Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Auswirkungen von traumatischen Kriegserlebnissen auf die psychische Gesundheit von Kosovo-Albanern im Kosovo

Verfasserin

Mimoza Zajmi Duraku

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl:	298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuerin:	Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger Schuster

DANKSAGUNG

Diese Diplomarbeit ist den Opfer des Kosovo-Kriegs gewidmet.

Zu Beginn möchte ich meinen Eltern, Agron und Flutur Zajmi, von ganzem Herzen danken, die mir meine Ausbildung ermöglicht und mich immer in allem unterstützt haben. Ich danke ihnen vor allem dafür, dass sie mich während meines Studiums geduldig moralisch unterstützt und mich immer motiviert haben. Ohne sie wäre ich nicht soweit gekommen.

Ein besonderer Dank gilt auch meinem Mann Roland Duraku, der mich während meiner Studienzeit begleitet hat und mir immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist. Ich möchte ihm für viele motivierende Gespräche und dafür, dass er mich immer wieder ermutigen und inspirieren konnte, danken.

Ein großer Dank geht auch an Frau Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, die mich mit ihren Fachkenntnissen während der Diplomarbeit betreut und unterstützt hat, und mir ermöglicht hat, über ein für mich so bedeutsames Thema schreiben zu dürfen.

Mein größter Dank gilt den Teilnehmern, die sich bereit erklärt haben, bei dieser Untersuchung mitzumachen. Zudem gilt mein Dank auch den Vereinen und Einrichtungen, die mir den Kontakt zu ihren Klienten ermöglicht haben.

Einen großen Dank möchte ich meiner Freundin Sandra Geislinger für das Korrekturlesen meiner Diplomarbeit sowie auch für ihre große Unterstützung während des ganzen Studiums aussprechen.

Außerdem möchte ich meine Geschwister Ilire, Zerina und Nol für ihre moralische Unterstützung und dafür, dass sie immer ein offenes Ohr für mich hatten, danken.

Abstract

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, wie kriegsbezogene traumatische Erfahrungen auf psychische Gesundheit, PTBS, Angst- und Depressionssymptome von Kosovo-Albanern, die den Kosovokrieg im Jahr 1999 erlebt haben, wirken. An dieser Untersuchung nahmen 213 Kosovo-Albaner teil, die gemäß ihrer Kriegserfahrungen in vier Gruppen aufgeteilt wurden. Der General Health Questionnaire 28 wurde angewendet, um den allgemeinen psychischen Gesundheitszustand zu erfassen. Mit dem Harvard Trauma Questionnaire wurden die PTSB-Symptome und das Auftreten traumatischer Ereignisse während des Krieges abgefragt und mit der Hopkins Symptom Checklist wurden die generalisierten Angst- und Depressionssymptome erfasst. Insgesamt erfüllten 22.6% der Teilnehmer die PTBS Kriterien nach DSM IV. 19.3% aller Teilnehmer berichteten über eine schlechte allgemeine psychische Gesundheit und leiden unter somatischen Symptomen, Angst und Insomie, sozialen Dysfunktionen und Depressionen. 0.89% der Teilnehmer leiden unter Angstsymptomen und 24.5% unter Depressionsymptomen. Die Korrelationsanalysen zeigten, dass es einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und psychischer Gesundheit (r = .466; p < .01) gibt. Bei der Vorhersage der Angstsymptome (R^2 = .199; p < .01), der Depressionssymptome (R^2 = .175; p < .01) sowie der PTBS Symptome (R^2 = .256; p < .01) durch die erlebten traumatischen Erlebnisse ergab sich ein signifikantes Regressionsmodell. Ausserdem konnte ein positiver Zusammenhang zwischen PTBS und psychischer Gesundheit (r = .643; p < .01), Angstsymptomatik (r = .807; p < .01) und Depressionssymptomatik (r = .783; p < .01) festgestellt werden. Personen, die unter PTBS leiden, berichteten über einen schlechten psychischen Gesundheitszustand sowie über Angst und Depressionssymptome. Durch die gewonnenen Ergebnisse wurde ein Bild über die psychische Gesundheit und über die Entwicklung der psychischen Störungen bei traumatisierten Personen zwölf Jahre nach dem Krieg geschaffen. Es wurde festgestellt, dass Personen, die während des Krieges enge Familienmitglieder verloren haben, die am meisten geschädigte Teilpopulation darstellen.

Abstract

The aim of this study was to examine how mental health, PTSD, anxiety and depression symptoms of Kosovo Albanians who lived in Kosovo during the war 1999 were affected by war-related traumatic experiences. In the present study 213 Kosovo Albanians participated, divided into four groups according to their war experiences. The General Health Questionnaire 28 was used to assess the general mental health. For Assessing PTSD symptoms and the occurrence of traumatic events during the war the Harvard Trauma Questionnaire was used while generalized anxiety and depression symptoms were gathered with the Hopkins Symptom Checklist. Overall, 22.6% of participants met PTSD criteria according to DSM IV. 19.3% of the participants reported a poor overall mental health and suffered from somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and depression. 0.89% of the participants suffered from symptoms of anxiety while depression symptoms were assessed in 24.5%. The correlation analysis showed significant positive correlation of traumatic events with mental health (r = .466; p < .01). Statistics showed that the experienced trauma is a significant predictor of anxiety symptoms (R^2 = .199; p <.01), depressive symptoms (R^2 = .175; p <.01) and PTSD symptoms (R^2 = .256; p <.01) yielding to a significant regression model. Also, a positive correlation revealed between PTSD and mental health (r = .643; p < .01), anxiety symptoms (r = .807; p < .01) and depression symptoms (r = .783; p < .01). People who suffered from PTSD reported a poor mental health as well as anxiety and depression symptoms. The obtained results reflect the current state of affairs concerning mental health and the development of mental disorders in traumatized persons twelve years after war. It was found that people who lost close family members during the war represent the most impaired part of the population.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT 10
I. THEORIETEIL 11
1. EINLEITUNG 11
2. Historischer Kontext des Kosovo-Kriegs 12
2.1. Ethnische Zusammensetzung im Kosovo 12
2.2. Hintergründe des Kosovo-Kriegs 12
3. Psychotraumatologie 16
3.1. Trauma 16
3.1.1. Primär-, Sekundär- und Tertiäropfer 19
3.2. Die Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) 19
3.2.1. Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung 20
3.2.1.1. Diagnose nach ICD 10 und DSM IV 20
3.3. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS) 21
3.4. Epidemiologie der PTBS 23
3.4.1. Prävalenz von PTBS bei Kriegstraumata, Terror und politische Verfolgung 24
3.5. Komorbidität der PTBS 24
3.5.1. PTBS-Komorbiditäten im Speziellen bezogen auf kriegsbedingte Traumatisierungen 25
4. Schutzfaktoren (Resilienz) und Risikofaktoren bei PTBS 27
4.1. Multifaktorielles Rahmenmodell 28
4.2. Resilienz 30
4.2.1. Definition Resilienz 30
4.2.2. Kohärenzsinn 31
4.2.3. Disclosure 32
4.2.4. Soziale Anerkennung 32
4.2.5. Widerstandsfähigkeit (Hardiness) 33
4.3. Risikofaktoren 34
5.Theoretische Modelle zur Entstehung der Posttraumatischen Belastungsstörung 35
5.1. Lerntheoretische Ansätze, Kognitive Ansätze 35
5.2. Tiefenpsychologische Ansätze 37
5.3. Bindungstheoretische Ansätze 38
5.4. Psychobiologische Modelle 39

5.4.1. Neuroendokrinologie und Neurotransmitterabweichungen 39
5.4.2. Biochemische und Verhaltens Auffälligkeiten bei PTBS 40
5.5. Interventionen 41
5.5.1. Formen von Frühintervention 43
5.5.2. Behandlungstechniken und verschiedene Therapieverfahren 44
5.5.2.1. Rahmenbedingungen 48
6. Trauma und Krieg 50
6.1. Einführung 50
6.2. Kriegsbezogene und zivile Traumata 50
6.3. Akzidentelle und interpersonelle Traumata 51
6.4. Folter 51
6.4.1. Auswirkungen von Folter 54
6.5. Flüchtling, Vertreibung und Exil 55
6.5.1. Flüchtlingsalltag und seine Folgen 57
7. Kriegsopfer im Kosovo 60
7.1. Aktueller Forschungsstand 60

II Empirischer Teil 66

1. Ziel der Untersuchung 66
1. 1. Hypothesengenerierung 66
1.2. Fragestellungen 67
1.3. Hypothesen 67
2. Beschreibung der Stichprobe 73
2.1. Stichprobenumfang und Herkunftsort 73
2.2. Gruppenaufteilung: Vier Teilpopulationen 74
2.2. Aus- und Einschlusskriterien 74
2.2.1. Ausschlusskriterien 74
2.2.2. Einschlusskriterien 74
3. Methode 76
3.1. Untersuchungsdesign 76
3.2. Untersuchungsinstrumente 76
3.2.1. Fragebogen zu soziodemografischen Daten 77
3.2.2 Harvard Trauma Questionnaire 77
3.2.3. General Health Questionnaire 78

3.2.4. Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) 79
3.3. Stichprobenrekrutierung und Untersuchungsablauf 79
3.4. Statistische Verfahren.....81
3.4.1. Überprüfung von Gruppenunterschieden.....81
3.4.2. Überprüfung von Zusammenhängen 82
4. Ergebnisse 83
4.1. Deskriptive Darstellung der Gesamtstichprobe.....83
4.1.2. Soziodemografische Daten der Teilnehmer.....83
4.1.2.1. Anzahl der Teilnehmer in der Teilnehmergruppen.....83
4.1.2.2.Nationale Zugehörigkeit.....83
4.1.2.3. Alter 83
4.1.2.4. Geschlecht.....84
4.1.2.5. Ausbildungsstatus.....84
4.1.2.6. Derzeitige Arbeitssituation 85
4.1.2.7. Flüchtlingsstatus 85
4.1.2.8. Religionszugehörigkeit.....86
4.1.2.9. Angaben zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe 87
4.1.2.10. Im Krieg verschwundene Haushaltsmitglieder.....87
4.1.2.11. Angabe des subjektiven Empfindens der eigenen Gesundheit.....88
4.1.2.12. Angabe zu den Hassgefühlen der Teilnehmer.....88
4.1.2.13. Sonstige soziodemographische Angaben.....89
4.2. Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse: HTQ 89
4.3. Unterschiede in der Ausprägung der PTBS-Symptomatik: Harvard Trauma Questionnaire PTBS Scale 92
4.4. Unterschiede des aktuellen psychischen Gesundheitszustands: GHQ 28 92
4.5. Unterschiede in der Angstsymptomatik: HSCL-25.....93
4.6. Unterschiede in der Depressionssymptomatik: HSCL.-25 93
5. Hypothesenüberprüfung.....95
5.1. Hypothese 1 95
5.2. Hypothese 2 95
5.3. Hypothese 3 96
5.4. Hypothese 4 96
5.5. Hypothese 5 96
5.6. Hypothese 6 97

5.7. Hypothese 7 97
5.8. Hypothese 8 98
5.9. Hypothese 9 99
5.10. Hypothese 10 100
5.11. Hypothese 11 101
5.12. Hypothese 12 102
5.13. Hypothese 13 103
5.14. Hypothese 14 103
5.15. Hypothese 15 103
5.16. Hypothese 16 103
5.17. Hypothese 17 104
5.18. Hypothese 18 104
5.19. Hypothese 19 104
5.20. Hypothese 20 105
5.21. Hypothese 21 105
5.22. Hypothese 22 105
5.23. Hypothese 23 106
6. Zusammenfassung 107
6.1. Soziodemographische Daten.....107
6.2. Erlebte traumatische Ereignisse 108
6.3.Posttraumatische Belastungsstörungen 109
6.4. Einfluss der traumatischen Ereignissen auf die psychische Gesundheit 109
6.5. Einfluss der traumatischen Ereignisse auf Angst und Depressionssymptome .110
6.6. Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der traumatischen Erlebnisse, PTBS, psychischen Störungen, Ängstlichkeit und Depressionssymptomen 111
7.Diskussion 113
7.1. Soziodemographische Daten.....113
7.2. Erlebte traumatische Ereignisse 114
7.3. Posttraumatische Belastungsstörungen 115
7.4. Einfluss der traumatischen Ereignisse auf die psychische Gesundheit, Angst- und Depressionssymptome 116
7.5. Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der traumatischen Erlebnisse, PTBS, psychischen Störungen, Ängstlichkeit und Depressionssymptomen 118
8. Schlussfolgerungen, Einschränkungen und Ausblick.....119

8.1. Schlussfolgerungen 119
8.2. Einschränkungen und Ausblick.....120
9. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....123
10. TABELLENVERZEICHNIS 123
11. ANHÄNGE 123
LITERATURVERZEICHNIS 160

Vorwort

Aufgrund meiner Herkunft und persönlichen Erlebnisse während und nach dem Krieg im Kosovo im Jahr 1999 war ich von Anfang an mit der Materie der Posttraumatischen Belastungsstörungen konfrontiert und habe relativ früh begonnen, mich mit diesem komplexen Themenbereich zu beschäftigen. Als Mitglied einer Flüchtlingsfamilie war es mein Schicksal, die Auswirkungen traumatischer Erlebnisse aus der Nähe zu betrachten und mich in Folge dessen näher mit der Psychotraumatologie auseinanderzusetzen.

Ziel der geplanten Studie ist es, eine Momentaufnahme der psychischen Gesundheit von Personen mit traumatischen Kriegserlebnissen (24.03.1999 - 12.06.1999) im Kosovo zu zeigen. Wie ergeht es dieser Bevölkerung heute? Was waren ihre schlimmsten Erlebnisse während des Krieges? Konnten die Betroffenen die Ereignisse verarbeiten? Wie stark haben die traumatisierenden Ereignisse ihr Wohlbefinden beeinflusst? Weiters soll der mögliche Einfluss der traumatischen Erlebnisse auf Depression und Angstsymptomatik untersucht werden.

Neben der komplexen Thematik der Posttraumatischen Belastungsstörungen soll in dieser Diplomarbeit auch die allgemeine und psychische Gesundheit sowie eine eventuelle Komorbidität mit Depression und Angstsymptomatik beleuchtet und der spezielle historische Kontext des Kosovo-Kriegs aufgegriffen werden.

I THEORETISCHER TEIL

1. EINLEITUNG

Krieg und Folter sind in vielen Ländern weit verbreitet führen meist zu Tod und Invalidität. Für die betroffene Population besteht das Risiko, ein umfangreiches Trauma zu erleiden sowie Ungerechtigkeiten, Verlust der Angehörigen und Vertreibung aus dem eigenen Land zu erfahren (Silove, 1999). Amnesty International (1997, zitiert aus Johnson & Thompson, 2008; Silove, 1999) zufolge wurden Menschenrechtsverletzungen in über 150 Ländern weltweit erfasst und die Anzahl der Zivilisten, die von Krieg betroffen sind, im Vergleich zu militärischem Personal, steigt jedes Jahr weiter.

Krieg kann unter der Zivilbevölkerung zu einer Reihe schwerer traumatischer Erlebnisse führen, wie zum Beispiel die Bedrohung des eigenen Lebens, Angstgefühle, Trennung von Familienmitgliedern oder Gefangenschaft. Aufgrund der psychischen Belastung durch die Kriegserinnerungen können Beeinträchtigungen der sozialen Funktionen eintreten (Dahl, Mutapcic & Schei, 1998).

Kriegsbezogene traumatische Erfahrungen können auch dazu führen, dass sich in der Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung oder eine schwere Depression entwickelt (Miller et al., 2002). In vielen Fällen entsteht posttraumatischer Stress, welcher sich negativ auf den psychischen und allgemeinen Gesundheitszustand auswirkt. Die Schwere des erlittenen Traumas ist einer der wichtigsten Faktoren bei der Entwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörungen (Friedman, Keane & Resick, 2007).

2. Historischer Kontext des Kosovo-Kriegs

2.1. Ethnische Zusammensetzung im Kosovo

Der Kosovo hat etwa zwei Millionen Einwohner, wobei die Bevölkerung insgesamt sehr jung ist. 50% der Einwohner sind unter 30 Jahre alt und nur 5 % sind über 60 Jahre alt. Ca. 33% der Einwohner im Kosovo sind unter 16 Jahre alt. Die Bevölkerung wächst jedoch weiterhin sehr schnell. Im Jahr 2003 beispielsweise starben je 1000 Einwohner sieben, die Geburtenrate lag je 1000 Einwohnern bei 23 Kindern. Die Mehrheit der Bevölkerung im Kosovo besteht aus Albanern. Schätzungen aus dem Jahre 2000 zufolge sind 88% der Einwohner Albaner, 7% Serben und 5% der Bevölkerung gehören anderen ethnischen Gruppen an, wozu beispielsweise Türken, Bosniaken, Torbeschen, Goranen, Janjevci und Aschkali gehören. Laut UN-Schätzungen liegt die Arbeitslosigkeit im Kosovo bei über 60%. Schätzungsweise leben eine halbe Million Kosovaren im Ausland, wobei die Mehrheit davon in den USA, Deutschland, Österreich und in der Schweiz angesiedelt sind (Giefer, 2010; Wenzel, 2005).

2.2. Hintergründe des Kosovo-Kriegs

Im Jahr 1912 erklärte der Balkanbund (Bulgarien, Serbien, Griechenland, Montenegro) dem Osmanischen Reich den Krieg, womit das Ende der türkischen Herrschaft in Europa beabsichtigt und realisiert wurde. Um ihr Territorium gegen die Aufteilung unter den Siegerländern zu verhindern, proklamierten die Albaner im Jahr 1912 die Unabhängigkeit und der neue Staat Albanien wurde von den übrigen Staaten Europas anerkannt.

Aufgrund des Interessenkonflikts der europäischen Großmächte waren die Grenzen des neuen Staat Albaniens umstritten. Österreich, Ungarn und Italien bestrebten mit der Unterstützung Albaniens die Verhinderung eines serbischen Adriazugangs, Russland dagegen unterstützte Serbien und war gegen diesen Plan. Als Kompromiss wurden im Jahr 1913 auf der Londoner Konferenz die Grenzen Albaniens festgelegt, die nur einen Teil des traditionellen albanischen Territoriums enthalten haben. Ein Drittel der Albaner lebte somit außerhalb der Staatsgrenzen Albaniens und war der extrem feindlich gesinnten serbischen Herrschaft unterworfen. Dieser Kompromiss war das Ergebnis der Interessen der Großmächte und berücksichtigte weder ethnische noch historische Gegebenheiten.

Die ungerechte Teilung des albanischen Staates führt dazu, dass etwa ein Drittel der Albaner, auch aus dem Kosovo, außerhalb der Staatsgrenzen Albaniens lebte und somit serbischer Herrschaft unterstellt war. Durch brutale und widerrechtliche Verfolgung sowie absolute Rechtlosstellung der Albaner begann Serbien, eine Kolonisationspolitik einzusetzen (Rauert, 1999).

Auf die Frage, was mit Millionen von Albanern passieren soll, antwortete der damalige serbische Ministerpräsident, Nikolla Pasic: „Wir werden Sie serbisieren, und wenn sie sich nicht serbisieren lassen, werden wir sie vertreiben, und wenn sie sich nicht vertreiben lassen, werden wir sie umbringen.“ (Weithman, 1995, S.323).

Historischen Schätzungen zufolge wurden in dieser Periode zwischen 12.000 und 25.000 Albaner umgebracht (Brey, 1993, zitiert nach Rauert, 1999). Der serbische Bevölkerungsanteil im Kosovo erhöhte sich durch die systematische Neuansiedlung von Serben und betrug im Jahr 1927 37%, im Vergleich zu 24% im Jahr 1919 (Bartl, 1993, zitiert nach Rauert, 1999). Schulen, Schulunterricht und Publikationen in albanischer Sprache wurden verboten, während den anderen nationalen Minderheiten das Recht auf Schulunterricht zustand (Wimmer, Braun & Spiering, 1991, zitiert nach Rauert, 1999). Ein Vertreter dieser rücksichtlosen Politik, der Historiker Vasa Cubrilovic, Mitglied der Serbischen Akademie der Wissenschaften und Künste, suchte nach einer Lösung der Albaner Frage in seiner Denkschrift:

> „Wenn wir von dem Standpunkt ausgehen, dass die schrittweise Verdrängung der Albaner durch unsere schrittweise Kolonisation wirkungslos ist, bleibt nur ein einziger Weg, die Massenvertreibung. [...] Die erste Bedingung ist die Erzeugung einer geeigneten Psychose; sie kann auf vielerlei Arten und Weisen erzeugt werden. [...] Ein anderes Mittel wäre der Zwang durch den Staatsapparat. Er muss die Gesetze bis ins letzte ausschöpfen, so dass es den Albanern unerträglich wird, bei uns zu bleiben: Geldstrafe, Gefängnis [...] Berufsverbote, Entlassung aus staatlichen, privaten und kommunalen Arbeitsstellen usw. [...] Es bleibt noch ein Mittel, das Serbien auf höchst praktische Weise nach 1878 angewandt hat, wobei es im Geheimen albanische Dörfer und Stadtviertel anzünden ließ“ (Geiss 1993, zitiert nach Reuter, 1999, S. 13).

Ein Ende der serbischen Repressionspolitik im Kosovo ist durch den Angriff Deutschlands auf Jugoslawien und die Kapitulation Jugoslawiens im Jahr 1941 in

greifbare Nähe gerückt. Die während der Mussolini-Ära herbeigeführte politische-administrative Vereinigung des Kosovo mit Albanien ließ Deutschland auch nach der Kapitulation Italiens im Jahr 1943 bestehen (Rauert, 1999).

Für die Albaner im Kosovo brachte diese Vereinigung kulturelle und politische Freiheit mit sich. Es wurden albanische Schulen und kulturelle Einrichtungen gegründet, es gab eine albanische Verwaltung, Polizei und Gerichtsbarkeit (Bartl 1993, zitiert aus Rauert 1999).

Während dieser Periode erwachten das Selbstbewusstsein der Albaner und der Wunsch nach Vereinigung aller albanisch besiedelten Gebiete. Dies führte zur Bildung des „Komitees zur Rettung Albaniens“, das sich aus Teilen der von albanischen Kommunisten geführte Armee und der nationalen Front zusammensetzte und die staatliche Vereinigung aller albanisch besiedelten Gebiete beabsichtigte. Mit einer Resolution aus seiner ersten Konferenz verabschiedete dieses Befreiungs-Komittee die Vereinigung des Kosovo mit Albanien. Diese Resolution stieß auf massiven Wiederstand seitens der jugoslawischen Kommunisten und das Recht der Kosovo-Albaner auf Souveränität und Selbstbestimmung wurde zunichte gemacht. Die historische Erfahrung und die jahrzehntelange Unterdrückung der Albaner durch Serben im Kosovo ließ die Albaner befürchten, dass ihr Schicksal sich in einem gemeinsamen Staat mit Serben nach Ausfall dieser Resolution wiederholen könne. Diese Befürchtungen bewahrheiteten sich, als in der zweiten Sitzung (1943 in Jajce) des „antifaschistischen Rats zur Befreiung Jugoslawiens“, in der Jugoslawien in einen Bundesstaat auf Grundlage des Nationalitätsprinzips umgewandelt werden sollte, die Albaner nicht beteiligt wurden. In dieser Sitzung wurde das Recht der Albaner auf Selbstbestimmung missachtet und der Kosovo wurde unter die Republik Serbien gestellt.

Das ermöglichte Serbien, seine brutale Repressions- und Assimilationspolitik gegenüber der albanischen Bevölkerung im Kosovo fortzusetzten. Der damalige serbische Innenminister Alexsandar Rankovic setze die gewaltsame Assimilations- und Repressionspolitik im Zeitraum zwischen 1945 und 1966 fort. Die Kosovo-Albaner wurden in manipulierten Prozessen verurteilt und grundlos verhaftet. Viele Albaner wurden gezwungen, aus Belgrad in die Türkei zu emigrieren.

Mit der Beendigung der Rankovic-Ära entschloss sich der Staats- und Parteichef Tito, die Albaner in ihren historischen, kulturellen und ethnischen

Unterschieden anzuerkennen. Demzufolge erfolgte eine Aufwertung des Kosovo zur autonomen Provinz in der Bundesverfassung Jugoslawiens im Jahr 1974 (Rauert 1999).

Als Folge von Titos Tod brach der Konflikt zwischen Albanern und Serben im Frühjahr 1981 in einer bis dahin nicht erlebten Härte erneut aus. Die albanische Bevölkerung forderte einen Republik-Status für den Kosovo. Die Forderungen nach diesem Republik-Status wurden mit polizeilicher und militärischer Gewalt unterdrückt.

Statt den Forderungen nach Eigenständigkeit der Albaner wurde die bis zu Titos Tod eingeräumte Autonomie der Albaner durch den serbischen Präsident Sllobodan Millosevic im Jahr 1989 aufgehoben. Daraufhin wurde eine neue Verfassung durch die serbische Regierung beschlossen und das Parlament und die Regierung des Kosovo aufgelöst. Als Antwort darauf haben die Albaner im Jahr 1991 anhand eines Referendums die Unabhängigkeit des Kosovo erklärt und den Schriftsteller Dr. Ibrahim Rugova als Präsidenten gewählt.

Die Auseinandersetzung zwischen serbischen Kräften und Albanern häuften sich über Jahre, bis es zu einer Eskalation des Konflikts im Jahr 1998 gekommen ist. Immer mehr Albaner wehrten sich, indem sie sich zunehmend der UCK anschlossen.

Es kam zu massiven Verhaftungen, Übergriffen auf die Zivilbevölkerung, Folterungen und ethnischen Säuberungen. Die letzten Bemühungen der Internationalen Gemeinschaft, eine friedliche Lösung des Konfliktes zu erreichen, scheiterten auf der Friedenskonferenz in Rambuillet im März 1999, weil Serbien die Unterfertigung der Abkommen verweigerte. Nach mehreren erfolglosen diplomatischen Bemühungen und dem Ablauf mehrere Ultimaten kam es zu Luftangriffen der NATO gegen militärische Ziele im gesamten Jugoslawien. Die Vertreibung ungefähr einer Million unschuldiger albanischer Zivilisten war die Antwort der Serben auf die Luftangriffe gegen ihr Militär.

Die ersten KFOR-Truppen landeten am 12 Juni 1999 im Kosovo. Zwei Tage davor wurde nach einem UN-Beschluss das Abkommen mit der Jugoslawischen Führung unterzeichnet und die Luftangriffe beendet (Wenzel, 2005).

3. Psychotraumatologie

3.1. Trauma

Trauma bedeutet

> „die Konfrontation mit einem Ereignis, das real stattgefunden hat, dem sich das Individuum schutz- und hilflos ausgeliefert fühlt und bei dem die gewohnten Abwehrmechanismen und Verarbeitungsstrategien erfolglos sind. Reizüberflutung und Reizüberwältigung sind so machtvoll, dass automatisch Angst entsteht, die nicht mehr beherrschbar ist. Als Folge treten kurz- und langfristige psychische Störungen auf. Traumatisierung meint den Prozess, Trauma ist das Ergebnis dieses Vorgangs‘‘ (nach Brand, 1986; Veer, 1992; Mertens, 1992, zitiert aus Lueger-Schuster, 2004, S.49).

Traumatisierung wird als Folge eines „vitalen Diskrepanzerlebnisses zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht“, definiert. Die Hilflosigkeit entsteht aus Kompetenzverlust, wobei man sich aufgrund traumatischer Desillusionierung das Versagen selbst zuschreibt und dadurch kann es zu einer dauerhaften Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses kommen. Es kann dabei zu einer „Entgleisung“ des Verarbeitungsprozesses kommen, wodurch der ursprüngliche traumatische Erlebniszustand als Panikzustand fortbestehen kann, der Betroffene von unkontrollierbaren Erregung überflutet wird, oder auch zu sogenannten eingefrorenen Erlebniszuständen (‘‘frozen states‘‘) mit psychosomatischen und psychovegetativen Reaktionen sowie zu psychotischen Episoden, wobei der Betroffene das Raum- und Zeitgefühl verliert (vgl. Fischer & Riedesser, 2009, S. 142).

Kahn (1963, zitiert nach Kahn, 1974) führte den Begriff des *kumulativen Traumas* ein. Seiner Ansicht nach können auch einzelne nichttraumatische Erfahrungen sich summiert gegenseitig verstärken und schließlich zu einer Traumatisierung bzw. einem Zusammenbruch führen.

Das Erleiden einer traumatischen Erfahrung ist oft erst der Anfang. Keilson (1992, 1999) führte 1979 während seiner Untersuchung an verfolgten jüdischen Kriegswaisenkindern aus den Niederlanden, nach der NS Zeit, den Begriff der *sequentiellen Traumatisierung* ein.

Keilsons (1999) Untersuchungen haben die Beziehung zwischen dem Alter, in dem das Trauma stattgefunden hat, der Schwere bzw. Intensität der Traumatisierung und den Persönlichkeitsstörungen, die bei den Nachuntersuchungen bei Erwachsenen aufgetreten sind, überprüft. Anhand dieser Untersuchung unterscheidet er drei Phasen der Traumatisierung (Keilson 1999, S. 113):

1. Die *erste traumatische Sequenz* ist die Vorkriegsperiode und beinhaltet die feindliche Besetzung der Niederlande und den beginnenden Terror gegen die jüdische Bevölkerung.

2. Die *zweite traumatische Sequenz* (Kriegsperiode) ist durch direkte Verfolgung, Trennung von Mutter und Kind, Aufenthalt in Konzentrations- und Vernichtungslagern charakterisiert.

3. *Die dritte traumatische Sequenz* (Nachkriegsperiode) ist die Zeit nach dem Krieg.

Keilson (1992) hat festgestellt, dass die Traumatisierung nach der zweiten Phase (Kriegsperiode) auf keinen Fall als beendet angesehen werden kann. Bei seiner Untersuchung wurde festgestellt, dass Kinder mit einer ungünstigen Nachkriegszeit (dritte traumatische Sequenz) später (nach ca. 25 Jahren) ein ungünstigeres Entwicklungsbild zeigten als Kinder, die eine schwierigere zweite traumatische Sequenz, aber eine günstigere dritte traumatische Sequenz erlebt hatten. Die dritte traumatische Sequenz kann also für die psychische Befindlichkeit der überlebenden Kinder und Erwachsenen schädigender und beeinträchtigender sein als die Kriegsperiode (zweite Phase) an sich. Die Zeit nach dem Erleiden eines traumatischen Erlebnisses kann entscheidend dafür sein, ob und wie stark psychische Beeinträchtigungen und klinische Symptome entstehen.

Maercker (2003, 2009) unterscheidet verschiedene Formen von Traumata: Menschlich verursachte Traumata (‘‘man-made disasters‘‘) gegenüber zufälligen Traumata (Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltrauma) einerseits und kurz- (durch akute Lebensgefahr, plötzliches Auftreten und Überraschung charakterisiert) - bzw. langfristige (auch Multitraumata genannt, durch mehrfache, verschiedene traumatische Einzelerfahrungen gekennzeichnet) Traumata anderseits.

