2005; Steil et al. 2009). Aber auch komorbide psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel Depression oder Alkoholmissbrauch gelten als Zusatzbelastungen, da diese eine weitere Verstärkung der Symptomatik und eine erhebliche Erschwerung des therapeutischen Zugangs bedingen (Morissey et al. 2005; Soyer 2006). Als zusätzliche Belastung gelten ebenfalls die körperlichen Folgen des Traumas (gravierende Verletzungen, wie zum Beispiel Verlust eines Körperteils), da auch diese die Remission erheblich verzögern können (Frommberger et al. 2009).

1.2.3.2 Schutzfaktoren

Als einer der wichtigsten Schutzfaktoren bezüglich der Entwicklung einer PTSD gilt die soziale Unterstützung (Brewin et al. 2000; Ozer et al. 2003; Watson & Shalev 2005). Hierbei kommt es besonders darauf an, dass der Betroffene die Möglichkeit, aber nicht den Zwang hat, über das Erlebte zu kommunizieren (*disclosure*) und als Traumaopfer akzeptiert wird (Gray & Litz 2005; Maercker 2009; Bengel & Becker 2009). Dieser Befund wird auch durch Studien bei Polizeibeamten unterstützt, welche darauf hinweisen, dass die Solidarität innerhalb der Organisation Polizei (*solidarity*) im Sinne eines sozialen Puffers vor der Entwicklung einer PTSD schützt (Teegen et al. 1997; Neugebauer & Latscha 2005; Prati & Pietrantonio 2009; Schütte 2010). Außerdem fand man,

dass Polizisten primär den Lebenspartner oder einen bestimmten Arbeitskollegen wählen, um eine belastende Situation zu besprechen (Latscha 2005; Remke 2007). Demgegenüber wurde der Vorgesetzte bzw. der Psychologe seltener als Gesprächspartner gewählt, was mit der wahrgenommenen Männlichkeit der Polizeibeamten zusammenhängen könnte, da man nach außen keine Schwäche zeigen darf (Pieper & Maercker 1999; Hallenberger 2001; Remke 2007). Als weitere Schutzfaktoren vor der Entwicklung einer PTSD gelten bei Polizisten die positiven Aspekte des Polizeiberufs, die in der interessanten und abwechslungsreichen Tätigkeit, dem Umgang mit Menschen sowie der belohnenden Aufgabe des Helfens gesehen werden (Kop et al. 1999; Dudek 2000). Besonders deutlich werden diese Aspekte in der gesteigerten Arbeitszufriedenheit sowie in der hohen Bereitschaft zur Berufswiederwahl (Ohlemacher et al. 2002a). Aber auch adäquate Ernährung, Kontrolle des Alkoholkonsums und körperliche Fitness werden als hilfreich für die Bewältigung von traumatischen Erfahrungen angesehen (North et al. 2002; Bengel & Heinrichs 2004).

Weitere Untersuchungen zeigten, dass die Einstellung aversive Lebensereignisse außerhalb der eigenen Kontrolle zu erleben, schwerere Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung hervorrufen (Kushner et al. 1992; Regehr et al. 1999). Demgegenüber beschreiben sich Polizeibeamte aufgrund ihres Berufs und der Polizeikultur mit einem verstärkten Kontrollvermögen und erhöhter Kompetenz in einer belastenden Situation, was mit einer geringeren PTSD Prävalenz in Verbindung gebracht wird (Remke 2007; Prati & Pietrantonio 2009). Diese Einstellung ist auch mit der subjektiven Bewertung einer solchen Situation verbunden, da Polizisten belastende Situationen als einen Teil ihres Berufs ansehen (Reiner 2000; Behr 2006). Durch diese *part of the job* Sichtweise (Behr 2006) und die dadurch bedingte verbesserte Kontrolle der emotionalen Reaktion, sind Polizisten auch weniger dem prädiktischen Gefühl der Angst bzw. Hoffnungslosigkeit ausgeliefert (Ehlers 1999; Remke 2007). Ein weiterer Schutzfaktor bei Polizeibeamten liegt deshalb in der trainierten Einsatzkompetenz, die dem Beamten eine gesteigerte Selbst- und Situationskontrolle in kritischen Situationen ermöglicht (Singer 2001; Behr 2006; Schmalzl 2009). Dies bekommt dadurch eine erhöhte Relevanz, da Polizisten, um dem Ideal der Polizistenkultur zu entsprechen, die Risiken einer „Selbstbeschädigung in Kauf“ nehmen (Behr 2010, S. 75). Obwohl den Einsatzbeamten bewusst ist, dass es kein wirkungsvolles Training geben kann, „um alle möglichen Erlebnisvarianten zu antizipieren und zu verarbeiten“, stellen sie sich aber trotzdem immer wieder ihrem beruflichen Alltag (Behr 2010, S. 74). Diese berufliche Einstellung von Polizisten hat dadurch deutliche Überschneidungen mit dem Konzept der **Selbstwirksamkeitserwartung**, welche gemäß Bandura damit einhergeht, dass eine Person die Annahme aufweist, eine Situation kontrollieren und dementsprechend erfolgreich handeln zu können (Bandura 1997; Schuhmacher et al. 2001). Dieses Konstrukt hat auch Ähnlichkeit mit dem *hardiness* Konzept von Kobasa (1982), welches durch selbstverpflichtendes Engagement, Kontrolle und Herausforderung definiert ist. Obwohl dieses primär auf kognitive Aspekte fokussierende Konstrukt die Forschung angeregt hat, konnte es

im Gegensatz zur Selbstwirksamkeitserwartung bisher noch nicht nachgewiesen werden (Gerdes & Weis 2000; Zöllner et al. 2008). Demgegenüber gilt die Selbstwirksamkeitserwartung als personale Bewältigungsressource und ist mit einer erhöhten Widerstandskraft gegenüber belastenden Situationen verbunden und soll daher auch einen Schutzfaktor vor der Entwicklung einer PTSD darstellen (Schwarzer 1994; Schuhmacher et al. 2001; Leppert et al. 2005). Allerdings ist die Selbstwirksamkeitserwartung von den Parametern Alter und Geschlecht dahingehend abhängig, dass Männer und jüngere Menschen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen (Schuhmacher et al. 2001). Demgegenüber zeigte sich in den Untersuchungen zur Prävalenz der PTSD bei Polizisten keine Differenzierung durch das Geschlecht (Teegen et al. 1997; Sommer 2003; Latscha 2005) und nur teilweise ein Alterseffekt (Sommer 2003; Latscha 2005; Remke 2007).

In weiteren Untersuchungen fand man, dass Polizeibeamte nach einer belastenden Situation zu Positivstrategien (aktives Problemlösen) und nicht zu Vermeidungsverhalten bei der Stressreduktion neigten (Latscha 2005; Remke 2007; Neugebauer & Latscha 2009). Zu diesen Positivstrategien gehörte auch die oben schon erwähnte Einsatzkompetenz (Schmalzl 2008) und die Fähigkeit der Beamten soziale Unterstützung in Form der *solidarity* einzufordern und anzunehmen (Reiner 2000; Behr 2006; Schütte 2010). Diese Einstellungen gehen konform mit dem Konzept der **Resilienz**, welche eine flexible, den jeweiligen Situationsanforderungen angemessene Widerstandsfähigkeit darstellt (Bender & Lösel 1998; Schuhmacher et al. 2004) und als protektives Persönlichkeitsmerkmal gilt (Staudinger & Greve 2001; Leppert et al. 2005). Allerdings ist derzeit noch nicht geklärt, ob es sich hierbei um eine stabile Persönlichkeitseigenschaft, oder um dynamische kontextspezifische Adaptionsprozesse der Persönlichkeit handelt (Masten et al. 2007; Fookan 2009). Resilienz wird aber von den meisten Autoren als Widerstandskraft und als Fähigkeit verstanden, internale, aber auch externale Ressourcen für die Bewältigung eines Traumas erfolgreich zu nutzen (Wagnild & Young 1993; Masten et al. 1999; Masten et al. 2007), was insbesondere durch die optimistische Einstellung dem Leben gegenüber zur Geltung kommt (Schuhmacher et al. 2004). Des Weiteren basiert dieses Konzept auf der *Salutogenese* von Antonovsky (1987) und beinhaltet die Fähigkeit sich nach traumatischen Erfahrungen und überwältigenden Beeinträchtigungen relativ schnell zu erholen und die normale Funktionsfähigkeit wieder zu erlangen (Masten et al. 1999; Masten et al. 2007). Aus diesem Grund wurde von der American Psychological Association nach der Traumatisierung vom 11. September 2001 (*ground zero*) auch die Kampagne „*The road to resilience*“ ins Leben gerufen (APA 2008). Wichtige Bestandteile der 10 Vorschläge um Resilienz zu erlangen, sind zum Beispiel „Vermeide es, Krisen für unüberwindbar zu halten“, „Entwickle und bewahre ein positives Selbstbild“ oder „Bewahre Dir eine hoffnungsvolle Haltung“ (APA 2008). Zusammengefasst kann man Resilienz also als adaptive Funktionsfähigkeit beschreiben, die sich im Sinne eines regulatorischen Kapitals interner, aber auch externer Ressourcen im Sinne der Kameradschaft in

der Polizeigemeinschaft (*solidarity*) bedient (Masten et al. 2007; Garbarino 2008). Im Gegensatz zur Selbstwirksamkeitserwartung ist dieses Persönlichkeitsmerkmal vom Alter und Geschlecht unabhängig (Schuhmacher et al. 2004). Obwohl einige Überschneidungen der Persönlichkeitsmerkmale Resilienz und Selbstwirksamkeitserwartung offensichtlich sind, konnte in einer größeren Studie ($N = 2.031$) die Unabhängigkeit sowie die prädiktive Wertigkeit der beiden Konzepte für das psychische Wohlbefinden nachgewiesen werden (Schuhmacher et al. 2004). Begründet ist dies wahrscheinlich dadurch, dass Resilienz im Gegensatz zur Selbstwirksamkeitserwartung auch die Fähigkeit beinhaltet, externe Ressourcen in Form eines sozialen Puffers in Anspruch zu nehmen (Masten et al. 1999; Masten & Obradovic 2007; Prati & Pietrantonio 2009).

Insgesamt scheint also die Persönlichkeitsstruktur von Polizisten aufgrund der Faktoren Handlungsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Problemlösefähigkeit sowie der ausgeprägten dienstbedingten Affekt- und Impulskontrolle dem Konzept der *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004; Masten et al. 2007) bzw. *Selbstwirksamkeit* (Schwarzer & Jerusalem 2008) zu entsprechen. Das Vorhandensein dieser Persönlichkeitsmerkmale und die Förderung derselbigen durch die dienstliche Ausbildung sowie der Teilnahme an der Polizeikultur könnte ein zusätzlicher PTSD Schutzfaktor zu der bekannten *solidarity* (Reiner 2000) der Polizeigemeinschaft darstellen, da die Konstrukte *Resilienz* und *Selbstwirksamkeit* als protektive Faktoren für eine psychische Gesundheit gelten (Schuhmacher et al. 2001; Schuhmacher et al. 2005; Leppert et al. 2005).

1.2.4 Komorbiditäten

Aufgrund der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung in Form von Wiedererleben der traumatischen Situation, dem Vermeidungsverhalten, der Übererregbarkeit (Gereiztheit) sowie der Abflachung der allgemeinen Reagibilität (emotionale Taubheit, Ehlers 1999) kann es zu erheblichen psychosozialen Konsequenzen bei Polizisten kommen (Maia et al. 2007; Beerlage et al. 2009). Hierzu zählen Arbeitsplatzschwierigkeiten durch Konflikte mit dem Vorgesetzten, Karrierebrüche sowie Familienprobleme (Soyer 2006; Maia et al. 2007). Aufgrund dieser zusätzlichen Problematik fand man bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung auch in 50 – 100% der Fälle weitere komorbide Störungen (Brunello et al. 2001). So mündete die Übererregbarkeit sowie das Vermeidungsverhalten durch das Trauma oft in einer gesteigerten Angstsymptomatik bzw. in einer **Angststörung** (Latscha 2005; Beerlage et al. 2009). Aufgrund der starken psychischen Belastung durch das Trauma, der emotionalen Abflachung sowie dem oft mangelnden Verständnis der Umgebung kann sich als Konsequenz einer PTSD auch eine **Depression** entwickeln (Breslau et al. 1997; Maercker 2009). Damit ist eventuell auch der verstärkte *Psychotizismus* erklärbar (Latscha 2005), der unter anderem durch das Gefühl der Isolierung und Entfremdung von der Umwelt charakterisiert ist (Franke 2000). Ebenfalls könnte die Ausprägung des *Psy-*

chotizimus das depressive Reaktionsmuster verstärken, welches wiederum die Symptomatik einer PTSD negativ beeinflusst (Neugebauer & Latscha 2009). Hervorzuheben ist auch die besonders deutlich erhöhte **Suizidrate** bei PTSD Erkrankten (Davidson et al. 1991; Green 1994; Amir et al. 1999), welche auch in der Polizistenpopulation gefunden wurde (Klemisch 2006; Maia et al. 2007). Aufgrund der psychischen Belastung durch die PTSD sowie den komorbiden Störungen ist es auch erklärbar, dass viele Polizisten im Sinne einer Selbsttherapie zu **Alkohol** oder **Nikotin** greifen (Burke 1998; Prati & Pietrantonio 2009), wobei es hierzu aber auch gegenteilige Befunde gibt (Klemisch 2006). Ein ausgeprägter Zusammenhang besteht des Weiteren zu **Somatisierungsstörungen** (Andreski et al. 1998), aber auch zu **körperlichen Krankheiten**, wie zum Beispiel Infektionen und Erkrankungen des Nervensystems und der damit verbunden erhöhten Nutzung medizinischer Behandlungseinrichtungen (Schnurr & Green 2004; Maia et al. 2007).

1.2.5 Behandlungsansätze

Zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung wurden verschiedene effektive psychotherapeutische Ansätze entwickelt (Bisson et al. 2007; Foa et al. 2009). Aber auch direkt nach dem Erleben eines Traumas werden verschiedene Möglichkeiten zur Prävention der Entwicklung einer PTSD erwähnt (Mitchell & Everly 2001; Bengel 2004), wobei aber einige dieser Verfahren auch kritisch beurteilt werden (Rose et al. 2002; Bradley et al. 2005; Hobfoll et al. 2007).

Da die Wichtigkeit der **Prävention** einer PTSD nach dem Erleben eines Traumas in den letzten Jahren verstärkt in das Blickfeld der Öffentlichkeit geraten ist, wurden von dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) die ersten bundeseinheitlichen Leitlinien und Standards für die psychosoziale Notfallversorgung verabschiedet (2008). Allerdings sind viele der derzeit angewandten Methoden nicht ausreichend evaluiert bzw. zeigen negative Effekte (Litz et al. 2002; Bradley et al. 2005; Hobfoll et al. 2007). Besonders das bekannte *Critical Incident Stress Debriefing* (Mitchell & Everly 2000) wird als kritisch betrachtet, da es entweder keine oder eine negative Wirkung aufgrund der Fokussierung auf die Belastungssymptome oder durch den inadäquaten Umgang mit den Reaktionen der Teilnehmer aufzeigt (Mitte et al. 2005; Cujpers et al. 2005; Rose et al. 2006). Demgegenüber wird eine *Krisenintervention*, die eine ereignisnahe Versorgung und Mobilisierung aller verfügbaren Ressourcen darstellt, als hilfreich beschrieben (Bengel & Becker 2009). Methoden hierfür sind unter anderem Schutz und Sicherheit geben, Informationen über mögliche Belastungsfolgen und Bewältigungsstrategien liefern (Psychoedukation) sowie die Aktivierung des sozialen Netzes, um dem Betroffenen möglichst viel Kontrolle und Entscheidungsmöglichkeiten zu geben (Bengel & Becker 2009). Angestrebt wird dadurch die Verlagerung einer „*Sicht von sich selbst als hilflosem Opfer zu der eines Überlebenden, der das Trauma aktiv bewältigen kann*“ (Frommberger et al. 2009, S. 688).

Als weitere effektive Präventionsmaßnahme gilt die *kognitiv-verhaltenstherapeutische Frühintervention* (Foa et al. 1995), welche sich in mehreren Studien bewährt hat (Ehlers et al. 2003; Bryant et al. 2003; Sijbrandij et al. 2007). Hierbei wird innerhalb von 5 bis 10 therapeutischen Sitzungen auf die Psychoedukation, das Expositionstraining sowie auf die kognitive Umstrukturierung mittels Angstbewältigung fokussiert (Bryant et al. 2003). Demgegenüber können Psychopharmaka zwar eine kurzfristige Entlastung der akuten Symptomatik der Traumabelastung (Angst und Hyperaktivität) ermöglichen, aber ein positiver Effekt einer präventiven *medikamentösen Therapie* (Antidepressiva oder Benzodiazepine) zur Vermeidung der Entwicklung einer PTSD konnte bisher nicht gefunden werden (Morgan et al. 2003; Pitman & Delahanty 2005; Stein et al. 2007).

Bei der **Behandlung** der Posttraumatischen Belastungsstörung werden allgemein drei Therapiephasen unterschieden (Herman 1993), wobei besonders auf eine tragfähige therapeutische Beziehung geachtet werden sollte (Frommberger et al. 2009). Nach einer ersten psychischen Stabilisierung und Affektregulation, wird im zweiten Abschnitt auf die Traumaexposition fokussiert um dadurch in der dritten Phase die Integration des Erlebten sowie eine Neuorientierung des Patienten zu ermöglichen (Maercker 2009a). Allgemein versuchen die Therapeuten in der Psychotraumatologie integrativ vorzugehen, d.h. verschiedene Therapieformen zu kombinieren (Müller et al. 2007; Maercker 2009a). Gemäß mehrerer Metaanalysen weisen die therapeutischen Ansätze der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie in Form der *cognitive therapy for PTSD* (Ehlers et al. 2005) sowie der *eye movement desensitization and reprocessing* Therapie (EMDR, Shapiro 2001) gleich gute therapeutische Effekte auf, während beide Ansätze einer psychodynamischen Therapie deutlich überlegen sind (Etten & Taylor 1999; Bisson et al. 2007; Foa et al. 2009). Bei der traumafokussierten *cognitive therapy for PTSD* liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Intervention in der systematischen Bearbeitung der Erinnerung an das traumatische Erlebnis (Ehlers et al. 2005). Hierbei wird auf die dysfunktionalen Bedeutungen der Erinnerungen sowie auf die aufrechterhaltenden kognitiven Strategien und Verhaltensweisen (Vermeidung) fokussiert (Steil & Ehlers 2000). Begründet ist dieses Vorgehen dadurch, dass die negative persönliche Bedeutung einer Intrusion die subjektive Belastung und damit den Grad der Vermeidung bestimmt (Steil & Ehlers 2000). Aber auch durch weitere Methoden, wie zum Beispiel dem Wachrufen der am stärksten belastenden Erinnerung und dem therapeutisch modifizierten kognitiven Umgang mit der Intrusion, wird die Integration des Traumagedächtnisses in das biographische bzw. kontextuelle Gedächtnis gefördert (Ehlers & Clark 2000). Aufgrund der fokussierten Arbeitsweise und der guten Akzeptanz der Therapie seitens der Patienten, kann zumeist innerhalb von 3 Monaten eine deutliche Reduktion der Symptomatik der PTSD erreicht werden (Ehlers 1999; Ehlers et al. 2005). Auch in der *eye movement desensitization and reprocessing* Therapie (EMDR, Shapiro 2001) liegt der Schwerpunkt der Therapie auf der Bearbeitung des Traumagedächtnisses (Schubbe 2009). Der Ablauf der 8-stufigen EMDR ähnelt dabei dem der traumafokussierten kognitiven Therapie

(Frommberger et al. 2009). Als besonderes Merkmal der EMDR soll der Patient aber bei der imaginativen Konfrontation mit den Erinnerungen an das traumatische Ereignis, mit seinen Augen dem Finger des Therapeuten folgen, der schnell und gleichmäßig hin und her bewegt wird (Shapiro 2001; Hofman 2006). Dies wird solange wiederholt, bis die traumatischen Erinnerungen als nicht mehr belastend empfunden werden und mit positiven Kognitionen in Form der Neuverarbeitung verbunden werden können (Schubbe 2009). Obwohl der EMDR Therapie anfänglich mit Skepsis begegnet wurde (Ehlers 1999; Comer 2001) und die Wirkungsweise noch nicht geklärt ist (Bergmann 2000; Barrowcliff et al. 2004; Schubbe 2009), gehört sie aufgrund ihrer nachgewiesenen Effektivität (Bisson et al. 2007; Foa et al. 2009) zu den gesicherten therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung einer PTSD (Rudolf & Schulte 2006; Maercker 2009a; Frommberger et al. 2009).

Obwohl noch kein positiver Effekt der Psychopharmakotherapie bei der Prävention der PTSD festgestellt werden konnte (Pitman & Delahanty 2005; Stein et al. 2007), gibt es doch Erkenntnisse zur positiven Wirksamkeit bei der medikamentösen Behandlung von Intrusionen, Vermeidungsverhalten und chronischer Übererregbarkeit (Charney 1993; Bonne et al. 2004; Stein et al. 2006). Allerdings sollte eine medikamentöse Therapie nur bei ausgeprägter Symptomatik oder erfolgloser Psychotherapie angewandt werden, da es aufgrund der Nebenwirkungen oft zu Therapieabbrüchen innerhalb des geforderten einjährigen Erhaltungszeitraums kommt (Davidson 2006; Frommberger et al. 2009; Leopold et al. 2009). Als besonders wirksam haben sich bei schwerer Symptomatik Antidepressiva und hierbei besonders die beiden Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Sertralin (Zoloft®) und Paroxetin (Seroxat®) in Kurz- sowie Langzeitstudien bewährt (Gorman et al. 2002; Yehuda 2002; Asnis et al. 2004). Des Weiteren gelten diese Präparate als hilfreich bei der Behandlung der komorbiden Störungen Depression und Angstzustände (Stein et al. 2006). Obwohl Benzodiazepine aufgrund ihrer Wirksamkeit gegenüber Angst- und Spannungszuständen kurzfristig hilfreich sein können (Benkert & Hippus 2008), wird aufgrund der langfristigen Wirkungslosigkeit bzw. des negativen Effekts von dem Einsatz der Benzodiazepine Tavor® und Valium® abgeraten (Gelpin et al. 1996; Yehuda 2002). Gemäß einer neueren Studie soll auch der *mood-stabilizer* Lamotrigin (Lamictal®) erfolgreich bei der Behandlung von aufdrängenden Erinnerungen und Vermeidungsverhalten sein (Berlin 2007).

Zusammengefasst stellt nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand die Psychotherapie in Form der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (*cognitive therapy for PTSD*, Ehlers et al. 2005) sowie der *eye movement desensitization and reprocessing* Therapie (EMDR, Shapiro 2001) die beste Behandlungsmöglichkeit einer PTSD dar. Bei besonders schwerer Symptomatik (Intrusionen, Angstzustände, Vermeidungsverhalten, etc.) sollte aber auch die zusätzliche Verwendung von antidepressiver Medikation berücksichtigt werden (Stein et al. 2006; Leopold et al. 2009).