Tabelle 1: Unterteilung in menschlich verursachte und zufällige Traumata (Maercker, 2003, S.5)

Menschlich verursachte Traumata (‘‘man-made-disasters‘‘)	**Zufällige Traumata: Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltrauma**
• Körperliche und sexuelle Gewalt in Kindheit, Jugend oder Erwachsenalter • Kriminelle und familiäre Gewalt • Vergewaltigungen • Kriegserlebnisse • Zivile Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme • Massenvernichtung • Politische Inhaftierung	• Naturkatastrophen • Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen) • Berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr) • Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück) • Verkehrsunfälle

Tabelle 2: Unterteilung in Typ I und Typ II Traumata (Maercker, 2003, S.5)

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ I Trauma)	**Langandauernde, wiederholte Traumata (Typ II-Trauma)**
• Naturkatastrophen • Unfälle • Technische Katastrophen • Kriminelle Gewalterlebnisse • Unfälle; Schusswechsel	• Krieg • Geiselhaft • KZ-Haft • Mehrfache Folter • Wiederholte körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch

Die Traumata, die von Menschen verursacht werden sowie die langandauernden, wiederholten Traumata (Typ II-Traumata) führen bei den

Betroffenen im Vergleich zu anderen Traumaarten oft zu stärker beeinträchtigten psychischen Funktionen und können chronische Folgen nach sich ziehen (Maercker, 2009).

3.1.1. Primär-, Sekundär- und Tertiäropfer

Friedman (2004) zufolge kann neben der Unterteilung in man-made und nature-made Traumata auch zwischen Typen von Traumaopfern unterschieden werden.

Eine Posttraumatische Belastungsstörung kann sich nicht nur bei den Betroffenen, welche die traumatischen Ereignisse selbst erlebt haben, entwickeln, sondern auch bei Personen, die nicht unmittelbar mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert waren. Die Typen von Traumaopfer werden als Primär-, Sekundär- und Tertiäropfer bezeichnet.

Primäropfer sind Menschen, die unmittelbar von einem traumatischen Ereignis betroffen sind (z.B. Opfer von Gewalt, Hinterbliebene). Von einem Sekundäropfer wird gesprochen, wenn Personen unmittelbar mit traumatischen Erlebnissen der Primäropfer konfrontiert werden (z.B. Augenzeugen, Einsatz- und Hilfskräfte). Über Tertiäropfer wird dann gesprochen, wenn Personen nicht selbst von einem Trauma betroffen sind, sondern Familienmitglieder, Freunde und nahe stehende Personen (Friedman 2004, S.13).

3.2. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die *Posttraumatische Belastungsstörung* (im Folgenden PTBS genannt) ist eine mögliche, sehr häufige Folgereaktion traumatische Erlebnisse (wie z.B. Vergewaltigung, Erleben von körperlicher Gewalt, Geiselnahme, Terroranschläge etc.), die eine Person selbst oder aber auch als Zeuge miterlebt hat (Flatten et al., 2001, 2004, S.3).

Historisch gesehen wurde in Folge beider Weltkriege beobachtet, dass extreme Ereignisse extreme Reaktionen hervorrufen. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde beobachtet, dass Betroffene aus Konzentrations- und Vernichtungslagern psychische Symptome zeigten. Danach zeigte sich, dass auch andere traumatische Ereignisse (u.a. sexuelle Gewalt) dieselben Störungen hervorrufen können. Dies führte zu dem Schluss, dass in Folge eines extremen traumatischen Erlebnisses Posttraumatische Belastungsstörungen folgen können. Die Posttraumatische

Belastungsstörung wird in den Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM IV definiert (Maerker 2003).

Die fünf Hauptkriterien der PTBS sind laut Maercker (2003, S.4):

1. Erlebnis eines Traumas
2. Intrusionen (unwillkürliche Erinnerungen an das traumatische Erlebnis)
3. Vermeidungsverhalten
4. Anhaltendes physiologisches Hyperarousal
5. Symptome dauern länger als einen Monat.

3.2.1. Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung

3.2.1.1. Diagnose nach ICD 10 und DSM IV

Laut ICD 10 ‘‘entsteht Posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde‘‘ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010, S. 183). Als Beispiel für ein belastendes Ereignis kann z.B. das Erleben einer Naturkatastrophe oder durch Menschen verursachte Katastrophen, das Erleben eines schweren Unfalls, einer Kampfhandlung, Folter, Vergewaltigung, das Erleben von Terrorismus oder Beiwohnen eines gewaltsames Todes gesehen werden (Dilling et al., 2010).

Typische Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung sind die aufdrängenden Erinnerungen an das Trauma, das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von Flashbacks, Intrusionen usw., das Gefühl, betäubt zu sein, emotionale Stumpfheit, Teilnahmslosigkeit, Freude- und Lustlosigkeit, Vermeidung der Aktivitäten, die an das traumatischen Ereignis erinnern könnten, vegetative Übererregtheit, Vigilanzsteigerung, Schlaflosigkeit und Schreckhaftigkeit (Dilling et al., 2010).

Eine PTBS kann ICD 10 (2010), zufolge diagnostiziert werden, wenn die Störung innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Erlebnis auftritt. Jedoch kann auch eine ‘‘wahrscheinliche‘‘ Diagnose erstellt werden, wenn die Störung nach mehr als sechs Monate eintritt, es muss aber sichergestellt werden dass keine andere Diagnose wie Angst- oder Zwangsstörung oder eine depressive

Phase vorliegt und dass die klinischen Merkmale sich als typisch erweisen (Dilling et al., 2010).

DSM IV zufolge (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001, S.487) kann PTBS diagnostiziert werden, wenn die Symptome aus einem traumatischen Ereignis folgen wie z.B. reale Todesdrohung, ernsthafte Verletzung oder körperliche Bedrohung der eigenen Person oder die Beobachtung eines traumatischen Ereignisses bei einer anderen Person (Kriterium A1) und wenn die Betroffenen auf das traumatischen Ereignis mit Furcht, Entsetzen und Hilflosigkeit reagieren (Kriterium A2). Das Störungsbild der PTBS besteht aus drei Symptombereichen: Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, z.B. Intrusion (wiederkehrende belastende Erinnerung an das traumatische Ereignis), Alpträume, Nachhallerlebnisse (Kriterium B); das Vermeiden der traumrelevanten Reize (Gedanken oder Gefühle sowie Situationen oder Aktivitäten, die an das traumatische Ereignis erinnern könnten, werden vermieden) (Kriterium C) und das anhaltende physiologisch erhöhte Arousal/ Erregungsniveau (z. B. Schlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit usw.) (Kriterium D). Posttraumatische Belastungsstörung wird dann diagnostiziert, wenn die Symptome länger als einen Monat andauern (Kriterium E) und das Störungsbild in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder eine wesentliche Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beim Betroffenen auslöst (Kriterium F).

Im DSM IV wird auch zwischen einem akuten, chronischen und verzögerten Verlauf der PTBS unterschieden. Über eine akute PTBS wird dann gesprochen, wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern. Als chronisch wird eine PTBS dann betrachtet, wenn die Dauer der Symptome drei Monate oder länger beträgt und als PTBS mit verzögertem Beginn wird die Störung dann betrachtet, wenn die Symptome sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis auftreten (Saß et al., 2001).

3.3. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS)

Betroffene, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben und vor allem diejenigen, die ein interpersonelles und / oder ein Typ II - Langdauerndes Trauma erlebt haben, zeigen auch zusätzliche Veränderungen und klinische Symptome. Die Diagnose für solche Fälle ist noch nicht in den Internationalen Klassifikationssystemen vorhanden, da es bis jetzt nur eine Forschungsdiagnose ist

(Maercker & Michael, 2009). Judith Herman und Bessel van der Kolk (1992) führten den Begriff ‘‘complex PTBS‘‘ ein. Durch die komplexe PTBS sollten die Folgen der langanhaltenden und wiederholten Traumatisierung (wie z.B. Folter, Krieg, fortgesetzte Misshandlung usw.) beschrieben werden. Von der Arbeitsgruppe der DSM, die sich mit der Formulierung der Kriterien dieser Störung befasst, wurde die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung als DESNOS Syndrom (*„Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ - DESNOS, „Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet“*) erfasst. Die International Classification of Diseases (ICD) hat die Bezeichnung *‘‘Persönlichkeitswandel nach katastrophischen Erfahrungen‘‘* gewählt (Fischer & Riedesser, 1998; Herman, 2003).
Die Komplexe PTBS zeichnet sich durch sieben Symptomgruppen aus (Herman, 2003, S.169):

1. Der Betroffene war über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) totalitärer Kontrolle unterworfen. Beispiele dafür sind Geiselhaft, Kriegsgefangenschaft, Überleben von Konzentrationslagern und dergleichen sowie auch Menschen die familiären Gewalt erlebt haben, als Kinder physisch misshandelt oder sexuell missbraucht wurden oder von Familienmitglieder geschlagen wurden usw.
2. Veränderte Affekt- und Impulsregulation (z. B. Dysphorie, chronischer Beschäftigung mit Suizidgedanken, Neigung zu Selbstverletzungen, zwanghafter oder extrem gehemmter Sexualität, Wutausbrüche usw.).
3. Veränderte Aufmerksamkeit und Bewusstsein (z.B. Amnesie oder Hypermnesie für das erlebte traumatische Ereignis, Depersonalisation/ Derealisation, Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen als intrusive Symptome oder als ständiges Grübeln).
4. Gestörte Selbstwahrnehmung (z.B. Hilflosigkeitsgefühle, Initiativverlust, Scham-, Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle, Gefühle der Stigmatisierung und Beschmutzung)
5. Gestörte Wahrnehmung des Täters (z.B. ständige Beschäftigung mit den Gedanken an der Täter, unrealistische Überschätzung des Täters - dieser wird als übermächtig gehalten, Idealisierung des Täters, paradoxe Dankbarkeit usw.)
6. Beziehungsprobleme (z.B. Isolation, Rückzug, anhaltendes Misstrauen, Abbruch der Intimbeziehungen, Unfähigkeit, sich selbst zu schützen usw.)

7. Veränderungen des Wertesystems (z.B. Hilflosigkeitsgefühle oder Verzweiflung usw.) (Herman, 2003).

3.4. Epidemiologie der PTBS

Die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS nach einem Trauma zu entwickeln, liegt bei 9,2%. Dies ist jedoch abhängig von der Art des Ereignisses (Friedmann, 2004, S. 14). Die Lebenszeitprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung für die Allgemeinbevölkerung beträgt 1-14%. Die PTBS-Prävalenz für Risikopopulationen wie Kriegsveteranen, Opfer von Vulkanausbrüchen oder krimineller Gewalt beträgt 3-58 % (Saß et al., 2001).

Abhängig von der Art des Traumas gibt es unterschiedliche Lebensprävalenzen der PTBS, so zeigt sich z.B. nach Kriegsereignissen, bei denen die Personen persönliche Gefährdung erlebt haben, eine Prävalenz von 50- 65%, nach Vergewaltigung oder einer anderen Art sexuellen Missbrauchs 50- 55%, bei Personen, die Verkehrsunfälle erlebt haben, liegt die Prävalenz bei 3- 11%, nach einer Naturkatastrophe (Brandkatastrophe) liegt die Lebensprävalenz der PTBS bei 5% und bei Zeugen traumatischer Ereignisse (z.B. Gewalthandlungen) bei 2- 7%. Die Personen, die ein Typ II Trauma erlebt haben (z.B. Kriegserlebnisse), haben das höchste Risiko, eine PTBS zu entwickeln (Morschitzky, 2009, S.141).

Laut Breslau, Davis, & Andreski (1998, zitiert nach Litz & Maguen, 2007) ist das Risiko für die Belastung durch traumatische Ereignisse über die Lebensspanne außerordentlich hoch (50%). Ereignisse mit der höchsten Auftretenswahrscheinlichkeit (wie z.B. Miterleben des Leidens eines anderen, Opfer eines Unfalls sein, gefährdet zu sein usw.) sind mit einem niedrigen PTBS-Risiko verbunden, während Ereignisse mit niedriger Auftretenswahrscheinlichkeit (z.B. Kampfsituationen, sexueller Missbrauch und Angriff) mit hohem PTBS-Risiko verbunden sind.

Die meisten Studien, die geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt haben, zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, bei Frauen höher ist als bei Männern (Ai et al., 2002; Ekblad et al., 2002; Eytan et al., 2004; Eytan et al.2011; Eytan et al.2006). Diese höhere Prävalenz bei Frauen könnte Mollica et al. (1987) und Ekblad et al. (2002) zufolge aufgrund der psychischen Folgen einer Vergewaltigung, des gewaltsamen Verlustes von Ehepartner und

Kindern und des Umstandes, Witwe oder alleinerziehende Mutter zu werden, zu erklären sein (Ekblad et al. 2002; Mollica et al. 1987, zitiert aus Johnson et al. 2008).

3.4.1. Prävalenz von PTBS bei Kriegstraumata, Terror und politischer Verfolgung

Die Prävalenz für PTBS in Populationen, die einem Krieg ausgesetzt waren, liegt nach neusten Untersuchungen zwischen 4% und 20% (Roth, Ekblad, Ågren, 2006).

Die Prävalenzen am Beispiel der Vietnam-Veteranen variierten in Abhängigkeit vom Untersuchungsdesign (Stichprobegröße, Untersuchungs-instrumente) zwischen 2 und 70%. Punktprävalenzen für PTBS liegen bei methodisch verlässlichen Untersuchungen nach dem Krieg bei 15% (McFarlane & deGirolamo, 1996, zitiert nach Siol, Flatten & Wöller 2001, 2004).

Jong et al. (2001) haben in ihrer epidemiologischen Erhebung mit verschiedenen Kriegsüberlebenden, die massive Gewalt erlebt haben, herausgefunden, dass die PTBS-Prävalenz bei 37.4% in Algerien, bei 28.4% in Cambodia, bei 15.8% in Ethiopien und bei 17.8% im Gaza-Gebiet lag.

In der Studie von Roth et al. (2006), die mit kosovo-albanischen Flüchtlingen in Schweden durchgeführt wurde, konnte in der Baseline-Erhebung bei 37 % (wobei Frauen bei 53% und Männer bei 24% lagen) der Untersuchungsteilnehmer eine PTBS festgestellt werden. Bei der Follow-Up-Erhebung nach 1,5 Jahren konnte bei ca. 80% (Frauen: 86%, Männer: 73%), der Untersuchungsteilnehmer eine PTBS festgestellt werden.

Lopez Cardozo, Vergara, Agani und Gotway (2000) berichten in einer Studie, die mit Kosovo-Albanern im Kosovo durchgeführt wurde, dass 17.1% der Untersuchungsteilnehmer die Kriterien einer PTBS nach DSM IV erfüllen. In der Follow-Up-Erhebung beschreiben Lopez Cardozo, Kaiser, Gotway & Agani (2003) eine Prävalenz der PTBS bei bis zu 25% der Untersuchungsteilnehmer im Kosovo.

3.5. Komorbidität der PTBS

Die Posttraumatische Belastungsstörung hat eine beträchtliche Komorbidität mit Depression, Angststörungen, Suizidalität, Somatisierungsstörungen, Substanzenmissbrauch und Sucht (vgl. Friedmann, 2004; Maercker 2003; Ehlers 1999). Der Verlust von Interesse an Aktivitäten, Konzentrationsstörungen und

Schlafstörungen sind Symptome der PTBS, die sich mit der Major Depression überschneiden (Fischer et al. 1998).

In den Studien von Breslau et al. (1991) und Helzer et al. (1987) wurde bei 80% der Untersuchungsteilnehmer zusätzlich zu der PTBS noch mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt (zitiert nach Siol, Flatten, Wöller 2001, 2004; Kessler Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson,1995).

Kessler et al. (1995) beschrieben in ihrer Studie, dass bei 88.3% der Männer und 79.3 % der Frauen neben PTBS auch eine Komorbidität mit anderen DSM III-R Diagnosen wie Angststörungen, depressiven Episoden oder chronifizierte Depressionen, sozialen Phobien und Substanzmissbrauch (Alkohol- und Drogenmissbrauch) vorlag.

Kessler et al. (1995) versuchten in ihrer großen Feldstudie herauszufinden, wie häufig die PTBS als primäre Störung auftritt, welche dann Komorbiditäten nach sich zieht. Sie gehen davon aus, dass bei Depressionen und Substanzmissbrauch die PTBS bei der Mehrzahl der Betroffenen zuerst auftritt und anschließend die zusätzliche Störungen nach sich zieht. Bei Angststörungen schien es umgekehrt zu sein.

Breslau, Davis, Peterson & Schultz (2000) haben in ihrer Studie herausgefunden, dass für Personen mit einer PTBS ein erhöhtes Risiko besteht, eine Major Depression zu entwickeln im Gegensatz zu Personen, die zwar traumatische Ereignisse erlebt, aber keine PTBS entwickelt haben. Breslau et al. (2000) zeigten in ihrer Längsschnittuntersuchung, dass Personen, die nie an Depressionen gelitten haben und nach einem traumatischen Erlebnis eine PTBS entwickelten, ein höheres Risiko, eine zusätzliche Major Depression erstmalig zu entwickeln, haben, im Vergleich zu Personen ohne PTBS.

3.5.1. PTBS-Komorbiditäten im Speziellen bezogen auf kriegsbedingte Traumatisierungen

Die meisten Untersuchungen, die sich mit begleitenden psychischen Störungen in Folge einer Kriegstraumatisierung beschäftigen, wurden im amerikanischen Sprachraum durchgeführt. Als Stichprobe wurden oft Kriegsveteranen aus dem Vietnam genommen, wobei sie spezifische Besonderheiten psychiatrischer Krankheiten zeigten. Die Vietnam-Kriegsveteranen mit PTBS entwickelten nach dem Erleben physischer Gewalt vorwiegend

Substanzenmissbrauch (vor allem erhöhten Alkoholkonsum). Es zeigte sich, dass sowohl Frauen als auch Männer aus dem Vietnam mit einer PTBS mehr Alkohol und Drogen konsumiert haben als diejenigen ohne PTBS (Deering, Glover, Ready, Eddleman & Alarcon 1996).

Die Depression wurde in verschiedenen Studien als die zweithäufigste Störung, die gemeinsam mit PTBS bei Kriegsveteranen auftritt, beschrieben (Deering et al. 1996). Resnick, Kilpatrick, Best und Kramer (1992) haben in ihrer Untersuchung mit weiblichen Opfern von Gewalttaten gezeigt, dass vorbestehende Depressionen zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer PTBS nach einem traumatischen Erlebnis führen.

Engdahl, Speed, Eberly und Schwartz (1991) haben in ihrer Studie mit amerikanischen Kriegsgefangenen (American World War II Prisoners of War) herausgefunden, dass Angststörungen (General Anxiety Disorder) eine der häufigsten komorbiden Störungen, die bei PTBS auftritt, darstellt. 42% der Untersuchungsteilnehmer, die eine Angststörung hatten, waren Personen, die keine PTBS entwickelt haben, bei 98 % der Personen mit chronischer PTBS wurde auch eine Angststörung diagnostiziert.

Ginzburg, Ein-Dor und Solomon (2010) haben bei ihrer Untersuchung mit Kriegsveteranen ebenfalls eine erhöhte PTBS-Komorbidität mit Angststörungen und Depressionen festgestellt.

Panikstörungen treten nur bei bestimmten Arten von Traumata als komorbide Störung auf (Deering et al.1996). Es wurde gezeigt, dass Kriegsveteranen aus dem Vietnam häufiger unter Panikstörungen gelitten haben als Veteranen anderer Kriege. Die Teilnahme an Aktivitäten mit hohem Risiko korrelierte bei Vietnam-Veteranen mit der Entwicklung von Panikstörung, Phobien und PTBS (Green, Lindy, Grace & Gleser 1989). Es wird davon ausgegangen, dass die extreme Erregung des autonomen Nervensystems, Hypervigilanz und Unberechenbarkeit dieser Arten von traumatischen Ereignissen mit einem hohen Risiko von beispielsweise Morddrohungen, Vergewaltigungen oder massiven Bränden zur Entwicklung von Paniksymptomen führt und dann als Teil der PTBS erlebt wird (Deering et al. 1996).

4. Schutzfaktoren (Resilienz) und Risikofaktoren bei PTBS

Bonanno und Galea (2007) haben in einer Studie, die mit Bewohnern aus New York City sechs Monate nach den Ereignissen des 11. Septembers durchgeführt wurde, herausgefunden, dass durch Faktoren wie Geschlecht, Alter, Ethnizität, Bildungsniveau, soziale Unterstützung, durch nicht vorhandene Depressionssymptome und Substanzmissbrauch, durch weniger Einkommensverluste, durch Ausbleiben von Krankheiten und fehlender traumatischer Vergangenheit, durch weniger direkte Auswirkungen des 11. Septembers, durch weniger Stressfaktoren und durch fehlende zusätzliche traumatische Ereignisse nach dem 11. September die Prävalenz der Resilienz vorhergesagt werden kann.

Viele Untersuchungen zeigten, dass Frauen mit größerer Wahrscheinlichkeit Posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln werden als Männer (Ai et al. 2002; Ekblad et al. 2002; Eytan et al. 2004; Eytan et al.2011; Eytan et al.2006; Galea et al. 2002; Kessler et al. 1995). Auch die Ergebnisse der von Roth, Ekblad und Ägren (2006) im Kosovo durchgeführten Studie zeigten, dass Frauen im Allgemeinen die höchste Morbidität aufwiesen. Lopez Cardozo et al. (2000) fanden in einer Untersuchung mit Kosovo-Albanern, dass diejenigen Personen, die über 65 Jahren alt waren, mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer PTBS gekennzeichnet sind als jüngere Personen. Dahl, Mutapcic und Schei (1998) haben in ihrer Untersuchung mit bosnischen Frauen herausgefunden, dass Personen, die über 25 Jahre alt waren, eher PTBS entwickelten als jüngere Untersuchungsteilnehmer.

Ein wichtiger Faktor für das psychische Wohlbefinden ist die Erwerbstätigkeit, da ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht (Bhugra, 2004). Auch Galea et al. (2002) zeigten in ihrer Untersuchung, dass der Bildungsgrad eine Rolle bei der psychischen Gesundheit spielt. Personen mit niedrigem Bildungsstand und somit auch mit niedrigem soziökonomischen Status tragen ein größeres Risiko, Posttraumatische Belastungsstörungen zu entwickeln als andere (Galea et al., 2002).

Galea et al. (2002) zeigten in einer Untersuchung, dass bei Personen, die einem Trauma direkt ausgesetzt waren (z. B. Personen, die sich in der Nähe eines Tatorts befunden haben oder solche, die Familienmitglieder oder ihr Hab und Gut verloren haben), die Prävalenz für eine PTBS höher war als bei Personen, die nicht direkt einem Trauma ausgesetzt waren. Personen, die Familienmitglieder verloren haben, leiden auch mehr an Depression als andere.

Personen die nach einem erlebten Trauma weniger soziale Unterstützung erhalten haben, zeigten ebenfalls ein erhöhtes Risiko, PTBS zu entwickeln und Depressionen zu erleiden als andere.

4.1. Multifaktorielles Rahmenmodell

Das Multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2003) erklärt die multifaktorielle Genese der PTBS und beinhaltet Resilienz- und Risikofaktoren der PTBS.

Dieses Modell beschäftigt sich mit der Frage, warum nur ein Teil der Personen, die ein traumatisierendes Ereignis erlebt haben, anschließend psychische Beeinträchtigungen aufweisen und PTBS entwickeln, während ein anderer Teil ohne bleibende Schäden weiterlebt.

Das Modell von Maercker (2003) enthält ätiologische Faktoren, die dafür verantwortlich sind, dass eine Person nach einer Traumatisierung psychische Auffälligkeiten aufweist:

- Risiko- und Schutzfaktoren
- Ereignisfaktoren
- Aufrechterhaltungsfaktoren
- gesundheitsfördernde Faktoren und
- posttraumatische Prozesse

Risiko- und Schutzfaktoren:

Brewin et al. (2000) haben folgende Faktoren als Prädiktoren benannt:

- Vorherige Traumatisierung in der Kindheit
- Niedrige Intelligenz und Bildung
- Weibliches Geschlecht
- Jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung
- Persönlichkeitsfaktoren

Ereignisfaktoren (Maercker 2003):

- Traumaschwere (Traumadauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad, Anzahl der Toten)

- Initiale Reaktion (die Fähigkeit sich während des Traumas nicht aufzugeben sowie das Gefühl der Autonomie sind wichtig um die psychische Symptome bzw. die Folgen eine PTBS gering zu halten)

Aufrechterhaltungsfaktoren (Maercker 2003):

- Vermeidender Bewältigungsstil (mit dem Trauma in Verbindung stehende Gedanken und Gefühle werden vermieden/ unterdrückt; nicht-darüber-reden-wollen, exzessives Grübeln, exzessiver Ärger und Wut)
- Kognitive Veränderungen (negative Gedanken gegenüber sich selbst und gegenüber der Welt sowie Selbstvorwürfe).

Gesundheitsfördernde Faktoren:

Nach Maercker (2003) wirken Faktoren wie

- Kohärenzsinn
- Disclosure (Offenbarung)
- Soziale Anerkennung als Opfer

gesundheitsfördernd nach einem traumatischen Erlebnis.

Posttraumatische Prozesse und Resultate

Eine Traumatisierung kann psychische Beeinträchtigungen (PTBS, Angststörungen, depressive Störungen, dissoziative Störungen) verursachen und auch psychosoziale Konsequenzen (z.B. Karrierebrüche, Trennungen und Scheidungen, Erziehungsschwierigkeiten) nach sich tragen (Maercker, 2003).

- Posttraumatische Reifung

Ein weiteres Resultat nach einer Traumatisierung ist die posttraumatische Reifung (Frankl, 1973, zitiert nach Maercker, 2003). Viele Betroffene sind der Meinung, dass die Traumatisierung einen Reifungsprozess in Gang setzt. Mit posttraumatischer Reifung ist die positive psychologische Veränderung gemeint, die von traumatisierten Personen als Folge des Bewältigungsprozesses einer Belastung angesehen wird. Die Betroffenen erholen sich von einem Trauma und dies wird als Möglichkeit für die persönliche Weiterentwicklung angesehen.

Die resultierenden Veränderungen gehen mit einem Zuwachs an innerer Reife, einer positiven Veränderung des Selbst und einem neu definierten Lebenssinn einher (Zöllner, Calhoun & Tedeschi, 2006).

Die posttraumatische Reifung kann verschiedene Lebensbereiche beeinflussen:

- *intensivierte Wertschätzung des Lebens* (z. B. eine erhöhte Wichtigkeit der „kleinen Dinge im Leben“)
- *Intensivierung persönlicher Beziehungen* (manchen Personen gegenüber fühlen sich die Betroffene näher, anderen gegenüber wieder nicht. ‘‘In diesen Extremsituationen zeigt sich wer die wahren Freunde sind.‘‘)
- *Bewusstwerden der eigenen Stärke* (Gewissheit, stark genug zu sein, eine traumatisierenden Situation bewältigen zu können, falls eine solche eintreten sollte).
- *Entdeckung neuer Möglichkeiten* (z.B. soziales Engagement, neuer Job)
- *Ein intensiviertes spirituelles Bewusstsein* (Zöllner et al. 2006, S.38)

4.2. Resilienz

4.2.1. Definition Resilienz

Bonanno (2004, s. 20) definiert Resilienz als

> “the ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event such as the death of a close relation or a violent or life-threatening situation to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning... resilience is more than the simple absence of psychopathology... as well as the capacity for generative experiences and positive emotions”

Die Resilienz ist also die Fähigkeit einer erwachsenen Person, die eigene Funktionsfähigkeit auch nach einer Traumatisierung zu erhalten.

Gesundheitsfördernde Faktoren und Ressourcen führen zu einer Gesundung der Betroffenen. Sie versetzten die Betroffenen in die Lage, die traumatischen Erlebnisse besser zu verarbeiten und sie zu integrieren (Maercker, 2003).

„Mit Resilienz werden Prozesse oder Phänomene beschrieben, die eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren wiederspiegeln.“ (Reimann & Hammelstein 2006, S.18).

Im Folgenden werden Faktoren, die bedeutend in Bezug auf Traumata sind, näher erklärt:

4.2.2. Kohärenzsinn

Der *sense of coherence (SOC)* ist laut Antonovsky (1987, zitiert nach Maercker, 2003) die Fähigkeit, ein Erlebnis geistig einzuordnen, zu verstehen und den Geschehnissen einen Sinn zu geben. Durch das Vermitteln des Gefühls, dass der Betroffene selbst etwas zum Ausgang oder zur Bearbeitung des Geschehenen beitragen kann, wird Kohärenzgefühl vermittelt und die Betroffenen sind motiviert, weiter nach Kohärenzen zu suchen oder sie selbst herzustellen (Singer & Brähler, 2007).

Der Kohärenzsinn setzt sich nach Antonovsky (1997, nach Reimann & Hammelstein, 2006) aus drei Komponenten zusammen:

- **Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)**: Verstehbarkeit beschreibt die Fähigkeit einer Person, ihre Umwelt als verstehbar einzuschätzen. Die Personen, die ihre Umwelt zu einem hohen Ausmaß verstehen, können die unerwarteten und unvorhersehbaren Situationen einordnen, erklären und können damit umgehen.
- **Handhabbarkeit (sense of manageability):** Die Anforderungen, die an eine Person durch die Umwelt gestellt werden, können durch die zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden. Personen, die ein hohes Maß an Handhabbarkeit besitzen, fühlen sich beim Auftreten eines Ereignisses weniger oft vom Leben ungerecht behandelt und schlüpfen nicht in eine Opferrolle.
- **Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness):** Bedeutsamkeit ist die motivationale Komponente des Kohärenzgefühls. Der Person empfindet das Leben als sinnvoll und ist der Meinung, dass es sich lohnt, sich mit den Schwierigkeiten und Aufforderungen auseinanderzusetzen bzw. Energie zu investieren. Es gibt für sie Bereiche im Leben, die wichtig genug sind, um emotional in diese zu investieren (Renneberg & Hammelstein 2006).

Maercker (2003) zufolge können Personen mit einem hohen Kohärenzsinn aufgrund ihrer Weltanschauung traumatische Ereignisse besser einordnen und verarbeiten.

4.2.3. Disclosure

Disclosure ist die mündliche oder schriftliche Offenbarung der erlebten traumatischen Erfahrungen sowie die damit verbundenen Gedanken und Gefühle (Pennebaker 1993a, zitiert nach Müller und Maercker, 2006). Das offene Sprechen über das erlebte Trauma wirkt sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden und die Gesundheit aus (Maercker, 2003).

Die gesundheitsförderlichen Auswirkungen der Disclosure wurden in verschiedenen Studien bestätigt (vgl. Müller & Maercker, 2006; Pennebaker, Barger & Tiebout, 1989). Esterling, L'Abate, Murray und Pennebaker (1999) haben in ihrer Untersuchung einen Anstieg der mentalen und physischen Befindlichkeit beschrieben. Es wurden Verbesserungen der Immunfunktion (Pennebaker & Francis, 1996) und Abnahme der Arztbesuche (Pennebaker & Beall, 1986) gezeigt.