Da aber die Posttraumatische Belastungsstörung aufgrund ihrer gravierenden Symptomatik eine erhebliche psychische Belastung darstellt, wäre es für Angehörige von belastenden Berufen (zum Beispiel Polizisten) sinnvoll, über eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zu verfügen, die als Schutz vor der Entwicklung einer PTSD fungiert. Aufgrund der belastenden Situationen des dienstlichen Arbeitsalltags von Polizeibeamten und der relativ geringen *Prävalenz* einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der Population der Polizisten (Sommer 2003; Latscha 2005; Remke 2007), ist außer dem sozialen Puffer der *solidarity* (Remke 2007; Neugebauer & Latscha 2009; Prati & Pietrantonio 2009) eine durch die Polizeikultur geformte Persönlichkeit zu vermuten, die einen weiteren Schutzfaktor gegenüber den Alltagsbelastungen darstellt. Eine Möglichkeit liegt hierbei in dem *Coping-Mechanismus* einer Persönlichkeitsstruktur, die der *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) bzw. dem Konzept der *Selbstwirksamkeitserwartung* (Schwarzer & Jerusalem 2008) in Form von gesteigertem Selbstbewusstsein, Handlungsfähigkeit, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit sowie effektiver Affekt- und Impulskontrolle entspricht und durch die Polizeikultur gefördert wird (Wilde & Rustemeyer 2007; Behr 2010). Diese beiden Persönlichkeitsmerkmale sind besonders dadurch hervorhebenswert, da sie sich in der Forschung als protektive Faktoren bei psychischer Belastung bewährt haben (Schuhmacher et al. 2001; Schuhmacher et al. 2005; Lepert et al. 2005).

2. Ziele und Fragestellungen

Durch diese Untersuchung sollte nachgewiesen werden, dass Polizisten nicht nur über ein gutes soziales Netz in Form der *solidarity* verfügen (Reiner 2000), sondern auch eine besondere *Persönlichkeitsstruktur* aufweisen, die ihnen ein effektives *Coping* von belastenden dienstlichen Situation ermöglicht und so der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung vorbeugt. Diese Persönlichkeitsstruktur soll aufgrund der Polizeikultur und der dadurch bedingten „*polizeispezifischen Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) durch die Eigenschaften Handlungsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit sowie ausgeprägter Affekt- und Impulskontrolle in Form von *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) und *Selbstwirksamkeitserwartung* (Schwarzer & Jerusalem 2008) definiert sein (Wilde & Rustemeyer 2007; Behr 2010). Begründet ist diese Vermutung dadurch, dass die Punktprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) bei Polizeibeamten zwar im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist (4 – 9% vs. 2.3%), aber aufgrund der deutlich erhöhten Exposition zu traumatischen Situationen durch den dienstlichen Polizeialltag (50 – 90% vs. 11.6%) mit einer deutlich höheren Prävalenzrate bei Polizeibeamten zu rechnen gewesen wäre (Latscha 2005; Remke 2007; Maercker et al. 2008). Aufgrund dieser Vermutung soll in dieser Studie die Häufigkeit der Exposition zu traumatischen Situationen (Schusswaffengebrauch, Umgang mit Toten, etc.) sowie die Prävalenz der PTSD bei Polizeibeamten erhoben werden. Da durch die bisherigen Studienergebnisse ein geschlechtsspezifischer Effekt bei

der Prävalenz der PTSD bei Polizeibeamten ausgeschlossen wird (Teegen 1999; Latscha 2005) und der Einfluss des Alters bzw. der Berufserfahrung unterschiedlich bewertet wird (Teegen et al. 1997; Sommer 2003; Latscha 2005), soll auch der Einfluss dieser Variablen untersucht werden. Als Schutzfaktor vor der Entwicklung einer PTSD soll einerseits die in Studien nachgewiesene wahrgenommene soziale Unterstützung (Neugebauer & Latscha 2005; Prati & Pietrantonio 2009; Schütte 2010), aber auch die vermuteten Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) und *Selbstwirksamkeitserwartung* (Schwarzer & Jerusalem 2008) erfasst werden. Da die Posttraumatische Belastungsstörung eine erhebliche psychische Belastung darstellt (Latscha 2005; Seidler & Wagner 2007), wird des Weiteren explizit auf die eingeschränkte subjektive Befindlichkeit eingegangen.

Die zentralen Fragen dieser Untersuchung waren:

1. Sind bei Polizeibeamten die Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* ausgeprägter als in der Allgemeinbevölkerung?
2. Sind bei Polizeibeamten die Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* von den Parametern Geschlecht, Alter und Dienstalter unabhängig?
3. Sind bei Polizeibeamten, bei denen trotz dem Erleben einer traumatischen Situation keine Posttraumatische Störung diagnostiziert wurde, die Schutzfaktoren *wahrgenommene soziale Unterstützung*, *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* stärker ausgeprägt als bei den Polizeibeamten, bei denen eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde?
4. Sind bei Polizeibeamten, bei denen nach dem Erleben einer traumatischen Situation eine Posttraumatische Störung diagnostiziert wurde, auch stärkere Einschränkungen in der *subjektiven Befindlichkeit* als bei den Polizeibeamten, bei denen keine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde, nachweisbar?

3. Forschungsdesign

Nach der Explikation der Hypothesen erfolgt in diesem Abschnitt die Definition der Outcomes sowie deren Operationalisierung durch die verwendeten Messinstrumente. Beschrieben wird im folgenden die Untersuchungspopulation der Polizeibeamten sowie die Vorgehensweise bei der statistischen Auswertung der erhobenen Daten.

3.1 Hypothesen

Hypothese 1

Bei Polizeibeamten sind die Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* ausgeprägter als in der Allgemeinbevölkerung.

Hypothese 2

Bei Polizeibeamten sind die Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* von den Parametern Geschlecht, Alter und Dienstalter unabhängig.

Hypothese 3

Bei Polizeibeamten, bei denen trotz dem Erleben einer traumatischen Situation keine Posttraumatische Störung diagnostiziert wurde, sind die Schutzfaktoren *wahrgenommene soziale Unterstützung*, *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* stärker ausgeprägt als bei den Polizeibeamten, bei denen eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde.

Hypothese 4

Bei Polizeibeamten, bei denen nach dem Erleben einer traumatischen Situation eine Posttraumatische Störung diagnostiziert wurde, sind stärkere Einschränkungen in der *subjektiven Befindlichkeit* nachzuweisen, als bei den Polizeibeamten, bei denen keine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde.

3.2 Outcomes

Zur Erfassung der unterschiedlichen Dimensionen der Outcomes wurden mehrere verschiedene Messinstrumente verwendet (Tabelle 4). Als **primäres Outcome** wurde die für Polizeibeamte **modifizierte Posttraumatic Diagnostic Scale** (PDS, Ehlers et al. 1996; Latscha 2005) zur Erfassung der belastenden Situation sowie der Prävalenz und Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung verwendet. Als sekundäres Outcome wurde die psychische Belastung in Form von zum Beispiel Depressivität, Ängstlichkeit oder Somatisierung der Beamten durch das *Brief-Symptom-Inventory* (BSI, Franke 2000) erfasst. Des Weiteren wurden als sekundäre Outcomes die vermuteten Schutzfaktoren bei der Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung gemessen. Hierzu gehörte die *wahrgenommene soziale Unterstützung* (F-SozU, Fydrich et al. 2007), aber auch die Ausprägungen in den Persönlichkeitsmerkmalen *Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE, Schwarzer & Jerusalem 2008) und *Resilienz* (RS-11, Schuhmacher et al. 2004).

Tabelle 4

Outcomes und deren Operationalisierung

Parameter	Outcome	Operationalisierung	Erläuterung
PTSD Symptomatik	Selbsteinschätzung der eventuellen Symptomatik einer PTSD, zuzüglich Erfassung der Reaktionen auf diese Symptome	PDS * (Ehlers et al. 1995; Latscha 2005)	Kap. 3.3.2
Psychische Belastung	Selbsteinschätzung der psychischen Belastung auf 9 Skalen (zum Beispiel Somatisierung, Depressivität, Paranoides Denken) sowie auf 3 globalen Kennwerten	BSI (Franke 2000)	Kap. 3.3.3
Soziale Unterstützung	Selbsteingeschätzte bzw. wahrgenommene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld	F-SozU (Fydrich et al. 2007)	Kap. 3.3.3
Selbstwirksamkeitserwartung	Selbsteinschätzung der allgemeinen optimistischen Kompetenzerwartung	SWE (Schwarzer & Jerusalem 2008)	Kap. 3.3.3
Resilienz	Selbsteinschätzung der psychischen Widerstandskraft	RS-11 (Schumacher et al. 2004)	Kap. 3.3.3

BSI = *Brief-Symptom-Inventory* (Franke 2000), F-SozU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Fydrich et al. 2007), **PDS *** = *Post-Traumatic-Scale* (Ehlers et al. 1996; modifizierte Version für Polizeibeamte von Latscha 2005) - **primäres Outcome**, SWE = Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem 2008), RS-11 = Resilienzskala - Version mit 11-Items (Schumacher et al. 2004)

3.3 Operationalisierung

3.3.1 Soziodemographische Merkmale

Als soziodemographische Merkmale wurden das Geschlecht, das Alter und der Familienstand (verheiratet, geschieden, etc.) der Befragten erhoben. Bezüglich der dienstlichen Merkmale wurde das Dienstalder im Sinne der Berufserfahrung, der Dienstgrad sowie der Dienstbereich (Schutz- oder Kriminalpolizei) erfasst. Eine weitere Fragestellung bezog sich auf den Dienort, welcher sich nach ländlichem Bereich, Stadt im ländlichen Bereich oder Großstadt differenzierte. Den Befragten wurde bei dieser Erhebung explizit Anonymität zugesichert.

3.3.2 Primäres Outcome

Die Symptome einer vorhandenen PTSD wurden als primäres Outcome mit der modifizierten *Posttraumatic-Diagnostic-Scale* (PDS) für Polizeibeamte (Ehlers et al. 1995; Latscha 2005) erfasst.

PDS: Das deutschsprachige Selbstbeurteilungsinstrument *Posttraumatic-Diagnostic-Scale* (Ehlers et al. 1995) basiert auf der englischsprachigen Version von Foa et al. (1995). Sie hat als Ziel das Auftreten von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie die Reaktionen der Betroffenen auf dieselbigen zu erfassen. Der Fragebogen orientiert sich hierbei an der Symptomatik sowie der Diagnosestellung des DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) und besteht aus vier Abschnitten. Die ersten beiden Abschnitte erfassen das A-Kriterium der Diagnose einer PTSD durch das Erfragen des traumatischen Geschehens, des Zeitraums und der Reaktionen des Individuums (Angst oder Hoffnungslosigkeit) auf das traumatische Erleben. Damit wird nicht nur das A1-, sondern auch das relevante A2-Kriterium der DSM-IV-TR Diagnosestellung erhoben (Saß et al. 2003). Die für Polizeibeamte modifizierte Version enthält außer den 11 beschriebenen Formen der Traumatisierung (Ehlers et al. 1996) noch vier weitere polizeispezifische Traumata, die sich auf den Schusswaffengebrauch sowie den dauerhaften Umgang mit Toten, Schwerstverletzten und Opfern sexueller Gewalt beziehen (Latscha 2005). Das Item *traumatische Situation Folter* wurde durch das Item *plötzlicher, unerwarteter Tod eines Familienangehörigen* ersetzt, da sich diese belastende Situation oft in psychologischen Beratungsgesprächen mit Polizeibeamten offenbart (Latscha 2005). Abschnitt drei beinhaltet 17 Fragen nach den Symptomen der PTSD, welche die Symptomcluster Intrusion, Vermeidungsverhalten und *hyperarousal* des DSM-IV-TR (Kriterium B, C und D, Saß et al. 2003) abdecken. Jedes Symptom kann hierbei gemäß seiner Häufigkeit auf einer 4-stufigen Likert-Skala eingeschätzt werden, welche von *überhaupt nicht* bis *fast immer* reicht. Der befragte Zeitraum der Symptomatik bezieht sich auf die letzten vier Wochen vor der Datenerhebung. Auch wird in diesem Frageabschnitt die Symptombdauer (weniger als ein Monat bis über 6 Monate) erfasst, welche dem Kriterium E des DSM-IV-TR entspricht (Saß et al. 2003). Im anschließenden vierten Abschnitt wird auf die psychosoziale Einschränkung (Kriterium F) näher eingegangen, da hier Probleme zum Beispiel in den Bereichen Freizeit und Beziehung erfragt werden. Anschließend an diesen Abschnitt erfolgt in dem modifizierten Instrument die Frage nach einer hilfreichen Betreuung (Latscha 2005). Als Betreuung wird hierbei die Unterstützung durch einen Seelsorger oder den psychologischen Dienst verstanden, aber auch die entlastende Unterhaltung mit Freunden oder Kollegen. Zusätzlich wird die wichtigste Person bei der Symptombewältigung nach dem erlebten Trauma erfragt. Aufgrund der Berechnung der Symptomschwere anhand der Likert-Skala in Abschnitt drei, kann aufgrund dieses Mittelwertes der Schweregrad der PTSD bestimmt werden (Ehlers et al. 1996). Eine milde Symptomatik einer PTSD wird bei unter 10 Punkten attestiert und eine Punktzahl von 11 bis 20 offenbart einen mittleren Schweregrad. Der Bereich von 21 bis 35 zeigt eine mittlere bis schwere Ausprägung an und ab 35 Punkten gilt eine schwerwiegende Symptomatik (Foa et al. 1995).

Bezüglich der Validität haben sich die englisch-, aber auch die deutschsprachige Version der PDS bei der Erfassung einer PTSD bewährt (Foa et al. 1997; Griesel et al. 2006). Während sich die Schät-

zungen der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) bei der Originalversion zwischen $\alpha_{\min} = .78$ und $\alpha_{\max} = .92$ bewegen (Foa et al. 1997), zeigt die deutsche Version bei den einzelnen Symptomclustern interne Konsistenzen zwischen $\alpha_{\min} = .88$ und $\alpha_{\max} = .94$ (Griesel et al. 2006). Aber auch die konvergente und divergente Validität konnte für beide Versionen bestätigt werden. So zeigte die Korrelation der englischen Originalversion mit dem bewährten und abgesicherten PTSD Messinstrument CAPS (*Clinican-Administered-PTSD-Scale*, Foa & Tolin 2000; Wessa et al. 2005) einen Wert von $r = .75$ und die deutsche Version zu dem CAPS eine Korrelation von $r = .76$ (Foa et al. 1997; Griesel et al. 2006). Aber auch die Korrelation des deutschsprachigen Instrumentes zu dem akzeptierten Messinstrument IES-R (*Impact-of-Event-Scale-Revised*, Weiss & Marmar 1997; Maercker & Schützwohl 1998) mit $r = .69$ bestätigte die konvergente Validität (Griesel et al. 2006). Die divergente Validität des PDS konnte demgegenüber mit Vergleichen zu den Fragebögen BDI (Beck-Depressions-Inventar, Hautzinger et al. 1995) sowie STAI (*State-Trait-Anxiety-Inventory*, Laux et al. 1981) nachgewiesen werden (Griesel et al. 2006). Bezüglich der Test-Retest-Reliabilität weist zwar der Originalfragebogen mit $r = .74$ einen ausreichend guten Wert auf (Foa et al. 1997), welcher aber aufgrund mangelnder Untersuchungen bisher noch nicht für die deutsche Version bestätigt werden konnte. Auch wird bei der Verwendung der deutschen Version des PDS darauf hingewiesen, dass dieses Messinstrument im Vergleich zu anderen Instrumenten die Häufigkeit der PTSD überschätzt, so dass zur Absicherung der Diagnose immer auch ein klinisches Interview erfolgen sollte (Griesel et al. 2006; Maercker et al. 2009).

3.3.3 Sekundäre Outcomes

Zur Erfassung von weiteren für die Untersuchung wichtigen Merkmalen wurde das *Brief-Symptom-Inventory* (BSI, Franke 2000), der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU, Fydrich et al. 2007), die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE, Schwarzer & Jerusalem 2008) sowie die Resilienzskala (RS-11, Schuhmacher et al. 2004) verwendet.

BSI: Das Selbstbeurteilungsverfahren *Brief-Symptom-Inventory* (Franke 2000) ist die Kurzfassung der *Symptom-Checkliste* (SCL-90-R, Derogatis 1992) und beinhaltet 53 körperliche und psychische Symptome, welche eine empfundene Beeinträchtigung widerspiegeln (Franke 2000). Aufgrund der relativ geringen Itemanzahl benötigt die Beantwortung dieses *Screening*-Verfahrens nur 8 bis 10 Minuten. Die individuelle Belastung soll auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden, welche die Ausprägung von *überhaupt nicht* bis *sehr stark* umfasst. Die offenbarten Beeinträchtigungen beziehen sich auf die vergangenen 7 Tage und werden neun Skalen sowie drei globalen Kennwerten zugeordnet. Die neun primären Skalen des BSI sind folgendermaßen definiert (Franke 2000):

1. Skala: *Somatisierung (7 Items)* → Dieser Symptomcluster bezieht sich in Form von zum Beispiel kardiovaskulären oder respiratorischen Beschwerden auf die psychische Belastung, die durch die Wahrnehmung von körperlichen Dysfunktionen entsteht. Integriert sind des Weiteren Schmerzsymptome und körperliche Symptome der Angst.
2. Skala: *Zwanghaftigkeit (6 Items)* → In dieser Skala werden Symptome erfasst, die einen engen Zusammenhang mit der klinischen Erkrankung der Zwanghaftigkeit aufweisen. Hierzu gehören Gedanken, Impulse und Handlungen, die vom Betroffenen als konstant vorhanden und nicht änderbar, aber auch als ich-fremd bzw. ungewollt erlebt werden.
3. Skala: *Unsicherheit im Sozialkontakt (4 Items)* → Erfasst werden in diesem Bereich die Gefühle persönlicher Unzulänglichkeiten, Minderwertigkeit und Selbstabwertung im sozialen Kontakt. Aber auch Selbstzweifel, Selbstunsicherheit und negative Erwartungen in Bezug auf die Kommunikation werden in dieser Skala erhoben.
4. Skala: *Depressivität (6 Items)* → Hierunter fallen die Symptome dysphorische Gefühle und Stimmung, verringertes Interesse am allgemeinen Leben sowie reduzierte Motivation und Energie. Zusätzlich werden die Symptome Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken erfasst.
5. Skala: *Ängstlichkeit (6 Items)* → Diese Skala fokussiert auf manifeste Angst mit Nervosität, Spannungen und Zittern, Panikattacken, Schreckgefühle sowie somatische Korrelate der Angst. Als kognitive Komponenten sind die Gefühle Besorgnis und Furcht definiert.
6. Skala: *Aggressivität / Feindseligkeit (5 Items)* → Hierunter fallende Symptome sind Ärger, Aggression, Irritierbarkeit, Zorn und Verstimmung. Die Ausprägung kann sich von geringer Reizbarkeit bis zur starken Aggressivität mit feindseligen Aspekten steigern.
7. Skala: *Phobische Angst (5 Items)* → Thematisiert wird in dieser Skala eine andauernde und unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Person, einen Platz, ein Objekt oder eine charakteristische Situation. Aber auch Vermeidungsverhalten wird in dieser Skala erfasst.
8. Skala: *Paranoides Denken (5 Items)* → Diese Skala umfasst den Bereich der Denkstörungen, welche durch Misstrauen bis hin zu starkem paranoidem Denken geprägt sind. Als weitere Merkmale werden Gedankenprojektion, Grandiosität, Angst vor Autonomieverlust und wahnhaftes Täuschung skizziert.
9. Skala: *Psychotizismus (5 Items)* → In diese Skala fallen die Gefühle der Isolierung und Entfremdung, aber auch ein verzerrter schizoider Lebensstil und die Primärsymptome einer Schizophrenie, wie zum Beispiel Halluzination und Gedankenzerfall.

Die drei globalen Kennwerte dieses *Screening*-Instruments geben Auskunft über das allgemeine Antwortverhalten. So misst der *Global Severity Index* (GSI) die grundsätzliche psychische Belastung, der *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) die Intensität der Antworten und der *Positive Symptom Total* (PST) offenbart die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (Franke 2000). Unter den drei globalen Kennwerten ist der GSI der sensitivste Indikator für die

psychische Belastung, da er die Intensität der empfundenen Belastung bei allen 53 Symptomen erfasst (Franke 2000). Die Interpretation des BSI erfolgt gemäß der Bildung von T-Werten anhand einer Normstichprobe ($N = 600$), bei der ein Wert zwischen 40 und 60 als normal bezeichnet wird. Eine psychische Auffälligkeit durch das *Screening*-Instrument ist bei einem Wert von $T_{\text{GSI}} \geq 63$ gegeben oder wenn mindestens 2 Skalen einen Wert von $T_{2 \text{ Skalen}} \geq 63$ aufweisen (Franke 2000).

Bezüglich der Gütekriterien des BSI zeigen Untersuchungen der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) mit Werten der einzelnen Skalen von $\alpha_{\text{min}} = .75$ und $\alpha_{\text{max}} = .89$ eine gute Reliabilität (Boulet & Boss 1991). Aber auch die Test-Retest-Reliabilität der einzelnen Skalen kann mit $r_{\text{min}} = .68$ bis $r_{\text{max}} = .91$ als gut bezeichnet werden (Derogatis 1992). Die konvergente sowie divergente Validität konnte durch Untersuchungen mit dem multidimensionalen Messinstrument FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar, Fahrenberg et al. 1994) sowie dem F-SozU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Fydrich et al. 2007) nachgewiesen werden (Franke 2000). Auch hat sich der BSI in Studien zu psychotherapeutischen Interventionen (Kelly et al. 1997) und bei Untersuchungen zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse (Bachar et al. 1997; Stuart & Bliese 1998) bewährt.

F-SozU: Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU, Fydrich et al. 2007) erfasst die soziale Unterstützung als wahrgenommene bzw. antizipierte Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Primär geht es dabei um die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall auf Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zurückgreifen zu können (Fydrich et al. 2007). Die Autoren entwickelten mehrere Versionen, wobei zumeist die Kurzform mit 22 Items aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit von ca. 6 Minuten verwendet wird. Diese 22 Items sind auf mehrere verschiedene Dimensionen verteilt, wobei 4 Items eine Doppelzuordnung aufweisen (Fydrich et al. 1999). Die Dimensionen sind *Emotionale Unterstützung* (10 Items), *Praktische Unterstützung* (5 Items), *Soziale Integration* (7 Items), *Verfügbarkeit einer Vertrauensperson* (2 Items) und *Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung* (2 Items). Die Untersuchten sollen des Weiteren auf einer 5-stufigen Likert-Skala den Grad ihrer Zustimmung zu den jeweiligen Items angeben. Die anschließende Auswertung erfolgt durch die Aufsummierung aller Itemantworten und Division des Ergebnisses durch die Anzahl der Items. Eine Umwandlung der Punktzahl in Prozentränge ist anhand einer Normstichprobe ($N = 2.507$) möglich und aufgrund der linksschiefen wie schmalgipfligen Verteilung notwendig (Bilsky & Hosser 1998; Fydrich et al. 1999). Allgemein werden Prozentränge zwischen 16 und 84 als unauffällig betrachtet und Werte außerhalb dieses Normbereichs als auffällig (Fydrich et al. 2007). Die Reliabilität wird aufgrund der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) von $\alpha = .91$ und der Test-Retest-Reliabilität von $r = .65$ bei einem 2 Monatsintervall als gut betrachtet (Fydrich et al. 2007). Die konvergente Validität wurde mit Vergleichen zu den bewährten Messinstrumenten BDI (Beck-Depressions-Inventar, Hautzinger et al. 1995) sowie SCL-90-R (Symptom-Checkliste von Derogatis - revidierte Version, Franke 2002) positiv nachgewiesen (Franke 1994; Bilsky & Hosser

1998; Fydrich et al. 1999). Begründet ist die Verwendung des F-SozU für diese Untersuchung auch dadurch, dass sich dieses Instrument in mehreren Studien zur Gesundheitsforschung bewährt hat (Gunzelmann et al. 1999; Brand et al. 2005). Ein positiver Effekt der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in Form des F-SozU konnte auch bei der Vermeidung einer PTSD nach einer traumatischen Situation in mehreren Untersuchungen nachgewiesen werden (Schützwahl & Maercker 1997; Schützwahl et al. 1999).