Müller und Maercker (2006) untersuchten den Einfluss von Faktoren wie die wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer und Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Disclosure) auf die Verarbeitung einer Traumatisierung.
Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten einen Einfluss beider Faktoren auf die PTBS-Symptome. Die selbst wahrgenommene emotionale Reaktion bei der Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Disclosure) stellte einen relevanten Prädiktor dar.

4.2.4. Soziale Anerkennung

Für Maercker und Müller (2004) ist die soziale Anerkennung und das Erleben positiver Reaktionen aus der Gesellschaft wichtig, wodurch die traumatisierte Person auch soziale Wertschätzung und Unterstützung für ihren Zustand bekommt. Die ''soziale Wertschätzung'' bezieht sich hier nicht nur auf das engste soziale Umfeld der Betroffenen (wie Familie und Freunde), sondern es sind sowohl weitere Einzelpersonen von Bedeutung (wie lokale Persönlichkeiten, Medien) als auch Gruppen (wie Personen am Arbeitsplatz, Mitbürger). Im besten Fall sind diese sozialen Reaktionen unterstützend für Opfer und Überlebende. Im schlimmsten Fall

ist das gesellschaftliche Feedback negativ, wobei Opfer und Überlebende Ignoranz, Ablehnung oder Schuldzuschreibungen erleben.

Wenn die Betroffenen als Opfer bzw. Überlebende sozial anerkannt werden und ihnen Mitgefühl und Verständnis für ihre schwierige Lage sowie Respekt für ihre Bewältigungsleistung von der engen Umgebung wie Familie und Freunden sowie auch von Mitbürgern entgegengebracht wird, kann dies im bestem Fall zur Verringerung der Belastungen führen. Fehlt allerdings diese Wertschätzung, kann es zur Retraumatisierung kommen (Maercker, 2003).

Auch Norris et al. (2002) zeigten, dass vorhandene soziale Unterstützung nach einem Katastrophenerlebnis einen der wichtigsten protektiven Faktoren für die Bewahrung der psychischen Gesundheit darstellt. Die Studie von Müller und Maercker (2006) beschreibt die soziale Anerkennung als Opfer bzw. Überlebender ebenfalls als einen wichtigen Prädiktor für PTBS.

Die Untersuchung von Gäbler, Maercker und Schützwohl (2008) stützte die Annahme, dass fehlende soziale Unterstützung einen Risikofaktor für PTBS darstellt und dass die soziale Anerkennung seitens der Gesellschaft ein wichtiger Faktor für die PTBS-Symptomatik ist bzw. einen wichtigen Schutzfaktor darstellt. Betroffene, die soziale Unterstützung wahrgenommen haben, zeigten eine geringere PTBS-Symptomatik. Personen, bei denen die soziale Unterstützung fehlte und zusätzliche Stressoren nach dem Traumaereignis aufgetreten sind (z.B. familiäre Probleme), zeigten auch eine stärker ausgebildete PTBS-Symptomatik. Es wird davon ausgegangen, dass Betroffene, die zufrieden mit der soziale Unterstützung sind, besser mit Traumatisierung umgehen können und weniger unter PTBS-Symptomen leiden als Personen, die sich einsam fühlen und keine soziale Anerkennung bekommen.

4.2.5. Widerstandsfähigkeit (Hardiness)

Laut Bonanno (2004) stellt die Widerstandsfähigkeit einen wichtigen Faktor der Resilienz in Bezug auf Trauma dar. Das Persönlichkeitsmerkmal „Widerstandsfähigkeit“ hilft dabei, extreme Stresssituationen von sich fernzuhalten.

Nach Bonanno (2004) besteht die Widerstandsfähigkeit aus drei Dimensionen:

- Die Fähigkeit, einen Sinn im Leben zu erkennen.
- Der Glaube, dass Umwelt und Ergebnisse von Ereignissen beeinflussbar sind.

- Der Glaube, dass man aus positiven und negativen Erfahrungen lernen und daran wachsen kann.

Personen die widerstandsfähig sind, haben das Gefühl, dass sie Kontrolle über ihre Probleme haben und sind bereit, Veränderungen im Leben als Herausforderung und als neue Chance für Wachstum anzunehmen. Es wurde gezeigt, dass Hardiness die negativen Auswirkungen eines belastenden Ereignisses mildern und einen positiven Einfluss auf körperliche Erkrankungen sowie auf psychische Belastungen haben kann. Die Hardiness wurde in mehreren Untersuchungen mit geringerer PTBS-Symptomatik assoziiert (vgl. Zakin, Solomon & Neria, 2003).

Zakin, Solomon und Neria (2003) haben gezeigt, dass bei ehemaligen Kriegsgefangenen und Kriegsveteranen das Vorhanden von Widerstandsfähigkeit mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, an PTBS zu leiden, verbunden war.

4.3. Risikofaktoren

Litz & Maguen (2007) zufolge gibt drei Kategorien von Risikovariablen für PTBS: Traumabezogene Variablen, Personenvariablen und kulturelle- und Umweltvariablen

Traumabezogene Variablen beinhalten den Grad der Lebensgefahr, die Schwere des Traumas, die unmittelbare Reaktion auf das Trauma, den Verlust der Ressourcen inklusive den Verlust der Liebsten sowie den Verlust von Eigentum und finanzielle Probleme der ganzen umgebenden Gesellschaft.

Zu den *Personenvariablen* gehören demographische Variablen, psychiatrische Vergangenheit (Krankheiten), Persönlichkeitsmerkmale und individuelle Unterschiede des unmittelbaren Einflusses des Traumas. Weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, geringe Intelligenz, niedriger sozioökonomischer Status, vorherige psychiatrische Erkrankungen, Persönlichkeitsdispositionen (wie z.B. Selbstkonzept, Weltanschauungen usw.) gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS.

Zu den *kulturellen- und Umweltvariablen* zählen beispielsweise soziale Unterstützung und die Existenz zusätzlicher Stressoren.

5. Theoretische Modelle zur Entstehung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Es gibt vier Gruppen von Erklärungsmodellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, die im Folgenden näher beschrieben werden:

1. Lerntheoretische Ansätze
2. Modelle gestörter Informationsverarbeitung
3. Psychobiologische Modelle
4. Psychoanalytische Modelle
5. Bindungstheoretische Modelle

5.1. Lerntheoretische Ansätze, Kognitive Ansätze

Im Folgenden wird das Kognitive Modell näher beschrieben (Lueger-Schuster, 2004, S.51).

Den lerntheoretischen und kognitiven Modellen zufolge verändern sich die Gedächtnisinhalte in ihrer Struktur und Funktion durch das Erleben eines traumatischen Ereignisses tiefgreifend. Die Veränderung der Gedächtnisinhalte durch die traumatischen Erlebnisse bezeichnen Foa & Kozak (1986) als *Fruchtstrukturen*, die durch große Angst und Aktivierung miteinander verknüpft werden.

Als Folge der klassische Konditionierung werden die Merkmale der traumatischen Situation mit emotionalen und physiologischen Reaktionen verknüpft, in Folge dessen dann ähnliche Merkmale ‘‘gleiche‘‘ Reaktionen auslösen können. In Bezug auf Traumata besagt die Operante Konditionierung, dass die Löschung durch die Vermeidung traumarelevanter Stimuli verhindert und die Vermeidung durch die negative Verstärkung aufrechterhalten wird (Lueger-Schuster, 2004).

Laut Steil, Ehlers und Clark (1997, 2003) ist die *negative Verstärkung* als mögliche Erklärung für die Aufrechterhaltung des aggressiven Verhaltens, dem Empfinden von Wut und Ärger sowie Substanzenmissbrauch anzusehen. Oft kommt es bei den Betroffenen, die selbst ein Trauma erlebt haben, durch z.B. plötzliches Erinnern zu einer Teilaktivierung der Fruchtstrukturen, was eine noch ausgeprägtere Vermeidung durch den Anstieg der Angst bewirkt. Die Interpretationen eines traumatischen Erlebnisses, die persönliche Bedeutung des erlebten Traumas und die

daraus entstandene Folgen sowie die kognitive Vermeidungsstrategien stellen wichtige Faktoren bei der Aufrechterhaltung der posttraumatischen Symptome dar.

Chembot, Toitblat, Hamada, Carlson & Tweentyman (1988, zitiert nach Lueger-Schuster, 2004) sowie Foa, Steketee & Rothbau (1989, zitiert nach Lueger-Schuster, 2004) haben in Netzwerkmodellen angenommen, dass die erhöhte Aktivierung des autonomen Nervensystems im Zusammenspiel mit der Aktivierung der Fruchtstruktur die Informationsverarbeitung verhindert. Die Erregung kann dazu führen, dass durch die Hemmung der Informationsverarbeitung Amnesien zustande kommen. Es wird angenommen, dass eine Veränderung des Fruchtstrukturnetzwerkes durch die direkte Aktivierung bzw. durch die direkte Konfrontation mit traumatischen Reizen erzielt werden kann.

Die Modelle *kognitiver Schemata* nehmen an, dass Traumatisierungen grundlegende Überlegungen und Erwartungen in höchstem Maß erschüttern und verändern. Diese Veränderungen sind oft dysfunktional (Janoff Bulmann, 1992; Horowitz, 1976,1986 zitiert nach Lueger- Schuster, 2004).

Horowitz (1986, zitiert nach Lueger-Schuster, 2004) zufolge können kleine, für den Betroffenen verkraftbare Mengen der Informationen über das Trauma aufgenommen und in die Schemata integriert werden. Durch zwei gegenläufige Mechanismen resultiert eine Oszillation: Traumatische Informationen werden durch Verleugnung und emotionale Taubheit vom Bewusstsein ferngehalten, wobei gleichzeitig die Tendenz zur Vervollständigung dennoch besteht. Horowitz (1986, zitiert nach Lueger-Schuster, 2004) legte eine phasische Abfolge von Reaktionen fest: Die Phase des Aufschreis, die unmittelbar nach dem Trauma auftritt (Flucht, Kampfreaktionen), die Phase der Intrusionen und Verleugnung und die Phase des Durcharbeitens. Diese Phasen sind normale Reaktionen solange sie nicht blockieren, verlängert oder sehr intensiv werden. Die *Negativen Rückkoppelungen* stören den Integrationsprozess: die Erinnerungen mit negativen Emotionen verstärken die Tendenz zur Vermeidung und erschweren so die Möglichkeit, das Erlebte zu integrieren. Durch die neuen bedrohlicheren Interpretationen des Geschehenen in der Phase der Intrusionen kann die Befürchtung entstehen, dass neue ähnliche Situationen nicht verhindert werden können, was zu Gefühlen von Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes führen kann.

Einige Autoren (Ehlers & Clark, 2000; Steil & Ehlers 2000) gehen davon aus, dass die idiosynkratrische Bedeutung der Traumatisierung und ihre Folgen sowie

auch die kognitive Vermeidung eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen. Es wird davon ausgegangen, dass die subjektive Belastung durch die dysfunktionalen Kognitionen in Bezug auf die auftretenden Intrusionen dementiert wird. Ehlers und Clark (2000) zufolge bleibt eine PTBS aufrechterhalten, wenn die traumatischen Erinnerungen nicht genug bearbeitet und zu wenig in den autobiographischen Kontext eingebunden werden, was dann zu Folgen hinsichtlich der Enkodierung traumatischer Informationen führt. Es wird davon ausgegangen, dass eine datengesteuerte Enkodierung zur Erhöhung des Risikos der Ausprägung einer PTBS führt, während die Verarbeitung der Bedeutung der traumatischen Erlebnisse und der momentanen Situation zur Senkung der Risiko führt.

Für die Erklärung der PTBS sowie der Symptome der emotionalen Taubheit und Passivität wird die Theorie der Hilflosigkeit von Seligman (1975) herangezogen. Joseph et al. (1995, zitiert nach Lueger-Schuster, 2004) betonen die Bedeutung der Attributionen bei der Traumatisierung und die Reaktionen darauf. Verschiedene Attributionen können Gefühle wie Schuld, Wut und Ärger erklären.

Die Gemeinsamkeit der Modelle stellt die Reaktion auf das Auftreten von Intrusionen und der Übererregung dar, während emotionale Taubheit, Vermeidung und Rückzug als sekundäre Reaktionen zu betrachten sind. Die Vermeidung sowie die dysfunktionalen Kognitionen sind als wesentlicher Bestandteil bei der Aufrechterhaltung der PTBS zu betrachten (Lueger-Schuster 2004).

5.2. Tiefenpsychologische Ansätze

Nach Holderegger (1993, zitiert nach Hirsch, 2004) sind die Übertragung und Gegenübertragung die wesentlichen Aspekte für die Traumbearbeitung und Integration. Die Übertragung des Traumas wird als eine Chance angesehen, das traumatische Introjekt des Patienten wiederzuerleben und dadurch eine Lösung zu finden (Hirsch, 2004). Der Begriff der ‘‘Traumatisierenden Übertragung‘‘ wird wie folgt definiert:

‘‘Die Patienten können ihre frühen Traumatisierungen (...) nur indirekt mitteilen, indem sie den Analytiker in einer Art Verschmelzung mit dem bedrohlichen Introjekt, traumatisieren‘‘ (Hirsch, 2004, S. 124)

Die Traumata wurden von Peichl (2001, zitiert nach Lueger-Schuster, 2004) in drei Traumaarten eingeteilt, die zur psychoanalytischen Theorie in Beziehung gestellt werden:

- Verfolgungstraumata (wie Folter und Vertreibung)
  Annahme der psychoanalytischen Modellvorstellung: Das ‘‘Ich‘‘ wird unter dem Druck des Macht-Ohnmachtgefälles zurück zur unkontrollierbaren Angst und Hilflosigkeit regrediert. Die Realität wird mit unbewussten Phantasien früherer Kindheitsängste verbunden und es kommt zur psychosennahen Angst.
- Entwicklungstraumata (u.a. Vernachlässigung, psychische und physische Gewaltanwendung) und
- Additive Traumata (Personen, die als Kind traumatisiert wurden, besitzen ein erhöhtes Risiko, erneut Opfer von Gewalt zu werden).

Psychoanalytische Behandlung hat zum Ziel, die traumatischen Erinnerungen aufzudecken und die Motive der Verdrängung zu bearbeiten. Es wird angenommen, dass Gefühle wie Hass, Schuld und Scham bei dem Verdrängungsprozess eine wichtige Rolle spielen (Lueger-Schuster, 2004).

5.3. Bindungstheoretische Ansätze

Diesem Ansatz zufolge spielt die Familie und die soziale Umwelt nach dem Erleben der traumatischen Erfahrungen eine wesentliche Rolle. Eltern werden als Modell für ihre Kinder angesehen, wie sie mit dem Trauma umgehen sollen, und durch die Kinder besteht wiederum die Möglichkeit für die Eltern, die Bedeutung der Bedrohung wahrzunehmen. Eltern können Strategien, die positiv oder negativ die Symptome beeinflussen, verstärken.

Durch einen Teufelskreis des Schützens und Schonens kommt es unfreiwillig zur Verstärkung der Symptomgruppe *Intrusionen*. Um den Kindern das Vergessen zu erleichtern und sie vor den schrecklichen Erinnerungen zu schützen, sprechen die Eltern so selten und wenig wie möglich über die Geschehnisse, was aber zu einer Symptomverstärkung führt. Die Kinder wollen ihre Eltern schützen und sprechen das eigene Leiden nicht an - dadurch entsteht ein Teufelskreis der Symptomverstärkung.

Die Bindungstheorie betont die Notwendigkeit des sicheren Gehalten-werdens und der sozialen Unterstützung für Betroffene jeden Alters (Lueger-Schuster, 2004).

5.4. Psychobiologische Modelle

Die psychobiologischen Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung sind aktueller Gegenstand vieler Forschungsarbeiten und werden im Folgenden dargestellt (Ehlert, Wagner, Heinrichs & Heim, 1999; Galley, Fischer & Hofmann 2000; Ströhle, 2003). Personen, die unter PTBS leiden, zeigen im Vergleich zur Personen, die Traumata erlebt, aber keine PTBS entwickelt haben, physiologische, biochemische und Verhaltens-Auffälligkeiten wie Übererregung und Überreaktionen sowie auch Zeichen der Erschöpfung (Galley et al., 2000).

5.4.1. Neuroendokrinologie und Neurotransmitterabweichungen

Durch die endokrine Stressantwort wird ein Anpassungsmechanismus dargestellt, der bei Bedrohung das Überleben des Betroffenen sichern soll. Erhöhtes Arousal und Aufmerksamkeitsfokussierung sowie eine Hemmung der reproduktiven Aktivitäten wie Nahrungsaufnahme, Schlaf oder sexuelle Aktivität sind die Folgen der Sympathikusaktivierung. Überlebensnotwendige Bedürfnisse werden peripher über vegetative und neuroendokrine Aktivierung durch Anstieg von Herzfrequenz, Blutdruck, Atmung und Glukoneogenese gesichert. Die Beendigung der Stressantwort bzw. die Absicherung des Organismus gegen eine Überreaktion stellt einen wichtigen Teil der Adaption an Stress dar (Ströhle, 2003).

Es konnte gezeigt werden, dass verschiedene Arten von Stressoren zur Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) führen (Ehlert et al., 1999). Personen, die nach einem Trauma eine PTBS entwickelt haben, haben auch einen niedrigen Plasma- und Urinspiegel von Kortisol (Yehuda, 1997). Bei PTBS-Patienten, die unterschiedliche Arten von Traumata erlebt haben (Kriegserfahrung, sexueller Missbrauch), wurde im Vergleich zu gesunden Probanden oder Personen mit anderen psychischen Krankheiten eine erhöhte Anzahl an Glukokortikoidrezeptoren auf den Lymphozyten nachgewiesen. Es wurde auch ein erhöhter Spiegel des Korticotropin-Releasing Hormons (CRH) in der Zerebrospinalflüssigkeit, eine supprimierte Freisetzung des adrenokortikotropen Hormons (ACTH) sowie eine reduzierte Kortisolfreisetzung nach CRH- Stimulation gezeigt (Ehlert et al., 1999).

Die Neurotransmitter Acetycholin und Serotonin bewirken die Ausschüttung des Corticotropin-Releasing-Hormons (CRH), welches wiederum die Ausschüttung der adrenokortikotropen Hormons (ACTH) bewirkt. Durch das ACTH wird die

Freisetzung von Glucocorticoiden (z.B. Cortisol) aus der Nebennierenrinde angeregt. Die Aktivierung des Stresshormonssystems bewirkt metabolische Veränderungen wie Blutglukoseveränderungen oder auch Verhaltensänderungen (Ströhle, 2003).

Für selektive Aufmerksamkeitsprozesse, Hypervigilanz und autonomes Arousal bei Personen mit PTBS sind die basale und die stimulierte Freisetzung von Noradrenalin (NA) als verantwortlich zu sehen. Im Locus coeruleus wird bei Vorhandensein von einer Stress Situation die neuronale Feuerungsrate und die Freisetzung von NA erhöht und dadurch wird die Responsivität von NA durch α2-adrenerge Rezeptoren gesteuert. Klienten mit PTBS zeigen beispielsweise deutlich höhere NA-Spiegel im Urin als gesunde Probanden. Bei Plasmauntersuchungen zeigten sich bei Teilnehmern mit PTBS nächtliche Anstieg der NA-Konzentration im Vergleich zu gesunden Teilnehmern, bei denen die NA-Konzentration niedriger wurde. Dies kann als möglicher Hinweis auf die oft von Betroffenen berichteten Schlafstörungen sein, da den Alpträumen ein sympathisches Arousal im Schlaf vorausgeht (Ehlert et al., 1999)

5.4.2. Biochemische und Verhaltensauffälligkeiten bei PTBS

Bei einer Konfrontation mit Reizen, die an das Trauma erinnern, zeigen nach Flatten, Hoffmann, Redemann und Liebermann (2001, 2004) Personen, die nach dem erlebten Trauma eine PTBS entwickelt haben, viele Auffälligkeiten wie z.B.:

- Erhöhte Werte beim EMG-Tonus, der Herzfrequenz, dem Blutdruck und der Hautleitfähigkeit.
- EEG Aufnahmen zeigen bei der Traumaerinnerungen eine Übererregung
- Es wird bei Traumaerinnerungen durch Naloxon verhinderbare Analgesie provoziert (Opiat-Aktivität, die mit dissoziativen Zuständen korreliert).

Die Veränderungen treten nicht nur bei der Präsentation traumarelevanter Reizen, sondern auch in Ruhezustand der Betroffenen (Flatten et al. 2001; 2004):

- Bei einem lauten Geräusch ist die Schreckreaktion erhöht. Der noradrenerge α- Autorezeptor- Blocker Yohimbin verstärkt diesen Prozess, was zur Verlängerung der körpereigenen Noradrenalinwirkung im Gehirn führt (Flatten et al., 2001, 2004).
- Eine verminderte Kortisol- Sekretion, niedrigere basale Kortisolkonzentrationen, vermehrt lymphozytäre GR und eine erhöhte

Sensitivität auf die Stresshormonsystem hemmenden Effekte von Dexamethason, erhöhte CRH (Corticotropin- Releasing- Hormon)- Konzentrationen im Liquor und eine abgeschwächte ACTH- Reaktion auf CRH ist bei Betroffenen, die eine PTBS entwickelt haben zu finden (Ströhle, 2003)

- Die CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon)- Konzentrationen im Liquor, wurde als Neurotransmitter in angstrelevanten Hirnstrukturen nachgewiesen, und sie ist bei PTBS Patienten erhöht Davis et al. (2003, zitiert nach Flatten et al., 2001, 2004).
- Die β- Endorphin- Spiegel ist bei PTBS-Patienten erhöht Baker et al. (1997, zitiert nach Flatten et al., 2001, 2004).
- Die EEG Aufnahmen zeigen eine verminderte P300-Amplitude. Mit der Zunahme der Kohärenz innerhalb der linken Hemisphäre im EEG gibt es eine Abnahme der Differenziertheit der Verarbeitung in der Sprachkomponente (Flatten et al., 2001, 2004).
- Bei den Betroffenen treten oft Schlafstörungen wie Schlafunterbrechungen, verlängerte Wachzeiten zwischen den Schlafzyklen (Flatten et al., 2001, 2004).
- Bezüglich des Hippocampusvolumens gibt es keine eindeutigen Befunde Flatten et al. (2001,2004). Vietnam-Veteranen mit PTBS zeigten ein um ca. 10% geringeres Hippocampusvolumen im Vergleich zu Vietnam-Veteranen ohne PTBS (Birbaumer & Schmidt, 2006).

5.5. Interventionen

Nach einem traumatischen Ereignis, das bei den Betroffenen u.a. zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und Erschütterung der inneren Welt führt, wird durch Interventionen und Therapien versucht, die traumatische Erfahrungen ‘‘zu integrieren, zu regulieren und zu modellieren‘‘ (Punamäki, 2002; zitiert nach Vyssoki und Tauber, 2004).

In der Interventionsphase ist das Timing der Behandlung als kritischer Faktor bei der Entscheidungsfindung zu sehen. Zu frühe Interventionen können als aufdringlich und unpassend erscheinen. Das könnte zu einem Verlust wertvoller Ressourcen führen, vor allem bei vielen Individuen, die zu früh in ihrer Selbstheilung beeinträchtigt werden. Wenn die Interventionen zu spät erfolgen, tritt die Behandlung in den Bereich der tertiären Versorgung (Litz & Maguen, 2007).

Die am häufigsten zitierte Längsschnittstudie des Verlaufs der posttraumatischen Anpassung ist eine Studie über Überlebende sexueller Übergriffe von Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsch (1992). Bei dieser Studie wurden 95 Vergewaltigungsopfer im Alter von 18 bis 65 Jahren zwölf Wochen lang untersucht (Vergewaltigung durch Gatten und Familienmitglieder wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt). Die Mehrheit der Frauen waren Afro-Amerikanerinnen (65%), ledige Frauen (76%), sowie Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (60%). Von 95 untersuchten Frauen haben nur 64 die Untersuchung bis zum Ende durchgeführt. 94% der untersuchten Frauen erfüllten die diagnostischen PTBS-Kriterien in der ersten Woche. Bei einer großen Anzahl der Frauen verbesserte sich der Gesundheitszustand (die PTBS-Symptome) in den ersten Monaten laufend. Die Frauen, deren Gesundheitszustand sich bis zum dritten Monats nicht verbessert hat und die weiterhin unter PTBS Symptome gelitten hatte, hatten weiterhin eine gravierende PTBS-Symptomatik.

Dieser Befund steht im Einklang mit anderen Studien, die gezeigt haben, dass bei einem großen Prozentsatz von Frauen innerhalb der ersten Monate nach einer Vergewaltigung eine Verbesserung der Symptomatik auftritt (Riggs, Rothbaum, & Foa, 1995; Valentiner, Foa, Riggs, & Gershuny, 1996, zitiert nach Litz & Maguen, 2007). Es ist davon auszugehen, dass diejenigen, die sich nach einem Trauma nicht wieder erholen, einen chronischen und unerschütterlichen PTBS-Verlauf erleben werden und dass in solchen Fälle eine sekundäre Prävention erforderlich ist (Litz & Maguen, 2007).

Foa und Meadow (1997) schlagen für die PTBS- Forschung die Anwendung der sogenannten “Gold-Standards” vor. Diese empfehlen die Fokussierung auf klar definierte Zielsymptome, den Einsatz reliabler und valider Verfahren sowie blinder, geschulter Evaluatoren. Außerdem sollten Verfahren spezifisch, manualisiert und replizierbar sein und die Zuweisung zu den Bedingungen randomisiert erfolgen. Wichtig ist auch die genau Einhaltung des Behandlungsprogramms, um sicher zu stellen, dass gegebene Effekte ausschließlich auf die angewendeten Intervention zurückzuführen sind.

Laut Maercker (2003) können die spezifischen Methoden der PTBS-Therapie als therapieschulübergreifend beschrieben und in drei Techniken eingeteilt werden: *Die Traumaexposition (Konfrontation), die kognitive Umstrukturierung* und *die Ressourcenarbeit.*

Die Traumaexposition wurde in der kognitiven Verhaltenstherapie entwickelt. Die Konfrontation mit Traumareizen, wodurch die Traumaszenen aktiviert werden, sollte dazu dienen, die PTBS-Symptome zu reduzieren. Diese Technik wurde ursprünglich insbesondere bei Patienten angewendet, die ein sehr ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zeigten. Gute Wirksamkeit zeigte sich allerdings auch bei der Reduktion der Intrusionen und Übererregung (Maercker, 2003). Damit die Behandlung nicht schädlich ist, kann die Konfrontationstherapie nur bei einer stabilen therapeutischen Beziehung durchgeführt werden, wobei sich der Patient in einer stabilen inneren und äußeren Situation befinden soll (Vyssoki & Tauber, 2004).

Durch die kognitive Umstrukturierung sollten die veränderten Wahrnehmungen und Gedanken normalisiert werden. Zur Therapie gehören Angstbewältigungs- und Selbstsicherheitstraining, Entspannungstechniken sowie Gespräche mit dem Psychotherapeuten zur Deutung und Bewältigung.

Bei den ressourcenorientierten Therapieverfahren spielen die individuellen Ressourcen eine zentrale Rolle. Es ist dabei wichtig, diese an frühere positive Erfahrungen anzuknüpfen und die Familie sowie die soziale Umgebung des Betroffenen in den verschiedenen Phasen der Behandlung mit einzubeziehen (Maercker, 2003; Vyssoki & Tauber, 2004).

5.5.1. Formen von Frühintervention

Psychological Debriefing: Dies ist ein großer Begriff, der eine einmalige Intervention beschreibt, die nach einem Trauma vollzogen wird und einige Stunden bis Tage dauern kann. Ziel des Psychological Debriefing ist es, Personen, die ein Trauma erlebt haben, die Möglichkeit zu geben ihre Gefühle und Reaktionen bezüglich des Traumas während der Anwesenheit anderer Betroffenen bzw. Überlebenden unter professioneller psychologischer Betreuung auszudrücken.

Psychologische Erste Hilfe: Vermittelt nützliche Unterstützung und Informationen für jemanden, der persönliche und externe Ressourcen verloren hat. Dadurch können Verbindungen zu anderen Betroffenen hergestellt werden. Damit wird dem Betroffenen geholfen, Hoffnung und Kontrolle wiederzuerlangen sowie auch Stigmatisierung und Barrieren zu reduzieren, um später selbst psychologische Hilfe aufzusuchen.

Kognitive-Verhaltens-Therapie: Diese Art der Therapie wird im akuten Intervall bei Patienten mit signifikanten und andauerndem posttraumatischem Distress,

Belastungen und Beeinträchtigungen durchgeführt und inkludiert typischerweise Psychoedukation, Angst-Management-Techniken, In-Vivo-Exposure, kognitive Neubewertung und ‘‘Hausaufgaben‘‘ (Litz & Maguen, 2007).

5.5.2. Behandlungstechniken und verschiedene Therapieverfahren

a. Kognitive Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie setzt sich zum Ziel, die vermeidenden und angstbetonten Verhaltensmuster nach den Erkenntnissen der Lerntheorie zu ‘‘verlernen‘‘. Desensibilisierung kann dadurch erreicht werden, dass eine gut dosierte Reizkonfrontation gekoppelt mit Entspannungszuständen auftritt (Vyssoki & Tauber, 2004).

Die positive Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei PTBS wurde in unterschiedliche Untersuchungen belegt (Boss, 2005; Litz & Maguen, 2007). In der kognitiven Verhaltenstherapie sind mehrere Sitzungen, viel Mitarbeit seitens der Patienten und erfahrene Therapeuten erforderlich, um einen Effekt zu erzielen. Diese Art von Therapie wird im akuten Intervall bei Patienten mit signifikantem und andauerndem posttraumatischen Distress, Belastungen und Beeinträchtigungen durchgeführt, um die Entwicklung einer chronischen PTBS zu vermeiden (Litz & Maguen, 2007).

Foa und Kozak (1986) gehen davon aus, dass, um Angst reduzieren zu können, zwei Bedingungen erfüllt sein müssen:

- Aktivierung der Erinnerung an die Angst während der traumatischen Erfahrung bzw. die für das Auslösen der Angst relevanten Informationen müssen zugänglich gemacht werden.
- Präsentation neuer Informationen, die mit den pathologischen Angstelementen nicht in Einklang zu bringen sind.

Es gibt drei Kategorien, die zu den wirksamen Therapieverfahren der kognitiven Verhaltenstherapie gehören (Boss, 2005, S. 39):

1. Verlängerte Konfrontationstherapie: In dieser Art der Therapie werden die Konfrontation mit dem traumatischen Erinnerungen in-sensu (Konfrontation der Klienten durch die Vorstellung der Situationen, die sie an die Trauma erinnern und ihnen Angst machen) mit in-vivo (Konfrontation mit der Realität, die im Alltag mit Angst auslösenden Situationen und Gefühlen

verbunden ist) Konfrontation kombiniert (Foa et al, 1998, zitiert nach Boss, 2005).

2. Verlängerte Konfrontation mit kognitiver Therapie (Boss, 2005).
3. Eingeschränkte Konfrontation; dies beinhaltet entweder die „in-sensu“- oder „in-vivo“-Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen (Ehlers, 2003; Gillespie, Dufy, Hackmann & Clark, 2002, zitiert nach Boss, 2005).

b. Angstbewältigungstraining

Der Schwerpunkt des Angstbewältigungstrainings liegt darin, den Betroffenen Bewältigungsstrategien zur Verfügung zu stellen. Dabei werden unterschiedliche therapeutische Techniken vermittelt (u.a. Entspannungsübungen, Biofeedback, Stress- Impfungs- Training/SIT). Die erlernten Bewältigungsstrategien (Atmungsübungen zu Entspannung, Muskelentspannung) geben den Betroffenen, die ein Trauma durchlebt haben, das Gefühl von Kontrolle über Stress, was auch ein erhöhtes Selbstwertgefühl mit sich bringt (Rothbaum, Foa & Hembree 2003; Vyssoki & Tauber, 2004).

c. Kognitive Verfahren

Bei der Behandlung derjenigen Personen, die eine PTBS entwickelt haben, ist die kognitive Therapie darauf fokussiert, irrationale und nicht angemessene Überzeugungen, die die Aufrechterhaltung der Symptome fördern, zu verändern (Rothbaum, Foa & Hembree 2003; Vyssoki & Tauber, 2004).

d. Live-Review Therapie

In der Anfangsphase dieser Therapie wird den Betroffenen neben der Erklärung des Therapieablaufs auch der Bezug zu den Hauptsymptomen erläutert. In der zweiten bzw. mittleren Phase werden die Lebensphasen nacheinander besprochen, wobei das Trauma integriert wird. In der letzten Phase spielen integrierende Therapiegespräche eine wesentliche Rolle, wobei auch die Zeit und Planungen nach der Therapie (Rückfallprophylaxe) thematisiert werden (Maercker, 2009). Den Betroffenen sollen Sinnerfindungsstrategien vermittelt werden (Vyssoki & Tauber, 2004).

e. Narrative Konfrontation

Die Betroffenen bevorzugen oft, die erlebte traumatische Erfahrung schriftlich zu beschreiben. Daher wurde das therapeutisch angeleitete Schreiben über die traumatischen Erlebnisse von Therapeuten als Intervention eingesetzt und es wurden auch Therapieerfolge nachgewiesen. Der Patient wird vom Therapeuten gebeten, einen Bericht über das erlebte Trauma und die Gefühle und Gedanken, die damals aufgetreten sind, zu schreiben. In der ‘‘Testimony-Therapie“, die für Opfer politischer Gewalt entwickelt wurde, geben die Betroffenen zuerst einen mündlichen Bericht über das erlebte Trauma wieder, welcher auf Tonband aufgezeichnet wird. Die Aufzeichnungen werden von dem Betroffenen unter Mitwirkung des behandelnden Therapeuten in schriftliche Form gebracht. Diese Berichte werden manchmal veröffentlicht, um ein weiteres Publikum zu erreichen (Maercker & Michael, 2009).

f. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

EMDR wurde von Francine Shapiro (1989, zitiert aus Vysoki & Zauber, 2004) als neue Behandlungstechnik für Traumastörungen entwickelt und zu einem manualisierten Verfahren ausgebaut. Die Erkenntnis, dass mit Unterstützung von sakkadischen Augenbewegung (oder durch seiten-alternierende akustische oder taktile Reize) die traumatischen Erinnerungen einem Veränderungsprozess unterliegen, führte zur Entstehung der Hypothese, dass Reize so verarbeitet werden (ähnlich wie im REM-Schlaf), und dass Informationsverarbeitung durch bilaterale Reize angeregt werden kann. Durch EMDR soll die mögliche Blockierung neurobiologischer Funktionsabläufe als Ausdruck einer Traumatisierung aufgehoben und ressourcenorientierte neuronale Netze genutzt werden (Flatten, Reddemann, Wöller & Hofmann 2001,2004; Vysoki & Tauber, 2004).

g. Imaginative Verfahren

Die traumatischen Ereignisse und die Erinnerung daran sind oft nonverbal im Gedächtnis gespeichert, das heißt, sie bleiben als sensorische Eindrücke und quälende Bilder im Gedächtnis fixiert. Daher bedienen sich viele Therapien für traumatisierte Personen imaginativer Verfahren, damit eine Distanzierung von den wiederkehrenden und überschwemmenden Bildern gewährleistet werden kann. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die veränderte emotionale Kontextbedingungen, die

mit dem Gefühl der Sicherheit verbunden ist und so eine wiederholte Traumatisierung (Retraumatisierung) vermieden werden kann.

Eine der bekanntesten imaginativen Techniken zur Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen ist die Screen-Technik. Bei dieser Technik werden die traumatisierenden Geschehnisse auf einer Leinwand bzw. einem Bildschirm imaginiert. Der Betroffene erzählt die Geschichte im Präsens, was durch die Verwendung der 3. Person Singular zu Abstand bei der Selbstbeschreibung führt. Der Patient kann die Bilder in der Folge schneller oder langsamer spielen lassen oder sie durch eine ‘‘Stopp‘‘-Taste beenden. Standbilder oder Zeitlupenaufnahmen geben den Betroffenen das Gefühl der Kontrollierbarkeit der Geschehnisse, was wiederum angstreduzierend wirkt.

Die imaginativen Techniken aus der Katathym-Imaginativen Psychotherapie (KIP) oder der Hypnosetherapie dienen sowohl zur Stabilisierung als auch zur Ressourcenarbeit (Flatten et al., 2001, 2004; Vysoki & Tauber, 2004).

h. Psychodynamische Therapieverfahren

Um eine Integration der abgespaltenen Erinnerung zu schaffen, woraus eine biographische Kontinuität der Betroffenen resultiert, werden oft psychodynamische Verfahren angewendet. Schrittweise wird das traumatische Geschehen in Anwesenheit und unter Mithilfe des Therapeuten erinnert und das damalige Gefühl wiedererlebt. Das manualisierte Verfahren der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie (MPITT) ist eine der verschiedenen Formen der Behandlung von Traumata, die aus der Psychoanalyse heraus entwickelt wurde (Flatten et al., 2001, 2004; Vysoki & Tauber, 2004).

i. Körpertherapie, Künstlerische Therapie

Oft sind bei Betroffenen, die sowohl körperliche als auch primär nicht körperliche Traumatisierungen erlebt haben, das Körpererleben und die Gefühlswahrnehmung schwer beeinträchtigt. Es kann zur Abspaltung der Empfindung ganzer Körperregionen oder zu einer Somatisierung kommen. In solchen Fällen können verbale Techniken allein keine Erfolge erzielen. Über die Technik der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) wurden bisher positive Erfahrungen bei traumatisierten Personen berichtet. Auch Feldenkrais und Bewegungsmeditation wie Qui Gong und Tai Chi wurden positiv bewertet. Ebenso kommt dem körpertherapeutischen und

künstlerischen Verfahren ein unterstützender Stellenwert in dem traumatherapeutischen Gesamtkonzept zu, um Betroffenen mit dissoziativen Zuständen zu helfen (Flatten et al., 2001, 2004; Vysoki & Tauber, 2004).

j. Gruppentherapie

Je nach Art (Kriegstraumatisierung, Vergewaltigung) und Umfang des Traumas (Naturkatastrophe) könnte eine Auseinandersetzung mit dem Trauma in einer Gruppe mit anderen traumatisierten Personen hilfreich sein. Durch ein gruppentherapeutisches Setting können die Betroffenen ihre Erfahrungen an einem sicheren Ort austauschen, wobei Gefühle wie Isolation, Scham und Stigmatisierung abgebaut werden können. Eine Gruppentherapie könnte aber auch den Nachteil mit sich ziehen, dass die Möglichkeit einer Retraumatisierung durch Triggern des Traumas besteht. Daher sollten in einer Gruppentherapie nur Personen teilnehmen, die einen Erfahrungsaustausch mit andere Betroffenen wünschen und selbst stabil sind. Eine parallele Durchführung einer Einzel- und Gruppentherapie könnte vorteilhaft sein (Flatten et al., 2001, 2004; Vysoki & Tauber, 2004).

k. Zusätzliche hilfreiche Aktionen

Bei ‘‘*Finding a Mission*‘‘ engagieren sich die Opfer eines Traumas in unterschiedlichen politischen, sozialen und wohltätigen Vereinen. Das kann als Selbsthilfe und Selbstfindung sowie auch als Ausdruck des Wunsches der Opfer, andere Menschen von einem Trauma zu bewahren, angesehen werden. Für Überlebende und trauernde Familienmitglieder ist es von großer Bedeutung, einen Platz für Gedanken und Trauer zu bekommen. Das gibt ihnen auch das Gefühl der Gerechtigkeit und des Ausgleichs (Vysoki & Tauber, 2004).

5.5.2.1. Rahmenbedingungen

Vor eine Therapie traumatisierter Personen oder Betroffenen, die eine PTBS entwickelt haben, sollte für geeignete Rahmenbedingungen gesorgt werden. Es sollte vor allem eine sichere Umgebung geschaffen werden, was sowohl den Schutz vor weiteren möglichen Traumaeinwirkungen als auch die Erstellung eines psychosozialen Helfersystems beinhaltet. Ein erfahrener Psychotherapeut muss bei der Betreuung traumatisierter Personen am Anfang meist eine Krisenintervention durchführen, dem Betroffenen diagnostische und therapeutische Betreuung bieten

sowie auch den Betroffenen mit ressourcenorientierten Interventionen (wie z.B. erlernen von Distanzierungstechniken, Imaginatives Verfahren) und Pharmakotherapie helfen, die Krise zu bewältigen. Erst wenn der Zustand der Betroffenen stabil ist, kann mit der Bearbeitung des Traumas begonnen werden (Vysoki & Tauber, 2004).

6. Trauma und Krieg

6.1. Einführung

Aussage einer verwitweten Frau aus Korenica, einem Dorf in der Nähe der Stadt Gjakove, deren Mann und Sohn während des Krieges im Kosovo ermordet wurden:

> ‘‘...Ich kann seit 13 Jahren meine Augen nie zumachen. Egal was ich mache, muss ich immer an diesen Tag denken, als ich meinen Sohn und meinen Mann zum letzten Mal sah. Es war der grausamste Tag meines Lebens, die serbische Armee hat uns Frauen von unseren männlichen Familienmitglieder getrennt und ich musste mit ansehen, wie mein Mann und mein Sohn verprügelt und gedemütigt wurden. Eine kleines Mädchen ist zu einer serbischen Soldat gerannt und hat ihn weinend gebeten ‘‘Bitte tun Sie meinen Vater nicht weh‘‘, - das hat ihn noch mehr wütend gemacht und er hat begonnen das Mädchen mit Füssen zu treten. Ihre Mutter ist dazwischen gegangen, doch keiner konnte dem armen Mädchen helfen... Irgendwann hat die Folter ein Ende gefunden. Ich und viele andere Frauen aus meinem Dorf machten uns gezwungenermaßen auf den Weg nach Albanien. Wir haben unsere Söhne und Männer seit diesem Tag nie wieder gesehen! ... 8 Jahren nach dem Kriegsende habe ich die Nachricht bekommen, dass die leblosen Körper meines Mannes und meines Sohnes vermutlich in einem Massengrab gefunden worden sind. Ich sollte die Kleider und andere persönliche Gegenstände identifizieren. Als ich dort war, wurde mir gesagt, dass nur Teile des Körpers meines Mannes und Sohnes gefunden und identifiziert worden sind. Mein Mann und mein Sohn wurden massakriert...Seitdem habe ich nur einen Gedanken im Kopf, der mir keine ruhige Minute lässt - was mussten mein Mann und mein Sohn durchmachen, bevor sie gestorben sind?‘‘.

In Anhang 6 werden einige Auszüge aus den Gesprächen mit den Untersuchungsteilnehmern wiedergegeben.

6.2. Kriegsbezogene und zivile Traumata

Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) definieren *kriegsbezogene* und *zivile Traumata*.

Zu den kriegsbezogenen Traumata gehören direkte Kriegshandlungen, Heimatvertreibung, Gefangenschaft oder Geiselnahme sowie Ausbombung. Zu den

zivilen Traumata gehören laut der Autoren unter anderem Vergewaltigung, lebensbedrohliche Krankheiten, schwere Unfälle oder körperliche Gewalt.

6.3. Akzidentelle und interpersonelle Traumata

Kriegsbezogene Gewalt sowie Bürgerkriegssituationen zählen zu dem *man-made-disaster* (Friedmann, 2004). Maercker und Michael (2009) haben die traumatischen Ereignisse nach den Ursachen in *akzidentelle* und *interpersonelle Traumata* eingeteilt.

Kriegserleben zählt zu den interpersonellen Traumata und stellt ein Typ-II-Trauma bzw. ein länger andauerndes oder sich wiederholendes Erleben von Belastungen dar. Diese Art von Trauma, der unter anderem Krieg, Folter oder sexueller Missbrauch angehören, weist das höchste Risiko zur Entwicklung einer PTBS auf (Maercker & Michael, 2009).

6.4. Folter

Folter ist ein komplexes Trauma, das oft im Kontext von Verfolgung und Verletzung von Menschenrechten auftritt. Während eines Krieges besteht für die ganze Zivilbevölkerung das Risiko, schwere Traumata, Ungerechtigkeit und Vertreibung zu erleiden. Flüchtlinge erleben teilweise für lange Zeit anhaltende Stressoren (Silove, 1999).

Folter wird im „Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe“ (Human Rights Education Associates, 2009) wie folgt definiert:

> „Jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen oder um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund, wenn diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verursacht werden.

Der Ausdruck umfasst nicht Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich aus gesetzlich zulässigen Sanktionen ergeben, dazu gehören oder damit verbunden sind“.

Folter zählt zur Klasse der „man-made disaster“, die durch Menschen an anderen Menschen ausgeübt werden und ist eine der schlimmsten Formen der Verletzung, die meistens absichtlich und planmäßig erfolgt.

In früheren Zeiten wurde Folter verwendet, um Personen zu erpressen, ein Geständnis abzugeben oder ihnen geheime Informationen zu entlocken. In der modernen Zeit werden Menschen gefoltert, um ihre politischen Meinungen zu bestrafen, ihre Persönlichkeit zu zerstören und um ihnen Erniedrigungen und Entwürdigungen zuzufügen (Fischer & Riedesser, 1998; Maercker, 2009).

Den Opfern werden verschiedene Arten von psychischen und physischen Schmerzen zugefügt. Es wird zwischen mehreren Formen von Folter unterschieden: physische, psychische, sexuelle und pharmakologische Folter (Fischer & Riedesser, 1998, S.240).

- Physische Folter: dazu gehören Verbrennungen von Körperteilen, gezwungenes Eintauchen in Kot bis zur Erstickung des Opfers, Einsperren in einem engen und überhitzen Zimmer, Aufhängen, Elektroschocks usw. (Fischer & Riedesser, 1998, S.240).
- Psychische Folter: Keller (1981) zufolge werden mit Hilfe psychischer Foltermethoden dieselben Ziele erreicht wie mit physischen Foltermethoden. Mit grausamen, unmenschlichen Techniken werden die gewünschten Informationen zu Tage gebracht. Zu dieser Techniken zählen:
    - Die klassische Gehirnwäsche: wird verwendet, um Einstellungen und Verhalten des Opfers zu beeinflussen. Dazu gehören u.a.: Isolierung, Erschöpfung, Drohungen, Demütigung, Erzwingen von banalen Forderungen.
    - Moderne Psychotechniken: mit der Zeit wurden viele moderne Psychofoltermethoden angewendet die eine „Verfeinerung“ der Foltermethoden darstellen. Dazu gehören: Techniken auf Basis von Psychoanalyse, Hypnose, Doppelbindung usw.

- Deprivationstechniken: darunter sind die Foltermethoden zu verstehen, wodurch dem Opfer die lebenswichtige und tief verankerte Bedürfnisbefriedigungen (Schlaf, Nahrung) für eine längere Zeit vorenthalten werden. Die sensorische Deprivation wird am häufigsten missbraucht (z.B. das Opfer muss die ganze Zeit eine Kapuze über dem Kopf tragen, wobei es nicht schlafen, nichts essen und trinken darf. Danach treten Symptome wie Halluzinationen oder Angstgefühle auf).
- Hypnosetechniken: durch den Zustand der Hypnose gelingt es dem Folterer, das Opfer zu beeinflussen. Dieser Zustand kann durch Verbalsuggestionen erreicht werden, wobei das Opfer aufgefordert wird, die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand bzw. ein bestimmtes Geräusch zu fixieren. Dadurch ist es möglich, zu einem Zustand, der zwischen Wach- und Schlafzustand liegt, zu kommen. In diesem Hypnosezustand können verdrängte Informationen entlockt werden.
- Interaktionstechniken: Die Folterer arrangieren sich und inszenieren eine Sozialbeziehung zu dem Opfer. Ein Folterer nimmt die Rolle des verständnisvollen und freundlichen Befragers, während der andere Folterer die Rolle des aggressiven Folterers übernimmt. Nachdem das Opfer gefoltert wurde, hat es das Gefühl, mit dem ‘‘verständnisvollen‘‘ Folterer eine „menschliche“ Sozialbeziehung eingehen zu können.
- Interviewtechniken: Drittpersonen der Opfer wie Eltern, Verwandte oder Partner werden gefragt, um soziologische, soziopsychologische und entwicklungspsychologische Informationen über das Opfer zu erfahren, während das Opfer selbst davon nichts ahnt. Die gewonnenen Informationen werden dann strategisch umgesetzt, um so das Opfer zu manipulieren (Keller, 1981).
- Kommunikationstechniken: dazu gehört die Methode der Doppelbindung. Die Doppelbindungen, die laut der Theorie von Bateson (1974, nach Keller, 1981) eine wichtige Rolle bei der Schizophrenie spielen, verunsichern das Opfer systematisch.

Das Opfer wird durch zwei widersprüchliche Informationen, die ihm vermittelt werden, verwirrt und verunsichert. Dem Opfer wird einmal z.B. eine Kapuze aufgesetzt, um es sensorisch zu deprivieren und dann wiederum wird es von dem Folterer höflich befragt. Das Opfer ist dadurch im Unklaren über die Situation und es fällt ihm schwer, angemessene Abwehrstrategien zu entwickeln.

  - Konditionierungstechniken: durch operante und klassische Konditionierung werden die Opfer oft manipuliert. So findet z.B. für das Opfer nur dann eine Erleichterung der Situation (Essen, Bewegung) statt, wenn es die gewünschte Verhaltensweise zeigt (Keller, 1981, S. 31-50).

- Pharmakologischer Folter: wird selten angewendet, da dafür gut ausgebildete Folterer notwendig sind. Dazu gehören z.B. Neuroleptika, psychotrope Substanzen (Halluzinogenen) usw. (Keller, 1981; Fischer & Riedesser, 1998).

6.4.1. Auswirkungen von Folter

Viele Folteropfer begehen während oder nach den Foltererlebnissen Selbstmord, entweder um weiteren Qualen zu entgehen oder auch um dem anhaltenden Leidensdruck, der nach dem traumatischen Erlebnis entsteht, ein Ende zu setzen (Amnesty International, 1984, S.41). Die Folgen einer Folter können sich von Monaten bis Jahre erstrecken. Bei langfristigen Folterauswirkungen kann es dazu kommen, dass der Betroffene bis zu zehn oder zwanzig Jahre nach dem traumatischen Erlebnis unter verschiedenen Symptomen leidet (Keller, 1981). Folter führt zu Beeinträchtigung der psychischen und physischen Funktionen (UN, 1999 nach Birck, 2004) - oft kommt es zur Entwicklung von psychischen Störungen (Birck, 2004). Die Betroffenen leiden meistens unter Angstzuständen, Gedächtnis-Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, mangelndem Selbstvertrauen und Vertrauen gegenüber anderen Menschen, Depressionen, Phobien usw. (Alleweldt, 1996).

Eine Großteil der Studien im Bereich der psychologischen Spätfolgen nach der Folterung konzentrieren sich auf die Folgen bei den Opfern von

Konzentrationslagerhaft nach dem zweiten Weltkrieg. Zusammenfassend wurden bei den KZ-Opfern folgende psychologische Spätfolgen festgestellt (Keller, 1981, S.67):

- Chronifizierte reaktive Depressionen (27%)
- Ständige Wiederkehr der Träume (16%)
- Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls (15%)
- Generelle, neurotische Angst (8%)
- Schwer kontrollierbare Gefühle der Aggression und des Hasses (7%)
- Soziale Kontaktstörungen (7%)
- Arbeitsstörungen (6%)
- Gedächtnisstörungen in Bezug auf die Hafterlebnisse (6%)
- Psychosomatische Erkrankungen (5%)
- Paranoia (= Verfolgungswahn) (3%)

Je nach Art der körperlichen Folterung, die das Opfer erlebt hat, kann es zu körperlichen Funktionsstörungen wie z.B. Wirbelsäulenverletzungen durch Aufhängen, Störung der Gehörorgane durch Schläge auf die Ohren, Schädelhirntraumata durch Schläge auf dem Kopf usw. kommen. Während der Folterung kommt es oft zur Kontrollverlust wie z.B. zur Verlust der Orientierung bezüglich Raum und Zeit, über den eigenen Körper durch z.B. stehen bis zum Umfallen, Vergewaltigung usw., zur Dissoziationen, zu Veränderungen des Bewusstseins, indem das Opfer ein Gefühl der Betäubung oder der Unwirklichkeit erlebt (Birck, 2004). Die Betroffenen berichten auch über Aggressionsgefühle (Keller, 1981).

6.5. Flüchtling, Vertreibung und Exil

Laut der Genfer Flüchtlingskonvention ist ein Flüchtling (UNCHR, 2003, S.70), jemand der

> „Aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen

Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will‘‘(§ 1 Z 1 Asylgesetz 1991, Abschnitt A der „Genfer Flüchtlingskonvention“)

Laut Nuscheler (1995) sind Fluchtbewegungen nicht als Unglücksfälle des Schicksals zu sehen, sondern als Folge einer strukturellen Gewalt in der Gesellschaft. Nuscheler (1995) definiert die Hauptursachen, die Fluchtbewegungen auslösen: 1. Kriege als Fluchtursache; 2. Repression (Oppositionelle werden von Diktaturen verfolgt und ins Exil vertrieben); 3. Verfolgung von Minderheiten (Vertreibung der ethnischen und religiösen Minderheiten); 4. Umweltkatastrophen und Umweltflüchtlinge; 5. Armut als Fluchtursache; 6. Das junge Humankapital auf Wanderschaft (Junge Menschen, die in das eigene Land hoffnungslos sind und Flucht ergreifen, um zu versuchen eine Arbeit zu finden) (Nuscheler, 1995, S.41).

De Wind definiert vier verschiedene Formen der Verfolgung (De Wind, 1992, S. 33):

1. Diffamierung: ist gekennzeichnet durch ernsthafte Diskriminierung und Verfolgung. Das Opfer reagiert mit Flucht und Emigration, wobei aber äußerlich die Gesetze gewahrt bleiben.
2. Ein vogelfreies Leben: ist durch kurze Zeiten von Unsicherheiten und auch langandauernden Perioden von Untertauchen unter schlechten physischen Bedingungen gekennzeichnet.
3. Ghetto der Haft: bedeutet die Zwangsarbeit, wobei die Opfer im schlimmsten Fall lange Zeit und unter ständiger Bedrohung des Lebens durch Misshandlung arbeiten müssen.
4. Verschleppung in Konzentrations- und Vernichtungslager: die Opfer leben lange Zeit unter extremer Belastung, wobei verschiedene Formen von Vernichtung stattfinden.

Den UNCHR (Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Flüchtlinge) Jahresberichten aus den Jahren 2008, 2009 und 2010 zufolge ist die Zahl der Menschen, die entweder aus ihrem Land flüchten mussten oder vertrieben wurden, in den letzten Jahren rapide angestiegen. Im laufe des Jahres 2008 wurden 383.000 Asylanträge verzeichnet, somit waren es 41.600 mehr Menschen, die die Flucht erfgriffen haben als im Jahr 2007. Im Jahre 2009 gab es 43.3 Millionen Flüchtlinge

weltweit. Im Jahr 2010 gab es wieder einen Zuwachs der Anzahl der Flüchtlinge, wobei 43,7 Millionen Menschen registriert wurden.

Diese Anzahl der Flüchtlinge setzt sich laut UNCHR (2010) aus 15, 4 Millionen Flüchtlingen im engeren Sinne (d.h. Personen, die Schutz außerhalb ihres Herkunftslandes suchen), 27.5 Millionen sogenannten *Binnenvertriebenen* (Menschen die innerhalb von ihrem eigenen Heimat aufgrund von Konflikten, heimatlos sind) und 850.000 Asylsuchenden zusammen.

Laut UNCHR-Angaben haben in den 90er Jahren rund 350.000 Kosovo-Albaner den Kosovo verlassen. Im Jahr 1999, als die Luftangriffe begonnen haben, gab es 260.000 Binnenvertriebene, 70.000 Flüchtlinge und Vertriebene in der Region und mehr als 100.000 Flüchtlinge in entfernten Ländern (Bendiek, 2004, S. 83).

6.5.1. Flüchtlingsalltag und seine Folgen

Das Vertreiben von zu Hause wird von den Betroffenen häufig als eine traumatische Erfahrung bezeichnet. In der Studie von Teegen und Meister (2000), die mit ehemaligen deutschen Flüchtlingen durchgeführt wurde, haben 91% der Teilnehmer ihre belastenden persönlichen Erfahrungen ausführlich beschrieben. Lebensgefährliche Bombardierungen der Flüchtlingstrecks, der Verlust von Familienangehörigen, Überfälle und Vergewaltigungen wurden als besonders belastend geschildert.

Flüchtlinge aus Kriegsgebieten entwickeln eine PTBS aufgrund dessen, dass sie viele Kriegshandlungen selbst erleben, enge Familienangehörige verlieren, ihre Heimat durch Flucht verlieren sowie körperliche, psychische und sexuelle Gewalt und Folter am eigenen Leib oder bei Angehörigen erleben.

Wenn die Betroffenen ihr Land als Flüchtling verlassen und um Asyl werben wollen, gestaltet sich die Situation für den traumatisierten Flüchtling als sehr schwierig. Die Befragung der Asylbewerber findet in Anwesenheit vieler Beamten und Dolmetschern statt, und dadurch ist es für viele Betroffene unmöglich, über die eigenen traumatischen Erlebnisse zu sprechen. Das macht eine detaillierte Berichterstattung über die Gründe der Flucht fast unmöglich (Gröschen, 2008).

Lee (1988, zitiert nach Fischer & Riedesser, 1998, S. 242), hat die Belastungsfaktoren, die mit einem Exil verbunden sind, wie folgt definiert:

1. Der Auswanderungsstress wird in drei Phasen unterteilt:

a. Die Prämigrationserfahrung: beinhaltet unter anderem den sozioökonomischen Status vor der Flucht, das Erleben von traumatischen Ereignissen vor der Flucht, das Erziehungssystem usw.
b. Die Migrationserfahrung: beinhaltet Fragen über Entscheidungen zur Flucht, z.B. warum und wer hat sich entschieden zu fliehen sowie auch die traumatischen Erlebnisse während der Flucht wie z.B. Vergewaltigung, Verlust von Familienmitgliedern, Hunger und Obdachlosigkeit, Lagererfahrungen usw.
c. Postmigrationserfahrung: dazu zählen die Sprachprobleme, Kulturschock und finanzielle Probleme im neuen Land.

2. Akkulturationsstress (Anpassung an die neue Kultur): Die Grad des Akkulturationsprozesses ist von vielen Faktoren abhängig wie z.B. von der Dauer des Aufenthalts in einem neuen Land, von der Differenz zwischen den Kulturen der Heimat und des Aufnahmelandes, von dem Alter bei der Flucht usw.
3. Spezifischer Stress der jeweiligen Lebensperiode: dazu werden u.a. die Identität und Geschlechtsrollenerwartung gezählt.
4. Familienstress: hier spielen Integrationskonflikte oder auch Schuldgefühle, Aggressionen und psychische Symptome eine Rolle.
5. Beachtung der persönlichen Fähigkeiten des Flüchtlings: Adaptionsfähigkeiten, Problemlösungsstrategien, Selbsthilfestrategien usw.
6. Beachtung kulturspezifischer Krankheitsvorstellungen: verschiedene Länder haben unterschiedliche Symptomwahrnehmung und -bewertung, daher ist es wichtig, dass Ärzte und Berater sich über die kulturspezifische Krankheits- und Heilungsvorstellungen informieren.

Strauss, Dapp, Anders, Renteln-Kruse und Schmidt (2010) haben eine Flüchtlingsgruppe (*Displaced Persons*) mit Personen, die Deutschland während des Krieges nicht verlassen haben, verglichen. Die Gruppe der Flüchtlinge hat im Durchschnitt 4.5 und die Gruppe, die keinen Flüchtlingsstatus hatte, 2.5 traumatische Erlebnisse berichtet. Die Gruppe der Flüchtlinge litt während der Kriegszeit mehr unter einem Mangel an Nahrung, Wasser und Obdach, unter der gezwungenen Trennung von Familienmitgliedern, unter Kampfsituationen und unter fehlender

medizinischer Versorgung bei einer Krankheit als die Gruppe von Personen, die Deutschland während des Krieges nicht verlassen hat. Die Flüchtlinge wiesen außerdem einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand auf, wobei sie mehr unter Depression und PTBS Symptomen litten, als die Gruppe, die keine Flüchtlingserfahrungen gemacht hat.

Ai, Peterson und Ubelhor (2002) haben in ihrer Untersuchung mit Flüchtlingen aus dem Kosovo gezeigt, dass 60.5% der Teilnehmer eine PTBS aufweisen. Im Durchschnitt berichteten die Teilnehmer über 15 traumatische Erfahrungen. Als belastende Erfahrungen wurden unter anderem die Evakuierung, die Erfahrungen, die im Flüchtlingskamp gemacht wurden, die fehlende medizinische Versorgung und Nahrungsmangel berichtet. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der traumatischen Erfahrungen und der PTBS Raten. Je mehr traumatische Erlebnisse die Betroffenen gemacht haben, desto höher waren die PTBS Werte.

Roth, Ekblad und Ägren (2006) fanden in ihre Follow-Up Untersuchung mit Kosovo-Albanern in Schweden heraus, dass in der Baseline-Untersuchung 37% der Teilnehmer die PTBS-Kriterien erfüllten, bei der 3- Monate-Follow-Up Untersuchung waren es 45% mit PTBS, beim 6-monatigen Follow-Up waren es 40% der Teilnehmer, die an PTBS-Symptomen litten und nach 1.5 Jahren haben 80% unter PTBS gelitten. Die Teilnehmer, die Schweden während dieser Zeit nicht verlassen haben und auch einen Flüchtlingsstatus besaßen, hatten mit größerer Häufigkeit PTBS, im Vergleich zu Personen, die nach dem Krieg in den Kosovo zurückgekehrt sind. Die Teilnehmer, die während der Untersuchung in Schweden lebten, waren die ganze Zeit im Ungewissen, was mit ihrer Zukunft passieren wird. Das wurde als eine mögliche Ursache für die Häufigkeit der PTBS Symptome angesehen.

7. Kriegsopfer im Kosovo

Krieg und Folter sind in vielen Ländern weit verbreitet und führen meist zu Tod und Invalidität (Silove, 1999). Amnesty International (1997, zitiert aus Johnson & Thompson, 2006; Silove, 1999) zufolge wurden Menschenrechtsverletzungen in über 150 Ländern weltweit erfasst und die Anzahl der Zivilisten im Vergleich zu militärischem Personal, die von Krieg betroffen sind, steigt jedes Jahr weiter.