SWE: Das Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Allgemeinen Selbstwirksamkeit besteht aus 10 Items, welche die optimistische Kompetenzerwartung messen (Schwarzer & Jerusalem 2008). Erhoben wird also das Vertrauen darauf, eine schwierige Situation aus eigener Kraft zu meistern (Schuhmacher et al. 2001). Items der Skala sind zum Beispiel „Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe“ oder „Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann“. Aufgrund der geringen Itemzahl kann die Bearbeitung innerhalb von 4 Minuten erfolgen. Das Antwortverhalten besteht aus einer 4-stufigen Likert-Skala, die den Bereich von *stimmt nicht* (1) bis *stimmt genau* (4) abdeckt (Schwarzer & Jerusalem 2008). Der individuelle Testwert ergibt sich aus der Addition aller zehn Antworten, so dass ein Wert von 10 bis 40 Punkten erreicht werden kann. Als Mittelwert wurde aufgrund von Untersuchungen in 23 Ländern ein Punktwert von 29 und eine Standardabweichung von 4 Punkten gefunden (Schwarzer & Jerusalem 1999; Schwarzer et al. 1999). In nationalen Stichproben konnte bezüglich der Reliabilität eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) zwischen $\alpha_{\min} = .80$ und $\alpha_{\max} = .92$ nachgewiesen werden (Schwarzer et al. 1999; Schuhmacher et al. 2001). Des Weiteren konnte die Eindimensionalität der Skala wiederholt in exploratorischen sowie konfirmatorischen Faktorenanalysen bestätigt werden (Leganger et al. 2000; Schwarzer 2001). Aber auch die konvergente und divergente Validität zu Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout sowie zum psychischen Wohlbefinden wurde durch Studien unterstützt (Schwarzer 2003; Schuhmacher et al. 2004). Aufgrund einer repräsentativen Stichprobe ($N = 2.031$) sind Normwerte vorhanden, so dass Gruppenvergleiche mittels T-Werte möglich sind (Schuhmacher et al. 2001).

RS-11: Die deutschsprachige Kurzversion der Resilienzskala basiert auf der angloamerikanischen *Resilience Scale* (Wagnild & Young 1993) und besteht aus 11 Items, welche die psychische Widerstandsfähigkeit erfassen sollen (Schuhmacher et al. 2004). Diese wird als Fähigkeit verstanden, internale und externale Ressourcen für die Bewältigung von Schwierigkeiten im Alltag zu aktivieren (Wagnild & Young 1993). Im Gegensatz zu dem Messinstrument SWE (Schwarzer & Jerusalem 2008) betrachtet die Resilienzskala nicht nur die Kompetenzerwartung der eigenen Fähigkeiten, sondern auch die optimistische Einstellung dem Leben gegenüber (Schuhmacher et al. 2004). Beispiele für die Items dieser Skala sind „Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch“ und „Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann“. Die Bewertung der einzelnen Items erfolgt auf

einer 7-stufigen Likert-Skala (*stimme nicht zu* bis *stimme völlig zu*), so dass sich die Auswertung in dem Bereich von 38 bis 77 Punkten bewegt. Aufgrund einer Normstichprobe ($N = 2.031$) konnte ein Mittelwert von 58 Punkten, eine Standardabweichung von 10.7 sowie eine Prozentrang-Norm festgelegt werden (Schuhmacher et al. 2004). Aufgrund der Untersuchung von Schuhmacher et al. (2004) konnte die Reliabilität der Resilienzskala in Form der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) mit $\alpha = .91$ bestätigt werden. Auch wurde hierbei die Eindimensionalität des Messinstruments nachgewiesen, da sich in der exploratorischen Faktorenanalyse alle 11 Items auf einem Faktor befanden (Schuhmacher et al. 2004). In dieser Studie wurde auch die konvergente und divergente Validität zu den Messinstrumenten GGB-24 (Giessener Beschwerdefragebogen, Brähler et al. 2004) und SWE (Selbstwirksamkeitserwartung, Schwarzer & Jerusalem 2008) positiv bestätigt. Dadurch wurde auch der Nachweis erbracht, dass die beiden Messinstrumente SWE (Schwarzer & Jerusalem 2008) und RS-11 (Schuhmacher et al. 2004) zumindest partiell Unterschiedliches messen (Schuhmacher et al. 2004). Obwohl die Erfassung des Persönlichkeitsmerkmals Resilienz teilweise kritisch betrachtet wird (Fookan 2009), gibt es doch deutliche Hinweise darauf, dass das im RS-11 erhobene Konstrukt in mehreren Untersuchungen als protektives Persönlichkeitsmerkmal fungierte (Staudinger & Greve 2001; Schuhmacher et al. 2004; Leppert et al. 2005).

3.4 Untersuchungspopulation & Messzeitpunkt

Als Untersuchungsgruppe konnte eine gemischtgeschlechtliche Stichprobe von $N = 213$ Polizeibeamten des mittleren Dienstes (PM, POM und PHM) sowie Polizeikommissaranwärtern auf Probe (Abiturienten nach bestandenem Praktikum) gewonnen werden. Die Datenerhebung wurde im Juli und August 2010 an der Hochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen durchgeführt. Die teilnehmenden Polizisten absolvierten während der Ausbildung für den gehobenen Dienst Pflichtseminare im Grund- und Hauptstudium und nahmen im Rahmen dieser Seminare freiwillig an der Datenerhebung teil. Auch wurde ihnen die Anonymisierung ihrer Daten zugesichert. Die befragten Polizisten kamen aus den verschiedensten Dienstbereichen, wie zum Beispiel Schutzpolizei, Bereitschaftspolizei und Kriminalpolizei. Da allerdings 10 Polizeibeamten den Fragebogen nicht vollständig ausfüllten und daher keine Diagnose gestellt werden konnte, reduzierte sich der Umfang der Stichprobe durch die *drop-out* Rate (4.7%) auf $N = 203$. Auch die restlichen Teilnehmer füllten den Fragebogen nicht vollständig aus, was aber in den entsprechenden Tabellen angegeben wird.

Die Stichprobe bestand aus 56 weiblichen und 141 männlichen Polizeibeamten (Tabelle 5). Das Durchschnittsalter betrug 27.9 Jahre und die Alterspanne reichte von 20 bis 43 Jahren. Die meisten der befragten Polizisten lebten in einer Partnerschaft (41.4%, $n = 84$) und waren kinderlos (76.8%, $n = 156$). Das durchschnittliche Dienstalder betrug 8.6 Jahre und reichte von 1 bis 21

Dienstjahren. Der größte Anteil der Befragten stammte aus dem mittleren Dienst (61.1%, $n = 124$), was auch die erhöhte Zugehörigkeit zu dem Dienstbereich der Schutzpolizei erklärt (84.2%, $n = 171$). Die restlichen Befragten waren Polizeikommissaranwärter (PKA, 32.0%, $n = 65$), die unterschiedlichen Dienstbereichen zugeordnet waren. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Gruppe der Polizeikommissaranwärter zumeist direkt nach der Schule diese Laufbahn eingeschlagen haben und daher ein niedrigeres Durchschnittsalter (22.66 ± 2.64 vs. 30.82 ± 3.89 ; $t [182] = 15.03$, $p < .001$) und Dienstalster ($2.23 \pm .53$ vs. 12.14 ± 4.13 ; $t [184] = 19.07$, $p < .001$) als die Beamten im mittleren Dienst aufwiesen.

Tabelle 5

Soziodemographische Merkmale der Stichprobe (N = 203)

Merkmale	Differenzierung	Stichprobe
Alter	<i>M (SD)</i>	27.9 (5.21)
	<i>range</i>	20 - 43
Geschlecht	Männlich, % (<i>n</i>)	69.5 (141)
	Weiblich, % (<i>n</i>)	27.6 (56)
	Keine Angaben	3.0 (6)
Familienstand	Single, % (<i>n</i>)	28.6 (58)
	mit Partner(in)	41.4 (84)
	verheiratet	21.2 (43)
	geschieden	2.0 (4)
	keine Angaben	6.9 (14)
Kinder	Ja, % (<i>n</i>)	16.3 (33)
	Nein	76.8 (156)
	keine Angaben	6.9 (14)
Dienstalster	<i>M (SD)</i>	8.6 (5.76)
	<i>range</i>	1 - 21
Dienstgrad	PM, POM und PHM, % (<i>n</i>)	61.1 (124)
	PKA	32.0 (65)
	keine Angaben	6.9 (14)
Dienstbereich	Schutzpolizei, % (<i>n</i>)	84.2 (171)
	Kriminalpolizei	8.4 (17)
	keine Angaben	7.4 (15)
Dienstort	ländlicher Bereich, % (<i>n</i>)	15.8 (32)
	Stadt im ländlichen Bereich	44.8 (91)
	Großstadt	31.5 (64)
	keine Angaben	7.9 (16)
Teilnahme an einem Stressbewältigungsseminar	Ja, % (<i>n</i>)	6.4 (13)
	Nein	87.2 (177)
	keine Angaben	6.4 (13)

M = Mittelwert, PKA = Polizeikommissaranwärter, PM = Polizeimeister, PHM = Polizeihauptmeister, POM = Polizeiobermeister, *range* = Angabe des Wertebereichs, *SD* = Standardabweichung

Als häufigster Dienstort wurde eine Stadt im ländlichen Bereich (44.8%, $n = 91$) bzw. eine Großstadt (31.5%, $n = 64$) benannt. Nur wenige der befragten Polizisten hatte im Vorfeld ein Stressbewältigungsseminar besucht (6.4%, $n = 13$).

3.5 Statistische Auswertung

Zur Überprüfung der statistischen Hypothesen wurde das Statistikprogramm SPSS 18.0 für Macintosh benutzt. Allen gerichteten und ungerichteten Fragestellungen lag ein Signifikanzniveau von $\alpha \leq 5\%$ zugrunde.

Stichprobencharakteristika

Berechnungen mit abhängigen Variablen auf Nominalskalenniveau wurden mit dem stabilen und mehrfach erprobten nonparametrischen χ^2 -Test (bzw. *Fishers Exact Test*) durchgeführt (Bortz 2005). Bei Mittelwertvergleichen wie zum Beispiel der Symptomschwere der Erkrankungen kam der unabhängige *t*-Test zum Einsatz, da dieses Verfahren als relativ robust bei homogenen Varianzen gilt (Bortz 2005).

Hypothesen

Die erste Hypothese, welche einen Vergleich der Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* (RS-11) und *Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) von Polizeibeamten zu der Allgemeinbevölkerung untersuchte, wurde aufgrund der vorhandenen Normwerte der Allgemeinbevölkerung (Schuhmacher et al. 2001; Schuhmacher et al. 2004) mittels eines *t*-Tests (Bortz 2005) durchgeführt. Dieser Test gilt aufgrund von Monte-Carlo Studien als robustes Instrument (Bortz 2005). Die zweite hypothesengeleitete Fragestellung, welche die Unabhängigkeit der Persönlichkeitskonstrukte *Resilienz* bzw. *Selbstwirksamkeit* von Geschlecht, Alter und Berufserfahrung (Dienstalter) bei Polizisten postulierte, wurde mittels einer *multivariaten Varianzanalyse* berechnet. Hierbei wurden die beiden abhängigen Merkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* unter Berücksichtigung des *festen Effekts* des Geschlechts und der *Zufallseffekte* Alter und Berufserfahrung miteinander verglichen (Modell III). Begründet ist die Verwendung der *multivariaten Varianzanalyse* bei diesem multiplen Vergleich durch die dadurch bedingte Reduktion der α -Fehler-Inflation sowie der Bewährung dieses Verfahrens bei einer Stichprobengröße von $n > 10$ und homogenen Varianzen (Bortz 2005). Um den protektiven Einfluss der *sozialen Unterstützung* (F-SozU) sowie der Persönlichkeitskonstrukte *Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) bzw. *Resilienz* (RS-11) auf die Entwicklung einer PTSD in der dritten Hypothese nachweisen zu können, wurde eine *univariate Varianzanalyse* berechnet. Als *fester Effekt* galt die Diagnosegruppe (keine Diagnose, PTSD oder subsyndromale PTSD) und als *abhängige Variablen* die Ausprägungen auf den Merkmalen F-SozU, SWE und RS-11. Für den Vergleich zwischen den Diagnosegruppen wurden hypothesengeleitete *orthogonale Helmert-Kontraste* verwendet, so dass die Gruppe ohne Diagnose mit der Diagnosegruppe PTSD bzw. subsyndromale PTSD verglichen werden konnte. Auch dieses Verfahren hat sich bei einer Stichproben von $n > 10$ und homogenen Varianzen bewährt (Bortz 2005). Des Weiteren wurde für diese Hypothese eine *binäre Regressionsanalyse* mit den Prädiktoren F-SozU, SWE und RS-11 berechnet. Die drei Prädiktoren wurden gemäß der *schrittweisen Regression* in

Form der *Vorwärts-Technik* eingefügt (Bortz 2005). Als abhängige Variable galt die Diagnose einer PTSD bzw. einer subsyndromalen PTSD bei Polizeibeamten. Dieses Instrument weist bei einer Stichprobengröße von $N > 40$ und einer Variablenzahl von $k < 10$ eine gute statistische Bewertung auf (Bortz 2005). Für die vierte Hypothese, welche die Auswirkung der Posttraumatischen Belastungsstörung auf die *subjektive Befindlichkeit* (BSI, *Brief-Symptom-Inventory*) von Polizeibeamten untersuchte, wurde ein weiterer Gruppenvergleich berechnet. Die Diagnosegruppen PTSD, subsyndromale PTSD und die Gruppe ohne Diagnose wurden anhand der Ausprägungen in den BSI-Skalen (zum Beispiel Somatisierung und Depressivität) verglichen. Auch hier wurde aufgrund der Vielzahl von Berechnungen eine *Varianzanalyse mit orthogonalen Helmert-Kontrasten* verwendet, um den α -Fehler möglichst gering zu halten (Bortz 2005).

Effektstärken

Die Berechnung der *Effektstärken* (ES) wurde für die Erhebungsinstrumente F-SozU (Fydrich et al. 2007), RS-11 (Schuhmacher et al. 2004), SWE (Schwarzer & Jerusalem 2008) und BSI (Franke 2000) durchgeführt. Die Berechnung basierte auf den Vorschlägen von Leonhart (2004). Die allgemeine Formel für Effektstärken gemäß Cohen (1988) lautet:

$$d = \frac{M_1 - M_2}{SD_x}$$

Legende: d = Cohens d (Effektstärke), M_1 = Mittelwert der ersten Gruppe, M_2 = Mittelwert der zweiten Gruppe, SD_x = gemittelte Streuung beider Stichproben

Als kleiner Effekt gilt hierbei eine *ES* von $d = .2$, als mittlerer Effekt ein $d = .5$ und als großer Gruppenunterschied ein $d = .8$ (Cohen 1988). Nach der Testung auf Varianzhomogenität (*Levene-Test*) wurde bei heterogenen Varianzen die Relativierung der Mittelwertsdifferenz anhand der Kontrollgruppenstreuung (Polizeibeamte ohne Diagnose einer PTSD bzw. einer subsyndromalen PTSD) verwendet (Leonhart 2004). Bei homogenen Varianzen wurde eine mit der Gruppengröße gewichtete mittlere Schätzung der Gesamtstreuung berechnet. Gemäß dem Konzept von Hays (1994) wird die Streuung der jeweiligen Gruppen in folgende Formel implementiert:

$$SD_{POOL} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) * SD_1^2 + (n_2 - 1) * SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Legende: SD_{POOL} = gepoolte Streuung (gemittelte Streuung beider Stichproben), SD_1 = Streuung der ersten Gruppe, SD_2 = Streuung der zweiten Gruppe, n_1 = Stichprobengröße der ersten Gruppe, n_2 = Stichprobengröße der zweiten Gruppe

4. Ergebnisse

Vor der eigentlichen Testung der Hypothesen in den Abschnitten 4.2 bis 4.5 erfolgt eine deskriptive Darstellung der Stichprobe anhand der Kriterien des PDS-Fragebogens (Ehlers et al. 1995). Dieser beinhaltet das traumatische Ereignis sowie das objektive und subjektive Traumakriterium (A-Kriterium). Des Weiteren werden die Symptome einer PTSD (B-, C- und D-Kriterium) und die Beeinträchtigungen durch dieselbigen präsentiert. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der Häufigkeiten der PTSD bzw. der subsyndromalen PTSD gemäß der DSM-IV-TR Kriterien (Saß et al. 2003).

4.1 Stichprobencharakteristika

4.1.1 Belastende Ereignisse

Die befragten Polizisten erlebten durchschnittlich 2.56 (\pm 1.74) Ereignissituationen. Am häufigsten wurde das Ereignis *schwerer Unfall* (67.5%, n = 137) genannt (Tabelle 6).

Tabelle 6

Häufigkeiten erlebter belastender Ereignisse (N = 203)

Erlebnissituation	Häufigkeiten % (n)
Schwerer Unfall, Explosion, etc.	67.5 (137)
Naturkatastrophe	14.8 (30)
Angriff auf eigene Person	48.3 (98)
Angriff auf andere Person	48.8 (99)
Geschossen bei Angriff auf eigene Person	1.5 (3)
Geschossen bei Angriff auf andere Person	1.5 (3)
Geschossen wegen Festnahme	2.0 (4)
Sexueller Angriff durch bekannte Person	0.5 (1)
Sexueller Angriff durch fremde Person	1.0 (2)
Dauerhafter Umgang mit Toten, Opfern sexueller Gewalt, etc.	16.7 (34)
Gefangenschaft (z.B. Geiselnahme)	1.0 (2)
Aufenthalt in Kriegsgebiet	0.5 (1)
Lebensbedrohliche Krankheit	7.4 (15)
Plötzlicher unerwarteter Tod nahe stehender Person	33.0 (67)
Anderes traumatisches Ereignis	14.8 (30)

Aber auch das Erleben eines *Angriffs auf die eigene Person* (48.3%, $n = 98$) bzw. auf *eine andere Person* (48.8%, $n = 99$) gehört mit zu dem Berufsalltag der Polizeibeamten. Ein weiteres häufig erwähntes Ereignis ist der *plötzliche unerwartete Tod einer nahe stehenden Person* (33.0%, $n = 67$). In der Kategorie *anderes traumatisches Ereignis* (14.8%, $n = 30$) wurden von den Polizeibeamten meist dienstliche Erlebnisse in folgender Form genannt: Entdeckung einer Wasserleiche, eines Suizid- bzw. eines Brandopfers, Suchen und Finden eines ermordeten Kleinkindes, Erleben eines versuchten Ehrenmordes, Totschlag einer Frau, welche in den Armen des Beamten verstarb, Polizistenmord, „Einsammeln“ einer Bahnleiche, Erleben eines erweiterten Suizids bzw. eines Amoklaufs oder einer Geiselnahme. Zu den aus privatem Bereich erwähnten Ereignissen gehörten unter anderem ein unerwarteter Umzug, welcher eine komplette Lebensveränderung bedingte, mehrere Fehlgeburten trotz Kinderwunsch, sexueller Missbrauch einer nahe stehenden Person sowie der Suizid eines Freundes.

Die Polizeibeamten sollten außerdem das für sie gravierendste Ereignis nennen. Eine Zusammenfassung in 7 Unterkategorien zeigte, dass das *Erleben eines Unfalls* (29.6%, $n = 60$) als solches bewertet wurde (Tabelle 7).

Tabelle 7

Zusammenfassung der schwersten Ereignissituationen – 7 Kategorien (N = 203)

Neue Kategorie	Ereignissituation	Häufigkeiten % (n)
Unfall	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerer Unfall 	29.6 (60)
Angriff	<ul style="list-style-type: none"> • Angriff auf eigene Person • Angriff auf andere Person 	16.7 (34)
Geschossen	<ul style="list-style-type: none"> • Geschossen bei Angriff auf eigene Person • Geschossen bei Angriff auf andere Person • Geschossen wegen Festnahme 	1.0 (2)
Anderes dienstliches Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafter Umgang mit Toten, Opfern sexueller Gewalt, etc. • Gefangenschaft (z.B. Geisel) • Aufenthalt im Kriegsgebiet • Naturkatastrophe • Anderes Ereignis mit dienstlichem Bezug 	9.4 (19)
Plötzlicher Tod	<ul style="list-style-type: none"> • Plötzlicher unerwarteter Tod nahe stehender Person 	17.7 (36)
Anderes persönliches Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Angriff durch bekannte Person • Sexueller Angriff durch fremde Person • Lebensbedrohliche Krankheit 	9.9 (20)
Unklar	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angabe, welches Ereignis als belastend erlebt wurde bzw. nicht eindeutig einer Kategorie zuzuordnen 	15.7 (32)

Gehäuft wurde auch der *plötzliche Tod einer nahe stehenden Person* (17.7%, $n = 36$) sowie das Erleben eines *Angriffs* (16.7%, $n = 34$) als schwerste erlebte Situation genannt. Gleichhäufig wurden die Kategorien *anderes dienstliches Ereignis* (9.4%, $n = 19$) und *anderes persönliches Ereignis* (9.9%, $n = 20$) als einschneidendstes Erlebnis erwähnt.

Eine weitere Zusammenfassung der schwersten Ereignisse in die Kategorien *dienstliches* oder *privates Ereignis* zeigte, dass 56.7% Beamte ($n = 115$) dies dem *dienstlichen Erleben* und 27.6% ($n = 56$) dem *privaten Bereich* zuordneten (Tabelle 8).

Tabelle 8

Zusammenfassung der schwersten Ereignissituationen – 3 Kategorien (N = 203)

Neue Kategorie	Ereignissituation	Häufigkeiten % (n)
Dienstliches Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> • Unfall • Angriff • Geschossen • Anderes dienstliches Ereignis 	56.7 (115)
Privates Ereignis	<ul style="list-style-type: none"> • Plötzlicher Tod • Anderes persönliches Ereignis 	27.6 (56)
Unklar	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angabe, welches Ereignis als belastend erlebt wurde bzw. nicht eindeutig einer Kategorie zuzuordnen 	15.7 (32)

Bei 15.7% ($n = 32$) war das genannte Ereignis keiner der beiden Kategorien zuzuordnen, da entweder keine Angaben gemacht wurden, oder es aufgrund der Beschreibung nicht eindeutig war, ob es dem dienstlichen oder privaten Bereich zugehörig war.

4.1.2 Zeitpunkt der Ereignisse

Bei den meisten der befragten Beamten (48.1%, $n = 98$) fand das gravierendste Ereignis vor mehreren Jahren statt (Tabelle 9). So offenbarten 24.1% ($n = 49$) der Befragten, dieses Ereignis vor *6 Monaten bis 3 Jahren* erlebt zu haben und weitere 24.1% ($n = 49$) gaben an, dieses Erlebnis sogar schon vor *mehr als 5 Jahren* erlitten zu haben. Weitere 32.0% ($n = 65$) hatten dieses Ereignis im Zeitraum von *6 Monaten bis 3 Jahren* vor der Befragung. Nur 7.4% ($n = 15$) der Polizeibeamten gaben an, dass das Ereignis vor weniger als einem halben Jahr eingetreten sei. Ein kleiner Anteil der Befragten machte keine Angaben zu dem Zeitpunkt des Erlebten (12.3%, $n = 25$).

Tabelle 9

Häufigkeit der Zeitpunkte der Erlebnisse (N = 203)

Zeitpunkt	Häufigkeiten % (n)
Vor weniger als einem Monat	1.0 (2)
Vor 1 – 3 Monaten	3.0 (6)
Vor 3 – 6 Monaten	3.4 (7)
Vor 6 Monaten bis 3 Jahren	32.0 (65)
Vor 3 – 5 Jahren	24.1 (49)
Vor mehr als 5 Jahren	24.1 (49)
Keine Angaben	12.3 (25)

4.1.3 Objektives und subjektives Traumakriterium (A-Kriterium)

Da die enge Diagnostik des DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) ein gleichzeitiges Vorhandensein von *objektivem Traumageschehen* (A1-Kriterium) und *subjektivem Traumaerleben* (A2-Kriterium) fordert, wurden diese beiden Merkmale getrennt erfasst (Tabelle 10). Von den 203 befragten Beamten zeigten 66.0% ($n = 134$) objektive Traumamerkmale. Auffällig war, dass besonders das Erleben einer *körperlichen Schädigung von Anderen* (52.2%, $n = 106$) und die *Lebensgefahr von Anderen* (38.9%, $n = 79$) als belastend erlebt wurden. Demgegenüber wurde die *Verletzung der eigenen Person* (13.3%, $n = 27$) oder die *Lebensgefahr für einen selbst* (13.3%, $n = 27$) seltener als traumatische Situation genannt.

Tabelle 10

Häufigkeiten des objektiven und subjektiven Traumakriteriums – Kriterium A (N = 203)

Kriterium	Differenzierung	Häufigkeiten % (n)
objektives Traumakriterium (A1)	• Körperliche Verletzung (selbst)	13.3 (27)
	• Körperliche Verletzung (andere)	52.2 (106)
	• Lebensgefahr (selbst)	13.3 (27)
	• Lebensgefahr (andere)	38.9 (79)
	• insgesamt	66.0 (134)
subjektives Traumakriterium (A2)	• Hilfslosigkeit	52.2 (106)
	• Angst oder Entsetzen	42.4 (86)
	• insgesamt	59.1 (120)
Objektives und subjektives Traumakriterium (A1 + A2)		49.3 (100)

Das subjektive Traumakriterium wurde von 59.1% ($n = 120$) der Befragten positiv bestätigt. Ein großer Teil der Beamten gab das Erleben von *Hilfslosigkeit* (52.2%, $n = 106$) oder von *Angst oder Entsetzten* (42.4%, $n = 86$) an. Eine traumatische Situation gemäß den engen Kriterien des DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) erlebte demnach fast die Hälfte der befragten Polizeibeamten (49.3%, $n = 100$).

4.1.4 Beeinträchtigung der Funktionsbereiche (F-Kriterium)

Befragt nach sozialen, beruflichen oder anderen Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen, offenbarten insgesamt 27.6% ($n = 56$) der Befragten Schwierigkeiten in diesen Bereichen (Tabelle 11). Am häufigsten wurde eine Beeinträchtigung der *Allgemeinen Lebenszufriedenheit* (15.3%, $n = 31$) empfunden.

Tabelle 11

Häufigkeiten der Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen – Kriterium F (N = 203)

Funktionsbereich	Häufigkeiten % (n)
Arbeit	5.9 (12)
Hausarbeit bzw. Haushaltspflichten	3.0 (6)
Freundschaft	5.4 (11)
Freizeitaktivitäten	6.4 (13)
Familie	6.9 (14)
Schule bzw. Ausbildung	4.9 (10)
Sexualität	4.4 (9)
Allgemeine Lebenszufriedenheit	15.3 (31)
Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen	4.9 (10)
insgesamt	27.6 (56)

Einschränkungen wurden aber auch im Bereich der *Familie* (6.9%, $n = 14$), der *Freizeitaktivitäten* (6.4%, $n = 13$) sowie der *Arbeit* (5.9%, $n = 12$) genannt. Gleich häufig wurden auch *Belastungen der allgemeinen Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen* (4.9%, $n = 10$) oder der *Sexualität* (4.4%, $n = 9$) geschildert. Demgegenüber wurden Schwierigkeiten bei der Bewältigung der *Haushaltspflichten* (3.0%, $n = 6$) seltener erwähnt.

4.1.5 Symptome einer PTSD (B-, C- und D-Kriterium)

Bei der Befragung nach den Problemen aufgrund des Erlebens der traumatischen Situation wurden von den Polizeibeamten verschiedene Auffälligkeiten angegeben (Tabelle 12). Besonders häufig wurden *Intrusionen* (Kriterium B, 36.0%, $n = 73$), aber auch Symptome eines *Hyperarousals* (Kriterium D, 25.6%, $n = 52$) genannt. *Vermeidungsverhalten* (Kriterium C) wurde mit 11.8% ($n = 24$) am seltensten erwähnt.

Tabelle 12

Symptome einer PTSD – Kriterium B, C und D (n = 203)

Kriterium	Häufigkeiten % (n)
Kriterium B (Intrusionen)	36.0 (73)
Intrusionen	25.6 (52)
Alpträume	12.8 (26)
Nochmaliges Erleben des Ereignisses	10.3 (21)
Belastung bei Erinnerung an das Ereignis	31.5 (64)
Körperliche Reaktionen	17.7 (36)
Kriterium C (Vermeidungsverhalten)	11.8 (24)
Vermeidung von Gedanken oder Gefühlen	14.8 (30)
Vermeidung von Aktivitäten, Menschen oder Orten	8.9 (18)
Fehlende Erinnerung	11.3 (23)
Verlust von Interessen oder Aktivitäten	8.4 (17)
Isolierung bzw. Entfremdung gegenüber Menschen	6.4 (13)
Abgestumpftheit bzw. emotionale Taubheit	14.8 (30)
Hoffnungslosigkeit	8.9 (18)
Kriterium D (Hyperarousal)	25.6 (52)
Schlafstörungen	21.2 (43)
Reizbarkeit oder Wutausbrüche	15.8 (32)
Konzentrationsschwierigkeiten	18.7 (38)
Gesteigerte Wachsamkeit	11.8 (24)
Nervosität oder Schreckhaftigkeit	7.9 (16)

Besonders häufig werden bei den Symptomen der *Intrusion* (Kriterium B) die psychischen Belastungen bei Erinnerung an das Ereignis in Form von Ängstlichkeit, Traurigkeit oder Schuldgefühle genannt (31.5%, $n = 64$). Aber auch die eigentlichen Intrusionen in Form von ungewollten belastenden Erinnerungen oder Gedanken an das Erlebnis (25.6%, $n = 52$), kommen bei den Befragten gehäuft vor. Relativ selten werden demgegenüber Alpträume (12.8%, $n = 26$) oder *Flash-Backs*, also die Vermischung von Realität und Erinnerung (10.3%, $n = 21$) geschildert. Körperliche

Reaktionen in Form von Schweißausbrüchen oder Herzklopfen bei der Erinnerung an das Ereignis nehmen mit der Häufigkeit von 17.7% ($n = 36$) eine Mittelstellung bei den geschilderten Symptomen ein. Im Kriterium *Hyperarousal* (Kriterium D), also der Übererregbarkeit des Nervensystems, wurden von den Polizeibeamten hauptsächlich Schlafstörungen (21.2%, $n = 43$) und Konzentrationschwierigkeiten (18.7%, $n = 38$) genannt. Während die Symptome Reizbarkeit (15.8%, $n = 32$) bzw. gesteigerte Wachsamkeit (11.8%, $n = 24$) fast jeden Zehnten betrafen, scheint das Symptom Nervosität oder Schreckhaftigkeit (7.9%, $n = 16$) die Beamten seltener zu belasten. *Vermeidungsverhalten* (Kriterium C) manifestiert sich bei den befragten Polizeibeamten primär in der Vermeidung von Gedanken oder Gefühlen (14.8%, $n = 30$) sowie in emotionaler Abgestumpftheit (14.8%, $n = 30$). Deutlich seltener wurde das Gefühl der Entfremdung gegenüber anderen Menschen geäußert (6.4%, $n = 13$), während die Symptome fehlende Erinnerung an das Ereignis (11.3%, $n = 23$), Vermeidung von Menschen bzw. Orten (8.9%, $n = 18$), Verlust von Interessen (8.4%, $n = 17$) und Hoffnungslosigkeit (8.9%, $n = 18$) etwas öfter das Bild des Vermeidungsverhaltens prägten.

4.1.6 Diagnose PTSD und subsyndromale PTSD

Durch die engen Definitionskriterien der PTSD gemäß des DSM-IV-TR (Saß et al. 2003), welches die Berücksichtigung der Symptomcluster Intrusion, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal sowie Beeinträchtigungen in Funktionsbereichen über einen Zeitraum von mindestens 1 Monat nach einem Trauma verlangt (Kriterium E), erhielten 6.9% ($n = 14$) der befragten Polizeibeamten die Diagnose einer PTSD (Tabelle 13). Da bei 2 (1.0%) der befragten Polizeibeamten die Symptomatik erst nach dem Zeitraum von 6 Monaten nach dem Ereignis auftrat, kann bei Ihnen der Subtypus einer PTSD mit verzögertem Beginn diagnostiziert werden (Frommberger et al. 2009). Weitere 4 (2.0%) Beamte erhielten gemäß DSM-IV-TR die Diagnose einer Akuten Belastungsstörung. Bei den Betroffenen waren zwar alle Kriterien einer PTSD erfüllt, aber die zeitliche Dauer der Symptomatik betrug weniger als 1 Monat (Kriterium E).

Tabelle 13

Diagnosen gemäß DSM-IV-TR (N = 203)

Diagnose	Häufigkeiten % (n)	Symptomschwere M (SD)
Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	6.9 (14)	19.43 (6.69)
Subsyndromale PTSD	11.3 (23)	8.22 (3.23)
Akute Belastungsstörung	2.0 (4)	7.50 (6.35)
Keine Diagnose	79.8 (162)	1.58 (3.09)

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Deutlich häufiger wurde die Diagnose einer Subsyndromalen PTSD (11.3%, $n = 23$) gestellt. Bei der Subsyndromalen PTSD ist zwar die traumatische Situation, die Beeinträchtigung in Funktionsbereichen sowie die zeitliche Komponente von einem Monat vorhanden, das klinische Bild ist aber nur durch 2 der 3 Symptomcluster geprägt (Frommberger et al. 2009; Maercker 2009).

Ein Einfluß der soziodemographischen Variablen in Form von Geschlecht ($\chi^2 [2] = .36, p = .836$), Familienstand ($\chi^2 [6] = 5.38, p = .497$), Anzahl der Kinder ($\chi^2 [2] = 2.70, p = .259$), Dienstbereich ($\chi^2 [2] = .09, p = .953$) sowie Teilnahme an einem Streßseminar ($\chi^2 [2] = 1.96, p = .376$) auf die Diagnosestellung konnte nicht nachgewiesen werden. Demgegenüber zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei dem Merkmal Dienstort ($\chi^2 [4] = 13.32, p = .010$) und Dienstgrad ($\chi^2 [6] = 18.31, p = .006$). Bei dem Dienstort zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei der Diagnosestellung einer subsyndromalen PTSD, da $n = 14$ (60.87%) der betroffenen Beamten in einer Großstadt ihren Dienst leisteten ($\chi^2 [2] = 9.69, p = .008$). Auch hatte in dem Merkmal Dienstgrad keiner der von einer PTSD Betroffenen den Dienstgrad Polizeikommissaranwärter ($\chi^2 [3] = 12.61, p = .006$). Dies geht konform mit dem signifikanten Unterschied in den Merkmalen Alter ($t [183] = 7.21, p = .001$), Dienstalder ($t [184] = 5.58, p = .004$) und Anzahl der erlebten traumatischen Situationen ($t [198] = 3.48, p = .033$) auf die Diagnosestellung. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass Polizeikommissaranwärter in den Variablen Alter (22.66 ± 2.64 vs. 30.82 ± 3.89 ; $t [182] = 15.03, p < .001$), Dienstalder ($2.23 \pm .53$ vs. 12.14 ± 4.13 ; $t [184] = 19.07, p < .001$) und Häufigkeit der erlebten Traumata (1.19 ± 1.18 vs. 3.26 ± 1.64 ; $t [198] = 8.96, p < .001$) signifikant niedrigere Werte aufweisen. Dies ist dadurch begründet, dass die meisten Polizeikommissaranwärter nicht aus dem mittleren Dienst kommen, sondern direkt nach der Schule ihre Ausbildung zum Polizeibeamten angestrebt haben.

Der Vergleich der jeweiligen Symptomschwere zeigte, dass sich die einzelnen Diagnosegruppen signifikant voneinander unterscheiden lassen ($F [3,199] = 162.23, p < .001$). Der paarweise Vergleich offenbarte des Weiteren, dass die Diagnosegruppe PTSD (19.43 ± 6.69) deutlich belastendere Symptome als die Gruppen mit der Diagnose subsyndromale PTSD (8.22 ± 3.23 ; $t [35] = 6.87, p < .001$) und Akute Belastungsstörung (7.50 ± 6.35 ; $t [16] = 3.18, p = .006$) aufwies. Auch spiegelt diese Symptombewertung eine mittelschwere bis schwere Symptomatik wieder (Foa et al. 1995). Die Symptomschwere der Gruppen Subsyndromale PTSD und Akute Belastungsstörung unterschied sich demgegenüber nicht ($t [24] = .37, p = .713$).

Bei der differenzierten Betrachtung der Symptomatik der PTSD im Vergleich zur subsyndromalen PTSD wurde offensichtlich, dass sich die Unterscheidbarkeit der beiden Diagnosegruppen primär auf den *Symptomcluster der Vermeidung* (100.0% vs. 17.4%; $\chi^2 [1] = 23.77, p < .001$) bezieht (Tabelle 14). In vier von sieben Symptomen zeigte sich die Diagnosegruppe PTSD signifikant belaste-

ter. Hierzu gehörte die Vermeidung von Aktivitäten, Menschen und Orten (71.4% vs. 4.3%; $\chi^2 [1] = 18.75$, $p < .001$), der Verlust von Interessen oder Aktivitäten (57.1% vs. 13.0%; $\chi^2 [1] = 8.10$, $p = .008$), die emotionale Taubheit (71.4% vs. 17.4%; $\chi^2 [1] = 10.81$, $p = .002$) sowie das Gefühl der Hoffnungslosigkeit (71.4% vs. 13.0%; $\chi^2 [1] = 13.02$, $p = .001$).

Tabelle 14

Symptome der PTSD vs. Symptome der subsyndromalen PTSD

Kriterium	subsyndromale PTSD (n = 23)	PTSD (n = 14)	χ^2	df	p
Kriterium B (Intrusionen), % (n)	100.0 (23)	100.0 (14)	.01	1	.999
Intrusionen	60.9 (14)	64.3 (9)	.04	1	.999
Alpträume	43.5 (10)	50.0 (7)	.15	1	.745
Nochmaliges Erleben des Ereignisses	21.7 (5)	35.7 (5)	.86	1	.454
Belastung bei Erinnerung an das Ereignis	87.0 (20)	92.9 (13)	.31	1	.999
Körperliche Reaktionen	47.8 (11)	78.6 (11)	3.41	1	.090
Kriterium C (Vermeidungsverhalten)	17.4 (4)	100.0 (14)	23.77	1	< .001
Vermeidung von Gedanken oder Gefühlen	34.8 (8)	50.0 (7)	.84	1	.493
Vermeidung von Aktivitäten, Menschen oder Orten	4.3 (1)	71.4 (10)	18.75	1	< .001
Fehlende Erinnerung	17.4 (4)	28.6 (4)	.64	1	.445
Verlust von Interessen oder Aktivitäten	13.0 (3)	57.1 (8)	8.10	1	.008
Isolierung bzw. Entfremdung gegenüber Menschen	13.0 (3)	35.7 (5)	2.64	1	.215
Abgestumpftheit bzw. emotionale Taubheit	17.4 (4)	71.4 (10)	10.81	1	.002
Hoffnungslosigkeit	13.0 (3)	71.4 (10)	13.02	1	.001
Kriterium D (Hyperarousal)	87.0 (20)	100.0 (14)	1.99	1	.275
Schlafstörungen	56.5 (43)	92.9 (13)	5.50	1	.027
Reizbarkeit oder Wutausbrüche	43.5 (10)	78.6 (11)	4.37	1	.048
Konzentrationsschwierigkeiten	47.8 (11)	85.7 (12)	5.31	1	.035
Gesteigerte Wachsamkeit	34.8 (8)	28.6 (4)	.15	1	.999
Nervosität oder Schreckhaftigkeit	34.8 (8)	35.7 (5)	.01	1	.999

Aber auch in einzelnen Symptomen des *Hyperarousals* unterschieden sich die Gruppen signifikant. Besonders Schlafstörungen (92.9% vs. 56.5%; $\chi^2 [1] = 5.50$, $p = .027$), Reizbarkeit (78.6% vs. 43.5%; $\chi^2 [1] = 4.37$, $p = .048$) und Konzentrationsschwierigkeiten (85.7% vs. 47.8%; $\chi^2 [1] = 5.31$, $p = .035$) waren in der Diagnosegruppe PTSD deutlich gehäuft anzutreffen. Demgegenüber konnte in dem Symptomcluster der *Intrusionen* zwischen den beiden Gruppen kein Unterschied festgestellt werden, da jeder der befragten Polizisten an Symptomen in diesem Bereich litt

(100.0% vs. 100.0%; $\chi^2 [1] = .01, p = .999$). Allerdings war bei dem Symptom der körperlichen Reaktionen, in Form von zum Beispiel Herzklopfen oder Schweißausbruch (Ehlers et al. 1999) eine Tendenz der stärkeren Belastung der Diagnosgruppe PTSD zu erkennen (78.6% vs. 47.8%; $\chi^2 [1] = 3.41, p = .090$).

4.1.7 Unterstützung bei der Symptombewältigung

Nach einer unterstützenden Betreuung nach dem Erleben des traumatischen Ereignisses befragt, gaben 81.3% der Polizeibeamten an, mit jemandem über das Erlebte gesprochen zu haben. Der Gesprächspartner, welcher bei der Symptombewältigung am hilfreichsten betrachtet wurde, war ein Familienangehöriger (15.8%, $n = 32$) oder der Lebenspartner (14.8%, $n = 30$). Aber auch Freunde (9.4%, $n = 19$) oder Arbeitskollegen (11.3%, $n = 23$) konnten jedem Zehnten subjektiv bei der Bewältigung der Ereignisse helfen (Tabelle 15). Demgegenüber sahen nur 2 (1.0%) bzw. 3 (1.5%) der befragten Beamten eine Unterstützung durch den Dienstgruppenleiter oder durch den Psychotherapeuten als effektiv an. Einschränkend ist allerdings zu erwähnen, dass 46.3% ($n = 94$) der Befragten keinen wichtigsten Gesprächspartner angaben bzw. die Antwort auf diese Frage nicht eindeutig war.

Tabelle 15

Wichtigster Gesprächspartner nach dem Trauma (N = 203)

Gesprächspartner	Häufigkeiten % (n)
Dienstgruppenleiter	1.0 (2)
Kollegen	11.3 (23)
Familie	15.8 (32)
Partner	14.8 (30)
Freunde	9.4 (19)
Therapeut	1.5 (3)
Keine Angaben	46.3 (94)

Bei der Untersuchung, ob eine Betreuung bzw. ein Gesprächspartner die Entwicklung einer PTSD verhindern konnte, wurde ein Trend in diese Richtung gefunden ($\chi^2 [6] = 12.18, p = .058$). Allerdings war dieser Effekt nicht von dem gewählten Gesprächspartner abhängig ($\chi^2 [5] = 1.60, p = .901$). Demgegenüber wurde bei der Entwicklung einer subsyndromalen PTSD weder durch das Gespräch ($\chi^2 [5] = 1.66, p = .894$), noch durch den gewählten Partner die Entwicklung der Symptomatik beeinflusst ($\chi^2 [5] = 2.87, p = .720$).

4.2 Fragestellung 1

Das Persönlichkeitsmerkmal *Resilienz* zeigt bei Polizeibeamten (60.38 ± 7.63) im Vergleich zu dem Wert der Normstichprobe von 58.00 ± 10.70 (Schuhmacher et al. 2004) eine signifikant erhöhte Ausprägung ($t [202] = 4.44, p < .001$).

Tabelle 16

Ausprägung von Selbstwirksamkeit und Resilienz

	Polizeibeamte (<i>n</i> = 203)	Normstichprobe (<i>n</i> = 2.031)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
SWE, <i>M</i> (<i>SD</i>)	30.90 (3.52)	29.00 (4.00)	7.69	202	< .001
RS-11	60.38 (7.63)	58.00 (10.70)	4.44	202	< .001

RS-11 = Resilienzskala (Schuhmacher et al. 2004), *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem 2008)

Auch die Ausprägung des Merkmales *Selbstwirksamkeitserwartung* war bei den befragten Polizeibeamten (30.90 ± 3.52) signifikant im Verhältnis zum Normwert der Allgemeinbevölkerung (Schwarzer & Jerusalem 2008) von 29.00 ± 4.00 erhöht ($t [202] = 7.69, p < .001$). Zusammengefasst scheinen Polizeibeamte im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung über bessere Ressourcen in Form von Persönlichkeitsmerkmalen für die Bewältigung von Schwierigkeiten zu verfügen (Abbildung 3).