Im Kosovo gibt es eine große Anzahl an Menschen, die Opfer von Gewalt während des Krieges wurden. Diese Personen leiden nicht nur unter körperlichen Krankheiten als Folgen der Folter, die ihnen zugefügt wurde, sondern auch unter psychischen Auffälligkeiten. Alte Menschen, Frauen, Kinder und Jugendliche sind dabei am meisten betroffen, da sie miterlebt haben, wie Familienangehörige, Freunde und Bekannte verletzt und ermordet worden sind.

Zur Anzahl der Opfer während des Krieges im Kosovo gibt es widersprüchliche Angaben. Internationale Organisationen und Experten haben in ihren Schätzungen angenommen, dass die Anzahl der Opfer im Zeitraum des Krieges im Kosovo (beginnend im Jahr 1998 bis NATO-Luftangriff am 24.03.1999) zwischen 10.000-12.000 beträgt (Džihić & Kramer, 2009). Die Anzahl der Flüchtlinge lag allein zwischen Ende März und Anfang April 1999 bei 52.043 (Ball, Betts, Scheuren, Dudukovich & Asher, 2002). Laut UN-Flüchtlingshochkommissariat (UNCHR) befanden sich bis Mitte Juni 1999 mehr als 850.000 albanische Kosovaren auf der Flucht (Džihić & Kramer, 2009).

7.1. Aktueller Forschungstand

Viele empirische Untersuchungen, die sich mit Kriegstraumatisierungen und ihren Folgen beschäftigt haben, konzentrierten sich in erster Linie auf die Entwicklung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (Morina & Ford, 2008). Die PTBS ist die häufigste Folge traumatischer Erlebnisse, insbesondere der durch Menschen verursachten Traumata (Man-made-Trauma). Studien, die sich mit verschiedenen Populationen, die kriegsbezogene Trauma hatten, beschäftigt haben, zeigten eine hohe Prävalenz von PTBS in diesen Populationen (Jong et al., 2001).

In der Querschnittuntersuchung von Basoglu et al. (2005), die mit Kriegsüberlebenden aus vier Standorten im ehemaligen Jugoslawien durchgeführt wurde, zeigten sich Hinweise auf eine breite Palette von Problemen, die in Zusammenhang mit kriegsbezogenen Trauma stehen. Die emotionalen Reaktionen

auf die wahrgenommene Ungerechtigkeit bei der Bestrafung der Täter, die Angst, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren, das Misstrauen Menschen gegenüber und ein hohes Risiko, eine PTBS oder Depression zu entwickeln, waren einige der Auswirkungen des Kriegs bei den Überlebenden, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben.

Morina und Collani (2006) haben in ihrer Untersuchung mit Kriegsüberlebenden aus dem Kosovo neben einer hohen Prävalenz von traumatischen Erfahrungen (83%) mit hoher psychischer Belastung herausgefunden, dass traumatische Leiden und Stress von negativer Affektivität und auch von einem geringeren Selbstwertgefühl begleitet werden.

Kashdan, Morina und Priebe (2009) haben in einer Studie, die Teil eines multinationalen Projekts war, die soziale Angststörung und die Major Depression sowie ihre Zusammenhänge mit der Lebensqualität und Belastung (Distress) bei Kosovo-Albanern sieben Jahre nach dem Krieg untersucht. Es zeigte sich, dass die PTBS, die sozialen Angststörungen sowie die Major Depression mit einer hohen Erlebnisvermeidung (experimental avoidance), hoher psychischer Belastbarkeit und niedriger Lebensqualität assoziiert waren. Bei den Teilnehmern, die einen Flüchtlingsstatus während des Krieges hatten, zeigte sich eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine soziale Angststörung und Major Depression zu entwickeln als bei anderen Teilnehmern. Die Personen, die weder soziale Angststörungen noch Erlebisvermeidung zeigten, berichteten auch eine höhere Lebensqualität, während die Teilnehmer mit sozialen Angststörungen und hoher Erlebnisvermeidung eine niedrigere Lebensqualität berichteten. Die Teilnehmer berichteten eine hohe Anzahl von Traumatischen Erlebnissen. 8.6% erfüllten die Kriterien für eine soziale Angststörung, 26.4% die Kriterien für PTBS und 41.4 % erfüllten die Kriterien einer Major Depression.

In der Studie von Morina und Ford (2008) mit Überlebenden des Kosovo-Krieges wurde der Fokus auf die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, die als DESNOS („*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*“) definiert ist, gelegt. Es zeigte sich, dass nur zwei Teilnehmer die Kriterien für eine vollständige DESNOS erfüllten. Die Teilnehmer hatten jedoch viele DESNOS-Symptome wie Somatisierung, Dissoziation und veränderte Selbstwahrnehmung, Veränderungen der Wertesysteme usw. (Morina & Ford, 2008). Auch Weine et al. (1998) konnten in

ihrer Studie bei keinem von 24 traumatisierten bosnischen Flüchtlingen die Kriterien für eine vollständige DESNOS feststellen.

Eytan, Guthmiller, Durieux-Paillard, Loutan und Gex-Fabry (2011) haben in ihrer Follow-Up Untersuchung (Baseline-Untersuchung im Jahr 2001, die Follow-Up Untersuchung im Jahr 2007), die mit Kosovo-Albanern im Kosovo durchgeführt wurde, festgestellt, dass die psychische Gesundheit der Betroffenen sich im Laufe der Zeit verbessert hat, während die physische Gesundheit unverändert blieb. Ungefähr ein Drittel der befragten Personen berichteten über fehlende medizinische Versorgung. Dies wies wiederum einen hohen Zusammenhang mit dem Bestehen der PTBS-Prävalenz in den Jahren von 2001 bis 2007 als auch dem Auftreten von neuen PTBS-Fällen auf. Dies unterstreicht die Wichtigkeit von Programmen zum Aufbau von Gesundheitssystemen in Nachkriegsländern, um der Auswirkung von physischen Symptomen auf PTBS- und Depressionssymptomatik entgegenzuwirken. Die Prävalenz von PTBS war von 23.2% im Jahr 2001 auf 14.5% im Jahr 2007 gesunken. Weibliches Geschlecht, höheres Alter und niedriger Bildungsstand waren Faktoren, die häufig mit PTBS-Diagnosen korrelierten.

Priebe et al. (2010) haben Angststörungen, Substanzabhängigkeit und affektive Störungen in fünf Populationen - Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Kroatien, Serbien und Mazedonien - bei 3313 Personen untersucht. 15.6% bis 41.8% der Teilnehmer erfüllten die Kriterien einer klinischen Angststörung, 12.1% bis 47.6% die einer affektive Störungen und 0.6% bis 9.0% berichteten Symptome einer Substanzabhängigkeit. Hohes Alter, weibliches Geschlecht, große Häufigkeit traumatisierender Erlebnisse während und nach dem Krieg und Arbeitslosigkeit korrelierten mit hohen Werten bei affektiven und Angststörungen. Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen affektiven Störungen und niedrigem Bildungsniveau sowie auch hohe Häufigkeit traumatisierender Erlebnisse vor dem Krieg. Männliches Geschlecht und Personen, die ohne Partner leben, waren die einzigen Faktoren, die mit Substanzabhängigkeit korrelierten.

Es zeigte sich, dass sich die Teilnehmer aus den fünf untersuchten Populationen in verschiedene Kriterien unterscheiden. Die Teilnehmer aus Serbien und Mazedonien nannten die Bombardierungen und die Granaten als die schlimmste Erfahrung, während die andere Teilnehmer (Kroatien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo) den Verlust von Familienmitgliedern und Freunde, Zeuge eine Mordes zu sein und Gefangenschaft als die schwerste traumatische Kriegserfahrung eingestuft

haben. Die Teilnehmer, die aus dem Kosovo stammen, hatten bei folgenden Kriterien die höheren Werte: 47.6% berichteten eine affektive Störung, 41.8% eine Angststörung und 62.2% zeigten andere psychische Störungen.

Eytan, Toscani, Loutan & Bovier (2006) haben in ihrer Untersuchung mit kriegsüberlebenden Kosovo-Albanern die Nutzung von allgemeinen Gesundheitsdiensten befragt. 43% der Teilnehmer berichteten über akute Erkrankungen oder Verletzungen in den letzten vier Wochen. Die am häufigsten genannten akuten gesundheitlichen Probleme waren Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Herzprobleme. Psychische Probleme wurden bei weniger als 1% der Teilnehmer erhoben. Eine große Anzahl der Teilnehmer berichtete über eine hohe Anzahl traumatischer Ereignisse während des Krieges (95%). Die Mehrheit der Teilnehmer (64%) gab an, in den letzten 12 Monaten eine medizinischen Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen zu haben. Bei den Untersuchungsteilnehmern, die mehr traumatische Ereignisse berichtet und unter PTBS Symptome gelitten haben, zeigte sich eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Personen mit einer PTBS-Diagnose haben also häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen als solche ohne PTBS-Diagnose. Frauen und ältere Menschen berichteten einen schlechteren Gesundheitszustand und somit auch eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen.

Bell, Oruc und Spratt (2000) untersuchten überlebende Frauen in Bosnien und Herzegowina, um die Auswirkungen traumatischer Ereignisse des Krieges, wie der Entbehrung, des Völkermordes, ethnischer Säuberungen und Folter an drei Gruppen von Frauen herauszufinden. Die erste Gruppe waren Frauen, die die ganze Zeit während des Krieges Sarajevo nicht verlassen haben und immer noch dort leben. In der zweiten Gruppe nahmen Frauen teil, die während des Krieges gezwungen waren, ihr Zuhause zu verlassen und zum Zeitpunkt der Untersuchung entweder in oder außerhalb Sarajevo waren bzw. immer noch Flüchtlingsstatus haben. In der dritten Gruppe befanden sich Frauen, die während des Krieges einen Flüchtlingsstatus erhalten haben und nach Kriegsende nach Sarajevo zurückgekehrt sind. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Gruppen von Frauen signifikant hinsichtlich der Schwere der Symptome unterscheiden. 70% der vertriebenen Frauen (Gruppe 2) hatten Posttraumatische Belastungsstörungen, während bei der Gruppe der in Sarajevo verbliebenen Frauen (Gruppe 1) 46.94% und bei den zurückgekehrten Frauen (Gruppe 3) von 44.90% eine PTBS berichtet wurde. Bei der

Gruppe der vertriebenen Frauen wurden auch höhere Werte bezüglich Angststörungen (81.63%; Gruppe 1: 26%; Gruppe 3: 39.58%) und Depression (87.76%; Gruppe 1: 54.14%; Gruppe 3: 67.35%) berichtet. Die Teilpopulation der Flüchtlinge hatte ein geringeres Selbstwertgefühl und eine niedrigere soziale Funktionalität. Die Flüchtlinge haben während der Kriegszeit auch eine deutlich höhere Anzahl der Stressoren wie mangelnde Ernährung und Schutz, größere Verluste in der Familie, Zwangsarbeit oder Gesundheitsprobleme ihrer Kinder. 66% der Teilnehmergruppe der Flüchtlinge haben ihre Kinder und 81% ihre Ehemänner während des Krieges verloren, wobei viele Teilnehmer Zeuge der Hinrichtung waren.

Morina, Ford, Risch, Morina und Stangier (2010) untersuchten die Prävalenzen von somatischen Beschwerden, PTBS und Major Depression bei 181 überlebenden Albanern im Kosovo. Jeder achte Teilnehmer (12.9%) erfüllte die Kriterien von somatischen Beschwerden, 29.4% die für PTBS und 47.2% der Teilnehmer haben unter Major Depression gelitten. Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen somatischen Beschwerden, PTBS und Major Depression. Viele der Personen mit Kriterien von PTBS und Major Depression haben auch die Kriterien einer somatischen Beschwerde erfüllt, während die Teilnehmer ohne PTBS und Major Depression diese Kriterien nicht erfüllten. Somatische Beschwerden korrelierten mit erheblicher psychiatrischer Morbidität, psychischer Belastung und auch einer geringeren Lebensqualität.

Wenzel, Rushiti, Aghani, Diaconu, Maxhuni und Zitterl (2009) konzentrierten sich in ihre Studie, die fünf Jahre nach dem Krieg im Kosovo durchgeführt wurde, auf Selbstmordgedanken und Depressionen. In dieser Untersuchung nahmen 1161 Kosovo-Albaner teil, wobei ca. 50% der Teilnehmer Flüchtlinge waren, die wieder in ihre Heimat zurückgekehrt waren. Die meisten Teilnehmer waren sehr jung (ca. die Hälfte unter 35, ca. 80% unter 55). 83.7% der Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Studie arbeitslos und nur ca. 10% hatten seit Kriegsende irgendeine psychologische Hilfe bekommen. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer war in direkten Kampfsituationen, ca. 10% sind dadurch ernsthaft verletzt worden, mehr als 15% sind gefoltert worden. 41.7% der Teilnehmer erfüllten die Kriterien einer mittleren bis schweren Depression, 41.6% die Kriterien einer klinischen Angststörung. Selbstmordgedanken waren zum einen verbunden mit hohen Stressoren in der Vergangenheit und zum anderen mit gegenwärtigen sozialen Stressoren. Die Teilnehmer, die in ländlichen Gegenden lebten, hatten höhere Werte bei den

Selbstmordgedanken. Bei den Teilnehmern aus Mitrovica waren die Selbstmordgedanken am geringsten ausgeprägt, dagegen in Gjakove, einer Gegend, die stark dem Krieg ausgesetzt war, waren sie am höchsten.

II EMPIRISCHER TEIL

1. Ziel der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung war es eine Momentaufnahme der psychischen Gesundheit von Personen im Kosovo mit traumatischen Kriegserlebnissen (im Zeitraum 24.03.1999-12.06.1999) zu liefern. Wie ergeht es dieser Bevölkerung heute? Was waren ihre schlimmsten Erlebnisse während des Krieges? Konnten die Betroffenen die Ereignisse verarbeiten? Wie stark haben die traumatisierenden Erlebnisse ihr psychisches Wohlbefinden beeinflusst? Weiters sollte der mögliche Einfluss der traumatischen Erlebnisse auf Depression und Angstsymptome untersucht werden.

Im Rahmen dieser Untersuchung wird diese komplexe Thematik aufgegriffen, wobei neben Posttraumatischer Belastungsstörung und allgemeiner psychischer Gesundheit auch Depression und Angstsymptome der Betroffenen untersucht werden.

Es soll untersucht werden, inwieweit sich jene Kriegsüberlebenden, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebten und Familienmitglieder verloren haben von den Personen die während des Krieges den Kosovo nicht verlassen und traumatische Ereignisse erlebt, aber keine Familienmitglieder verloren haben, von der Teilpopulation der Flüchtlinge und derjenigen ohne kriegsbezogene Erfahrungen unterscheiden. In dieser Untersuchung werden auch die Ergebnisse von verschiedenen Untersuchungen, die nach dem Krieg im Kosovo durchgeführt wurden (Kashdan et al., 2009; Lopez Cardozo et al., 2000; Lopez Cardozo et al., 2003; Morina et al., 2010; Morina et al., 2008; Priebe et al., 2010; Wenzel et al., 2009, usw.) betrachtet.

1. 1. Hypothesengenerierung

In der vorliegenden Studie wird das psychische Befinden der Kosovo-Albaner im Kosovo untersucht, wobei auch der Angstsymptomatik und Depressivität Beachtung geschenkt wird. Das Interesse dieser Arbeit liegt vor allem darin zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang der psychischen Gesundheit, der Angstsymptome und der Depressivität mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (im folgenden PTBS genannt) und Kriegserlebnissen gibt.

1.2. Fragestellungen

Folgende Fragestellungen ergeben sich aus den im Theorieteil angesprochenen Erkenntnissen:

I. Wie wirken sich kriegsbezogene traumatische Ereignisse auf die psychische Gesundheit der Betroffenen aus? (GHQ-28)

II. Wie wirken sich kriegsbezogene traumatische Ereignisse auf die Depressions- und Angstsymptomatik der Betroffenen aus? (HSCL-25)

III. Beeinflussen das Ausmaß und die Art der traumatisierenden Ereignisse die Ausprägung psychischer Problemen/Störungen bei den Betroffenen? (HTQ)

Aus diesen Fragestellungen ergeben sich folgende Hypothesen:

1.3. Hypothesen

1. **H 1.0**: Kriegsbezogene traumatische Ereignisse haben keinen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit.
   H 1.1: Kriegsbezogene traumatische Ereignisse haben einen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit.

   UV: Die erlittenen Traumata (HTQ 1. Teil)
   AV: Psychische Gesundheit (GHQ-28-Werte)
   N: Gesamte Stichprobe

2. **H 2.0**: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen kriegsbezogenen traumatischen Ereignissen und Angstsymptomen.
   H 2.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen kriegsbezogenen traumatischen Ereignissen und Angstsymptomen.

   UV: Die erlebten Traumata (HTQ 1.Teil)
   AV: Angstsymptome (HSCL-25 1.Teil)
   N: Gesamte Stichprobe

3. **H 3.0**: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen kriegsbezogenen traumatischen Ereignissen und Depressionssymptomen.
   H 3.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen kriegsbezogenen traumatischen Ereignissen und Depressionssymptomen.

UV: Die erlebten Traumata (HTQ 1.Teil)
AV: Depressionssymptome (HSCL-25 2.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

4. **H 4.0:** Die Häufigkeit der traumatischen Ereignisse hat keinen Einfluss auf das Auftreten der Traumasymptome.
H 4.1: Die erhöhte Häufigkeit der traumatischen Ereignisse geht mit einem erhöhten Auftreten der Traumasymptome einher.

UV: Die erlebten Traumata (HTQ 1.Teil)
AV: Die Traumasymptome (HTQ 2.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

5. **H 5.0**: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik und dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand.
H 5.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik und dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand.
UV: PTBS-Symptomatik (HTQ 2.Teil)
AV: Allgemeiner Gesundheitszustand (GHQ-28-Werte)
N: Gesamte Stichprobe

6. **H 6.0**: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik und der Angstsymptomatik.
H 6.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der PTBS- Symptomatik und der Angstsymptomatik.
UV: PTBS-Symptomatik (HTQ 2.Teil)
AV: Angstsymptome (HSCL-25 1.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

7. **H 7.0**: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik und der Depressionssymptomatik.
H 7.1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik und der Depressionssymptomatik.
UV: PTBS-Symptomatik (HTQ 2.Teil)
AV: Depressionssymptome (HSCL-25 2.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

8. **H 8.0**: Die Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres allgemeinen psychischen Gesundheitszustands.
   H 8.1: Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich des allgemeinen psychischen Gesundheitszustands.

   UV: Gruppe TN1;TN2;TN3;TN4
   AV: Psychische Gesundheit (GHQ-28-Werte)
   N: Gesamte Stichprobe

9. **H 9.0**: Die vier Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Angstsymptomatik.
   H 9.1: Die vier Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Angstsymptomatik.

   UV: Gruppe TN1;TN2;TN3;TN4
   AV: Angstsymptome (HSCL-25 1.Teil)
   N: Gesamte Stichprobe

10. **H 10.0**: Die vier Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Depressionssymptomatik.
    H 10.1: Die vier Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Depressionssymptomatik.

    UV: Gruppe TN1;TN2;TN3;TN4
    AV: Depressionssymptome (HSCL-25 2.Teil)
    N: Gesamte Stichprobe

11. **H 11.0**: Die vier Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der PTBS-Symptomatik.
    H 11.1: Die vier Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der PTBS-Symptomatik.
    UV: Gruppe TN1;TN2;TN3;TN4
    AV: PTBS-Symptome (HTQ 2.Teil)
    N: Gesamte Stichprobe

12. **H 12.0**: Das Alter hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.
    H 12.1: Das Alter hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

UV: Alter

AV: Allgemeine psychische Gesundheit (GHQ-28 Werte)

N: Gesamte Stichprobe

13. **H 13.0**: Das Alter hat keinen Einfluss auf die Angstsymptomatik.
H 13.1: Das Alter hat einen Einfluss auf die Angstsymptomatik.

UV : Alter

AV: Angstsymptomatik (HSCL-25 1. Teil)

N: Gesamte Stichprobe

14. **H 14.0**: Das Alter hat keinen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.
H 14.1: Das Alter hat einen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.

UV : Alter

AV: Depressionssymptomatik (HSCL-25 2. Teil)

N: Gesamte Stichprobe

15. **H 15.0**: Das Alter hat keinen Einfluss auf die PTBS-Symptome.
H 15.1: Das Alter hat einen Einfluss auf die PTBS-Symptome.

UV : Alter

AV: PTBS-Symptome (HTQ 1. Teil)

N: Gesamte Stichprobe

16. **H 16.0**: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.
H 16.1: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

UV: Geschlecht

AV: Allgemeine psychische Gesundheit (GHQ-28 Werte)

N: Gesamte Stichprobe

17. **H 17.0**: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die Angstsymptomatik.
H 17.1: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Angstsymptomatik.

UV : Geschlecht

AV: Angstsymptomatik (HSCL-25 1.Teil)

N: Gesamte Stichprobe

18. **H 18.0**: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.
H 18.1: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.

UV : Geschlecht
AV: Depressionssymptomatik (HSCL-25 2.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

19. **H 19.0**: Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die PTBS-Symptome.
H 19.1: Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die PTBS-Symptome.

UV : Geschlecht
AV: PTBS-Symptome (HTQ 1.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

20. **H 20.0**: Das Bildungsniveau hat keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.
H 20.1: Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

UV: Bildungsniveau
AV: Allgemeine psychische Gesundheit (GHQ-28 Werte)
N: Gesamte Stichprobe

21. **H 21.0**: Das Bildungsniveau hat keinen Einfluss auf die Angstsymptomatik.
H 21.1: Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf die Angstsymptomatik.

UV : Bildungsniveau
AV: Angstsymptomatik (HSCL-25 1.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

22. **H 22.0**: Das Bildungsniveau hat keinen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.
H 22.1: Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.

UV : Bildungsniveau
AV: Depressionssymptomatik (HSCL-25 2.Teil)
N: Gesamte Stichprobe

23**.** **H 22.0**: Das Bildungsniveau hat keinen Einfluss auf die PTBS Symptome.

H 22.1: Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf die PTBS Symptome.

UV : Bildungsniveau

AV: Depressionssymptomatik (HSCL-25 2.Teil)

N: Gesamte Stichprobe

2. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus Teilen der albanischen Bevölkerung des Kosovo zusammen die den Krieg im Kosovo im Zeitraum von 24.03.1999-12.06.1999 erlebt haben.

2.1. Stichprobenumfang und Herkunftsort

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden 212 Personen im Kosovo befragt. In jeder Gruppe haben je 53 Personen teilgenommen.

Die Testung fand in sieben Städten im Kosovo statt. Nach Angaben des Statischen Amts im Kosovo war die Stadt Gjakove mit Umgebung die während des Kriegs im Kosovo am stärksten geschädigte. Deswegen haben die meisten Befragungen dieser Untersuchung in Gjakove und Umgebung stattgefunden. In der Abbildung 1 wird die Verteilung der Stichprobe bezüglich dem momentanen Wohnort der Teilnehmer dargestellt.

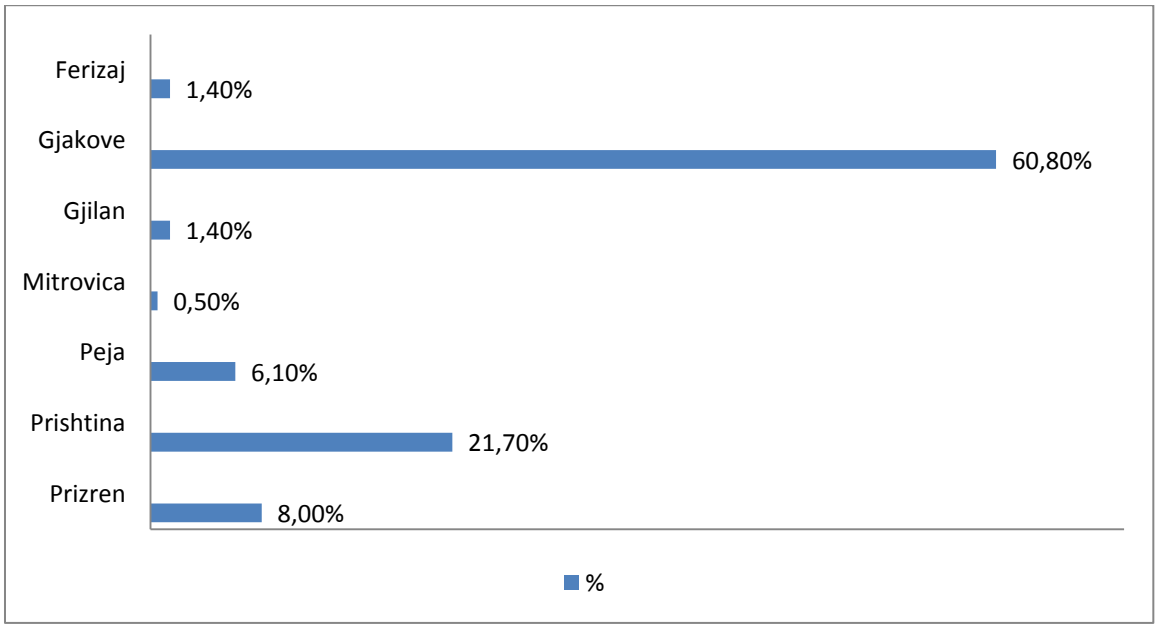

Abbildung 1: Verteilung der Stichprobe: Prizren (N=17); Prishtina (N=46); Peja (N=13); Mitrovica (N=1); Gjilan (N=3); Gjakove (N= 129); Ferizaj (N=3)

2. 2. Gruppenaufteilung: Vier Teilpopulationen

Die Gesamtstichprobe teilt sich in folgende Subgruppen auf:

- Teilnehmergruppe 1 (im folgenden TN1 genannt): Kriegsüberlebende, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben und die als solche in den Rehabilitationszentren eingetragen sind oder sich noch in Behandlung befinden (53 Probanden).
- Teilnehmergruppe 2 (im folgenden TN2 genannt): Gruppe ziviler Bevölkerung, die während des Krieges den Kosovo nicht verlassen hat und traumatische Ereignisse erlebt hat, aber keine Familienmitglieder verloren und keine Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen hat (53 Probanden).
- Teilnehmergruppe 3 (im folgenden TN3 genannt): Gruppe ziviler Bevölkerung, die kurz während des Krieges im Kosovo waren und danach Flüchtlingsstatus erhalten haben und keine Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen haben (53 Probanden).
- Teilnehmergruppe 4 (im folgenden TN4 genannt): Gruppe ziviler Bevölkerung ohne kriegsbezogene Erfahrungen (53 Probanden).

Die drei Teilnehmergruppen TN2, TN3 und TN4 sind in allen anderen Kriterien mit der Teilnehmergruppe TN1 homogen.

2.2. Ausschlusskriterien und Einschlusskriterien

2.2.1. Ausschlusskriterien

Die Teilnehmer dürfen keine schwerwiegenden organischen Krankheiten haben und an keinen psychiatrischen Störungen vor den Kriegserfahrungen gelitten haben.

2.2.2. Einschlusskriterien

Die Teilnehmer aus der Teilstichprobe TN1 haben mindestens ein Familienmitglied ersten Grades während des Krieges verloren.

Die Teilnehmer aus der Teilstichprobe TN2 waren Personen, die während des Krieges die ganze Zeit im Kosovo waren, aber keine Familienmitglieder verloren haben.

Die Teilnehmer aus der Teilstichprobe TN3 waren Personen, die während des Krieges keine Familienmitglieder verloren haben, die nur kurze Zeit im Kosovo waren und nachher den Flüchtlingsstatus erhalten haben.

Die Teilnehmer aus der Teilstichprobe TN4 waren Personen, die vor dem Krieg den Kosovo verlassen haben und frühestens seit September 1999 wieder im Kosovo leben.

3. Methode

3.1. Untersuchungsdesign

Bei vorliegender Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung mit einem nicht-experimentellen Design, da nicht alle Variablen kontrolliert werden konnten. Das heißt, es gibt nur einen Messzeitpunkt und jeder Teilnehmer wird lediglich einmalig befragt (Bortz & Döring, 2006).

Die Untersuchungsteilnehmer hatten die Aufgabe, die Fragebögen nacheinander auszufüllen. Bei Unklarheiten konnten die Teilnehmer immer auf die Hilfe der Diplomandin zurückgreifen. Das Ausfüllen der Fragebögen dauerte im Durchschnitt etwa eine Stunde. Bei der Teilstichprobe, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), nahm die Testung allerdings mehr Zeit in Anspruch, da die Teilnehmer oft das Bedürfnis hatten, über die Geschehnisse im Detail zu sprechen.

Die Teilnehmer aus ländlichen Gegenden waren teilweise auf einem niedrigen Ausbildungsniveau und konnten die Fragebögen nicht selbst ausfüllen. Bei diesen Teilnehmern wurden die Fragebögen von der Diplomandin vorgelesen und gemäß den Antworten der Teilnehmer ausgefüllt.

3.2. Untersuchungsinstrumente

1. Fragebogen zu soziodemografischen Daten

2. Harvard Trauma Questionnaire (im Folgenden HTQ genannt)

3. General Health Questionnaire (im Folgenden GHQ-28 genannt)

4. Hopkins Symptom Checklist (im Folgenden HSCL-25 genannt)

Alle Fragebögen lagen bereits in Landessprache vor. Sie wurden schon für die früheren Untersuchungen ins Albanische übersetzt und ins Englische rückübersetzt, um die Richtigkeit der Übersetzung sicherzustellen. Die Übersetzung und Anpassung der Fragebögen wurde von einem Team aus albanischen Übersetzern einschließlich eines Psychiaters, eines Psychologen und eines Allgemeinarztes aus dem Institut für psychische Gesundheit und Erholung durchgeführt (Lopez Cardozo et al., 2000).

3.2.1. Fragebogen zu soziodemografischen Daten

Die soziodemografischen Daten der Untersuchungsteilnehmer wurden mittels eines standardisierten Fragebogens in Landessprache, der im Kosova Rehabilitation Centre for Torture Victim (KRCT) entwickelt wurde, erhoben. Dieser Fragebogen wurde auch bei der Studie von Lopez Cardozo et al. (2000) verwendet.

3.2.2 Harvard Trauma Questionnaire

Mit dem *Harvard Trauma Questionnaire* (im folgenden HTQ genannt) werden sowohl die Art und das Ausmaß der traumarisierenden Ereignisse als auch die posttraumatischen Reaktionen darauf, erfasst. Der HTQ ist ein Instrument, das interkulturell eingesetzt wurde, um Folter, Trauma und PTBS bei Flüchtlingen in Interview- oder Fragebogenform zu erheben.