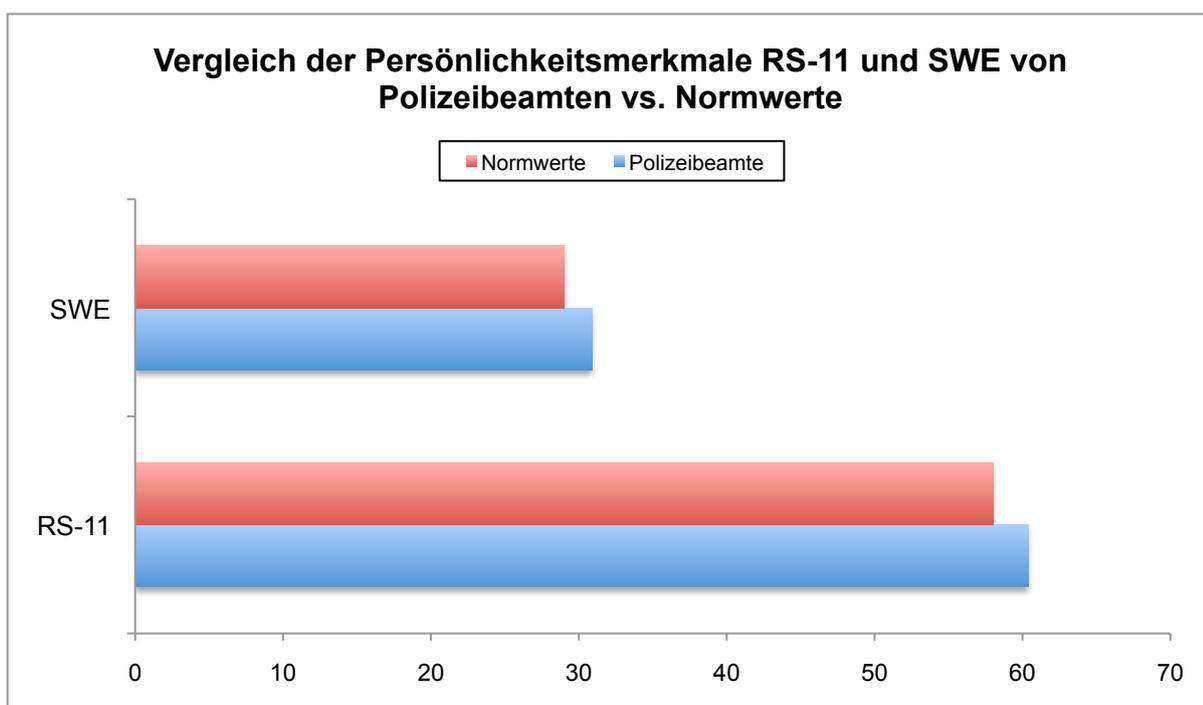


Abbildung 3. Vergleich der Persönlichkeitsmerkmale von Polizeibeamten zur Allgemeinbevölkerung (RS-11 = Resilienzskala, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung)

4.3 Fragestellung 2

In den Persönlichkeitsmerkmalen *Resilienz* und *Selbstwirksamkeit* war keine differenzierte Wirkung durch die Faktoren Geschlecht, Alter oder Berufserfahrung (Dienstalter) nachzuweisen ($F [4/193] = .33, p = .858$). Auch im paarweisen Vergleich ließen sich weibliche und männliche Polizeibeamte nicht in der Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeit* unterscheiden (Tabelle 17, Abbildung 4). So zeigte sich die Ausprägung der *Resilienz* (61.73 ± 7.94) sowie die *Selbstwirksamkeitserwartung* (30.98 ± 3.96) bei Frauen fast identisch mit diesen Persönlichkeitsmerkmalen bei den Männern (60.19 ± 7.35 bzw. 30.97 ± 3.28).

Tabelle 17

Ausprägung von Selbstwirksamkeit und Resilienz in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Frauen (<i>n</i> = 56)	Männer (<i>n</i> = 141)	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
SWE, <i>M</i> (<i>SD</i>)	30.98 (3.96)	30.97 (3.28)	.01	1/196	.995
RS-11	61.73 (7.94)	60.19 (7.35)	1.68	1/196	.196

RS-11 = Resilienzskala (Schuhmacher et al. 2004), *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem 2008)

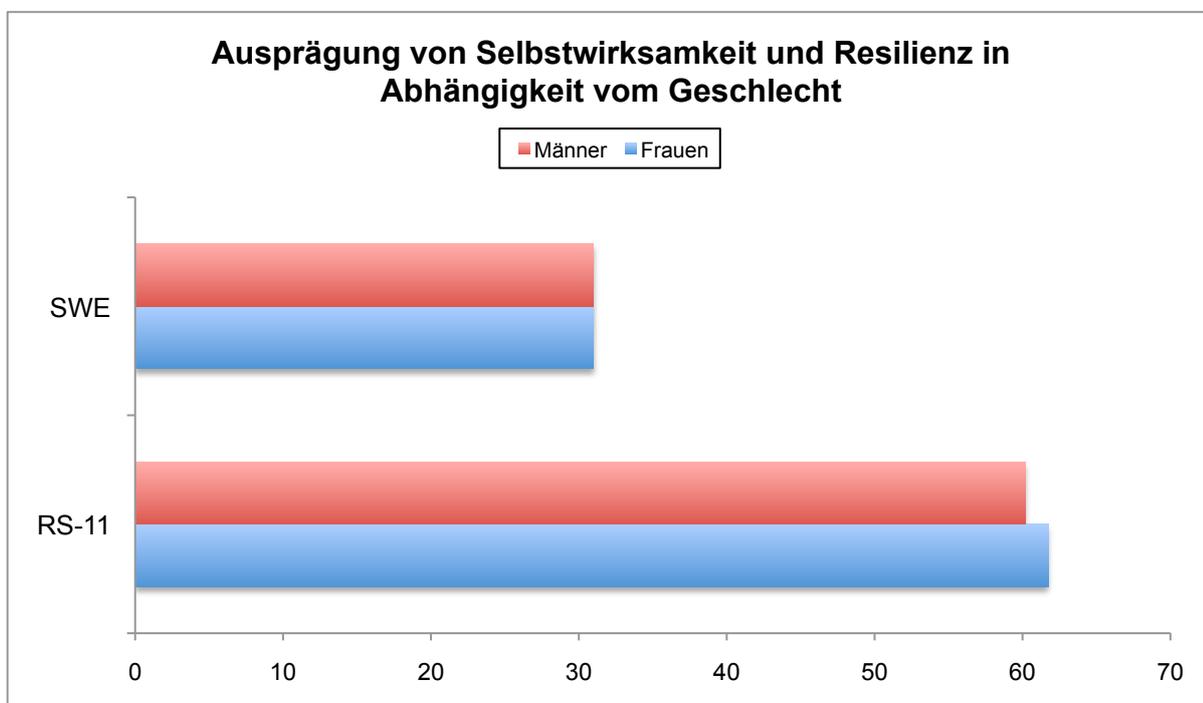


Abbildung 4. Geschlechtsspezifische Ausprägung von Selbstwirksamkeit und Resilienz bei Polizeibeamten

Auch die Merkmale Alter ($F [1/196] = .24, p = .628$ bzw. $F [1/196] = .23, p = .632$) und Dienstalter ($F [1/196] = .05, p = .816$ bzw. $F [1/196] = .16, p = .691$) zeigten keinen signifikanten Effekt auf die Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung* bei Polizeibeamten. Des Weiteren waren keine Interaktionseffekte des Geschlechts, des Alters oder der Berufserfahrung (Dienstalter) nachzuweisen ($F [2/193] = .64, p = .531$ bzw. $F [2/193] = .22, p = .800$).

4.4 Fragestellung 3

Untersucht wurden in dieser Fragestellung nur diejenigen Beamten, die ein traumatisches Ereignis gemäß der Definition des DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) erlebt hatten. So sollte also nicht nur eine objektive traumatische Situation (A1-Kriterium) vorliegen, sondern auch die subjektive Bewertung der Situation in Form von Hoffnungslosigkeit und/oder der Emotionen Angst bzw. Entsetzen (A2-Kriterium). Der Gruppenvergleich zeigte, dass sich Polizeibeamte die nach dem Erleben einer traumatischen Situation eine PTSD entwickelten, in zwei signifikanten Merkmalen von den Beamten unterschieden, die keine klinische Diagnose erhielten (Tabelle 18, Abbildung 5). So zeigten Beamte, die keine Diagnose erhielten, deutlich höhere Ausprägungen auf der *Resilienzskala* (61.30 ± 6.51 vs. $57.57 \pm 7.96, F [1/72] = 3.42, p = .034$) und eine stärkere *wahrgenommene soziale Unterstützung* (78.98 ± 19.74 vs. $58.79 \pm 36.87, F [1/72] = 8.20, p = .005$). Die *Effektstärke* betragen hierbei $ES = .55$ bzw. $ES = 1.02$. Allerdings zeigten die Polizeibeamten mit einer PTSD keinen Unterschied in dem Merkmal *Resilienz* zur Allgemeinbevölkerung (57.57 ± 7.96 vs. $58.00 \pm 10.70, t [13] = .20, p = .843$). Demgegenüber konnte in der zusätzlich durchgeführten binären Regressionsgleichung nur ein signifikanter Prädiktor für die Diagnosestellung (keine Diagnose vs. PTSD) gefunden werden. Es zeigte sich, dass die Ausprägung der *wahrgenommenen sozialen Unterstützung* ($\chi^2 [1] = 6.48, p = .011$) die Diagnosestellung zu 13.9% (*Nagelkerkes R-Quadrat*) erklären kann. Die Prädiktoren *Resilienz* ($\chi^2 [1] = .74, p = .391$) und *Selbstwirksamkeitserwartung* ($\chi^2 [1] = .17, p = .681$) leisteten keinen signifikanten Beitrag zur Diagnosestellung.

Tabelle 18

PTSD in Verbindung mit SWE, RS-11 und F-SozU (N = 74)

	Keine Diagnose (n = 60)	PTSD (n = 14)	F	df	p	ES
SWE, M (SD)	30.98 (3.63)	30.21 (2.39)	.57	1/72	.227	.22
RS-11	61.30 (6.51)	57.57 (7.96)	3.42	1/72	.034	.55
F-SozU	78.98 (19.74)	58.79 (36.87)	8.20	1/72	.005	1.02

ES = Effektstärke des Vergleichs der Gruppen *PTSD* und *keine Diagnose*, *F-SozU* = Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Fydrich et al. 2007), *M* = Mittelwert, *RS-11* = Resilienzskala (Schuhmacher et al. 2004), *SD* = Standardabweichung, *SWE* = Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem 2008)

Bei dem Vergleich der Polizeibeamten mit der Diagnose einer subsyndromalen PTSD zu der Gruppe ohne klinischen Diagnose konnte nur ein signifikanter Unterschied in den Merkmalen der *Resilienz*, der *Selbstwirksamkeit* oder der *wahrgenommenen sozialen Unterstützung* gefunden werden (Tabelle 19, Abbildung 5). In der *wahrgenommenen sozialen Unterstützung* wurde ersichtlich, dass diese bei Beamten ohne Diagnose nach einem Trauma ausgeprägter ist (78.98 ± 19.74 vs. 72.09 ± 25.01 , $F [1/80] = 1.69$, $p = .010$).

Tabelle 19

Subsyndromale PTSD in Verbindung mit SWE, RS-11 und F-SozU (N = 82)

	Keine Diagnose (n = 60)	subsyndromale PTSD (n = 23)	F	df	p	ES
SWE, M (SD)	30.98 (3.62)	31.41 (3.43)	.23	1/80	.317	.12
RS-11	61.30 (6.51)	61.41 (6.95)	.01	1/80	.474	.02
F-SozU	78.98 (19.74)	72.09 (25.01)	1.69	1/80	.010	.32

ES = Effektstärke des Vergleichs der Gruppen subsyndromale PTSD und keine Diagnose, F-SozU = Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Fydrich et al. 2007), M = Mittelwert, RS-11 = Resilienzskala (Schuhmacher et al. 2004), SD = Standardabweichung, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem 2008)

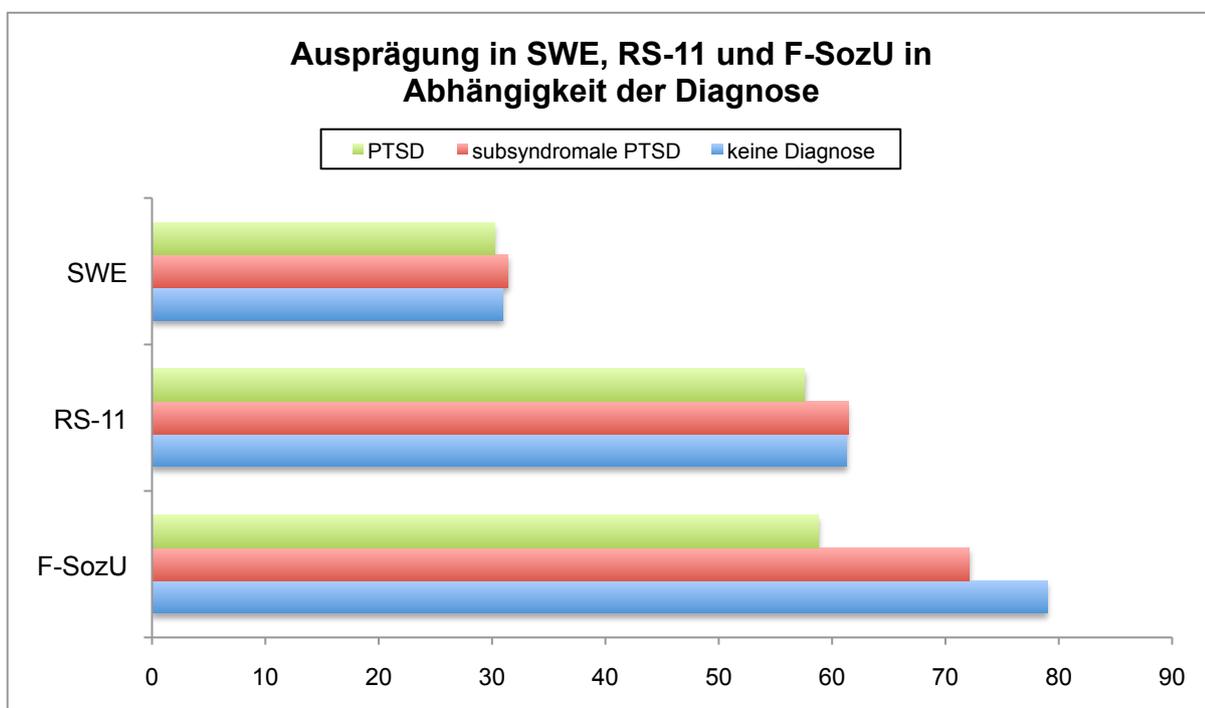


Abbildung 5. Ausprägung in SWE, RS-11 und F-SozU in Abhängigkeit der Diagnose (F-SozU = Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Fydrich et al. 2007), RS-11 = Resilienzskala (Schuhmacher et al. 2004), SWE = Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem 2008))

In der Berechnung der binären Regressionsanalyse konnte keiner der vermuteten Prädiktoren einen signifikanten Beitrag zur Diagnosestellung leisten. Die Prädiktoren *Resilienz* ($\chi^2 [1] = .01$, $p = .947$), *Selbstwirksamkeitserwartung* ($\chi^2 [1] = 2.34$, $p = .629$) und *wahrgenommene soziale Unterstützung* ($\chi^2 [1] = 1.70$, $p = .192$) wurden deshalb aus der Berechnung ausgeschlossen.

4.5 Fragestellung 4

Der Vergleich der Beamten mit einer PTSD und den Beamten ohne klinische Diagnose nach einem erlebten Trauma offenbarte bezüglich der *subjektiven Befindlichkeit* in Form des *Brief-Symptom-Inventory* (t-Werte, Franke 2000), in allen Skalen signifikante Unterschiede (Tabelle 20, Abbildung 6).

Tabelle 20

PTSD in Verbindung mit BSI (N = 74)

	Keine Diagnose (n = 60)	PTSD (n = 14)	F	df	p	ES
BSI (T-Werte)						
Somatisierung, M (SD)	45.15 (7.68)	52.00 (13.20)	6.67	1/72	.012	.89
Zwanghaftigkeit	48.98 (10.78)	62.07 (12.45)	15.77	1/72	<.001	1.18
Unsicherheit im Sozialkontakt	47.42 (8.69)	61.93 (14.74)	23.66	1/72	<.001	1.67
Depressivität	48.23 (8.61)	63.50 (13.74)	27.89	1/72	<.001	1.77
Ängstlichkeit	47.55 (8.20)	59.07 (10.33)	20.30	1/72	<.001	1.34
Aggressivität	47.53 (9.92)	65.29 (12.04)	33.49	1/72	<.001	1.72
Phobische Angst	48.85 (6.72)	55.37 (13.43)	6.90	1/72	.011	.97
Paranoia	50.17 (9.20)	58.57 (10.60)	8.94	1/72	.004	.89
Psychotizismus	48.15 (7.41)	66.00 (13.94)	45.18	1/72	<.001	2.41
GSI	45.13 (12.02)	65.64 (15.64)	29.37	1/72	<.001	1.61
PST	44.60 (12.83)	60.14 (15.59)	15.33	1/72	<.001	1.16
PSDI	48.03 (12.22)	67.43 (14.60)	26.53	1/72	<.001	1.53

ES = Effektstärke des Vergleichs der Gruppen PTSD und keine Diagnose, BSI = Brief Symptom Inventory (Franke 2000), M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

So zeigte sich bei den Beamten mit der Diagnose einer PTSD ein deutlich erhöhter Wert in der *grundsätzlichen psychischen Belastung* (GSI: 65.64 ± 15.64 vs. 45.13 ± 12.02 , $F [1/72] = 29.37$, $p < .001$), welcher auch den kritischen klinischen Wert von 63 übersteigt (Franke 2000). Die Effektstärke mit $ES = 1.61$ deutet dabei des Weiteren auf einen großen Gruppenunterschied hin (Cohen 1988). Auch ist ersichtlich, dass Beamte mit einer PTSD eine stärkere Antwortintensität (PSDI: 67.43 ± 14.60 vs. 48.03 ± 12.22 , $F [1/72] = 26.53$, $p < .001$) sowie mehr Symptome (PST: 60.14 ± 15.59 vs. 44.60 ± 12.83 , $F [1/72] = 15.33$, $p < .001$) angaben. Weitere signifikante und klinisch relevante Unterschiede waren in den Skalen *Depressivität* (63.50 ± 13.74 vs. 48.23 ± 8.61 , $F [1/72] = 27.89$, $p < .001$), *Aggressivität* (65.29 ± 12.04 vs. 47.53 ± 9.92 , $F [1/72] = 33.49$, $p < .001$) und *Psychotizismus* (66.00 ± 13.94 vs. 48.15 ± 7.41 , $F [1/72] = 45.18$, $p < .001$) nachweisbar. Signifikant und subklinisch auffällig waren die Skala *Zwanghaftigkeit* (62.07 ± 12.45 vs. 48.98 ± 10.78 , $F [1/72] = 15.77$, $p < .001$) und *Unsicherheit im Sozialkontakt* (61.93 ± 14.74 vs. 47.42 ± 8.69 , $F [1/72] = 23.66$, $p < .001$). Weitere signifikante, aber klinisch nicht auffällige Unterschiede gab es in den Skalen *Somatisierung* (52.00 ± 13.20 vs. 45.15 ± 7.68 , $F [1/72] = 6.67$, $p = .012$), *phobische Angst* (55.37 ± 13.43 vs. 48.85 ± 6.72 , $F [1/72] = 6.90$, $p = .011$) und *Paranoia* (58.57 ± 10.60 vs. 50.17 ± 9.20 , $F [1/72] = 8.94$, $p = .004$). Besonders auffällig sind bei dem Gruppenvergleich auch die Effektstärken, da sich diese im Bereich von $ES = .89$ bis 2.41 bewegen, was gemäß Cohen (1988) einen großen Effekt darstellt. Besonders auffällig ist hierbei die Skala *Psychotizismus* mit der *Effektstärke* von $ES = 2.41$ (Abbildung 6).

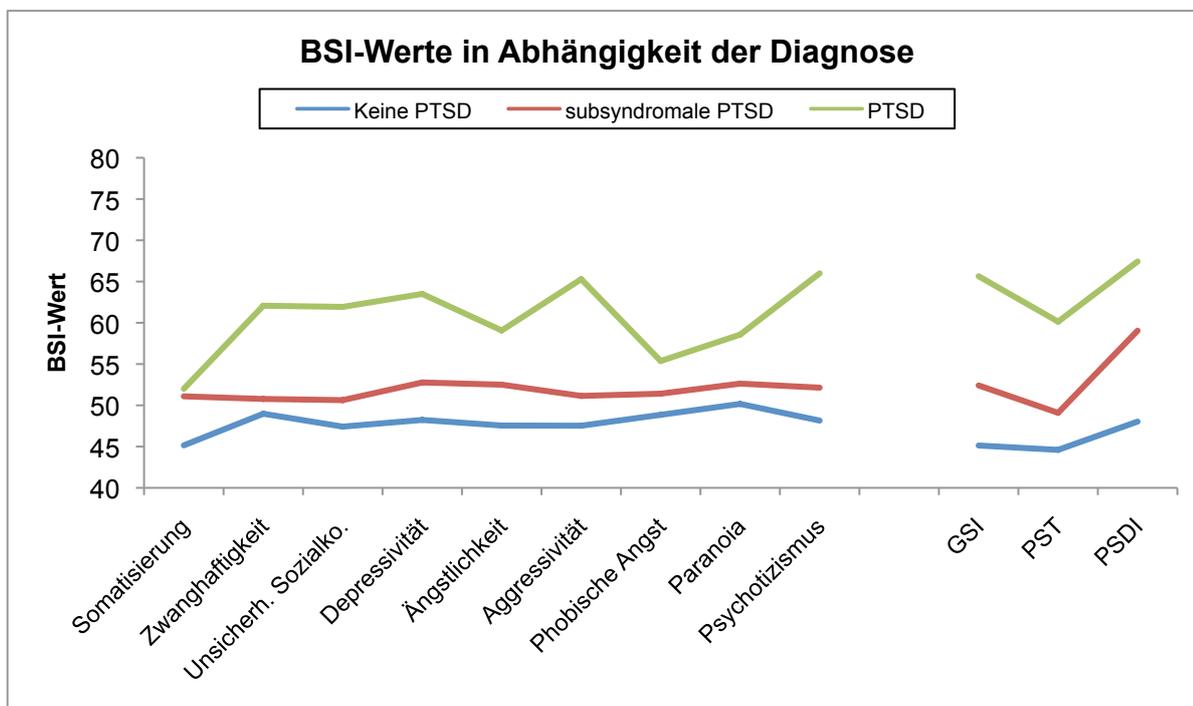


Abbildung 6. Ausprägung im BSI in Abhängigkeit der Diagnose (BSI = *Brief-Symptom Inventory*, T-Werte, Franke 2000)

Auch der Vergleich der Beamten mit einer subsyndromalen PTSD zu den Beamten ohne Diagnose nach dem Erleben eines Traumas offenbarte einige signifikante Unterschiede (Tabelle 21, Abbildung 6). Allerdings stellen diese keine klinische Auffälligkeit dar (Franke 2000). So zeigten Polizisten mit einer subsyndromalen PTSD einen signifikant erhöhten Wert in der *grundsätzlichen psychischen Belastung* (GSI: 52.41 ± 12.82 vs. 45.13 ± 12.02 , $F [1/80] = 5.69$, $p = .008$) und dazu passend eine *stärkere Antwortintensität* (PSDI: 59.05 ± 13.81 vs. 48.03 ± 12.22 , $F [1/80] = 12.18$, $p < .001$). Auch ist bei dieser Skala ein hoher Gruppenunterschied aufgrund der Effektstärke von $ES = .87$ nachweisbar (Tabelle 21).

Tabelle 21

Subsyndromale PTSD in Verbindung mit BSI (N = 82)

	Keine Diagnose (n = 60)	Sub- syndromale PTSD (n = 22)	F	df	p	ES
BSI (T-Werte)						
Somatisierung, M (SD)	45.15 (7.68)	51.09 (9.31)	8.47	1/80	.004	.73
Zwanghaftigkeit	48.98 (10.78)	50.77 (13.11)	.394	1/80	.532	.16
Unsicherheit im Sozialkontakt	47.42 (8.69)	50.63 (12.64)	1.71	1/80	.195	.34
Depressivität	48.23 (8.61)	52.77 (12.74)	3.41	1/80	.069	.53
Ängstlichkeit	47.55 (8.20)	52.50 (8.94)	5.60	1/80	.020	.60
Aggressivität	47.53 (9.92)	51.14 (12.39)	1.85	1/80	.177	.34
Phobische Angst	48.85 (6.72)	51.41 (9.47)	1.85	1/80	.177	.38
Paranoia	50.17 (9.20)	52.63 (12.25)	.96	1/80	.329	.27
Psychotizismus	48.15 (7.41)	52.14 (10.82)	3.59	1/80	.031	.53
GSI	45.13 (12.02)	52.41 (12.82)	5.69	1/80	.008	.60
PST	44.60 (12.83)	49.09 (11.59)	2.07	1/80	.154	.36
PSDI	48.03 (12.22)	59.05 (13.81)	12.18	1/80	<.001	.87

ES = Effektstärke des Vergleichs der Gruppen *subsyndromale PTSD* und *keine Diagnose*, BSI = *Brief Symptom Inventory* (Franke 2000), M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Signifikante Gruppenunterschiede, welche aber nicht klinisch auffällig sind, waren in den Skalen *Somatisierung* (51.09 ± 9.31 vs. 45.15 ± 7.68 , $F [1/80] = 8.47$, $p = .004$), *Ängstlichkeit* (52.50 ± 8.94 vs. 47.55 ± 8.20 , $F [1/80] = 5.60$, $p = .020$) sowie *Psychotizismus* (52.14 ± 10.82 vs. 48.15 ± 7.41 , $F [1/80] = 3.59$, $p = .031$) nachweisbar. Die *Effektstärken* bewegen sich dabei im Rahmen

von $ES = .53$ bis $.73$ und offenbaren einen mittleren bis großen Gruppenunterschied (Cohen 1988). Die ausgeprägteste Effektstärke war in der Skala *Somatisierung* ($ES = .73$) feststellbar und spiegelt dadurch einen großen Gruppenunterschied wieder (Cohen 1988).

5. Diskussion

Dargestellt werden in diesem Abschnitt die zusammengefassten Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung. Der Schilderung des Forschungsdesigns im ersten Abschnitt folgt die Präsentation der Stichprobencharakteristika, zu der auch die Prävalenz und Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) bzw. der subsyndromalen PTSD gehört. Anschließend werden die Ergebnisse der Fragestellungen diskutiert, die die Wirkung der Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) und *Selbstwirksamkeit* (Schwarzer & Jerusalem 2008) auf die Entwicklung einer PTSD untersuchten. Auch soll eine Bezugnahme zu den Erkenntnissen aus früheren Studien zu dem Thema *Polizeibeamte und Posttraumatische Belastungsstörung* vorgenommen werden.

5.1 Studiendesign

Als Untersuchungsgruppe konnten $N = 203$ Polizeibeamte an der Hochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen gewonnen werden. Die Beamten wurden im Rahmen von Pflichtseminaren ihres Studiums für den gehobenen Dienst anonymisiert befragt. Der verwendete Fragebogen erfasste die Häufigkeit sowie die Symptomatik der PTSD (PDS, Ehlers et al. 1995; Latscha 2005) sowie die Ausprägung in den Persönlichkeitsmerkmalen *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) und *Selbstwirksamkeitserwartung* (Schwarzer & Jerusalem 2008). Erfasst wurde aber auch die *wahrgenommene soziale Unterstützung* (Fydrich et al. 2007) und die *psychische Belastung* der Befragten (BSI, Franke 2000).

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Stichprobencharakteristika

Soziodemographische Merkmale

Die Stichprobe beinhaltete 56 weibliche und 141 männliche Beamte in der Altersspanne von 20 bis 43 Jahren. Der größte Teil der Befragten war einer Tätigkeit innerhalb der Schutzpolizei im ländlichen Bereich zugewiesen. Die Berufserfahrung betrug durchschnittlich 8.6 Jahre. Des Weiteren entstammte der größte Anteil der Befragten dem mittleren Dienst ($n = 124$). Ein kleinerer Teil ($n = 65$) absolvierte als Direkteinsteiger nach dem Abitur die Ausbildung für den gehobenen Dienst

der Polizei. Dies erklärt auch, warum diese Subgruppe ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter und Dienstalter aufwies. Die befragten Polizeibeamten erlebten durchschnittlich 2.56 belastende Ereignisse, zu denen hauptsächlich das *Erleben eines Unfalls* oder eines *Angriffs auf die eigene oder eine andere Person* zählte. Dies deckt sich mit den Befunden des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (2010), bei denen eine deutliche Zunahme der aggressiven Angriffe auf Polizeibeamte nachgewiesen wurde. Insgesamt stammten mehr als die Hälfte der schwersten Ereignissituationen aus dem dienstlichen Sektor und nur ein Viertel der Ereignisse konnten dem privaten Bereich, wie zum Beispiel dem Erleben des plötzlichen Todes eines Angehörigen zugewiesen werden. Das belastendste Ereignis fand bei fast der Hälfte der Beamten vor mehreren Jahren statt, was den Befund von Latscha (2005) unterstützt, da auch dort die belastendste traumatische Situation einige Jahre zurücklag. Somit scheint die „Feuertaufe“ durch den ersten schwierigen und harten Einsatz (Behr 2010) auch die Gefahr der Entwicklung einer PTSD in sich zu tragen.

Posttraumatische Belastungsstörung

Bei der Betrachtung der engen Traumadefinition (A-Kriterium) des DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) wurde deutlich, dass Polizeibeamte die *körperliche Verletzung oder die Lebensgefahr eines anderen* als häufigstes *objektives Trauma* erlebten. Dieses Erleben ist dem *Typ-I-Traumata* zuzuordnen, da es zumeist durch Plötzlichkeit und Überraschung charakterisiert ist (Maercker 2009). Obwohl der *Angriff oder die Lebensgefahr der eigenen Person* als dienstliches Ereignis genau so oft genannt wurde, erscheint es in der Bewertung als objektives Traumageschehen deutlich weniger relevant zu sein. Eine Erklärung hierfür ist, dass Polizisten in ihrer Ausbildung explizit auf solche Situationen in Form der Einsatzkompetenz vorbereitet werden (Singer et al. 2001; Schmalzl 2008) und das Gewalt gegen die eigene Person im Sinne der Polizeikultur als „*part of the job*“ betrachtet wird (Behr 2006, S. 134f). Obwohl das Erleben von Gewalt demnach zum dienstlichen Alltag der Polizeibeamten gehört, gilt sie doch als einer der Hauptfaktoren für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD, Maercker 2009; Frommberger et al. 2009). Auf das Erleben dieser objektiven Traumasituation reagierten die Beamten innerhalb des *subjektiven Traumakriteriums* zumeist mit Hilfslosigkeit, aber auch mit den Emotionen Angst oder Entsetzen. Insgesamt betrachtet, erlebte die Hälfte der Befragten eine traumatische Situation gemäß den Kriterien des DSM-IV-TR, was sich mit den Befunden bei Polizeibeamten von Latscha (2005) und Beerlage et al. (2009) deckt. Demgegenüber zeigte eine repräsentative Untersuchung, dass nur 11.6% der Allgemeinbevölkerung eine solche traumatische Situation erleben (Maercker et al. 2008).

Aufgrund des erlebten Traumas und der geschilderten Symptomatik erhielten 6.9% der Beamten die Diagnose einer PTSD und weitere 11.3% der Befragten die Diagnose einer subsyndromalen PTSD. Auch dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden aus anderen Studien bei Polizeibeam-

ten, da dort eine Prävalenz der PTSD von 5 – 9% sowie eine Prävalenz der subsyndromalen PTSD von 7 – 12% gefunden wurde (Teegen et al. 1999; Latscha 2005; Remke 2007). Ebenfalls konnte ein geschlechtsspezifischer Effekt ausgeschlossen werden, was mit Ergebnissen aus anderen Studien konform geht (Teegen et al. 1999; Latscha 2005). Begründet werden kann dies durch die verstärkte Maskulinität der Frauen, welche die typenspezifische Berufswahl bedingte (Gerber 2001; Wilde & Rustemeyer 2007), oder welche durch die verstärkte Anpassung der Frauen an die „*polizeispezifische Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) verursacht wurde. Aber auch die Modifizierung der „*hegemonialen Männlichkeit*“ der Polizeikultur (Lautmann 2007, S. 93) durch die vermehrten weiblichen Polizeibeamten in Richtung Fürsorge und Deeskalation könnte diesen Effekt erklären (Latscha 2005; Lautmann 2007). Demgegenüber wurde ein Effekt des Dienstortes dahingehend gefunden, dass zumeist die in Großstädten Dienstleistenden eine PTSD entwickelten, was wahrscheinlich durch die Häufigkeit und Schwere der erlebten Ereignisse in diesem Dienstbereich bedingt ist. Auch das Alter zeigte einen Effekt dahingehend, dass jüngere Beamte seltener eine PTSD aufweisen, was zwar konform mit den Ergebnissen von Sommer (2003) geht, aber im Kontrast zu anderen Befunden steht, bei denen kein Alterseffekt gefunden wurde (Teegen et al. 1999; Latscha 2005). Möglich wäre also, dass die Belastungen im dienstlichen, aber auch im privaten Bereich in Form der kumulierten Lebensbelastungen (*life event*, Paykel et al. 1995) einen Risikofaktor für die Entstehung einer PTSD darstellen (Brewin et al. 2000; Loey et al. 2003). Unterstützt wird diese Annahme des Weiteren dadurch, dass die jüngeren befragten Kollegen direkt nach dem Abitur die Hochschule der Polizei besuchten und daher auch deutlich weniger traumatische Situationen erlebten und auch seltener eine PTSD entwickelt haben.

Obwohl die Prävalenz der PTSD und der subsyndromalen PTSD bei Polizisten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (2.3%) ist, müsste die Differenz aufgrund der Häufigkeit der erlebten traumatischen Situationen noch gravierender ausfallen. Auch muß berücksichtigt werden, dass fast jeder Beamte 3 belastende Ereignissituationen erlebt hat und mehr als die Hälfte dieser Erlebnisse dem *dienstlichen Alltag* angehören und dadurch nur von Polizisten erlebt werden können. Außerdem wurde das objektive Traumakriterium von den befragten Polizeibeamten deutlich weniger als subjektive Belastung bewertet, was wahrscheinlich die extreme, aber immer noch die dem „normalen“ dienstlichen Alltagserleben zugehörige Belastung widerspiegelt (Behr 2006; Beerlage et al. 2009).

Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

Aufgrund der geschilderten Symptomschwere der Beamten kann eine mittelschwere bis schwere PTSD diagnostiziert werden (Foa et al. 1995). Zu den am häufigsten genannten Symptomen gehörten die Belastungen bei Erinnerungen sowie die körperlichen Reaktionen in Form von Schlafstörungen bzw. Herzklopfen und Schweißausbrüchen. Aber auch das Gefühl der emotionalen

Taubheit (Ehlers et al. 1999) oder der Hoffnungslosigkeit wurde von den betroffenen Beamten gehäuft geäußert. Vermieden wurden hauptsächlich Menschen, Orte oder Aktivitäten, die die Erinnerung an die traumatische Situation wieder wachrufen könnten. Demgegenüber zeigten Beamte mit der Diagnose einer subsyndromalen PTSD im Gegensatz zu Beamten mit einer PTSD deutlich weniger Vermeidungsverhalten und auch weniger Gefühle der emotionalen Taubheit oder Hoffnungslosigkeit. Aber auch körperliche Symptome wie Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen oder Wutausbrüche wurden seltener berichtet. Einschränkungen durch die Diagnosen wurden hauptsächlich in der allgemeinen Lebenszufriedenheit geäußert. Des Weiteren wurde bei der Symptombewältigung wie in anderen Untersuchungen (Latscha 2005; Remke 2007) zumeist der Lebenspartner oder ein Familienangehöriger als unterstützend betrachtet, während die Hilfe durch den Dienstgruppenleiter oder die Kollegen seltener genannt wurde (Pieper & Maercker 1999; Remke 2007). Interessanterweise widerspricht dieses Ergebnis dem Postulat der *solidarity* von Polizeibeamten (Reiner 2000), was eventuell eine Lockerung der *isolation* (Waddington 1999) sowie Öffnung der Polizeigemeinschaft nach außen widerspiegelt.

5.2.2 Fragestellungen

Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsmerkmale

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigten Polizeibeamte deutlich höhere Ausprägungen bei den Persönlichkeitsmerkmalen *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) und *Selbstwirksamkeit* (Schwarzer & Jerusalem 2008). Des Weiteren waren diese beiden protektiven Merkmale (Staudinger & Greve 2001; Leppert et al. 2005) von dem Geschlecht, dem Alter oder der Berufserfahrung unabhängig. Auch wenn die beiden Persönlichkeitsmerkmale den Berufswunsch mitbedingt haben, wird doch die Vermutung unterstützt, dass beide Persönlichkeitsmerkmale einen *polizeispezifischen Schutzfaktor* darstellen, welcher durch die Teilnahme an der *Polizeikultur* (Reiner 2000; Behr 2006) gefördert wird. Weibliche und männliche Polizeibeamte scheinen also durch ihre Ausbildung sowie durch die Polizeikultur über erhöhte *Coping-Mechanismen* zu verfügen, welche sich in den Eigenschaften „*Härte, Stärke und Durchsetzungsvermögen sowie emotionale Kontrolle*“ in Form der „*polizeispezifischen Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) widerspiegeln (Gerber 2001; Wilde & Rustemeyer 2007, S. 318). Auch unterstützt dieses Ergebnis den internationalen Befund, dass sich Frauen und Männer im dienstlichen Alltag nicht in ihrer Art des *policing* unterscheiden lassen (Heidensohn 1998; Burke et al. 2006). Ebenfalls könnte dies die verhältnismäßig geringe Prävalenz der PTSD bei Polizeibeamten begründen, da die hohe Ausprägung der *Resilienz* und der *Selbstwirksamkeit* eine verhältnismäßig starke Ressource gegen Belastungen darstellt sowie eine schnelle Erholung von denselbigen ermöglicht (Schuhmacher et al. 2004; Leppert et al. 2005). Interessant war aber auch, dass von den befragten Polizeibeamten nur in etwa der Hälfte der *belastenden Situationen* Hilfslosigkeit bzw. die Emotionen Angst oder Entsetzen offenbart wurden.

Relevant wird diese *subjektive Bewertung der traumatischen Situation* dadurch, dass die wahrgenommene Hilfslosigkeit oder das Angstgefühl als Prädiktor für die Entstehung einer PTSD gilt (Ehlers & Clark 2000; Watson & Shalev 2005) und das ausgeprägte Selbstbewusstsein der Beamten dem Gefühl der Hilfslosigkeit protektiv gegenübersteht (Remke 2007; Seginer 2008). Das Selbstbewusstsein ist des Weiteren mit der Ausprägung der *Selbstwirksamkeitserwartung* verbunden, da diese mit der Annahme einhergeht, eine Situation erfolgreich kontrollieren zu können (Bandura 1997; Schuhmacher et al. 2001). Insgesamt betrachtet, können diese durch die *Polizeikultur* bedingten beiden Schutzfaktoren auch die relevanten individuellen Unterschiede bei der Interpretation eines Traumas erklären, welche gemäß dem kognitiv orientierten Modell von Ehlers & Clark (2000) die Integration des *Traumagedächtnisses* fördern.

Des Weiteren wurde nachgewiesen, dass Beamte, die trotz dem Erleben einer traumatischen Situation (DSM-IV-TR, Saß et al. 2003) keine PTSD entwickelten, eine deutlich höhere Ausprägung des Faktors *Resilienz* aufweisen. Dies könnte darauf hinweisen, dass die *Resilienz* als Schutzfaktor vor der Entwicklung einer PTSD dient und des Weiteren auch die Schutzwirkung der *Selbstwirksamkeitserwartung* miteinschließt. Begründet ist diese Vermutung dadurch, dass gemäß der Definition der *Resilienz*, diese nicht nur internale Ressourcen beinhaltet, sondern auch externe Ressourcenaktivierung sowie eine optimistische Lebenseinstellung miteinschließt (Wagnild & Young 1993; Schuhmacher et al. 2004). Demgegenüber wäre es aber auch eine mögliche Erklärung, dass die Symptome einer PTSD sich negativ auf die Ausprägung der *Resilienz* auswirken und die Beamten aus diesem Grund eine niedrigere *Resilienz* aufweisen. Aber auch die Beamten mit der Diagnose einer PTSD zeigen einen „normalen“ Wert in dem Persönlichkeitsmerkmal *Resilienz*, da die Ausprägung sich nicht von dem Wert der Allgemeinbevölkerung differenzieren lässt. Auch dies spricht dafür, dass die *Resilienz* einer durch die Polizeikultur definierten protektiven Ressource entspricht, da die Allgemeinbevölkerung nicht unter der psychosozialen Belastung einer PTSD leidet, welche die allgemeine Ausprägung der *Resilienz* abschwächt. Auch sind die befragten Polizeibeamten weiterhin im dienstlichen Alltag tätig, was eventuell durch die optimistische Einstellung dem Leben gegenüber im Sinne der *Resilienz* bedingt ist (Schuhmacher et al. 2004). Ebenfalls könnte aufgrund der Teilnahme an der Polizeikultur die „*part of the job*“ Sichtweise (Behr 2006, S. 134f) die Aufrechterhaltung der *Resilienz* im Dienstalltag verursachen.

Aber auch die *wahrgenommene soziale Unterstützung* (Fydrich et al. 2007) im Sinne der *solidarity* (Waddington 1999; Reiner 2000) war bei den Beamten ohne Diagnose einer PTSD nach einem Trauma deutlich ausgeprägter. Dies geht mit dem bekannten Schutzfaktor des sozialen Puffers einher (Brewin et al. 2000; Watson & Shalev 2005), der den psychischen Stress im Dienstalltag erheblich reduzieren kann (Prati & Pietrantonio 2009; Neugebauer & Latscha 2009; Schütte 2010). Einschränkend ist demnach zu erwähnen, dass die *Resilienz* und die *wahrgenommene soziale*

Unterstützung in ihren Definitionen einige Überschneidungen aufweisen, da die *Resilienz* nicht nur eine erhöhte Kommunikationsfähigkeit, sondern auch die Fähigkeit beinhaltet, externe Ressourcen im Sinne eines sozialen Puffers zu nutzen (Schuhmacher et al. 2004; Masten et al. 2007). Deutlich wird dies dadurch, dass bei der Vorhersage der Diagnose einer PTSD nur die *wahrgenommene soziale Unterstützung* als Prädiktor hilfreich war, welcher die protektive Wirkung der *Resilienz* in sich einschloß. Möglich wäre aber auch, dass sich diese beiden Schutzfaktoren gegenseitig bedingen bzw. im Sinne einer Wechselwirkung aufrechterhalten und verstärken (Wagnild & Young 1993; Schuhmacher et al. 2004). Demgegenüber waren weder die Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeitserwartung*, noch die *wahrgenommene soziale Unterstützung* nach einem erlebten Trauma bei der Diagnosestellung einer subsyndromalen PTSD hilfreich. Als einziger Gruppenunterschied konnte eine niedrigere Ausprägung in der *wahrgenommenen sozialen Unterstützung* bei der Diagnose der subsyndromalen PTSD im Vergleich zu den Beamten ohne Diagnose nachgewiesen werden.

Posttraumatische Belastungsstörung und psychische Belastung

Wie in der Literatur beschrieben, zeigten Beamte mit einer PTSD belastende psychosoziale Konsequenzen (Latscha 2005; Maia et al. 2007; Beerlage et al. 2009). So offenbarten die Befragten mit der Diagnose einer PTSD deutlich klinisch relevante *depressive* und *aggressive* Auffälligkeiten (Franke 2000), was mit anderen Befunden konform geht (Teegen et al. 1999; Maercker 2009). Aber auch das Merkmal *Psychotizismus* (Franke 2000) war klinisch relevant, was den Befund von Latscha (2005) untermauert. Eine Erhöhung in diesem Persönlichkeitsmerkmal geht mit einer Isolierung und Entfremdung von anderen Menschen sowie einer emotional ärmeren Gefühlswelt einher (Franke 2000), was dadurch in Form der emotionalen Taubheit (Ehlers 1999) einige Überschneidungen mit der depressiven Symptomatik der PTSD aufweist (C-Kriterium, Saß et al. 2003). Möglich wäre aber auch, dass der erhöhte *Psychotizismus* das depressive Reaktionsmuster auf das erlebte Trauma nochmals verstärkt bzw. aufrechterhält und dadurch die Symptomatik der PTSD negativ beeinflusst (Neugebauer & Latscha 2009). Subklinische Unterschiede wurden aber auch in den Bereichen *Zwanghaftigkeit* und *Unsicherheit im Sozialkontakt* gefunden, während die Ausprägungen in den Bereichen *Somatisierung*, *phobische Angst* und *Paranoia* zwar auffällig, aber nicht klinisch relevant waren. Demgegenüber zeigten sich psychische Auffälligkeiten bei einer subsyndromalen PTSD nur in den Bereichen *Somatisierung*, *Ängstlichkeit* und *Psychotizismus*. Während der Zusammenhang der PTSD sowie der subsyndromalen PTSD in der Allgemeinbevölkerung zu dem Merkmal der *Somatisierung* deutlich ist (Andreski et al. 1998), konnte in dieser Studie, wie auch schon bei Latscha (2005), nur ein subklinischer Zusammenhang gefunden werden. Auch dies könnte durch die „*polizeispezifische Männlichkeit*“ (Behr 2006, S. 15) bedingt sein, da man als Polizist „*Härte und Stärke*“ (Wilde & Rustemeyer 2007, S. 318), aber keine körperliche Schwäche zeigen darf.

5.3 Wertigkeit der Ergebnisse

Positiv erwähnenswert ist der Umfang sowie die geringe *drop-out* Rate der Stichprobe, da so ein repräsentativer Querschnitt bezüglich des Alters, des Geschlechts und des Dienstbereichs von Schutzpolizisten gewonnen werden konnte. Hervorzuheben ist des Weiteren, dass in dieser Untersuchung die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung durch den Fragebogen PDS (Ehlers et al. 1996; Latscha 2005) erhoben wurde, welcher sich an den engen diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR (Saß et al. 2003) orientiert. Dadurch konnte nicht nur ein Vergleich mit anderen Studien bei Polizeibeamten (Latscha 2005; Beerlage et al. 2009) vorgenommen werden, sondern auch ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung wurde ermöglicht (Perkonig et al. 2000; Maercker et al. 2008). Erst dadurch wurde offensichtlich, dass Polizisten zwar deutlich mehr belastende Situationen erleben, demgegenüber aber verhältnismäßig seltener eine PTSD bzw. eine subsyndromale PTSD entwickeln. Aber auch die Verwendung verschiedenster Messinstrumente stellt einen positiven Aspekt dar. Denn auf diese Weise konnte nachgewiesen werden, dass zwar die bekannte soziale Unterstützung in Form der *solidarity* (Reiner 2000) als protektiver Faktor vor der Entwicklung einer PTSD schützt (Prati & Pietrantonio 2009; Neugebauer & Latscha 2009), dass aber noch weitere polizeispezifische *Coping-Mechanismen* vorhanden sein könnten. Ebenfalls konnte durch den Einsatz eines weiteren Messinstruments nochmals die erhöhte psychosoziale Belastung der Polizeibeamten durch eine PTSD bestätigt werden.