Im ersten Teil des HTQ wird das Auftreten von 17 traumatischen Ereignissen während des Krieges abgefragt. Die Teilnehmer sollten angeben, ob und wie viele traumatische Ereignisse sie erlebt haben. Sie haben die Möglichkeit anzukreuzen, ob sie selbst das traumatische Ereignis erfahren haben, Zeuge von einem traumatischen Ereignis geworden sind, von einem bestimmten traumatischen Ereignis von anderen Betroffenen gehört haben oder ob keine der genannten Möglichkeiten zutrifft. Die traumatischen Ereignisse sind beispielsweise mangelnde Versorgung mit Nahrung, fehlendes Dach über dem Kopf, Gefangenschaft, Verletzung, Kampfsituationen, sexueller Missbrauch, Isolation, Todesnähe, Trennung, Ermordung von Familienmitgliedern, Freunden oder Fremden und dergleichen. Die Alternativen ‘‘Selbst erfahren‘‘, ‘‘Zeuge geworden‘‘ und ‘‘Davon gehört‘‘ werden als Ja bewertet und die Alternative ‘‘Weder noch‘‘ wird als Nein bewertet. Am Ende werden alle Ja Antworten zusammengezählt und so die Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse erfasst.

Im zweiten Teil werden die Teilnehmer gefragt ob sie sich an das schlimmste Ereignis, das sie während des Krieges erlebt haben (Zeitpunkt/Ort), erinnern und dies auch beschreiben können.

Der dritte Teil erfasst schließlich mit 30 Items Traumasymptome, wobei die Teilnehmer angeben sollten, wie sehr Items wie: ‘‘Ich habe das Gefühl, als ob das Ereignis noch einmal passiert‘‘ oder ‘‘Das Gefühl, dass die Menschen nicht verstehen, was Ihnen passiert ist‘‘ auf sie zutreffen. Die Teilnehmer haben in diesem

Teil des Fragebogens vier Antwortmöglichkeiten (‘‘gar nicht‘‘, ‘‘ein wenig‘‘, ‘‘stark‘‘, ‘‘sehr stark‘‘).

Bei der ursprünglichen Version des HTQ, die für vietnamesische; laotische und kambodschanische Flüchtlinge entwickelt wurde, konnte eine hohe Interraterreliabilität (r = .93), Stabilität (rtt = .89) und interne Konsistenz (Cronbachs α = .90) bezüglich der traumatischen Ereignisse (Teil I) und (rtt = .92) für die Traumasymptome (Teil III) ermittelt werden (Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, Tor & Lavelle, 1992; Maercker & Bromberger, 2005).

Da der Kosovo-Krieg ähnliche Charakteristika wie der Krieg in Bosnien und Herzegowina aufweist, kam der erste Teil (traumatische Ereignisse), der 45 Items beinhaltet, und der vierte Teil (PTBS Symptome) der bosnischen Version des HTQ auch im Kosovo zum Einsatz und nicht die von Mollica et al. (1992) für Süd-Ost-Asien entwickelte Version (Wenzel et al., 2009).

Die interne Konsistenz (Cronbach’s α -Koeffizient) betrug in der Studie von Wenzel et al. (2009) 0.94. Die interne Konsistenz des Verfahrens ist im Allgemeinen sehr hoch, der Cronbach’s α–Koeffizient lag in Studien von Lopez Cardoso et al. (1999; 2000) bei 0.81 bzw. 0.76.

Das Instrument wird gut akzeptiert und die neutrale Interview-Form erleichtert den Probanden die Selbstöffnung (Mollica et al., 1992).

3.2.3. General Health Questionnaire

Der allgemeine psychische Gesundheitszustand wird mit dem *General Health Questionnaire* (GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979) erhoben. Der GHQ besteht aus einer Reihe von Fragen, die das kleinste gemeinsame Vielfache von Symptomen verschiedener psychiatrischer Syndrome darstellen (Goldberg & Hiller, 1979).Dieser Fragebogen misst den aktuellen Stand des subjektiven Wohlbefindens. Er ist ein skaliertes Instrument mit den vier Subskalen A: somatische Symptome, B: Angst und Insomnie, C: soziale Dysfunktion und D: schwere Depression. Jede dieser Subskalen besteht aus sieben Items und die Häufigkeiten werden pro Item auf einer vierstufigen Skala angegeben (von selten bis sehr häufig). Die ersten beiden Ausprägungen werden mit Null kodiert, die letzteren beiden mit Eins. Der Summenscore ergibt sich in Folge durch einfaches addieren. Goldberg et al. 1979 folgend wird angenommen, dass Werte zwischen sechs und elf als mittelgradig schwere psychische Morbidität und Werte über elf als eindeutig krankheitswertig interpretiert werden sollen.

Die interne Reliabilität (Cronbach's α) wurde in verschiedenen Studien ermittelt und liegt zwischen 0,82 und 0,86 (Goldberg et al., 1997). Interne Konsistenz (Cronbach's α -Koeffizient) lag bei 0.93 bei der Studie von Lopez Cardozo et al. (1999) und 0.96 bei der Studie von Lopes Cardozo et al. (2000) (Lopez Cardozo et al., 2003).

3.2.4. Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)

Die Hopkins Symptom Checklist (im Folgenden HSCL-25 genannt) wird zur Erfassung der Schwere von Depression und Angstsymptomen verwendet. Die Hopkins Symptom Checklist misst in zwei Unterskalen Angst (10 Items) und Depression (15 Items).

Die Subskala Angst erfasst generalisierte Angst und fragt nach dem Vorhandensein von Nervosität, Anspannung, Unruhe, panischen Symptomen und dergleichen. Die Subskala Depression fragt nach Symptomen, die die klinische Depression kennzeichnen (Wenzel et al. 2009).

Laut Mollica et al. (1996, zitiert nach Firoz, Nawaz, Jekel & Ahmadi 2001) ist ein Itemwert von >1,75 zur Bestimmung klinischer Fälle nötig.

Der Fragebogen fragt nach der Häufigkeit von Verhaltensweisen oder Gefühlen, wobei die vier Antwortmöglichkeiten „niemals“, „manchmal“, „oft“ und „immer“ zur Wahl stehen. Die interne Konsistenz (Cronbach's α-Koeffizient) dieses Fragebogens war 0.95 bei der Studie von Wenzel et al. 2009.

Die HSCL wurde häufig bei der Untersuchung von Flüchtlingen verwendet und es hat sich gezeigt, dass dieses Instrument intern konsistent und valide für Messung von Depression und Angst in verschiedenen Flüchtlingsgruppen und Kriegsüberlebenden in der Allgemeinbevölkerung ist (Lopez Cardozo et al., 2000).

3.3. Stichprobenrekrutierung und Untersuchungsablauf

Die Durchführung der Untersuchung fand in den Monaten Juli bis Oktober 2011 statt. Die Rekrutierung der Teilstichprobe, die Familienmitglieder während des Krieges verloren haben und als traumatisiert in den Rehabilitationszentren eingetragen sind (TN1), erfolgte in verschiedenen Vereinen und Einrichtungen, die sich mit traumatisierten Menschen und deren psychischer Gesundheit beschäftigen:

- Medica Mondiale Gjakova

- Gjakova Mental Health Center

- NGO ‘‘Thirrjet e nenave‘‘ (‘‘Schreie der Mütter‘‘)

- ‘‘Shtepia e sigurte‘‘ (‘‘Safe House‘‘ Unterkunftshaus)

- Allgemeines Krankenhaus ‘‘Rezonanca‘‘ Pristina

- Neurologische und Psychiatrische Ordinationen- Gjakovo

Die Bearbeitung der Fragebögen für die anderen drei Untersuchungsgruppen (TN2, TN3, TN4) erfolgte durch Privatpersonen die teilweise mit Hilfe von den Teilnehmern der ersten Gruppe (TN1) und teilweise mit Hilfe von Bekannten rekrutiert wurden.

Die Vorgabe der Fragebögen erfolgte individuell, wobei jedes Untersuchungsinstrument exemplarisch besprochen wurde und detailliert erklärt wurde, wie die vorliegenden Fragebögen auszufüllen wären. Jeder Teilnehmer wurde auf die Freiwilligkeit und die Wahrung der Anonymität hingewiesen und auch auf die Möglichkeit die Testung im Falle einer starken Erinnerung an die Kriegserlebnisse und einer damit verbundenen Verschlechterung des Wohlbefindens jederzeit abbrechen zu können.

Vor Beginn der Testung wurde von den Teilnehmern eine Einverständniserklärung zur Studienteilnahme unterzeichnet, in der die Ziele und Inhalte der Studie, die Möglichkeit zum Abbruch der Teilnahme und die streng vertrauliche und anonyme Verwertung der Angaben noch einmal schriftlich erklärt wurde. In der Einverständniserklärung, die zusammen mit den Fragebögen ausgehändigt wurde, standen auch die Adressen von verschiedenen Institutionen an welche sich die Teilnehmer im Falle einer Verschlechterung des Wohlbefindens nach der Testung richten können. Die Fragebögen wurden von der Diplomandin vorgegeben und die Bearbeitung erfolgte in deren Anwesenheit. Bei den Teilnehmergruppen der Flüchtlinge, der Personen die keine Familienmitglieder verloren haben sowie derer ohne Kriegserfahrungen erfolgte das Ausfüllen der Fragebögen nicht immer in Anwesenheit der Versuchsleiterin, da ein paar Teilnehmer den Wunsch äußerten sie zu Hause auszufüllen. Diese Teilnehmer wurden gebeten nach dem Ausfüllen der Fragebögen Bescheid zu geben.

3.4. Statistische Verfahren

Die statistische Auswertung wurde mit SPSS 19.0 durchgeführt. Die Voraussetzungen für parametrische Verfahren wurden mittels des Kolmogorov-Smirnov-Tests für das Vorliegen einer Normalverteilung und der Levene-Statistik für das Vorliegen der Varianzhomogenität durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0.05$ angenommen. Wenn die Tests nicht signifikant sind ($p \geq .05$) gelten die Voraussetzungen als erfüllt und parametrische Verfahren können angewendet werden. Bei einem signifikanten Ergebnis ($p < .05$) werden parameterfreie Verfahren angewendet. Die Beschreibung der Verfahren die in der vorliegenden Studie zum Einsatz gekommen sind, erfolgt in Anlehnung an Field (2006).

Zur Überprüfung der Unterschiedhypothesen bzw. zur Fragestellung, ob ein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, wurde entweder das parametrische Verfahren Varianzanalyse (ANOVA) oder das parameterfreie Verfahren Kruskal-Wallis-Test angewendet.

Zur Berechnung der Zusammenhanghypothesen wurden das parametrische Verfahren Pearson-Korrelation sowie die partielle Korrelation und das parameterfreie Verfahren Spearman-Korrelation angewandt.

Um zu überprüfen, inwieweit die traumatischen Ereignisse die psychische Befindlichkeit, PTBS Symptomatik, Angstsymptome und Depressivität beeinflussen, wurde eine Regressionsanalyse gerechnet.

3.4.1. Überprüfung von Gruppenunterschieden

<u>Varianzanalyse (ANOVA)</u>

Die Auswertung der Hypothesen bezüglich der Unterschiede zwischen den Gruppen in der Ausprägung der psychischen Störungen wird mittels parameterfreien Verfahren zweifacher Varianzanalyse durchgeführt.

Bei einer signifikanten Varianzanalyse kann angenommen werden, dass sich die Gruppen unterscheiden aber es ist unbekannt zwischen welchen Gruppen das Unterschied besteht. Daher wird ein Post-Hoc Test durchgeführt um zu sehen zwischen welchen Gruppen im Einzelnen die Unterschiede liegen. Als unabhängige Variable wird die Untersuchungsgruppe und als abhängige Variable die Skala des jeweiligen Verfahrens angenommen.

Kruskal-Wallis-Test

Mit dem parameterfreien Verfahren Kruskal-Wallis-Test wird der Unterschied der unabhängigen Stichproben hinsichtlich einer ordinalskalierten Variable getestet. Er basiert auf Rangskalierung und kann für den Vergleich von mehr als zwei Gruppen angewendet werden.

Chi-Quadrat-Test

Durch den Chi-Quadrat-Test kann untersucht werden, ob es eine Abweichung der empirischen bivariaten Verteilung von der hypothetischen Verteilung gibt.

3.4.2. Überprüfung von Zusammenhängen

Spearman‘s Korrelationskoeffizient

Das Korrelationsverfahren nach Spearman ist ein parameterfreies Verfahren und überprüft die Zusammenhänge zwischen zwei Variablen. Das Ergebnis kann zwischen -1 und +1 liegen. Eine negative Korrelation bedeutet, dass die Variablen negativ miteinander korrelieren und wenn ein Wert steigt, so sinkt der andere dementsprechend. Eine positive Korrelation bedeutet, dass die Variablen miteinander positiv korrelieren und wenn ein Wert steigt, so steigt der andere Wert auch. Die Berechnung des Zusammenhanges erfolgt wie bei den meisten parameterfreien Verfahren auf Basis rangskalierter Daten, im Gegensatz zur Pearson-Korrelation.

Aufgrund der Berechnung von Korrelationen können keine Aussage über die Kausalität der Beziehung gemacht werden.

Regressionsanalyse

Ziel dieses statistischen Analyseverfahrens ist es Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehrerer unabhängigen Variablen festzustellen. Mit diesem Verfahren werden die Zusammenhänge quantitativ beschrieben und die Werte der Zielvariablen mit Hilfe einer oder mehrerer unabhängiger Variablen vorhergesagt.

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Studie dargestellt. Zuerst erfolgt die deskriptive Darstellung der Gesamtstichprobe und dann die Darstellung der Hypothesenprüfung.

4.1. Deskriptive Darstellung der Gesamtstichprobe

4.1.2. Soziodemografische Daten der Teilnehmer

4.1.2.1. Anzahl der Teilnehmer in der Teilnehmergruppen

In der Teilnehmergruppe 1 nahmen insgesamt 55 Personen teil, wobei die Daten von zwei Teilnehmern nicht verwertet werden konnten, weil die Fragebögen fehlerhaft ausgefüllt wurden. Somit waren bei der Versuchsgruppe 53 verwertbare Fragebögen. In den Teilnehmergruppen TN2 und TN3 haben jeweils 53 Personen teilgenommen. In der Teilnehmergruppe TN4 haben 56 Personen teilgenommen, wobei die Daten von drei Teilnehmern nicht richtig eingetragen waren und daher weggelassen wurden. Somit verblieben in der Kontrollgruppe TN4 53 verwertbare Datensätze. Insgesamt waren 212 Fragebögen verwertbar.

4.1.2.2. Nationale Zugehörigkeit

In der Untersuchung nahmen 212 AlbanerInnen teil. Alle Teilnehmer gaben an, die albanische Staatsbürgerschaft zu besitzen und momentan im Kosovo wohnhaft zu sein.

4.1.2.3. Alter

Ziel der Untersuchung war, eine Population von 25- bis 65-jährigen Teilnehmern zu befragen. Der jüngste Teilnehmer war 24 und der älteste 65 Jahre alt. Dies bedeutet dass die 212 Teilnehmer im Durchschnitt 42.12 (*SD* = 12.14) Jahre alt waren. Bei Frauen lag das durchschnittliche Alter bei 41.42 (*SD* = 11.44) Jahren und bei Männer bei 43.59 (*SD* = 13.47).

In der Teilnehmergruppe 1 lag der Durchschnitt bei 43.49 Jahren, in der Teilnehmergruppe 2 bei 40.30 Jahren, in der Teilnehmergruppe 3 bei 37.87 Jahren und in der Teilnehmergruppe 4 bei 42.81 Jahren.

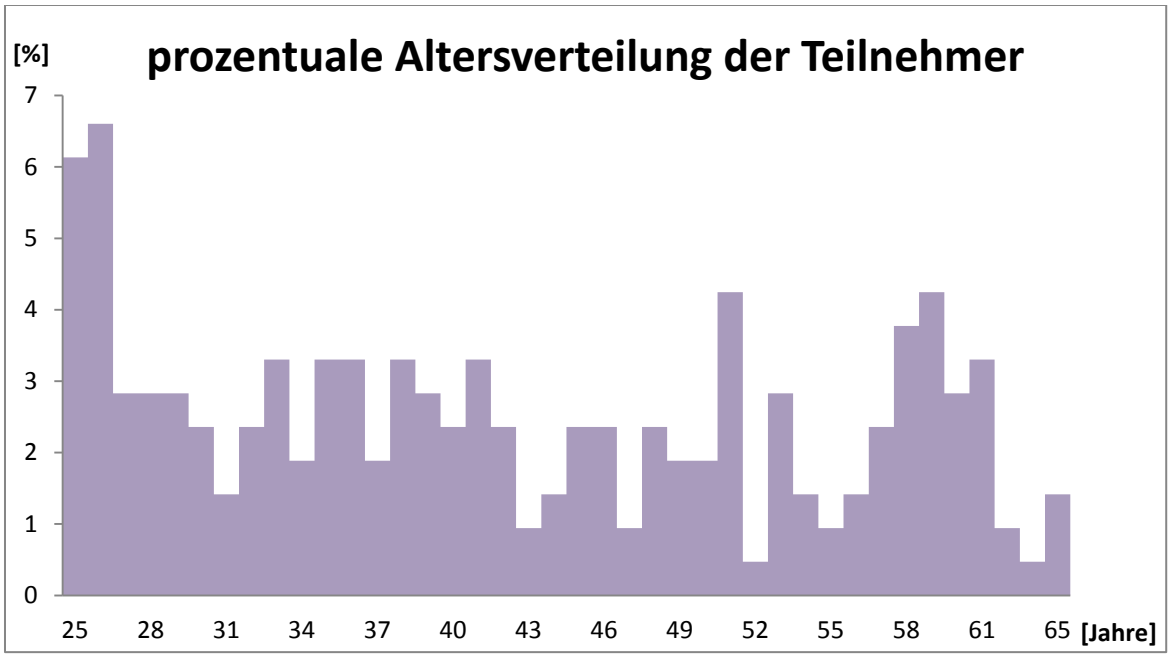

Abbildung 2: Alter der Teilnehmer

4.1.2.4. Geschlecht

In Bezug auf das Geschlecht gab es keine gleichmäßige Verteilung. In der Untersuchung haben 144 (67.9%) Frauen und 68 (32.1%) Männer teilgenommen.

In der Teilnehmergruppe 1 nahmen 9 (17 %) Männer und 44 (83%) Frauen teil. In der Teilnehmergruppe 2 befanden sich 16 (30.2 %) Männer und 37 (69.8 %) Frauen. In der Teilnehmergruppe 3 der Flüchtlinge gab es 18 (34%) männliche und 35 (66 %) weibliche Teilnehmer. In der Teilnehmergruppe 4 der Personen ohne traumatische Erfahrungen befanden sich 25 (47.2 %) Männer und 28 (52.8%) Frauen.

4.1.2.5. Ausbildungsstatus

Nach dem albanischen Ausbildungssystem teilt sich der Ausbildungsstand in fünf Stufen:

Tabelle 3: Abgeschlossene Ausbildung

Abgeschlossene Ausbildung	Häufigkeit	Prozent
Keine	3	1.4
Grundschule	30	14.2
Matura/Abitur	66	31.0
Fachhochschulstudium	26	12.3
Universität	87	41.0

4.1.2.6. Derzeitige Arbeitssituation

145 (68.4% der Gesamtstichprobe) der Untersuchungsteilnehmer gaben an, eine Arbeit zu haben, während 67 (31.6% der Gesamtstichprobe) der Teilnehmer angaben, momentan arbeitslos zu sein. Vor dem Krieg hatten 107 (50.5%) der Untersuchungsteilnehmer einen Arbeitsplatz, während 105 (49.5% der Gesamtstichprobe) der Untersuchungsteilnehmer arbeitslos waren.

4.1.2.7. Flüchtlingsstatus

Eine hohe Anzahl der Untersuchungsteilnehmer (137 bzw. 64.6% der Gesamtstichprobe) gaben an, im letzten Krieg im Kosovo, also vor 12 Jahren, einen Flüchtlingsstatus erhalten zu haben. 75 Teilnehmer (35.4%) waren während des Krieges im Jahr 1999 die ganze Zeit im Kosovo.

68 (32.1%) Untersuchungsteilnehmer aus der Gesamtstichprobe gaben an, während des Krieges aus ihrem Zuhause im Kosovo vertrieben worden bzw. geflüchtet zu sein.

18 (8.5%) Untersuchungsteilnehmer aus der Gesamtstichprobe waren zum Untersuchungszeitpunkt noch immer nicht in ihr Zuhause zurückgekehrt.

Aus der Gruppe TN1 haben 31 (58.5%) der Teilnehmer während des Krieges im Kosovo den Flüchtlingsstatus erhalten und 22 (41.5%) der Teilnehmer waren während des Krieges die ganze Zeit im Kosovo. Aus der Gruppe TN2 hat kein Teilnehmer während des Krieges den Kosovo verlassen. Aus der Gruppe TN3 waren

alle Teilnehmer Flüchtlinge in verschiedenen Ländern und aus der Gruppe TN4 war kein Teilnehmer während des Krieges im Kosovo.

Tabelle 4: Flüchtlingsstatus der Teilnehmer während des Krieges

	N	%
Flüchtlingsstatus außerhalb des Kosovo	137	64.6%
Personen, die während des Krieges im Kosovo geblieben sind	75	35.4%
Personen die innerhalb des Kosovo vertrieben wurden	68	32.1%
Personen, die immer noch von ihrem Zuhause vertrieben sind	18	8.5%

28 (13.2%) Teilnehmer waren Flüchtlinge im Nachbarland Mazedonien, 71 (33.5%) Untersuchungsteilnehmer waren während des Krieges in Albanien, 3 (1.4%) Personen waren in Montenegro, 31 (14.6%) Teilnehmer sind nach Europa geflüchtet, 4 (1.9 %) sind in einem anderen Land der Welt während des Krieges im Jahr 1999, geflüchtet. Die meisten Untersuchungsteilnehmer waren länger als einen Monat Flüchtlinge (131 bzw. 61.8%), nur wenige Teilnehmer (6 bzw. 2.8%) hatten weniger als einen Monat den Flüchtlingsstatus.

4.1.2.8. Religionszugehörigkeit

192 (90.6%) Personen, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben, sind Muslime, 7 (3.3%) der Teilnehmer gaben an, Katholiken zu sein und 12 (5.7%) gaben an, nicht gläubig zu sein.

4.1.2.9. Angaben zur Inanspruchnahme psychologischer Hilfe

Um die Angaben zu der Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe bei den Gruppen zu untersuchen, wurde der Chi-Quadrat-Test gerechnet.

Zwischen den Untersuchungsgruppen und der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe besteht ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 214{,}68$), $p < .01$.

Aus der Gruppe, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), haben 100% psychologische Hilfe in Anspruch genommen. 20.8% der Personen dieser Untersuchungsgruppe haben psychologische Hilfe von einem Spezialisten bzw. Psychiater bekommen und 79.2% der Personen dieser Untersuchungsgruppe haben eine psychologische Beratung erhalten.

34% der Teilnehmer der Untersuchungsgruppe, die psychologische Hilfe bekommen haben (TN1), haben diese Hilfe als sehr nützlich empfunden. 32.1% der Teilstichprobe, die psychologische Hilfe in Anspruch genommen hat, denken, dass die psychologische Beratung bzw. Behandlung ihnen nur wenig geholfen hat, und 34% sind der Meinung, dass diese Hilfe überhaupt keinen Nutzen für das eigene psychische Wohlbefinden hatte.

Die Teilnehmergruppen der Personen, die keine Familienmitglieder verloren haben, der Flüchtlinge und der Personen ohne Kriegserfahrungen haben keine psychologische Beratung oder Behandlung in Anspruch genommen. Die Prozentangaben zeigen, dass nur die Personen, die Familienmitglieder verloren haben, psychologische Beratung bzw. psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen haben.

4.1.2.10. Im Krieg verschwundene Haushaltmitglieder

54.7% der Personen der Teilnehmergruppe, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), haben noch seit dem Krieg im Jahr 1999 verschwundene Familienmitglieder. 3.8% der Personen aus der Teilnehmergruppe der Personen, die keine Familienmitglieder verloren haben (TN2) und 3.8% der Teilnehmergruppe der Flüchtlinge (TN3) wissen immer noch nichts über die Angehörigen, die während des Krieges verschwunden sind. Personen der Teilnehmergruppe ohne Kriegserfahrungen haben keine Familienmitglieder die seit dem Krieg verschwunden sind.

4.1.2.11. Angabe der subjektiven Empfindens eigenen Gesundheit

Tabelle 5 schafft Übersicht über die Antwort auf die Frage wie gesund sich die Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Studie fühlten. Die Skala reicht von 1 (sehr gesund) bis zu 5 (gar nicht gesund). Drei Untersuchungsteilnehmer haben eine physische Behinderung.

Tabelle 5: Angaben, wie gesund sich die Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Testung fühlten

Antwort-möglichkeiten	TN1 Häufigkeit %		TN2 Häufigkeit %		TN3 Häufigkeit %		TN4 Häufigkeit %	
Ausgezeichnet	2	3.8	12	22.6	18	34.0	20	37.7
Sehr gut	5	9.4	18	34.0	19	35.8	17	32.1
Gut	18	34.0	16	30.2	9	17.0	9	17.0
Nicht so gut	16	30.0	6	11.3	4	7.5	6	11.3
Schlecht	12	22.6	1	1.9	3	5.7	1	1.9
Summe	53	100	53	100	53	100	53	100

4.1.2.12. Angabe zu den Hassgefühlen der Teilnehmer

Tabelle 6 schafft eine Übersicht über die Antwort auf die Frage ob die Teilnehmer Hass für die Dinge, die ihnen oder ihren Familienmitgliedern während des Krieges geschehen sind, zum Zeitpunkt der Studie empfanden. Die Skala reicht von 1 (gar nicht) bis zu 4 (außerordentlich viel).

Tabelle 6: Angaben zu den Hassgefühlen der Teilnehmer

Antwort-möglichkeiten	TN1 Häufigkeit	%	TN2 Häufigkeit	%	TN3 Häufigkeit	%	TN4 Häufigkeit	%
Gar nicht	2	3.8	7	13.2	5	9.4	7	13.2
Wenig	5	9.4	21	39.6	14	26.4	27	50.9
Sehr	7	13.2	15	28.3	18	34.0	13	24.5
Außer-ordentlich viel	39	73.6	10	18.9	16	30.2	16	11.3
Summe	53	100	53	100	53	100	53	100

4.1.2.13. Sonstige soziodemographische Angaben

32 (15.1%) der Untersuchungsteilnehmer gaben an, zum Zeitpunkt der Untersuchung ledig zu sein, 15 (7.1%) Teilnehmer waren in einer Beziehung, 140 (66.0%) waren verheiratet, 17 (8.0%) Personen waren verwitwet und 8 (3.8%) Teilnehmer waren zu der Zeit der Untersuchung geschieden. 150 (70.8 %) der Teilnehmer haben Kinder und 62 (29.2%) haben keine Kinder. 16 (7.5%) Teilnehmer leben alleine, 22 (10.4%) leben mit ihren Partnern, 24 (11.3%) leben mit ihren Kindern, 120 (56.6%) Personen leben mit ihren Partnern und Kinder und 30 (14.2%) mit ihren Eltern und Geschwistern.

166 (78.3%) Teilnehmer sind in städtischer Umgebung und 46 (21.7%) in ländlicher Umgebung aufgewachsen. 171 (80.6%) Teilnehmer wohnen momentan in städtischer Umgebung, während 41 (19.3%) Untersuchungsteilnehmer ihren Wohnsitz in ländlicher Umgebung haben.

4.2. Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse: Harvard Trauma Questionnaire

Der Fragebogen Harvard Trauma Questionnaire fragt nach dem Auftreten von 45 traumatischen Ereignissen während des Krieges. Die Teilnehmer haben angegeben, wie viele traumatische Ereignisse sie erlebt haben. Alle Untersuchungsteilnehmer aus TN1, TN2 und TN3 gaben an, mehrere traumatische

Ereignisse während des Krieges im Jahr 1999 erlebt zu haben. Der Mittelwert von den 45 abgefragten traumatischen Ereignissen lag in der Stichprobe bei 26.54 (*SD* = 12.63)

Der Häufigkeitsanalyse zufolge wird die Annahme bestätigt, dass die Personen der Untersuchungsgruppe, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), auch mehr traumatische Ereignisse während des Krieges erlebt haben als die anderen drei Untersuchungsgruppen. Die Teilnehmer aus der Gruppe TN1 hatten mindestens zwölf traumatische Erlebnisse während des Krieges, während die Teilnehmer aus der Gruppe TN2 mindestens sechs und die Teilnehmer aus der Gruppe TN3 mindestens elf traumatische Ereignisse während des Krieges im Jahr 1999 erlebt haben.

Tabelle 7 verschafft einen Überblick, welche traumatischen Ereignisse am häufigsten von den Teilnehmern angekreuzt wurden bzw. welchem traumatischen Ereignis die Teilnehmer ausgesetzt waren, Zeuge davon wurden oder davon gehört haben.

Tabelle 7: Trauma Experiences

Traumatic Experiences	N (%)	Traumatic Experiences	N (%)
1. Forced to hide	189 (89.2%)	24. Torture (i.e., while in captivity you recived deliberate and systematic infliction of physical ord mental suffering)	126 (59.4%)
2. Confined to home because of danger outside	188 (88.7%)		
3. Lack of shelter	185 (87.3%)	25. Serious physical injury from combat (e.g., shrapnel, burn, bullet, wound, stabbing, etc.)or landmine	116 (54.7%)
4. Forced evacuation under dangerous conditions	177 (83.5%)	26. Enforced isolation from others	106 (50.0%)
5. Confiscation or destruction of personal property	175 (82.5%)	27. Beating to the body	104 (49.1%)
6. Witness killing or murder	173 (81.6%)	28. Kidnapped	103 (48.6%)
7. Murder or death due to violence of other family member or friend	172 (81.1%)	29. Forced to find and bury bodies	99 (46.7%)
8. Murder or death due to violence of spouse	170 (80.2%)	30. Brainwashing	97 (45.8%)
9. Witness torture	167 (78.8%)	31. Prevented from burying someone	91 (42.9%)
10. Murder or death due to violence of son or daughter	167 (78.8%)	32. Used as a human shield	87 (41.0%)
11. Extortion or robbery	157 (74.1%)	33. Rape	86 (40.6%)
12. Other forced separation from family members	156 (73.6%)	34. Exposure to frequent and unrelenting sniper fire	85 (40.1%)
13. Lack of food or water	155 (73.1%)	35. Other types of sexual abuse or sexual humiliation	84 (39.6%)
14. Combat situation (e.g., shelling and grenade attacks)	153 (72.2%)	36. Knifing or axing	80 (37.7%)
15. Imprisonment	152 (71.7%)	37. Forced to sing songs you did not want to sing	76 (35.8%)
16. Witness beatings to head or body	151 (71.2%)	38. Forced labor (like animal or slave)	62 (29.2%)
17. Disappearance or kidnapping of other family member or friend	145 (68.4%)	39. Forced to destroy someone else's property or possessions	56 (26.4%)
18. Ill health without access to medical care	143 (67.5%)	40. Forced to desecrate or destroy the bodies or graves of deceased persons	53 (25.0%)
19. Witness rape or sexual abuse	143 (67.5%)	41. Someone was forced to betray you and place you at risk of death or injury	52 (24.5%)
20. Disappearance or kidnapping of spouse	140 (66.0%)	42. Forced to physically harm family member, or friend	51 (24.1%)
21. Disappearance or kidnapping of son or daughter	137 (64.6%)	43. Forced to physically harm someone who is not family or friend	50 (23.6%)
22. Present while someone searched for people or things in your home (or the place where you were living)	136 (64.2%)	44. Forced to betray someone who is not family or friend placing them at risk of death or injury	47 (22.2%)
23. Serious physical injury of family member or friend due to combat situation or landmine	134 (63.2%)	45. Forced to betray family member, or friend placing them at risk of death or injury	46 (21.7%)

4.3. Unterschiede in der Ausprägung der PTBS-Symptomatik: Harvard Trauma Questionnaire PTBS Scale

Die Ergebnisse zeigten, dass 22.6% aller Untersuchungsteilnehmer die PTBS Kriterien nach DSM IV erfüllen. Tabelle 8 gibt einen Überblick zu den Zahlen.