5.4 Limitation der Ergebnisse

Als Einschränkung der Ergebnisse ist zu erwähnen, dass nur ein kleiner Teil der Befragten ihren Dienst bei der Kriminalpolizei absolvierten und so die Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse auf Polizeibeamten insgesamt nicht möglich ist. Als weiterer Kritikpunkt der Studie gilt, dass nicht alle Beamten der Zusicherung der Anonymität vertrauten und daher auch nicht alle Fragen vollständig beantworteten. Besonders deutlich wurde dies bei der Feststellung der schwersten Ereignissituation, da hier 16% der Befragten auf eine eindeutige Zuordnung verzichteten. Möglich wäre aber auch, dass die Polizeibeamten im Sinne der männlichen Polizeikultur hierbei keine Schwächen offenbaren wollten. Des Weiteren gilt als Kritikpunkt, dass die Befunde nur zu einem Zeitpunkt erhoben wurden. Dadurch konnte zwar die erhöhte Ausprägung in den Persönlichkeitsmerkmalen *Selbstwirksamkeitserwartung* und *Resilienz* von Polizeibeamten nachgewiesen werden, aber die Wirkung dieser Merkmale auf die Posttraumatische Belastungsstörung bleibt hypothetisch. Ob die PTSD eine Reduktion der Ausprägung in dem Merkmal *Resilienz* bedingt, oder eine schwächere Ausprägung der *Resilienz* eine PTSD mitverursacht, kann nur durch eine Verlaufsstudie mit mindestens 2 Messzeitpunkten beantwortet werden. Allerdings zeigten die Beamten mit einer PTSD dieselbe Ausprägung der *Resilienz* wie die unbelastete Allgemeinbevölkerung, was darauf hindeutet, dass dieses Merkmal einen polizeispezifischen Schutzfaktor darstellen könnte.

6. Fazit und Ausblick

Obwohl diese Untersuchung aufgrund der Kritikpunkte einige Schwächen aufweist, liefert sie doch erste Hinweise darauf, dass die Persönlichkeitsmerkmale *Selbstwirksamkeitserwartung* (Schwarzer & Jerusalem 2008) und besonders die *Resilienz* (Schuhmacher et al. 2004) als *polizeispezifische Schutzfaktoren* gelten können. Diese *Coping-Mechanismen* in Form von gesteigertem Selbstbewusstsein, Handlungsfähigkeit, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit sowie effektiver Affekt- und Impulskontrolle spiegeln nicht nur die „*polizeispezifische Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) in Form der postulierten „*Härte, Stärke und Durchsetzungsvermögen*“ (Wilde & Rustemeyer 2007, S. 318) wieder, sondern könnten auch vor der Entwicklung einer PTSD schützen. Besonders wichtig wird dies dadurch, dass Polizeibeamte gehäuft in ihrem belastenden Beruf traumatischen Situationen ausgesetzt sind und daher besondere *Coping-Mechanismen* zum Schutz vor der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung benötigen. Ein ebenfalls nicht zu vernachlässigender Aspekt ist die derzeitige Zunahme von gewalttätigen Angriffen gegenüber Polizeibeamten (KFN 2010), da das Erleben von Gewalt als einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer PTSD gilt. Aber auch die Berücksichtigung der Symptomschwere einer Posttraumatischen Belastungsstörung sowie die zusätzlichen psychosozialen Belastungen in Form von Arbeitsplatzschwierigkeiten und komorbiden Störungen unterstreicht die Wichtigkeit dieser protektiven Persönlichkeitsmerkmale. Aus diesem Grund sollte in der Aus- und Fortbildung von Polizeibeamten der Focus weiterhin auf den sozialen Puffer in Form der polizeilichen Gemeinschaft (*solidarity*, Reiner 2000) gelegt werden, aber auch die protektiven Persönlichkeitsmerkmale *Selbstwirksamkeitserwartung* und *Resilienz* gefördert werden. Möglich wird dies durch eine Polizeikultur, die weiterhin durch eine detaillierte kognitive Vorbereitung des belastenden Dienstatags ein Selbstbewusstsein schafft, viele kritische Situationen bewältigen zu können. Denn diese „*part of the job*“ Sichtweise (Behr 2006, S. 134f) im Rahmen der „*polizeispezifischen Männlichkeit*“ (Behr 2010, S. 15) kann den Prädiktoren in Form des Gefühls der Hilfslosigkeit bzw. der Angst in traumatischen Situationen entgegengewirken und so die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung verhindern. Aber auch die Offenheit und Akzeptanz über eine solche belastende Situation sprechen zu können, sollte weiterhin in der Polizeikultur vorhanden sein, da so frühzeitig die Symptome einer PTSD erkannt und thematisiert werden können.

Für weitere Untersuchungen in diese Richtung wäre es wichtig, eine repräsentative Stichprobe zu gewinnen, um die Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit der Polizeibeamten gewährleisten zu können. Des Weiteren sollte ein Studiendesign mit mindestens 2 Zeitpunkten gewählt werden, um den protektiven Einfluß der Persönlichkeitsmerkmale *Resilienz* und *Selbstwirksamkeit* auch verlaufdiagnostisch nachweisen zu können. Sinnvoll wäre ebenfalls, zusätzliche Ansatzpunkte für die Steigerung der *Coping-Faktoren Selbstwirksamkeit* und *Resilienz* bei Polizisten zu erforschen.

7. Literatur

- Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A., Nitsch, R.M., Schnyder, U. & de Quervain, D.J.F. (2004).** Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, S. 1488 – 1490.
- Albrecht, C. (1996).** Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz Polizei. *Unbequem*, 25, S. 15 – 18.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R. & Kotler, M. (1999).** Suicide risk and coping styles in posttraumatic stress disorder patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 2, S. 76 – 81.
- Andreski, P., Chilcoat, H. & Breslau, N. (1998).** Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79, S. 131 – 138.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Philpott, R. & Stewart, L. (2007).** Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 9, S. 1319 – 1326.
- Antonovsky, A. (1987).** Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA - American Psychological Association (2008).** The road to resilience [<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx#>], gefunden am 16.02.2010].
- Auer, V., Bartz, H., Burghardt, H., Kreim, G. & Stade, C. (1989).** Möglichkeiten und Grenzen der Psychodiagnose von Verhaltensstabilität in Eignungsfeststellungsverfahren des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr. Bonn: Psychologischer Dienst der Bundeswehr.
- Bacher, E., Canetti, L., Galilee-Weisstub, E., Kaplan De-Nour, A. & Shalev, A.Y. (1998).** Childhood vs. adolescence transitional object attachment, and its relation to mental health and parental bonding. *Child Psychiatry and Human Development*, 28, S. 149 – 167.
- Bandura, A. (1997).** Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman & Company.
- Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., Freeman, T.C.A. & Macculloch, M.J. (2004).** Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memory. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 2, S. 325 – 345.
- BBK - Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2008).** Konsensus-Konferenz 2008: Qualitätsstandards und Leitlinien zur psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland. Bonn: BKK.
- Beerlage, I., Arndt, D., Hering, T. & Springer, S. (2009).** Arbeitsbedingungen und Organisationsprofile als Determinanten von Gesundheit, Einsatzfähigkeit sowie von haupt- und ehrenamtlichem Engagement bei Einsatzkräften in Einsatzorganisationen des Bevölkerungsschutzes. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums des Innern – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Magdeburg: Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen [http://www.gesundheit-im-einsatzwesen.de/02Dokumente/Berichte/090930_Abschlussbericht_Public.pdf], gefunden am 15.01.2010].
- Behr, R. (2006).** Polizeikultur. Routinen – Rituale – Reflexionen. Bausteine zu einer Theorie der Praxis der Polizei. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Behr, R. (2006a).** Besser als andere. BF-Einheiten und der Organisationswandel der Polizei – ein Werkstattbericht aus der Polizeikulturforschung. In: J. Christe-Zeyse [Hrsg.]: *Die Polizei zwischen Stabilität und Veränderung. Ansichten einer Organisation*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft, S. 49 – 69.
- Behr, R. (2008).** Cop Culture – Der Alltag des Gewaltmonopols. Männlichkeit, Handlungsmuster und Kultur in der Polizei. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Behr, R. (2010).** Angewandte Polizeiforschung. Lehr- und Studienbrief. [http://e-learning.ruhr-uni-bochum.de:80/courses/1/060410-ws08/content/486183_1/Studienbrief%20Polizeiforschung%20behr%20%20aktualisiert%202010.pdf?bsession=17732033&bsession_str=session_id=17732033,user_id_pk1=142962,user_id_sos_id_pk2=1,one_time_token=], gefunden am 18.01.2010].
- Bender, D. & Lösel, F. (1998).** Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In: J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer [Hrsg.]: *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer, S. 117 – 145.
- Bengel, J. & Heinrichs, M. (2004).** Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In: J. Bengel [Hrsg.]: *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin: Springer, S. 25 – 43.

- Bengel, J. (2004).** Notfallpsychologische Interventionen bei akuter Belastungsstörung. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. 2. Auflage.* Berlin: Springer, S. 107 – 128.
- Bengel, J. & Becker, K. (2009).** Psychologische Frühintervention. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen. 3. Auflage.* Berlin: Springer, S. 163 – 186.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2008).** Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 7. Auflage. Berlin: Springer.
- Bergmann, U. (2004).** Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing. *Traumatology*, 6, 3, S. 175 – 200.
- Berlin, H.A. (2007).** Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9, S. 291 – 300.
- Biesold, K.H. & Barre, K. (2009).** Militär. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen. 3. Auflage.* Heidelberg: Springer, S. 457 – 477.
- Bilsky, W. & Hosser, D. (1998).** Soziale Unterstützung und Einsamkeit: Psychometrischer Vergleich zweier Skalen auf der Basis einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19, S. 130 – 144.
- Bisson, A., Bisson, J. & Andrews, M. (2007).** Psychological treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD). New York: Cochrane Database Systemic Review.
- Bonne, O., Grillon, C., Vythilingam, M., Neumeister, A. & Charney, D.S. (2004).** Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress. Implications for the discovery of novel pharmacotherapy. *Neuroscience of Biobehavioral Reviews*, 28, 1, S. 65 – 94.
- Bortz, J. (2005).** Statistik für Sozialwissenschaftler. 6. Auflage. Berlin: Springer.
- Boscarino, J.A. (1997).** Diseases among mein 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic medicine*, 59, S. 605 – 614.
- Boulet, J. & Boss, M.W. (1991).** Reliability and validity of the brief symptom inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, S. 433 – 437.
- Bradley, R., Greene, J. & Russ, E. (2005).** A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal for Psychiatry*, 162, S. 214 – 227.
- Brähler, E., Schuhmacher, J. & Scheer, J.W. (2004).** Giessener Beschwerdebogen (GBB-24). Handbuch. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Brand, S., Heller, P., Huss, A., Bircher, A., Baun-Fahrländer, C., Niederer, M., Schwarzenbach, S., Waeber, R., Wegmann, I. & Küchenhoff, J. (2005).** Psychiatrische, medizinische und umweltanalytische Faktoren bei Menschen mit umweltbezogenen Gesundheitsstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, S. 55 – 64.
- Bremner, J.D. (2002).** Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective. New York: Norton.
- Bremner, J.D. (2003).** Functional neuroanatomical correlates of traumatic stress revisited 7 years later, this time with data. *Psychopharmacology Bulletin*, 37, S. 6 – 25.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E.L. & Schultz, L.R. (1997).** Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, S. 1044 – 1048.
- Breslau, N. (2001).** Outcomes of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 62, Supp. 17, S. 55 – 59.
- Brewin, C.R., Andrew, B. & Valentine, J.D. (2000).** Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in traumaexposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychological Review*, 68, S. 748 – 766.
- Broderick, J. (1973).** Police in a Time of Change. New York: General Learning.
- Broekman, B.F., Olf, M. & Boer, F. (2007).** The genetic background to PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 31, S. 348 – 362.
- Brown, J. (1997).** Equal Opportunities and the Police in England and Wales: Past, Present and Future Opportunities. P. Francis, P. Davies & V. Jupp [Hrsg.]: *Policing Futures.* London: Macmillan, S. 20 – 50.
- Brunello, N., Davidson, J.R., Deahl, M., Kessler, R.C., Mendlewicz, J., Racagni, G., Shalev, A.J. & Zohar, J. (2001).** Posttraumatic Stress Disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43, 3, S. 150 – 162.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L. & Nixon, R.V.D. (2005).** Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behavioral Research and Therapy*, 41, S. 489 – 494.

- Burke, R.J. (1998).** Work and non-work stressors and well-being among police officers: The role of coping. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, S. 345 – 362.
- Burke, R.J., Richardsen, A.M. & Martinussen, M. (2006).** Gender differences in policing: reasons for optimism? *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 29, 3, S. 513 – 523.
- Carlier I.V., Lamberts, R.D. & Gersons B.P. (1997).** Risk factors of posttraumatic stress symptomatology in police officers: A prospective analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, S. 498 – 506.
- Charney, D.S., Deutch, A.Y., Krystal, J.H., Southwick, S.M. & Davis, M. (1993).** Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, S. 294 – 305.
- Comer, R.J. (2001).** Klinische Psychologie. 2. Auflage. Berlin: Spektrum.
- Cohen, J. (1988).** Statistical Power Analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cujpers, P., Straten van, A. & Smit, F. (2005).** Preventing the incidence of new cases of mental disorders. A meta-analytic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, S. 119 – 125.
- Davidson, J.R., Hughes, D., Blazer, D.G. & George, L.K. (1991).** Posttraumatic stress disorder in community. An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, S. 713 – 721.
- Davidson, J.R. (2006).** Pharmacologic treatment of acute and chronic stress following trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, Supp. 2, S. 34 – 39.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2008).** ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Göttingen: Huber.
- Dohrenwend, B.P., Turner, J.B., Turse, N.A., Adams, B.G., Koenen, K.C. & Marshall, R. (2006).** The psychological risks of Vietnams for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313, S. 979 – 982.
- Dudek, S.M. (2007).** Diversity in Uniform? - Gender and Sexuality Within the Berlin Police Force. *Sociological Research Online*, Volume 12, 1 [<http://www.socresonline.org.uk/12/1/dudek.html>], gefunden am 16.02.2010].
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E. (1996).** Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). Oxford: University Warneford Hospital.
- Ehlers, A. (1999).** Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000).** A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 38, S. 319 – 345.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hachmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. & Mayou, R. (2003).** A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, S. 1024 – 1032.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005).** Cognitive therapy for PTSD: development and evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 43, S. 413 – 431.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999).** Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, S. 37 – 45.
- Etten, M.L. & Taylor, S. (1999).** Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, S. 126 – 144.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994).** Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1. Handanweisung. 6. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Feltes, T. (2009).** Wer oder was beeinflusst die polizeiliche Aufklärungsquote? *Kriminalistik*, in press [http://e-learning.ruhr-uni-bochum.de:80/courses/1/060064-ws08a/content/485119_1/Feltes_Polizeiliche_Aufklaerungsquote_2008.pdf?bsession=18062506&bsession_str=session_id=18062506,user_id_pk1=142962,user_id_sos_id_pk2=1,one_time_token=], gefunden am 12.01.2009].
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D. & Perry, K.J. (1995).** Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of a chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, S. 948 – 955.

- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997).** The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, S. 445 – 451.
- Foa, E.B. & Tolin, D.F. (2000).** Comparison of the PTSD-Symptom-Scale-Interview Version and the Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 13, S. 181 – 191.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen, J.A. (2009).** Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed). New York: Guilford.
- Fooker, I. (2009).** Resilienz und posttraumatische Reifung. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörung*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer, S. 65 – 86.
- Forgas, J.P. (1999).** Soziale Interaktion und Kommunikation. 4. Auflage. Weinheim: PVU.
- Franke, G.H. (1994).** Testtheoretische Überprüfungen des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, S. 168 – 177.
- Franke, G.H. (2000).** Brief Symptom Inventory. Weinheim: Beltz.
- Franke, H.H. (2002).** Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Deutsche Version - 2. überarbeitete Version. Göttingen: Beltz.
- Franklin, C.A. (2008).** Male Peer Support and the Police Culture. Understanding the Resistance and Opposition of Women in Policing. *Women & Criminal Justice*, 16, 3, S. 1 – 25.
- Frommberger, U., Nyberg, E., Angenendt, J., Lieb, K. & Berger, M. (2009).** Posttraumatische Anpassungsstörung. In: M. Berger [Hrsg.]: *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 3. Auflage. München: Urban & Fischer, S. 667 – 697.
- Fuchs, E. & Flügge, G. (2004).** Animal models of anxiety disorders. In: D. Charney & E. Nestler [Hrsg.]: *Neurobiology of mental illness*. New York: Oxford, S. 546 – 557.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Brähler, E. (1999).** Fragebogen zur Sozialen Unterstützung: Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 37, S. 160 – 178.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007).** Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Göttingen: Hogrefe.
- Garbarino, J. (2008).** Children and the dark side of human experience. New York: Springer.
- Gasch, U.C. (2000).** Traumaspezifische Diagnostik von Extremsituationen im Polizeidienst. Polizisten als Opfer von Belastungsstörungen. Berlin: dissertation.de
- Gelpin, E., Bonne, O., Peri, T., Brandes, D. & Shalev, A.Y. (1996).** Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, S. 390 – 394.
- Gerber, G.L. (2001).** Women and men police officers. Status, gender, and personality. Westport: Praeger.
- Gercke, J. (1995).** Zur psychischen Belastung von Todesermittlern. Ergebnisse einer Exploration der Landeskriminalschule NRW. *Kriminalistik*, 1, S. 29 – 34.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000).** Zur Theorie der Rehabilitation. In: J. Bengel & U. Koch [Hrsg.]: *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationswissenschaften*. Berlin: Springer, S. 41 – 67.
- Gilbertson, M.W., Shenton, M.E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N.B., Orr, S.P. & Pitman, R.K. (2002).** Smaller hippocampal volume predicts pathological vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5, S. 1242 – 1247.
- Gorman, J., Kent, J.M. & Coplan, J.D. (2002).** Current and emerging therapeutics of anxiety and stress disorders. In: K.L. Davis, D. Charney, J.T. Coyle, C. Nemeroff & American College of Neuropsychopharmacology [Hrsg.]: *Neuropsychopharmacology: The fifth Generation in Progress*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, S. 967 – 980.
- Gray, M.J. & Litz, B.Z. (2005).** Behavioral interventions for recent trauma: Empirically informed practice guidelines. *Behavior Modification*, 29, S. 189 – 215.
- Green, B.L. (1994).** Psychological Research in traumatic stress: An update. *Journal of Trauma Stress*, 7, S. 341 – 362.
- Griesel, D., Wessa, M., & Flor, H. (2006).** Psychometric qualities of the German version of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychological Assessment*, 11, S. 262 - 268.
- Gunzelmann, T., Hessel, A., Geyer, M. & Brähler, E. (1999).** Formen der Krankheitsbewältigung bei älteren Menschen: Differentielle Effekte von Kontrollerleben, subjektiver Morbidität, sozialer

- Unterstützung und soziodemographischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, S. 238 – 245.
- Hallenberger, F. & Mueller, S. (2000).** Was bedeutet für Polizistinnen und Polizisten Stress? *Polizei & Wissenschaft*, 1, S. 58 – 65.
- Hallenberger, F. (2001).** Polizeilicher Schusswaffengebrauch: Erleben und Folgen. *Polizei & Wissenschaft*, 1, S. 3 – 12.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1999).** BDI. Beck-Depressions-Inventar - 2. Auflage. Bern: Huber.
- Hays, W. (1994).** Statistics. 5th edition. Chicago: Holt, Rinehart & Winston.
- Heidensohn, F. (1998).** Women in Policing. *Criminal Justice Matters*, 32, S. 13 – 14.
- Herman, J.L. (1993).** Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, B.P.R., Jong, J.T.V.M, Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.L., Solomon, A.Y.Z., Steinberg, A.M. & Ursano, R.J. (2007).** Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma interventions: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, S. 283 – 315.
- Hofman, A. (2006).** EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme.
- Hüttermann, J. (2000).** Polizeialltag und Habitus: Eine sozial-ökologische Fallstudie. *Soziale Welt*, 51, S. 7 – 24.
- Jordan, B.K., Marmar, C.R., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A. Hough, R.L. & Weiss, D.S. (1992).** Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, S. 916 – 926.
- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L.S., Dörfel, D., Rohleder, N. & Werner, A. (2006).** A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, S. 1004 – 1031.
- Kasecker, R. (2007).** Kriminalstrategie – Eine Einführung. Lehrgebiet Kriminalistik. Münster: Deutsche Hochschule der Polizei.
- Kelley, M.P., Coursey, R.D. & Selby, P.M. (1997).** Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits from people with mental illness. *Psychiatric Research*, 20, S. 61 – 73.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Broniet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995).** Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, S. 1048 – 1060.
- Kessler, R.C. & Zhao, S. (1999).** The prevalence of mental illness. In: A.V. Horowitz & T.L. Scheid [Hrsg.]: *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and symptoms*. Cambridge: University Press, S. 176 – 197.
- KFN – Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (2010).** 7 Thesen zur Gewalt gegen Polizeibeamte von Pfeiffer, C., Ellrich, K. & Baier, D. Erste Ergebnisse einer Polizeibefragung in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen – Presseerklärung. [http://www.gdpbundespolizei.de/wp-content/uploads/2010/05/thesenpapierimk_2510_endversion_1.pdf, gefunden am 31.05.2010].
- Kitayama, N., Vaccarino, V., Kutner, M., Weiss, P. & Bremner, J.D. (2005).** Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder. A Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 88, S. 79 – 86.
- Klemisch, D. (2006).** Psychosoziale Belastungen und Belastungsverarbeitung von Polizeibeamten. [http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-3182/diss_klemisch.pdf, gefunden am 20.02.2010].
- Kobasa, S.C. (1982).** The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In: G.S. Sanders & J. Suls [Hrsg.]: *Social psychology of health and illness*. Hillsdale: Erlbaum, S. 3 – 32.
- Kop, N., Euwema, M. & Schaufeli, W. (1999).** Burnout, job stress and violent behaviour among dutch police officers. *Work & Stress*, 13, 4, S. 326 – 340.
- Kowalski, J.T. (2001).** Psychotraumatisierung und akute Belastungsreaktionen. In: K.J. Puzicha, D. Hansen & W.W. Weber [Hrsg.]: *Psychologie für Einsatz und Notfall. Internationale truppenpsy-*

chologische Erfahrungen mit Auslandseinsätzen, Unglücksfällen, Katastrophen. Bonn: Bernard & Graefe, S. 215 – 227.

Krampl, M. (2003). Ursachen und Auswirkungen von Stress und Belastungsreaktionen bei Einsatzkräften nach belastenden Ereignissen. In: C. Lorei [Hrsg.]: *Polizei & Psychologie*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft, S. 433 - 444.

Kulka, R.A., Schlenger, W.A. & Fairbank, J.A. (1990). Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner & Mazel.

Kushner, M.G., Riggs, D.S., Foa, E.B. & Miller, S.M. (1992). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behavior Therapy and Research*, 31, 1, S. 105 – 110.

Latscha, K. (2005). Belastungen von Polizeivollzugsbeamten. [<http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=974303976>, gefunden am 10.08.2007].

Lautmann, R. (2007). Gesellschaftliche Diversität verändert die Polizeiorganisation. In: K. Liebl [Hrsg.]: *Kriminologie im 21. Jahrhundert*. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 90 – 105.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spiegelberber, C.D. (1981). Das State-Trait-Angst-Inventar (STAI). Weinheim: Beltz.

Le Doux, J.E. (1999). Das Gedächtnis der Angst. *Spektrum der Wissenschaft*, 3, S. 16 – 23.

Leganger, A., Kraft, P. & Roysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health*, 15, S. 51 – 69.

Lenke, S. (2004). Analyse belastender Einsatzsituationen im Berufsalltag der sächsischen Polizei hinsichtlich auftretender Posttraumatischer Belastungsreaktionen sowie Strategien der Stressbewältigung. Diplomarbeit. Leipzig: Universität Leipzig.

Leonhart, R. (2004). Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Rehabilitation* 43(4), S. 241 – 246.

Leopold, K., Priebe, S. & Bauer, M. (2009). Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 3. Auflage. Berlin: Springer, S. 275 – 284.

Leppert, K., Gunzelmann, T., Schuhmacher, J., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, S. 365 – 398.

Litz, B., Gray, M., Bryant, R., Adler, A. & Reed, W. (2002). Early interventions for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, S. 112 – 134.

Loey, N.E. van, Maas, C.J., Faber, A.W. & Taal, L.A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: Results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, S. 361 – 369.

Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Scale – Revidierte Fassung. *Diagnostica*, 44, S. 130 – 141.

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

Maercker, A. (2009). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer, S. 13 – 33.

Maercker, A. (2009a). Systematik und Wirksamkeit der Therapiemethoden. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer, S. 137 – 146.

Maia, D.B., Marmar, C.R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M.V., Coutinho, E.S.F. & Figueira, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97, S. 241 – 245.

Martin, C. (1996). The Impact of Equal Opportunities Policies on the Day-to-Day Experiences of Women Police Constables. *British Journal of Criminology*, 36, 4, S. 510 – 528.

Martin, M., Marchand, A., Boyer, R. & Martin, N. (2009). Predictors of the Development of Posttraumatic Stress Disorder Among Police Officers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 4, S. 451 – 468.

Masten, A.S., Hubbard, J.J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N. & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood

to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, S. 143 - 169.

Masten, A.S. & Obradovic, J. (2007). Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13, 1 [www.ecologyandsociety.org/vol13/iss1/art9/ES-2007-2282.pdf, gefunden am 16.02.2010].

Meewisse, M.-L., Reitsma, J.B., De Vries, G.-J., Gersons, G.P.R. & Olf, M. (2007). Cortisol and posttraumatic stress disorder in adults. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, S. 387 – 392.

Meuser, M. (2001). Männerwelten. Zur kollektiven Konstruktion hegemonialer Männlichkeit. *Schriften des Essener Kollegs für Geschlechterforschung*, 2, S. 4 – 32.

Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (2000). Critical incident stress management and critical stress debriefing: Evolutions, effects and outcomes. In: B. Raphael & J.P. Wilson [Hrsg.]: *Psychological Debriefing. Theory, practice and evidence*. Cambridge: University Press, S. 77 – 90.

Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (2001). Critical incident stress debriefing: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services. Ellicott City: Chevron.

Mitte, K., Steil, R. & Nachtigall, C. (2005). Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random Effect-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, S. 1 – 9.

Morgan, C., Krystal, J. & Southwick, S. (2003). Toward early pharmacological posttraumatic stress interventions. *Biological Psychiatry*, 53, S. 834 – 843.

Morrissey, J.P., Jackson, E.W., Ellis, A.R., Amaro, H., Brown, V.B. & Najavits, L.M. (2005). Twelve-month outcomes of traumainformed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 56, S. 1213 – 1222.

Müller, C., Teschner, M., Assaloni, H., Kraemer, B., Schnyder, U. & Rufer, M. (2007). Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, S. 364 – 372.

National Comorbidity Survey Replication, NCS-R. (2005). Lifetime Prevalence estimates. [http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/dir/table_ncsr_LTprevgenderxage.pdf, gefunden am 14.01.2010].

Neugebauer, U. & Latscha, K. (2009). Bewältigung belastender Ereignisse bei Polizeibeamten. *Polizei & Wissenschaft*, 3, S. 55 – 62.

North, C.S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E.L., Bunch, K., Schorr, J. & Smith, E.M. (2002). Coping, functioning and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City Bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 3, S. 171 – 175.

Ohlemacher, T., Rüger, A., Schacht, G. & Feldkötter, U. (2002). Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie „Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und –beamte“ (1985 - 2000). [<http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/gewaltgegenpolizei2a.pdf>, gefunden am 13.04.2010].

Ohlemacher, T., Bosold, C., Fiedler, A., Lauterbach, O. & Zitz, A. (2002a). Polizei im Wandel. Abschlussbericht der standardisierten Befragung der Vollzugsbeamten und –beamtinnen der niedersächsischen Polizei im Jahr 2001 sowie erste Ergebnisse der Gruppendiskussionen 2002. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut.

Oppenheim, H. (1889). Die traumatischen Neurosen. Berlin: Hirschwald.

Ozer, E., Best, S. & Lipsey, T. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, S. 52 – 73.

Paykel, E., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J. & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25, 6, S. 1171 - 1180.

Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, S. 46 – 59.

Peters, L., Slade, T. & Andrews, G. (1999). A Comparison of ICD-10 and DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 2, S. 335 – 343.

Pfeiffer, C. (1996). Reaktionen auf extreme polizeiliche Situationen – Ein Beitrag zum posttraumatischen Stress-Syndrom. In: K. E. Buchmann & M. Hermanutz [Hrsg.]: *Trauma und Katastrophe. Texte der Fachhochschule Villingen Schwenningen, Hochschule für Polizei, Bd. 9*. Villingen-Schwenningen: Fachhochschule, S. 87 – 88.

- Pieper, G. & Maercker, A. (1999).** Männlichkeit und Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit nach berufsbedingten Traumata (Polizei, Feuerwehr, Rettungspersonal). *Verhaltenstherapie*, 9, S. 222 – 229.
- Pitman, R. & Delahaty, D. (2005).** Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *CNS Spectrums*, 10, S. 99 – 106.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009).** Risk and Resilience Factors among Italian Municipal Police Officers Exposed to Critical Incidents. *Journal of Police and Criminal Psychology* [<http://www.springerlink.com/content/250hp6054p033216/>, gefunden am 10.03.2009].
- Puzicha, K., Hansen, H. & Weber, W. (2001).** Psychologie für Einsatz und Notfall. Bonn: Bernard & Graefe.
- Regehr, C., Cadell, S. & Jansen, K. (1999).** Perceptions of control and long-term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 1, S. 110 – 115.
- Reiner, R. (2000).** The Politics of the Police. Oxford: University Press.
- Remke, S. (2007).** Belastungsverarbeitung von Polizisten. In: Opferhilfe Sachsen e.V. [Hrsg.]: *Sekundäre Traumatisierung – Berufsalltag mit Opfern und Tätern – Auswirkungen auf Juristen, Polizisten, Therapeuten und Beratende in sozialen Berufen - Reader der Tagung vom 23. – 25 April 2007 in Meißen*, S. 67 - 73 [http://www.opferhilfe-sachsen.de/files/reader_traumatisierung.pdf, gefunden am 09.01.2010].
- Robinson, H.M., Sigman, M.R. & Wilson, J.P. (1997).** Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychological Reports*, 81, S. 835 – 845.
- Robison, K. (2008).** Resisting, Reinforcing, and Redefining Police Cultures: The Case of Women Officers. *Paper presented at the annual meeting of the ASC Annual Meeting, St. Louis Adam's Mark, St. Louis, Missouri*, Nov 12, 2008 [http://www.allacademic.com/one/www/www/index.php?cmd=www_search&offset=0&limit=5&multi_search_search_mode=publication&multi_search_publication_fulltext_mod=fulltext&textfield_submit=true&search_module=multi_search&search=Search&search_field=title_idx&fulltext_search=Resisting%2C+Reinforcing%2C+and+Redefining+Police+Cultures%3A++The+Case+of+Women+Officers, gefunden am 26.01.2010].
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2002).** Psychological Debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). New York: Cochrane Database Systemic Review.
- Rudolf, G. & Schulte, D. (2006).** Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. [<http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.55.56>, gefunden am 06.07.2006].
- Saß, H. & Houben, I. (2001).** DSM-IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003).** DSM-IV-TR. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision. Göttingen: Hogrefe.
- Schmahl, C. (2009).** Neurobiologie. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer, S. 51 – 64.
- Schmalzl, H.P. (2008).** Einsatzkompetenz. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Schmalzl, H.P. (2009).** Einsatzkompetenz. Entwicklung und empirische Überprüfung eines psychologischen Modells polizeilicher Handlungskompetenz im Streifendienst [http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_SIAK/kongress/Vortraege/Schmalzl_Einsatzkompetenz_Zusammenfassung.pdf, gefunden am 12.02.2010].
- Schnurr, P. & Green, B.L. (2004).** Trauma and health: physical health consequences of exposure to extreme stress. Washington: APA.
- Schubbe, O. (2009).** Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer, S. 285 – 300.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2004).** Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. [<http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/pdf/resilienzskala.pdf>, gefunden am 02.10.2009].
- Schütte, N. (2010).** Prospective Study of the Development of the Post-Traumatic Stress Disorder. Concerning Police Officers Six Months After Situations of Potential Psychotraumatic Nature. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1997).** Posttraumatische Belastungsreaktionen bei kriminellen Gewaltdelikten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, S. 258 – 268.
- Schützwohl, M., Maercker, A. & Manz, R. (1999).** Long-term posttraumatic stress reactions, coping, and social support: A structural equation model in a group of former political prisoners. In: A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon [Hrsg.]: *Posttraumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective*. Seattle: Hogrefe & Huber, S. 201 – 220.
- Schwarzer, R. (1994).** Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, S. 105 – 123.
- Schwarzer, R. (2003).** SWE - Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In: E. Brähler, J. Schuhmacher & B. Strauß [Hrsg.]: *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. 2. Auflage*. Göttingen: Hogrefe, S. 362 – 365.
- Schwarzer, R. & Jerusalem (2008).** Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. [http://www.zpid.de/pub/tests/pt_1003t.pdf, gefunden am 05.10.2009].
- Schwarzer, R., Mueller, J. & Greenglass, E. (1999).** Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet. Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, S. 145 – 161.
- Seckl, J. & Meaney, M. (2006).** Glucocorticoid „programming“ and PTSD risk. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, S. 315 – 378.
- Seginer, R. (2008).** Future Orientation in times of threat and challenge: How resilient adolescents construct their future. *International Journal of Behavioral Development*, 32, 4, S. 272 – 282.
- Seidler, G.H. & Wagner, F. (2007).** „Psychiatrie der Verfolgten“. Ein Gespräch mit Heinz Häfner. *Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 1, 4, S. 294 – 296.
- Shapiro, F. (2001).** Eye Movement Desensitization and Reprocessing. New York: Guilford.
- Singer, S., Riber, W. & Lockner, G. (2001).** Spezialeinheiten. In: M. Hermanutz, C. Ludwig & H.P. Schmalzl [Hrsg.]: *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen. 2. Auflage*. Stuttgart: Boorberg, S. 205 – 215.
- Skolnick, J. (1966).** Justice without Trial. New York: Wiley.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (1990).** Life events and combat-related posttraumatic stress disorder: The intervening role of locus of control and social support. *Military Psychology*, 2, 4, S. 241 – 256.
- Sommer, A.C. (2003).** Posttraumatische und akute Belastungsstörung bei Thüringer Polizeibeamten nach belastenden Einsätzen: Epidemiologie, multiple Traumatisierung, dysfunktionale Kognitionen. Jena: Diplomarbeiten der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Southwick, S., Rasmussen, A., Barron, J. & Arnsten, A. (2005).** Neurobiological and neurocognitive alterations in PTSD: a focus on an norepinephrine, serotonin, and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. In: J. Vasterling & C. Brewin [Hrsg.]: *Neuropsychology of PTSD*. New York: Guilford, S. 27 – 58.
- Soyer, J. (2006).** Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In: A. Maercker & R. Rosner [Hrsg.]: *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme, S. 228 – 240.
- Spitzer, R.L., Skodol, A., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (1987).** DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. revised. Washington: APA.
- Staudinger, U.M. & Greve, W. (2001).** Resilienz im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen [Hrsg.]: *Expertisen zum Dritten Altersbericht der Bundesregierung*. Opladen: Leske & Budrich, S. 95 – 144.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000).** Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 38, S. 537 – 558.
- Steil, R., Ehlers, A. & Clark, D.M. (2009).** Kognitionsfokussierte Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: A. Maercker [Hrsg.]: *Posttraumatische Belastungsstörungen. 3. Auflage*. Heidelberg: Springer, S. 217 – 236.
- Stein, D.J., Ipser, J.C. & Seedat, S. (2006).** Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). New York: Cochrane database of systematic reviews, Issue 1.
- Stein, M.B., Kerridge, C., Dimsdale, J.E. & Hoyt, D.B. (2007).** Pharmacotherapy to prevent PTSD: results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *Journal of Traumatic Stress*, 20, S. 923 – 932.
- Steinbauer, M. (2001).** Stress im Polizeiberuf und die Verarbeitung von belastenden Ereignissen

im Dienst. *Polizei & Wissenschaft*, 4, S. 46 – 59.

Steffen, W. (1995). Veränderungen in der polizeilichen Aufgabenwahrnehmung – Gemeinwesenorientierung als moderne Zielperspektive? *Schriftenreihe der Polizei-Führungsakademie*, 3, S. 107 – 122.

Stuart, J.A. & Bliese, P.D. (1998). The long-term effects of Operation Desert Storm on the psychological distress of US Army Reserve and National Guard Veterans. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, S. 1 – 22.

Teegen, F., Domnick, A. & Heerdegen, M. (1997). Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen und Bewältigungsstrategien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 4, S. 583 – 599.

Teegen, F. (1999). Berufsbedingte Traumatisierung bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 4, S. 437 – 453.

Terr, L.C. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress*, 2, S. 3 – 20.

True, W.R. & Lyons, M.J. (1999). Genetic risk factors for PTSD: A twin study. In: R. Yehuda [Hrsg.]: *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. Washington: APA, S. 23 – 59.

Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Epstein, R.S., Crowley, B., Kao, T.C., Vance, K., Craig, K.J., Dougall, A.L. & Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 156, 4, S. 589 – 595.

Waddington, P.A.J. (1993). *Calling the Police*. Aldershot: Avebury.

Waddington, P.A.J. (1999). *Policing Citizens*. London: Routledge.

Wagner, D., Heinrichs, M. & Ehler, U. (1998). Prevalence of Symptoms of PTSD in German Professional Firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 12, S. 1727 - 1732.

Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, S. 165 - 178.

Walsh, J.L. (1977). Career Styles and Police Behavior. In: D.H. Bayley [Hrsg.]: *Police and Society*. Beverly Hills: Sage, S. 145 – 177.

Watson, P.J., & Shalev, A.J. (2005). Assessment and treatment of adult acute response to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectrums*, 10, S. 123 – 131.

Watzl, H. & Ziegler, H. (2001). Sucht-(Alkohol)probleme bei Mitarbeitern. In: L. Hermanutz, C. Ludwig & H.P. Schmalzl [Hrsg.]: *Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen*. 2. Auflage. Stuttgart: Boorberg, S. 225 – 231.

Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In: J.P. Wilson & T.M. Keane [Hrsg.]: *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York: Guilford Press, S. 399 – 411.

Wessa, M., Karl, A., Griesel, D., Rabe, S., Maercker, A. & Flor, H. (2005). Validity and reliability of a German version of the Clinician Administered PTSD-Scale. *unveröffentlichtes Manuskript, erhältlich bei der Autorin*.

Wilde, A. & Rustemeyer, R. (2007). Längst keine Neulinge mehr – Frauen in der Polizei. In: M. H. Möllers & R. C. von Ooyen [Hrsg.]: *Jahrbuch Öffentliche Sicherheit 2006/2007*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft, S. 315 – 333.

Worden, R. E. (1996). The causes of police brutality: Theory and Evidence on Police Use of Force. In: W.A. Geller & H. Toch [Hrsg.]: *Police Violence: Understanding and Controlling Police Abuse of Force*. New Haven: Yale University Press, S. 23 – 51.

Wössner, R. (2009). Ein Praxisbeitrag: Die „intelligente Streife“. Vortrag an der Deutschen Hochschule für Polizei am 8.1.2009. [http://e-learning.ruhr-uni-bochum.de:80/courses/1/061010-ws08/content/620895_1/Woessner_DHPol_2009.pdf?bsession=18164503&bsession_str=session_id=18164503,user_id_pk1=142962,user_id_sos_id_pk2=1,one_time_token=, gefunden am 22.11.2009].

Yehuda, R. (1999). *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. Washington: American Psychiatric Press.

Yehuda, R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, S. 108 – 114.

Zöllner, T., Rabe, S., Karl, A. & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 3, S. 245 – 263.

Hamburg, 01.10.2010

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- beziehungsweise Beratungsdiensten in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Arbeit stehen.

Dr. D. Schneider

Fragebogen zu belastenden Ereignissen

in Anlehnung an die PDS (Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996)

Teil 1:

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

1. Schwere Unfall, Feuer, Explosion (z.B. schwerer Autounfall, größeres Schadensereignis, Zugunglück, Flugzeugabsturz)	Ja	Nein
2. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Orkan, Erdbeben)	Ja	Nein
3. Gewalttätiger Angriff durch fremde Person auf eigene Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
4. Gewalttätiger Angriff auf eine(n) Kollegen(in) oder eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
5. Selbst geschossen bei gewalttätigem Angriff durch fremde Person auf eigene Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
6. Selbst geschossen bei gewalttätigem Angriff auf eine(n) Kollegen(in) oder eine andere Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit der Schusswaffe bedroht worden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	Ja	Nein
7. Selbst geschossen wegen Festnahme / Verfolgung eines Straftäters	Ja	Nein
8. Sexueller Angriff auf eigene Person durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sex. Mißbrauch)	Ja	Nein
9. Sexueller Angriff auf eigene Person durch fremde Person (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sex. Mißbrauch)	Ja	Nein
10. Dauerhafter Umgang mit Toten, Schwerstverletzten, Opfern sexueller Gewalt	Ja	Nein
11. Gefangenschaft (z.B. Geißel)	Ja	Nein
12. Aufenthalt in Kriegsgebiet	Ja	Nein
13. Lebensbedrohliche Krankheit	Ja	Nein
14. Plötzlicher unerwarteter Tod eines Familienangehörigen, einer nahestehenden Person	Ja	Nein
15. Anderes traumatisches Ereignis (bitte beschreiben):	Ja	Nein

Wenn Sie mehrmals mit JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet. Falls Sie alle Fragen mit NEIN beantwortet haben, bitte bei Seite 3 "Soziodemographische Daten" fortfahren.

Nr. _____

Bitte beantworten Sie die nun folgenden Fragen für dieses schlimmste Erlebnis (wenn Sie nur eines mit JA angekreuzt haben, ist mit schlimmstes Erlebnis dieses gemeint).

Teil 2:

Wann hatten Sie dieses schlimmste Erlebnis? (eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. vor weniger als einem Monat | <input type="checkbox"/> | 2. Vor 1 - 3 Monaten | <input type="checkbox"/> | 3. vor 3 - 6 Monaten | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vor 6 Monaten bis 3 Jahren | <input type="checkbox"/> | 5. Vor 3 - 5 Jahren | <input type="checkbox"/> | 6. Vor mehr als 5 Jahren | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie folgende Fragen mit JA oder NEIN an:

Während des schlimmsten Erlebnisses

1. wurden Sie körperlich verletzt ?	Ja	Nein
2. wurde jemand anderes körperlich verletzt ?	Ja	Nein
3. dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war ?	Ja	Nein
4. dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war ?	Ja	Nein
5. fühlten Sie sich hilflos ?	Ja	Nein
6. hatten Sie starke Angst oder waren voller Entsetzen ?	Ja	Nein

Teil 4:

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

1. Arbeit	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	6. Schule und Ausbildung	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
2. Hausarbeit und Haushaltspflichten	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	7. Sexualität	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
3. Beziehungen zu Freunden	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	8. Allgemeine Lebenszufriedenheit	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
4. Unterhaltung und Freizeitaktivitäten	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	9. Allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
5. Beziehung zu Familienmitgliedern	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>			

Wurden Sie betreut? Hatten Sie die Möglichkeit mit jemandem über das Ereignis zu sprechen?

Ja Nein

Wenn **JA**, von/ mit wem?

(mehrere Antworten möglich)

PI-L/Dst.-L	<input type="checkbox"/>
DGL o.ä.	<input type="checkbox"/>
Psycholog. Dienst	<input type="checkbox"/>
Kollege(in)	<input type="checkbox"/>
Seelsorger	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>
Partner(in)	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>
Therapeut(in)	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>

Welcher Gesprächspartner war hierbei am wichtigsten / konnte am besten bei der Symptombewältigung helfen?

Soziodemographische Daten

Geschlecht

männlich	<input type="checkbox"/>
weiblich	<input type="checkbox"/>

Alter

Jahre

Familienstand

alleine	<input type="checkbox"/>
mit Partner(in)	<input type="checkbox"/>
verheiratet	<input type="checkbox"/>
geschieden	<input type="checkbox"/>
verwitwet	<input type="checkbox"/>

Kinder

ja	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

Dienstalter

Jahre

Dienstgrad

M	<input type="checkbox"/>
OM	<input type="checkbox"/>
HM	<input type="checkbox"/>
K	<input type="checkbox"/>
OK	<input type="checkbox"/>
HK	<input type="checkbox"/>
EHK	<input type="checkbox"/>
R	<input type="checkbox"/>
OR	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>
LD	<input type="checkbox"/>

Dienstbereich

S	<input type="checkbox"/>
K	<input type="checkbox"/>

Dienstort

ländlicher Bereich	<input type="checkbox"/>
Stadt im	<input type="checkbox"/>
ländlichen Bereich	<input type="checkbox"/>
Großstadt	<input type="checkbox"/>

Haben Sie schon an anderen Seminaren zur Stressbewältigung o.ä. (z.B. VHS-Kurse) teilgenommen?

Ja Nein

BSI – Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. 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 ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

1. Nervosität oder innerem Zittern	0 1 2 3 4
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0 1 2 3 4
3. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0 1 2 3 4
4. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0 1 2 3 4
5. Gedächtnisschwierigkeiten	0 1 2 3 4
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0 1 2 3 4
7. Herz- oder Brustschmerzen	0 1 2 3 4
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0 1 2 3 4
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0 1 2 3 4
10. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	0 1 2 3 4
11. schlechtem Appetit	0 1 2 3 4
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0 1 2 3 4
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	0 1 2 3 4
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0 1 2 3 4
15. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0 1 2 3 4
16. Einsamkeitsgefühlen	0 1 2 3 4
17. Schwermut	0 1 2 3 4
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0 1 2 3 4
19. Furchtsamkeit	0 1 2 3 4
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0 1 2 3 4
21. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0 1 2 3 4
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 2 3 4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

23. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
25. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
34. dem Gefühl, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
36. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
45. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
49. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53. dem Gedanken, daß irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

Resilienzskala RS-11

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

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

Gedanken und Gefühle

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, daß ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
1.	Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern können, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="radio"/>				
2.	Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin.	<input type="radio"/>				
3.	Meinen Freunden/Bekanntem ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren.	<input type="radio"/>				
4.	Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.	<input type="radio"/>				
5.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.	<input type="radio"/>				
6.	Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen.	<input type="radio"/>				
7.	Ich habe Freunde/Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="radio"/>				
8.	Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gern ausgehe.	<input type="radio"/>				
9.	Ich habe Freunde/Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen.	<input type="radio"/>				
10.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z. B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="radio"/>				
11.	Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="radio"/>				
12.	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="radio"/>				
13.	Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>				
14.	Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="radio"/>				
15.	Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle.	<input type="radio"/>				
16.	Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.	<input type="radio"/>				
17.	Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	<input type="radio"/>				
18.	Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.	<input type="radio"/>				
19.	Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="radio"/>				
20.	Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="radio"/>				
21.	Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tipps (z. B. guter Arzt, Veranstaltungen).	<input type="radio"/>				
22.	Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird.	<input type="radio"/>				