Tabelle 8: Anzahl der TeilnehmerInnen, die die Kriterien für PTBS laut DSM IV erfüllen

	TN1	**TN2**	**TN3**	**TN4**
PTBS Symptomatik-Werte > 2,5	**37 (69.8%)**	**6 (11.3%)**	**5 (0.94%)**	**0**

Die varianzanalytische Auswertung der HTQ Skalen zeigt, dass sich die Untersuchungsgruppen signifikant hinsichtlich der Ausprägung der PTBS-Symptome unterscheiden (F = 96.74; p < .01). Beim Geschlecht zeigt sich bei der Skala der PTBS Symptomen ein signifikanter Unterschied (F = 13.48; p < .01). Den höheren Mittelwert haben die Frauen (*MW* = 1.71; *SD* = 0.56). Die Männer weisen einen Mittelwert von 1.43 (*SD* = 0.40) auf.

Hiermit bestätigt sich die Annahme, dass die Teilstichprobe, die Familienmitglieder verloren hat, auch stärker an PTSB-Symptomen leidet als andere Teilstichproben.

4.4. Unterschiede des aktuellen psychischen Gesundheitszustands: General Health Questionnaire-28

Tabelle 9 gibt einen Überblick, wie viele Teilnehmer Krankheitswerte bei der GHQ-28 aufweisen und somit einen schlechten psychischen Gesundheitszustand haben.

Tabelle 9: Anzahl der Teilnehmer, die im GHQ-28 Krankheitswerte aufgewiesen haben

	TN1	**TN2**	**TN3**	**TN4**
N/(%)	30(56.6%)	5(0.9%)	4(0.7%)	2(0.3%)

Die varianzanalytische Auswertung der GHQ-28 Skalen zeigt, dass sich die Untersuchungsgruppen signifikant bei der Psychischen Gesundheit unterscheiden ($F = 37.94$; $p < .01$).

Beim Geschlecht zeigt sich bei der Skala der psychischen Gesundheit ein signifikanter Unterschied ($F = 16.34$; $p < .01$). Den höheren Mittelwert weisen die Frauen (*MW* = 6.62; *SD* = 6.80) auf. Die Männer haben einen Mittelwert von 3.00 (*SD* = 4.18).

Hiermit bestätigt sich die Annahme, dass die Teilstichprobe, die Familienmitglieder verloren hat, auch einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand hat als andere Teilstichproben.

4.4. Unterschiede in der Angstsymptomatik: Hopkins Symptoms Checklist-25

Tabelle 10 gibt einen Überblick, wie viele Teilnehmer Angstsymptome bei der HSCL-25 aufweisen und somit unter Ängstlichkeit leiden.

Tabelle 10: Anzahl der TeilnehmerInnen, die in der HSCL 25 Krankheitswerte aufgewiesen haben

	TN1	**TN2**	**TN3**	**TN4**
N/(%)	**15(28.3%)**	**1(0.18%)**	**2(0.37%)**	**1(0.18%)**

Die varianzanalytische Auswertung der HSCL-25 Skalen zeigt dass sich die Untersuchungsgruppen signifikant bei der Skala Ängstlichkeit unterscheiden ($F = 44.07$; $p < .01$).

Beim Geschlecht zeigt sich bei der Skala Ängstlichkeit ein signifikanter Unterschied ($F = 24.76$; $p < .01$). Frauen weisen einen Mittelwert von 0.79 (*SD* = 0.66) auf, Männer haben hingegen einen niedrigeren Mittelwert von 0.37 (*SD* = 0.34).

Hiermit bestätigt sich die Annahme, dass die Teilstichprobe, die Familienmitglieder verloren hat, auch mehr an Angstsymptomen leiden als die anderen Teilstichproben.

4.4. Unterschiede in der Depressionssymptomatik: Hopkins Symptoms Checklist-25

Tabelle 11 gibt einen Überblick wie viele Teilnehmer Depressionssymptome bei der HSCL 25 aufweisen und somit unter Depressivität leiden.

Tabelle 11: Anzahl der TeilnehmerInnen die bei der HSCL 25 Krankheitswerte aufgewiesen haben.

	TN1	**TN2**	**TN3**	**TN4**
N	**11**	**1**	**0**	**1**

Die vier Teilstichproben unterscheiden sich laut varianzanalytischer Auswertung der HSCL-25-Skalen signifikant in der Ausprägung der Depressionssymptomen (F = 43.70; p < .01). Beim Geschlecht zeigt sich bei der Skala der Depressivität ein signifikanter Unterschied (F = 24.04; p < .01). Frauen weisen einen Mittelwert von 0.76 (SD = 0.65) auf. Die Männer haben hingegen einen niedrigeren Mittelwert von 0.35 (SD = 0.35).

Hiermit bestätigt sich die Annahme, dass die Teilstichprobe, die Familienmitglieder verloren hat, mehr an Depressionssymptomen leidet als die anderen Teilstichproben.

5. Hypothesenüberprüfung

5.1. Hypothese 1

Da die Vorrausetzungen (laut Kolmogorov-Smirnov-Test sind die Daten nicht normalverteilt) für eine einfache Regression nicht gegeben sind, erfolgt die Auswertung mittels einer Spearman-Korrelation.

Es wird untersucht, ob die traumatischen Erlebnisse (erfasst durch den ersten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) das psychische Wohlbefinden (erfasst durch General Health Questionnaire) beeinflussen.

Die Korrelation zwischen traumatischen Ereignissen und psychischer Gesundheit ist signifikant ($r = .466$; $p < .01$). Psychische Befindlichkeit korreliert mit traumatischen Erlebnissen positiv. Je mehr traumatische Ereignisse die Betroffenen erlebt haben, desto schlechter ist deren psychischer Gesundheitszustand.

Das bedeutet, dass die H1.0 verworfen und die H1.1 angenommen wird. Die traumatischen Erlebnisse haben einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

5.2. Hypothese 2

Die Auswertung der Hypothese 2 erfolgte mittels einfachen Regression, da die Voraussetzungen (Daten sind normalverteilt; abhängige und unabhängige Variablen haben metrisches Skalenniveau) gegeben sind.

Es wird untersucht, ob die traumatischen Erlebnisse (erfasst durch den ersten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) die Angstsymptome (erfasst durch Hopkins Symptom Checklist) beeinflussen.

Bei der Vorhersage der Ängstlichkeit durch die traumatischen Ereignisse ergibt sich ein signifikantes Regressionsmodell ($p < .01$). Mit diesem Regressionsmodell können 19.9% der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H2.0 wird hiermit verworfen und die H2.1 die besagt, dass kriegsbezogene traumatische Ereignisse bei den Betroffenen einen Einfluss auf die Angstsymptome haben, wird angenommen.

5.3. Hypothese 3

Die Auswertung der Hypothese 3 erfolgte mittels einer linearen Regression, da alle Voraussetzungen gegeben sind.

Hier wird untersucht, ob die traumatischen Erlebnisse (erfasst durch den ersten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) die Depressionssymptome (erfasst durch die Hopkins Symptom Checklist) beeinflussen.

Bei der Vorhersage der Depression durch die traumatischen Ereignisse ergibt sich ein signifikantes Regressionsmodell ($p < .01$). Mit diesem Regressionsmodell können 17.5% der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H3.0 wird verworfen und die Hypothese H3.1 angenommen. Die kriegsbezogenen traumatischen Erlebnisse haben einen Einfluss auf die Depressionssymptome der Betroffenen.

5.4. Hypothese 4

Die Auswertung der Hypothese 4 erfolgte mittels einfacher Regression, da alle Voraussetzungen gegeben sind.

Im Folgenden wird untersucht, ob das Ausmaß der traumatischen Erlebnisse (erfasst durch den ersten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) die Trauma-Symptome (erfasst durch den zweiten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) beeinflussen.

Bei der Vorhersage der Traumasymptome durch die Häufigkeit der traumatischen Ereignisse ergibt sich ein signifikantes Regressionsmodell ($p < .01$). Mit diesem Regressionsmodell können 25.6% der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H4.0 wird verworfen und die Hypothese H4.1 angenommen. Das Ausmaß (die Häufigkeit) der traumatischen Ereignisse hat einen Einfluss auf das Auftreten der Trauma-Symptome.

5.5. Hypothese 5

Hier wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik (erfasst durch den zweiten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) und dem psychischen Wohlbefinden (erfasst durch den General Health Questionnaire) gibt.

Da die Variable „Psychische Gesundheit“ laut Kolmogorov-Smirnov-Test nicht normalverteilt ist, wird eine Spearman-Korrelation gerechnet.

Die Korrelation ist signifikant (r = .643; p < .01). Die Posttraumatischen Belastungsstörungen korrelieren stark mit der psychischen Gesundheit.

Teilnehmer, die mehr unter Posttraumatischen Belastungssymptomen leiden, haben auch im General Health Questionnaire höhere Werte und somit einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand. Somit wird Hypothese H5.0 verworfen und H5.1 wird angenommen.

5.6. Hypothese 6

Es wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik (erfasst durch den zweiten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) und Angstsymptomatik (erfasst durch Hopkins Symptom Checklist-25, 1.Teil) gibt. Da die Voraussetzungen erfüllt sind wird eine Pearson-Korrelation gerechnet.

Die Korrelation ist signifikant (r = .807; p < .01). Es besteht demnach ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik und Angstsymptomen.

Teilnehmer die stärker unter posttraumatischen Belastungssymptomen leiden haben auch in der Hopkins-Symptom-Checklist höhere Werte und leiden somit in höherem Ausmaß an Angstsymptomen als Teilnehmer mit wenigen posttraumatischen Belastungssymptomen. Somit wird Hypothese H6.0 verworfen und H6.1 wird angenommen.

5.7. Hypothese 7

Im Folgenden wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik (erfasst durch den zweiten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) und der Depressionssymptomatik (erfasst durch Hopkins-Symptom-Checklist-25, 2.Teil) gibt.

Da die Voraussetzungen erfüllt sind, wird eine Pearson-Korrelation gerechnet. Die Korrelation ist signifikant mit r = .783. Die Signifikanzprüfung ergibt eine Signifikanz von p < .01. Es besteht demnach ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik und Depressionssymptomen.

Teilnehmer, die mehr unter posttraumatischen Belastungssymptomen leiden, haben auch in der Hopkins-Symptom-Checklist höhere Werte und leiden somit mehr an Depressionssymptomen als Teilnehmer mit wenigen posttraumatischen

Belastungssymptomen. Somit wird Hypothese H7.0 verworfen und H7.1 wird angenommen.

5.8. Hypothese 8

Bei der varianzanalytischen Auswertung der General-Health-Questionnaire-Skalen zeigt sich, dass die Untersuchungsgruppen sich signifikant voneinander unterscheiden ($F = 37.94$; $p < .01$).

Die höchsten Werte im General-Health-Questionnaire und somit den schlechtesten psychischen Gesundheitszustand hat die Gruppe der Kriegsüberlebenden TN1, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben und die als solche in den Rehabilitationszentren eingetragen sind oder sich noch in der Behandlung befinden, und die Gruppe ziviler Bevölkerung TN2, die während des Krieges die ganze Zeit im Kosovo war und traumatische Ereignisse erlebt, aber keine Familienmitglieder verloren und keine Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen hat, erreicht.

Den höchsten Mittelwert hat die Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder verloren und psychologische Hilfe bekommen haben (*MW* = 11.84; *SD* = 6.94). Die Gruppe der traumatisierten Personen, die keine Familienmitglieder verloren und keine psychologische Hilfe in Anspruch genommen hat, weist einen Mittelwert von 4.07 (*SD* = 4.80) auf, die Gruppe ziviler Bevölkerung, die kurz während des Krieges im Kosovo war und danach Flüchtlingsstatus erhalten hat und keine Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen hat, weist einen Mittelwert von 3.62 (*SD* = 3.79) auf und die Gruppe ziviler Bevölkerung ohne kriegsbezogene Erfahrungen einen Mittelwert von 2.30 (*SD* = 4.32).

Der Post-Hoc-Test nach Games Howell hat gezeigt, dass die Gruppe TN1 (der traumatisierten Personen die Familienmitglieder haben) sich von der Gruppe TN2 (der traumatisierten Personen die keine Familienmitglieder verloren haben) ($p < .01$), von der Gruppe TN3 (ziviler Bevölkerung die Flüchtlingsstatus hatten) ($p < .01$), und von der Gruppe TN4 (ziviler Bevölkerung ohne kriegsbezogenen Erfahrungen) ($p < .01$) bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes signifikant unterscheidet. Die drei anderen Gruppen weisen untereinander keine signifikanten Unterschiede auf. Die genauen Werte können Anhang 1 entnommen werden.

Kriegsüberlebende, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben und die als solche in den

Rehabilitationszentren eingetragen sind, haben einen deutlich schlechteren psychischen Gesundheitszustand als traumatisierte Personen, die keine Familienmitglieder verloren haben, Flüchtlinge und Zivilisten ohne kriegsbezogene Erfahrungen.

Die Hypothese H 8.0 wird verworfen und die H8.1, die besagt, dass sich die Gruppen bezüglich des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes unterscheiden, wird angenommen.

Tabelle 12: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen im GHQ-28 Psychische Gesundheit

Gruppe	*MW*	*SD*	*p*	*T*
TN1	11.84	6.94	< .001	8.398
TN2	4.07	4.80	.020	-2.374
TN3	3.62	3.79	< .001	-3.612
TN4	2.30	4.32	< .001	-5.776

5.9. Hypothese 9

Die vier Teilstichproben unterscheiden sich signifikant in der Ausprägung der Angstsymptome ($F = 44.07$; $p < .01$). Die höchsten Werte im ersten Teil der Hopkins-Symptom-Checklist, die die Angstsymptome erfasst, erreichte die Gruppe TN1 und leidet somit mehr an Angstsymptomatik als die anderen Gruppen.

Den höchsten Mittelwert hat die Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder verloren und psychologische Hilfe bekommen hat, erreicht (*MW* = 1.32; *SD* = 0.67). Die Gruppe der traumatisierten Personen, die keine Familienmitglieder verloren und keine psychologische Hilfe in Anspruch genommen hat, weist einen Mittelwert von 0.49 (*SD* = 0.43) auf, die Gruppe der Personen die Flüchtlingsstatus erhalten und keine Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen hat, weist einen Mittelwert von 0.46 (*SD* = 0.41) auf und die Gruppe ziviler Bevölkerung ohne kriegsbezogene Erfahrungen weist ein Mittelwert von 0.36 (*SD* = 0.35) auf.

Der Post Hoc- Test nach Games Howell hat gezeigt, dass die Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder verloren hat (TN1), sich von den

anderen drei Gruppen signifikant unterscheidet. Die genauen Werte können Anhang 2 entnommen werden.

Die Gruppen TN2, TN3 und TN4 unterscheiden sich signifikant von der Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder verloren hat (TN1) ($p < .01$).

Kriegsüberlebende, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben und die als solche in den Rehabilitationszentren eingetragen sind, leiden deutlich mehr an Angstsymptomen als traumatisierte Personen, die keinen Familienmitglieder verloren haben, Flüchtlinge und Zivilisten ohne kriegsbezogene Erfahrungen.

Die Hypothese H 9.0 wird verworfen und die H9.1 wird angenommen. Die Gruppen unterscheiden sich in der Angstsymptomatik.

Tabelle 13: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen in der HSCL-25 Ängstlichkeit

Gruppen	*MW*	*SD*	*p*	*T*
TN1	1.32	0.67	< .001	8.96
TN2	0.49	0.43	.002	-3.15
TN3	0.46	0.41	< .001	-3.73
TN4	0.36	0.35	< .001	-6.14

5.10. Hypothese 10

Die vier Teilstichproben unterscheiden sich signifikant in der Ausprägung der Depressionssymptome ($F = 43.70$; $p < .01$). Die höchsten Werte in der der zweiten Teil der Hopkins Symptom Checklist der die Depressionssymptome erfasst und somit mehr an die Depressionssymptome leiden ist die Gruppe der Kriegsüberlebende, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt haben und Familienmitglieder verloren haben und die als solche in den Rehabilitationszentren eingetragen sind oder sich noch in der Behandlung befinden (TN1).

Den höchsten Mittelwert hat die Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder verloren haben und psychologische Hilfe bekommen haben (*MW* = 1.28; *SD* = 0.67). Die Gruppe der traumatisierten Personen, die keine Familienmitglieder verloren und keine psychologische Hilfe in Anspruch genommen

haben, hat einen Mittelwert von 0.47 (*SD* = 0.42) aufgewiesen, die Gruppe der Personen die Flüchtlingsstatus erhalten haben weist einen Mittelwert MW = 0.42 (*SD* = 0.38) auf und die Gruppe ziviler Bevölkerung ohne kriegsbezogene Erfahrungen weist einen Mittelwert von 0.35 (*SD* = 0.36) auf.

Der Post-Hoc-Test nach Games Howell hat gezeigt, dass die Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder verloren hat (TN1), sich von den anderen drei Gruppen (TN2, TN3, TN4) signifikant unterscheidet. Die genauen Werte können Anhang 3 entnommen werden.

Die Gruppen TN2, TN3 und TN4 weisen untereinander keine signifikanten Unterschiede auf.

Kriegsüberlebende, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben, leiden deutlich mehr an Depressionssymptomen als traumatisierte Personen, die keine Familienmitglieder verloren haben, Flüchtlinge und Zivilisten ohne kriegsbezogene Erfahrungen.

Die Hypothese H 10.0 wird verworfen und die H10.1, die besagt, dass sich die Gruppen in der Depressionssymptomatik unterscheiden, wird angenommen.

Tabelle 14: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen in der HSCL-25 Depressivität

Gruppen	*MW*	*SD*	*P*	*T*
TN1	1.28	0.67	< .001	8.80
TN2	0.47	0.42	.003	-3.03
TN3	0.42	0.38	< .001	-4.28
TN4	0.35	0.36	< .001	-5.71

5.11. Hypothese 11

Die vier Teilstichproben unterscheiden sich signifikant in der Ausprägung der PTBS Symptomen ($F = 96.74$; $p < .01$).

Die höchsten Werte in der zweiten Teil des Harvard Trauma Questionnaire, der die PTBS Symptome erfasst, hat die Gruppe TN1, und leidet somit mehr an PTBS als die anderen Gruppen.

Den höchsten Mittelwert hat die Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder verloren und psychologische Hilfe bekommen hat (*MW* = 2.28; *SD*

= 0.43). Die Gruppe der traumatisierten Personen, die keine Familienmitglieder verloren und keine psychologische Hilfe in Anspruch genommen hat, hat einen Mittelwert von 1.54 (*SD* = 0.39) aufgewiesen, die Gruppe der Personen die Flüchtlingsstatus erhalten hat, weist einen Mittelwert von 1.52 (*SD* = 0.33) auf und die Gruppe ziviler Bevölkerung ohne kriegsbezogene Erfahrungen weist einen Mittelwert von 1.16 (*SD* = 0.16) auf.

Der Post Hoc-Test nach Games Howell hat gezeigt, dass die Gruppe der traumatisierten Personen, die Familienmitglieder hat (TN1), sich von den anderen Gruppen signifikant unterscheiden. Die genauen Werte können Anhang 4 entnommen werden.

Kriegsüberlebende, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben, leiden deutlich mehr an PTBS Symptomen als traumatisierte Personen, die keinen Familienmitglieder verloren haben, Flüchtlinge und Zivilisten ohne kriegsbezogene Erfahrungen.

Die Hypothese H 11.0 wird verworfen und die H10.1 wird angenommen. Die Gruppen unterscheiden sich in der PTBS Symptomatik.

Tabelle 15: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen in der Harvard Trauma Questionnaire PTBS-Symptomatik

Gruppen	*MW*	*SD*	*p*	*T*
TN1	2.28	0.43	< .001	13.56
TN2	1.54	0.39	.062	-1.89
TN3	1.52	0.33	.012	-2.55
TN4	1.16	0.16	< .001	-16.04

5.12. Hypothese 12

Im Folgenden wird untersucht, ob das Alter die psychische Gesundheit (erfasst durch den General Health Questionnaire) beeinflusst.

Da die Vorrausetzungen (laut Kolmogorov-Smirnov-Test Daten nicht normalverteilt) für eine einfache Regression nicht gegeben sind, erfolgt die Auswertung mittels einer Spearman-Korrelation.

Die Korrelation ist nicht signifikant (r = .089; p = .199). Die Hypothese H12.0, die besagt, dass das Alter keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand hat, muss beibehalten werden.

5.13. Hypothese 13

Mittels einer Regressionsanalyse wird untersucht, ob das Alter die Angstsymptome (erfasst durch die Hopkins Symptom Checklist 25) beeinflusst.

Bei der Vorhersage der Angstsymptome durch die Alter ergibt sich ein nicht signifikantes Regressionsmodell (p = .194). Mit diesem Regressionsmodell können 0.8% der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H13.0, die besagt, dass das Alter keinen Einfluss auf die Angst Symptomen hat, wird beibehalten.

5.14. Hypothese 14

Im Folgenden wird mittels einer Regressionsanalyse untersucht, ob das Alter die Depressionssymptome (erfasst durch die Hopkins Symptom Checklist 25) beeinflusst.

Bei der Vorhersage der Depressionssymptome durch die Alter ergibt sich ein nicht signifikantes Regressionsmodell (p = .063). Mit diesem Regressionsmodell können 0.16% der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H14.0, die besagt, dass das Alter keinen Einfluss auf die Depressionssymptomatik hat, wird beibehalten.

5.15. Hypothese 15

Mittels einer Regressionsanalyse wird untersucht, ob das Alter einen Einfluss auf die PTBS-Symptome (erfasst durch den zweiten Teil des Harvard Trauma Questionnaire) hat.

Bei der Vorhersage der PTBS-Symptomen durch das Alter ergibt sich ein nicht signifikantes Regressionsmodell (p = .345). Mit diesem Regressionsmodell können 0.4% der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H15.0, die besagt, dass das Alter keinen Einfluss auf die PTBS Symptome hat, wird beibehalten.

5.16. Hypothese 16

Im Folgenden wird untersucht, ob das Geschlecht die psychische Gesundheit (erfasst durch den General Health Questionnaire) beeinflusst.

Da die Vorrausetzungen (laut Kolmogorov-Smirnov-Test Daten nicht normalverteilt) für eine einfache Regression nicht gegeben sind, erfolgt die Auswertung mittels einer Spearman-Korrelation.

Die Korrelation ist signifikant (r = .236; p < .01). Die Hypothese H16.0 wird verworfen und die Hypothese H16.1, die besagt, dass das Geschlecht einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand hat, wird angenommen.

5.17. Hypothese 17

Im Folgenden wird untersucht, ob das Geschlecht die Angstsymptome, die durch die Hopkins Symptom Checklist 26 erfasst wurden, beeinflusst.

Bei der Vorhersage der Angstsymptome durch das Geschlecht ergibt sich ein signifikantes Regressionsmodell (p < .01). Mit diesem Regressionsmodell können 10.5 % der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H17.0 wird verworfen und die Hypothese H17.1 angenommen. Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Angstsymptomatik.

5.18. Hypothese 18

Im Folgenden wird die untersucht, ob das Geschlecht die Depressionssymptome, die durch die Hopkins Symptom Checklist 26 erfasst wurden, beeinflusst.

Bei der Vorhersage der Depressionssymptome durch das Geschlecht ergibt sich ein signifikantes Regressionsmodell (p < .01). Mit diesem Regressionsmodell können 10.3 % der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H18.0 wird verworfen und die Hypothese H18.1 angenommen. Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.

5.19. Hypothese 19

Es wird untersucht, ob das Geschlecht die PTBS-Symptome, die durch den HTQ erfasst wurden, beeinflussen.

Bei der Vorhersage der PTBS-Symptome durch das Geschlecht ergibt sich ein signifikantes Regressionsmodell (p < .01). Mit diesem Regressionsmodell können 6% der Varianz erklärt werden.

Die Hypothese H19.0 wird verworfen und die Hypothese H19.1 angenommen. Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die PTBS-Symptome.

5.20. Hypothese 20

Im Folgenden wird untersucht, ob das Bildungsniveau der Teilnehmer die psychische Gesundheit, die durch den General Health Questionnaire erfasst wurde, beeinflusst.

Da die Voraussetzungen (laut Kolmogorov-Smirnov-Test Daten nicht normalverteilt) für eine einfache Regression nicht gegeben sind, erfolgt die Auswertung mittels einer Spearman-Korrelation.

Die Korrelation ist signifikant (r = -.495; p < .01). Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und psychischer Gesundheit. Teilnehmer mit niedrigem Bildungsniveau haben höhere Werte im GHQ 28 und somit eine schlechtere psychische Gesundheit. Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

Die Hypothese H20.0 wird verworfen und die Hypothese H20.1 angenommen. Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand.

5.21.Hypothese 21

Im Folgenden wird untersucht, ob das Bildungsniveau die Angstsymptome, die durch die Hopkins Symptom Checklist 25 erfasst wurden, beeinflusst.

Da die Voraussetzungen für einen Regression nicht erfüllt sind, erfolgt die Auswertung mittels einer Spearman-Korrelation.

Die Korrelation ist signifikant (r= -.564; p < .01). Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Ängstlichkeit. Die Teilnehmer mit niedrigem Bildungsniveau haben höhere Werte beim HSCL-25 und leiden somit mehr unter Ängstlichkeit.

Die Hypothese H21.0 wird verworfen und die Hypothese H21.1 angenommen. Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf die Angstsymptomatik.

5.22. Hypothese 22

Im Folgenden wird untersucht, ob das Bildungsniveau die Depressionssymptome, die durch die Hopkins Symptom Checklist 25 erfasst wurden, beeinflusst.

Da die Voraussetzungen für einen Regression nicht erfüllt sind, erfolgt die Auswertung mittels einer Spearman Korrelation.

Die Korrelation ist signifikant (r = -.564; $p < .01$). Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Depressivität. Die Teilnehmer mit niedrigem Bildungsniveau haben höhere Werte im HSCL-25 und leiden somit mehr unter Depression. Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf die Depressionssymptomatik.

Die Hypothese H22.0 wird verworfen und die Hypothese H22.1 angenommen. Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf die Depressionssymptome.

5.23. Hypothese 23

Es wird untersucht, ob das Bildungsniveau einen Einfluss auf die PTBS-Symptome hat. Die Auswertung erfolgt mittels einer Spearman Korrelation.

Die Korrelation ist signifikant (r = -.495; $p < .01$). Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und PTBS-Symptomen. Die Teilnehmer mit niedrigem Bildungsniveau haben höhere Werte beim zweiten Teil der HTQ und leiden somit mehr unter PTBS. Das Bildungsniveau hat einen Einfluss auf die PTBS-Symptome.

Die Hypothese H23.0 wird verworfen und die Hypothese H23.1, die besagt, dass das Bildungsniveau einen Einfluss auf PTBS Symptomen hat, wird angenommen.

6. Zusammenfassung

Ziel dieser Untersuchung war es, eine Momentaufnahme der psychischen Gesundheit von Personen im Kosovo mit traumatischen Kriegserlebnissen (im Zeitraum 24.03.1999-12.06.1999) zu liefern. Es wurde untersucht, inwieweit sich jene Kriegsüberlebende, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben, sowie jene Personen, die während des Krieges den Kosovo nicht verlassen und traumatische Ereignisse erlebt, aber keine Familienmitglieder verloren haben, von der Teilpopulation der Flüchtlinge und denjenigen ohne kriegsbezogene Erfahrungen unterscheiden. Neben Posttraumatischer Belastungsstörung und der allgemeinen psychischen Gesundheit wurden auch Depressions- und Angstsymptome der Betroffenen untersucht.

6.1. Soziodemographische Daten

In dieser Untersuchung wurden 212 Kosovo-Albaner im Kosovo befragt, wobei sich die Stichprobe aus 67.9% weiblichen und 32.1% männlichen Teilnehmern zusammensetzte. Das Durchschnittsalter liegt bei 42.12 Jahren, wobei der jüngste Teilnehmer 24 und der älteste 65 Jahre alt war. Die Mehrzahl der Teilnehmer hatte einen Universitätsabschluss (41%) oder einen Maturaabschluss (31%). 68.4% der 212 Untersuchungsteilnehmer gaben an, eine Arbeit zu haben, während 31.6% der Teilnehmer arbeitslos sind.

Die Gesamtstichprobe wurde in vier Subgruppen aufgeteilt: In der Teilnehmergruppe 1 (TN1) nahmen Kriegsüberlebende teil, die während des Krieges traumatische Ereignisse erlebt und Familienmitglieder verloren haben und die als solche in den Rehabilitationszentren eingetragen sind oder sich noch in Behandlung befinden; in der Teilnehmergruppe 2 (TN2) nahmen Personen teil, die während des Krieges den Kosovo nicht verlassen und traumatische Ereignisse erlebt haben, aber keine Familienmitglieder verloren und keine Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen haben; die dritte Teilnehmergruppe 3 (TN3) beinhaltet Personen, die kurz während des Krieges im Kosovo waren und danach Flüchtlingsstatus erhalten und keine Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen haben; in der Teilnehmergruppe 4 (TN 4) befanden sich Personen ohne kriegsbezogene Erfahrungen.

64.6% der Gesamtstichprobe gab an, im letzten Krieg vor zwölf Jahren im Kosovo, den Flüchtlingsstatus erhalten zu haben. 35.4% Teilnehmer waren während

des Krieges im Jahr 1999 die ganze Zeit im Kosovo. 32.1% der 212 Untersuchungsteilnehmer wurden aus ihrem Zuhause im Kosovo vertrieben und waren gezwungen, zu flüchten. 8.5% Untersuchungsteilnehmer waren zum Untersuchungszeitpunkt noch immer nicht in ihr Zuhause zurückgekehrt.

In dieser Untersuchung nahmen 90.6% albanische Muslime und 3.3% albanische Katholiken teil. 25 % der Gesamtstichprobe bzw. alle Teilnehmer aus der TN1 haben nach dem traumatischen Ereignis psychologische Hilfe bekommen, während 75% der Teilnehmer (TN2, TN3, TN4) nie mit einem Psychologen bzw. einem Arzt über die traumatischen Erlebnisse gesprochen haben. 15.6% der 212 Untersuchungsteilnehmer haben noch seit dem Krieg im Jahr 1999 verschwundene Familienmitglieder. 54.7% der Personen der Teilnehmergruppe, die Familienmitglieder verloren hat (TN1), haben noch verschwundene Familienmitglieder.

In der Nachkriegszeit hat sich auch die subjektive Wahrnehmung des eigenen gesundheitlichen Zustands verändert. Nur 3.8% der TN1 schätzen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet ein, während 22.6% sich gesundheitlich schlecht fühlen. Aus der TN2 fühlen sich 22.6 %, aus der TN3 34% und aus der TN4 37.7% der Teilnehmer gesundheitlich ausgezeichnet. 39.7% männliche Teilnehmer schätzen ihren gesundheitlichen Zustand als ausgezeichnet ein und nur 1.9% fühlen sich nicht gesund, während 17.4% weibliche Teilnehmer ihre Gesundheit als ausgezeichnet beschreiben und 11.1% sich schlecht fühlen.

Personen, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), haben mehr Hass und Rachegefühle für die Dinge, die ihnen oder ihren Familienmitgliedern während des Krieges geschehen sind, als Personen, die keine Familienmitglieder verloren haben (TN2, TN3, TN4). Während 73.6% der TN1 außerordentlich viel Hass gegenüber Serben fühlen, sind es bei der TN2 18.9%, bei der TN3 30.2% und bei der TN4 11.3% der befragten Personen, die außerordentlich viel Hass fühlen.

6.2. Erlebte traumatische Ereignisse

Der Harvard Trauma Questionnaire hat nach dem Auftreten von 45 traumatischen Ereignissen während des Krieges gefragt. Die TeilnehmerInnen sollten angeben, wie viele traumatische Erlebnisse sie erlebt haben. Alle Untersuchungsteilnehmer aus TN1, TN2 und TN3 gaben an, mehrere traumatische Ereignisse während des Krieges im Jahr 1999 erlebt zu haben.

Am meisten wurden u.a. traumatische Ereignisse wie z.B. “Forced to hide“ (sich verstecken zu müssen, 89.2%), “Confined to home because of danger outside“ (sich zu Hause vor der Gefahr draußen verstecken zu müssen, 88.7%), “Lack of shelter’’ (Obdachlosigkeit, 87.3%),” Forced evacuation under dangerous conditions“ (unter gefährlichen Bedingungen evakuiert zu werden, 83.5%), ”Confiscation or destruction of personal property“ (Enteignung oder Zerstörung persönlichen Eigentums, 82.5%),” Witness killing or murder“ (Zeuge eines Mordes zu werden, 81.6%), ”Murder or death due to violence of other family member or friend“ (Tod enger Familienmitglieder oder Freunde, 81.1%) und “Combat Situation” (Kampfsituation, 72.2%) angekreuzt.

Die Teilnehmer aus der TN1 hatten mindestens zwölf traumatische Ereignisse während des Krieges erlebt, während die Teilnehmer aus der TN2 mindestens sechs und die Teilnehmer aus der TN3 mindestens elf traumatische Ereignisse während des Krieges im Jahr 1999 erlebt haben.

6.3.Posttraumatische Belastungsstörungen

In dieser Untersuchung zeigte sich, dass das Ausmaß bzw. die Häufigkeit der traumatischen Ereignisse einen Einfluss auf das Auftreten der Trauma-Symptome hat. Die Ergebnisse ergaben, dass 22.6% aller Untersuchungsteilnehmer die PTBS Kriterien nach DSM IV erfüllen. Es zeigte sich, dass die Personen, die Familienmitglieder verloren haben, sich signifikant von den Personen, die keine Familienmitglieder verloren haben, bezüglich der PTBS-Symptomatik unterschieden. 69.80% der Personen, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), leiden unter PTBS-Symptomen, während 11.30% der Personen, die während des Krieges die ganze Zeit im Kosovo waren und traumatische Ereignisse erlebt haben, aber keine Familienmitglieder verloren haben (TN2) und 0.94% der Personen, die nur eine kurze Zeit während des Krieges im Kosovo waren und danach geflüchtet sind (TN3), unter PTBS leiden. Aus der Gruppe, die keine kriegsbezogenen traumatischen Erfahrungen gemacht haben (TN4), leidet kein Teilnehmer unter PTBS.

6.4. Einfluss der traumatischen Ereignisse auf die psychische Gesundheit

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung haben gezeigt, dass psychische Befindlichkeit positiv mit den erlebten traumatischen Ereignissen

korreliert, d.h. je mehr traumatische Ereignisse die Betroffenen erlebt haben, desto schlechter war deren psychischer Gesundheitszustand.

19.3% der Untersuchungsteilnehmer leiden unter einem schlechten psychischen Gesundheitszustand (somatische Symptome, Angst und Insomnie, soziale Dysfunktion und schwere Depression). Es zeigte sich, dass Personen, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), signifikant häufiger psychische Störungen entwickeln als Personen, die während des Krieges keine Familienmitglieder verloren haben (TN2, TN3, TN4). 56.6% der Teilnehmergruppe, die Angehörige verloren hat, gab an, unter verschiedenen psychischen Symptomen zu leiden, 0.9% der Teilnehmergruppe, die während des Krieges den Kosovo nicht verlassen und traumatische Ereignisse erlebt, aber keine Familienmitglieder verloren hat, 0.7% der Teilnehmergruppe, die während des Krieges nur kurz im Kosovo war und 0.3% der Personen ohne kriegsbezogene traumatische Erfahrungen.

Auch bezüglich der psychischen Gesundheit zeigte sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied. Weibliche Teilnehmer berichteten eine schlechtere psychische Gesundheit als männliche Teilnehmer. Außerdem hat sich herausgestellt, dass Alter und Bildungsniveau der Teilnehmer keinen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand haben.

6.5. Einfluss der traumatischen Ereignisse auf Angst und Depressionssymptome

Neben PTBS Symptomen und der psychischen Gesundheit wurden auch die generalisierte Angst (Nervosität, Anspannung, Unruhe, panische Symptomen) und Depressionsymptome erfasst. Die Ergebnisse zeigten, dass kriegsbezogene traumatische Ereignisse einen Einfluss auf Angst und Depressionssymptome bei den Betroffenen haben.

Es zeigte sich, dass nur 0.89% aller Teilnehmer unter Angststörungen leiden. Auch in dieser Skala zeigte sich, dass sich die Untersuchungsgruppen signifikant unterscheiden. 28.3% der Teilnehmer, die Familienmitglieder verloren haben (TN1), leiden unter Ängstlichkeit, während nur 0.18% aus der Gruppe, die während des Krieges die ganze Zeit im Kosovo waren, aber keine Familienmitglieder verloren haben (TN2), 0.37% aus der Gruppe die nur wenige Tage im Krieg im Kosovo waren und keine Angehörige verloren haben (TN3) und 0.18% aus der Gruppe ohne traumatischen Ereignisse (TN4) unter Angstsymptomen leiden.

Beim Geschlecht zeigt sich auch bei der Skala Ängstlichkeit ein signifikanter Unterschied, wobei Frauen öfter Angstsymptome entwickeln als Männer.

24.5% aller Untersuchungsteilnehmer erfüllten die Kriterien für eine mittlere bis schwere Depression. Die Teilnehmer, die Familienmitglieder während des Krieges verloren haben (TN1), unterschieden sich bezüglich der Depressionssymptomatik signifikant von den Teilnehmern, die keine Familienmitglieder verloren haben (TN2, TN3, TN4). So zeigte sich, dass 20.7% der Personen, die Angehörige verloren haben (TN1), auch eine Depression entwickelt haben, und 0.18% der Personen, die während des Krieges den Kosovo nicht verlassen haben (TN2) und 0.18% der Personen ohne kriegsbezogene Erfahrungen (TN4) unter Depressionen leiden.

Beim Geschlecht zeigt sich auch bei der Skala der Depressivität ein signifikanter Unterschied, wobei Frauen häufiger Depressionssymptome entwickeln als Männer. Es wurde gezeigt, dass das Alter keinen Einfluss auf Angst und Depressionssymptome hat. Einen Einfluss auf das Auftreten von Symptomen nahm außer dem Geschlecht lediglich das Bildungsniveau der Betroffenen. Die Teilnehmer mit niedrigem Bildungsniveau haben höhere Werte beim HSCL-25 und leiden somit mehr unter Ängstlichkeit und Depressivität.

6.6. Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der traumatischen Erlebnisse, PTBS, psychischen Störungen, Ängstlichkeit und Depressionssymptomen

In dieser Untersuchung sollte herausgefunden werden, ob das Ausmaß der der traumatischen Erlebnisse während des Krieges, das durch das Harvard Trauma Questionnaire erfasst wurde, die Ausprägung der Angst und Depressionssymptome sowie das psychische Wohlbefinden beeinflusst. Die Ergebnisse zeigen, dass das Ausmaß bzw. die Häufigkeit der traumatischen Ereignisse einen Einfluss auf das Auftreten von Trauma-Symptomen, Angst und Depressionssymptomen hat. Je mehr traumatische Ereignisse die Betroffenen erlebt haben, desto schlechter ist deren psychische Befindlichkeit und desto mehr leiden sie unter PTBS, Angst und Depressionssymptomen.

Außerdem wurde herausgefunden, dass die Teilnehmer, die mehr unter posttraumatischen Belastungssymptomen leiden, auch höhere Werte im General Health Questionnaire und in der Hopkins-Symptom-Checklist aufwiesen und somit einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand haben und in höherem

Ausmaß an Angst und Depressionsymptomen leiden als Teilnehmer mit wenigen posttraumatischen Belastungssymptomen.

7. Diskussion

7.1. Soziodemographische Daten

Die Überrepräsentation der Frauen in der Stichprobe deckt sich auch mit anderen Studien (Lopez Cardozo et al., 2000; Roth et al., 2006; Wenzel et al., 2009). Diese Untersuchung wurde tagsüber durchgeführt. Es kann davon ausgegangen werden, dass in dieser Zeit viele Männer in der Arbeit waren und deshalb generell schlechter erreichbar waren. Außerdem waren Frauen zum Teil eher bereit, über ihre traumatischen Erlebnisse zu erzählen, als Männer. Viele Männer haben das Ausfüllen der Fragebögen abgelehnt.

Im Gegensatz zu den anderen Studien, die im Kosovo durchgeführt worden sind und die jüngsten Teilnehmer 18 Jahre oder noch jünger waren (Ai et al., 2002; Morina et al., 2010; Roth et al., 2006), war in dieser Untersuchung der jüngste Teilnehmer 24 Jahre alt, da angenommen wurde, dass die jüngeren Teilnehmer sich nicht genau an die traumatischen Erlebnisse der Kriegszeit erinnern können. Der Bildungsgrad der Teilnehmer war im Vergleich zu anderen Studien, die im Kosovo durchgeführt wurden, relativ hoch (z.B. Eytan et al., 2011; Lopez Cardozo et al., 2000).

Im Gegensatz zu der Untersuchung von Lopez Cardozo et al. (2000), bei welcher mehr als 88% der Teilnehmer über starke Hassgefühle berichtet haben, wurden in dieser Untersuchung von 33.5% der Gesamtstichprobe starke Hassgefühle berichtet. Frauen berichteten im Gegensatz zu Männern sowohl mehr Hassgefühle (34% vs. 32.4%) als auch mehr Rachegefühle (16.7% vs. 13.2%). In der Studie von Lopez Cardozo et al. (2000) zeigte sich das Gegenteil - 60% der Männer und 55% der Frauen berichteten über starke Hassgefühle gegenüber Serben und 35% der Männer und 23% der Frauen über Rachegefühle gegenüber Serben. Der verringerte Prozentsatz der Hassgefühle gegenüber Serben kann daran liegen, dass in der Gesamtstichprobe dieser Untersuchung eine große Anzahl der Teilnehmer, obwohl sie viele traumatische Erlebnisse während des Krieges erlebt haben, keine Familienmitglieder verloren haben (TN2; TN3) bzw. gibt es auch Teilnehmer, die überhaupt keine traumatischen Erfahrungen gemacht haben (TN4). Diese Teilnehmer (TN2; TN3; TN4) haben auch über nicht starke Hassgefühlen berichtet. Diese Tatsache könnte das Ergebnis beeinflusst haben. In der Untersuchung von Lopez Cardozo et al. (2000) hat eine hohe Anzahl der Personen über traumatische

Erfahrungen berichtet und es wurden keine Personen ohne traumatische Kriegserfahrungen befragt. Ein anderer Grund für die verminderten Hassgefühle kann auch der zeitliche Abstand der Erhebung von dem Krieg sein.

7.2. Erlebte traumatische Ereignisse

So wie auch bei den anderen Untersuchungen mit Populationen, die kriegsbezogene traumatische Erfahrungen gemacht haben (Basoglu et al., 2005; Morina & Collani, 2006; Roth et al., 2006), berichteten die Teilnehmer dieser Untersuchung eine hohe Anzahl an erlebten traumatischen Ereignissen. Der Mittelwert von den 45 abgefragten traumatischen Ereignissen lag in der Stichprobe bei 26.54 (*SD* = 12.63).

Am meisten wurden u.a. traumatische Ereignisse wie z.B. “Forced to hide“ (89.2%), “Confined to home because of danger outside“ (88.7%), “Lack of shelter’’ (87.3%),” Forced evacuation under dangerous conditions“ (83.5%), ”Confiscation or destruction of personal property“ (82.5%),” Witness killing or murder“ (81.6%), ”Murder or death due to violence of other family member or friend“ (81.1%) angekreuzt.

In der Untersuchung von Lopez Cardozo et al. (2000) berichteten die Teilnehmer über andere traumatische Ereignisse, wie z.B. „Lack of food or water“ (Nahrungsmangel, 66.6%), “Combat Situation“ (Kampfsituation, 66.5%) und “Forced Isolation“ (Isolation, 64.1%). Bei der Untersuchung von Morina & Ford (2010) wurden auch „Combat Situation“ (28%), „Forced evacuation under dangerous conditions“ (24 %) am meisten angekreuzt. In der Untersuchung von Roth, Ekblad, Ågren (2006) berichteten die Teilnehmer am häufigsten über „Combat Situation“ (90.9%) und „Lack of food or water“ (75%). Bei der Untersuchung von Roth, Ekblad, Prochazka (2009) wurde von 91% der Teilnehmer die „Combat Situation“ als das am häufigsten erlebte traumatische Ereignis berichtet.

Im Gegensatz zu diese Ergebnissen, wurde bei dieser Untersuchung die traumatische Erfahrung „Combat Situation“ (72.2%) viel weniger angekreuzt als die anderen traumatischen Erfahrungen. Dies kann daran liegen, dass in verschiedenen Regionen die Teilnehmer unterschiedlichen Foltermethoden ausgesetzt waren und somit auch andere traumatische Erfahrungen gemacht haben.

7.3.Posttraumatische Belastungsstörungen

Die PTBS-Prävalenzen variierten in vorherigen Untersuchungen erheblich. So berichten Morina et al. (2010), dass 29.4% der Teilnehmer unter PTBS leiden, Kashdan et al. (2009) berichteten eine PTBS-Prävalenz von 26.4%, in der Studie von Lopez Cardozo et al. (2000) erfüllten 17.1% der Betroffenen die Kriterien für PTBS nach DSM IV und in der Studie von Lopez Cardozo et al. (2003) wurde eine Prävalenz der PTBS bis zur 25% der Untersuchungsteilnehmer im Kosovo berichtet. Eytan et al. (2011) zeigten in Ihrer Follow-Up Untersuchung, dass die Prävalenz von PTBS von 23.2% im Jahr 2001 auf 14.5% im Jahr 2007 gesunken ist.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung ergaben, dass 22.6% aller Untersuchungsteilnehmer die PTBS Kriterien nach DSM IV erfüllen.

Bell et al. (2000) zeigten in einer Untersuchung mit überlebenden Frauen in Bosnien und Herzegowina, dass 70% der Frauen, die vertrieben wurden und immer noch Flüchtlingsstatus haben, unter Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, während 46.94% der Frauen, die nicht aus ihrem Zuhause vertrieben wurden und 44.90% der Frauen, die vertrieben wurden, aber nach dem Krieg zurückgekehrt sind, die Kriterien für PTBS erfüllten.

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen leiden nur 0.94% der Teilnehmer dieser Untersuchung, die eine Flüchtlingserfahrung während des Krieges gemacht haben aber keine Familienmitglieder verloren haben (TN3) und 11.30% der Personen, die nicht vertrieben wurden und auch keine Familienmitglieder verloren haben (TN2), unter PTBS. Dies kann daran liegen, dass die Personen, die keine Familienmitglieder während des Krieges verloren haben, sich selbst als nicht traumatisiert betrachten. Sie bezeichnen sich als „Menschen mit Glück“, weil sie flüchten und sich retten konnten. Sie werden auch von der Gesellschaft als „verschonte Personen“ betrachtet und es wird auch erwartet, dass die Personen, die keine Familienmitglieder verloren haben, sich um die andere kümmern und als Unterstützung für die Bewältigung der Trauer da sind.

Bezüglich des Geschlechts zeigte sich bei der Skala der PTBS-Symptome ein signifikanter Unterschied. Den höheren Mittelwert hatten die Frauen. Dieses Ergebnis deckt sich mit Ergebnissen der vorangegangenen Untersuchungen (Ai et al., 2002; Ekblad et al., 2002; Eytan et al., 2004; Eytan et al., 2011; Eytan et al., 2006; Galea et al., 2002; Kessler et al., 1995), die gezeigt haben, dass Frauen nach einem traumatischen Erlebnis mehr unter klinischen Symptomen bzw. PTBS leiden als

Männer. Dies kann auch aufgrund der psychischen Folgen einer Vergewaltigung, des gewaltsamen Verlustes von Ehepartner und Kindern und des Umstandes, Witwe oder alleinerziehende Mutter zu werden, zu erklären sein (Ekblad et al., 2002; Mollica et al., 1987, zitiert aus Johnson et al., 2008).

Eine hohe Anzahl der Personen (v.a. Personen aus der Teilnehmergruppe 1), die die PTBS Kriterien nach DSM IV erfüllten und in dieser Untersuchung teilgenommen haben, haben immer noch verschwundene Familienmitglieder seit dem Krieg im Jahr 1999. Die Ungewissheit, was mit ihre Liebsten passiert ist, kann die Ursache für die Aufrechterhaltung der klinischen Symptome sein.

7.4. Einfluss der traumatischen Ereignisse auf die psychische Gesundheit, Angst- und Depressionssymptome

Birck (2004) zufolge führen traumatische Ereignisse und Folter zur Beeinträchtigung der psychischen und physischen Funktionen - oft kommt es zur Entwicklung psychischer Störungen und komorbiden Störungen wie Depressionen, psychosomatischen Störungen, Angststörungen und Panikanfällen usw. Ramsay, Gorst-Unsworth und Turner (1993) zufolge sind PTBS, Depressionen und somatoforme Störungen die häufigsten psychischen Störungen, die nach einem traumatischen Erlebnis auftreten.

In der Studie von Wenzel et al. (2009), die mit Kosovo-Albanern durchgeführt wurde, erfüllten 41.7% der Teilnehmer die Kriterien für eine mittlere bis schwere Depression und 41.6% die für eine klinische Angststörung. Kashdan et al. (2009) zeigten, dass die Teilnehmer, die einen Flüchtlingsstatus während des Krieges erhalten hatten, eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine soziale Angststörung und Major Depression zu entwickeln, zeigten, als die anderen Teilnehmer. Bei dieser Untersuchung erfüllten 8.6% die Kriterien für eine Angststörung und 41.4 % die einer Major Depression. In der Studie von Priebe et al. (2010) wurde bei 41.8% der Teilnehmer aus dem Kosovo eine Angststörung berichtet.

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen, berichteten nur 0.89% aller Teilnehmer über Angstsymptome. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass in dieser Untersuchung auch Teilnehmer ohne kriegsbezogene Erfahrungen teilgenommen haben, während bei den vorherigen Untersuchungen alle Teilnehmer traumatische Erlebnisse gemacht haben. Viele Untersuchungsteilnehmer meinten, dass sie nach

dem Krieg noch stärker geworden sind und sie keine Angst davor, was noch im Leben kommt, haben.

24.5% aller Untersuchungsteilnehmer erfüllten die Kriterien für eine mittlere bis schwere Depression. Im Gegensatz zu den Studien von Strauss et al. (2010) und Bell et al. (2000), die gezeigt haben, dass Flüchtlinge mehr unter Depressionen leiden als Personen ohne Flüchtlingserfahrung, zeigten die Ergebnisse hier, dass nur Teilnehmer, die zusätzlich zu den Flüchtlingserfahrungen auch Familienangehörige verloren haben, vermehrt Depressionen entwickeln haben. Kein Teilnehmer aus Gruppe TN3, die ausschließlich Flüchtlingserfahrungen erlebt haben, leiden unter Depressionssymptomen.

Die Ergebnisse haben außerdem gezeigt, dass die allgemeine psychische Befindlichkeit positiv mit den erlebten traumatischen Ereignissen korreliert, d.h. je mehr traumatische Ereignisse die Betroffenen erlebt haben, desto schlechter war deren psychischer Gesundheitszustand.

Die Posttraumatische Belastungsstörung hat eine beträchtliche Komorbidität mit Depression, Angststörungen, Suizidalität, Somatisierungsstörungen, Substanzenmissbrauch und Sucht (Friedmann, 2004; Maercker, 2003; Ehlers, 1999). Angststörungen und/oder Depressionen sind in verschiedenen Studien als die häufigste komorbide Störung identifiziert worden (Deering et al. 1996; Engdahl et al. 1991; Ginzburg et al. 2010). In dieser Untersuchung zeigte sich, dass Personen aus der Teilnehmergruppe 1, die Familienmitglieder verloren haben und generell die höchste PTBS-Prävalenz aufweisen, auch mehr unter Angstsymptomen und Depressionssymptome sowie unter einer schlechteren allgemeinen psychischen Gesundheit leiden als andere.

Die schlechtere allgemeine psychische Gesundheit, das Vorhandensein der Angst- und Depressionssymptomen bei dem Teilnehmer die Familienmitglieder verloren haben lässt dazu schließen, dass diese Personen noch unter den Verlusten aus der Kriegszeit leiden. Neben der Tatsache, dass viele dieser Teilnehmer noch verschwundene Familienmitglieder seit dem Krieg haben, sind auch die Unruhen im Norden des Kosovo zu erwähnen, die diese Teilnehmer beunruhigen und die dazu führen, dass dieser Teil der Bevölkerung mehr unter Angstgefühlen und Depressionen leiden. Viele Personen, die die Körper ihrer Familienmitglieder bis heute nicht gefunden haben und begraben konnten, fühlen sich von allen vernachlässigt und alleine gelassen.

7.5. Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der traumatischen Erlebnisse, PTBS, psychischen Störungen, Ängstlichkeit und Depressionssymptomen

Die Studie von Ai et al. (2002) hat ergeben, dass es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der traumatischen Erfahrungen und PTBS-Raten gibt. Je mehr traumatische Erlebnisse die Betroffenen hatten, desto höher waren die PTBS-Werte. Priebe et al. (2010) haben herausgefunden, dass neben anderen Faktoren auch die Häufigkeit von traumatisierenden Erlebnissen während und nach dem Krieg mit hohen Werten bei affektiven und Angststörungen korrelieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung decken sich mit den anderen Ergebnissen und zeigen, dass das Ausmaß bzw. die Häufigkeit der traumatischen Ereignisse einen Einfluss auf das Auftreten von Trauma-Symptomen, Angst und Depressionssymptomen hat. Je mehr traumatische Ereignisse die Betroffenen erlebt haben, desto schlechter ist deren psychische Befindlichkeit und desto mehr leiden sie unter PTBS, Angst und Depressionssymptomen.

8. Schlussfolgerungen, Einschränkungen und Ausblick

8.1. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Untersuchung haben gezeigt, dass die Betroffenen eine hohe Anzahl von traumatischen Erlebnissen während des Krieges im Jahr 1999 im Kosovo erlebt haben. Die hohe Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen beeinträchtigt die psychische Gesundheit der Betroffenen wobei schwerwiegende Symptome wie somatische Symptome, Angst und Insomnie, soziale Dysfunktion und schwere Depression auftreten.

Die befragten Teilnehmer berichteten über kombinierte Anwendung mehrerer Foltermethoden. Am häufigsten wurden körperliche und psychische Foltermethoden erwähnt. Die traumatisierenden Erlebnisse haben nicht nur den Betroffene selbst, sondern auch ihren Familien und ihrer Umgebung geschadet.

Durch den Vergleich der Daten wurde festgestellt, dass Personen, die während des Krieges enge Familienmitglieder verloren haben, die am meisten beschädigte Teilpopulation darstellen. Viele Personen aus dieser Teilpopulation haben seit dem Krieg immer noch verschwundene Familienmitglieder. Das Leben in der Ungewissheit, was mit den Angehörigen passiert ist, führt unter anderem zur Aufrechterhaltung klinischer Symptome. Sie leiden mehr unter PTBS, Depressions- und Angstsymptomen. Diese Teilpopulation schätzt ihre Gesundheit im Allgemeinen als sehr schlecht ein und hat mehr Hass und Rachegefühle gegenüber Serben als Personen, die keine Familienangehörigen verloren haben. Eine hohe Anzahl der Personen aus dieser Teilpopulation ist arbeitslos und lebt im Allgemeinen in einer schlechten finanziellen Situation. Alle Teilnehmer, die Familienangehörige verloren haben, haben nach dem Krieg psychologische Hilfe bekommen und es gibt Teilnehmer, die regelmäßig ärztliche und psychologische Hilfe in Anspruch nehmen. Die traumatischen Verluste führten bei dieser Teilpopulation zu schlechterer psychischer Gesundheit, niedrigerer Arbeitsfähigkeit und weniger zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die Tatsache, dass 32.1% der Teilstichprobe, die psychologische Hilfe in Anspruch genommen hat (TN1) die psychologische Beratung bzw. Behandlung die sie in Anspruch genommen haben, als nur wenig hilfreich bezeichnen und 34% dieses Teils der Stichprobe der Meinung sind, dass diese Hilfe überhaupt keinen Nutzen für das eigene psychische Wohlbefinden hatte, führt zu der Annahme, dass

dieser Teil der Population dringend bessere Versorgung bzw. Therapiemöglichkeiten braucht. Viele Betroffene verfügen nicht über die finanziellen Mittel, sich eine private Therapie zu leisten. Die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen sind überfüllt mit Personen, die unter verschiedenen Störungsbildern leiden, und haben keine Möglichkeit, sich zusätzlich mit Personen, die immer noch unter ihren Traumata leiden, zu beschäftigen. Ein öffentliches Gesundheitszentrum nur für Personen, die traumatische Erlebnisse in ihrem Leben hatten, würde die Situation verbessern. Die Betroffenen möchten nicht mit „ Psychosen, Neurosen, Manisch- Depressiven...“ in einem Raum sitzen und über ihre Probleme sprechen. Sie brauchen Einzeltherapien oder auch Gruppentherapien, in denen sie auf andere Betroffene treffen und gemeinsam mit einem erfahrenen Therapeut über ihre Probleme und Erfahrungen sprechen sowie ihr Leiden zu bewältigen versuchen können. Der Mangel an erfahrenen Therapeuten erschwert die Situation zusätzlich.

8.2. Einschränkungen und Ausblick

Diese empirische Untersuchung und die daraus entstandenen Ergebnisse stellen einen brauchbaren, wichtigen und ergänzenden Aspekt zum aktuellen Forschungsstand über psychische Gesundheit von Personen mit Kriegserfahrungen im Kosovo dar.

Durch die gewonnenen Ergebnisse wurde ein Bild über die psychische Gesundheit und über die Entwicklung der psychischen Störungen bei traumatisierten Personen zwölf Jahre nach dem Krieg geschaffen. Zu den Vorteilen dieser Untersuchung zählen u.a. die hohe Anzahl der Teilnehmer und die hohe Rücklaufquote.

Die Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer, die Familienmitglieder verloren haben, war mit vielen Schwierigkeiten verbunden. Viele Teilnehmer hatten das Bedürfnis, über die Geschehnisse im Detail zu sprechen, obwohl darauf hingewiesen wurde, dass die vorliegende Studie keine psychologische Beratung darstellt, sondern nur eine Befragung über ihre Erfahrungen ist. Dadurch zogen sich einzelne Testung in der Länge und dauerten teilweise bis zu 1.5 Stunden. Die Teilnehmer gaben am Ende der Testung an, dass es ihnen gut getan habe, über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Viele haben sich darüber beschwert, dass sie keine psychologische Hilfe angeboten bekommen haben und dass sie sich von der Umgebung nicht verstanden fühlen. Viele Teilnehmer, die Familienangehörige

verloren haben, haben die Testung abgelehnt, mit der Begründung, dass sie bereits öfter mit verschiedenen Psychologen und Interviewern über ihre traumatischen Erlebnisse gesprochen und dann keine Hilfe bekommen haben - so wurden alte Wunden nochmals aufgerissen und sie mussten mit den daraufhin wiederkehrenden Gedanken alleine zurechtkommen. Die meisten Teilnehmer dieser Gruppe wohnten in ländlicher Umgebung, und da die Untersuchung im Sommer stattfand und die Teilnehmer während des Tages in der Arbeit waren, erschwerte dies die Rekrutierung. Dank der Zusammenarbeit mit den oben genannten Einrichtungen und Vereinen sowie der Motivation und dem Willen der Betroffenen, über ihre Traumata zu sprechen, konnte die hohe Teilnehmeranzahl erreicht werden.

Ein Kritikpunkt dieser Untersuchung ist die Rückübersetzung des Harvard Trauma Questionnaire- Verfahrens. Die Items des ersten Teils des HTQ waren für einige der Teilnehmer schwierig zu verstehen. Um die Objektivität der Untersuchung zu bewahren, mussten die Teilnehmer, die die Items nicht richtig verstanden haben, ausgeschlossen werden. Vor allem die Teilnehmer aus ländlichen Gegenden hatten Verständnisschwierigkeiten, da die Items auf Hochalbanisch rückübersetzt wurden. Dadurch sind potentielle Untersuchungsteilnehmer verloren gegangen.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf Teilnehmergruppen, die keine Familienmitglieder verloren, aber traumatische Erfahrungen gemacht haben. Dieser Teil der Population gilt aufgrund der während des Krieges im Kosovo verbrachten Zeit sowie aufgrund der Fluchterfahrungen, die sie gemacht hat, als schwer traumatisiert. Durch den Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchung stellte sich aber heraus, dass nur wenige Personen aus dieser Teilpopulation eine schlechte psychische Gesundheit aufweisen bzw. unter PTBS, Depressions- und Angststörungen leiden. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Teilpopulation die Fragen ehrlich beantwortet hat bzw. inwieweit Offenheit gegenüber gestellten Fragen gegeben war und diese unverfälscht beantwortet wurden.

Eine Anregung für weitere Forschung wäre beispielsweise, das psychische Wohlbefinden und die PTBS-Prävalenz der Kosovo-Albaner mit anderen Populationen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, zu vergleichen. Welche Faktoren beeinflussen die Aufrechterhaltung psychischer Störungen zwölf Jahre nach dem Krieg? Welchen Einfluss haben Faktoren wie der sozioökonomische Status der Betroffenen, die Mentalität und die Kulturcharakteristika, die eingeschränkte Gesundheitsversorgung und mangelnde finanzielle Mittel, eine

Psychotherapie oder psychologische Beratung zu leisten, Arbeitslosigkeit und weitere Risikofaktoren auf die Verarbeitung des Traumas? Die Erforschung des möglichen Zusammenhangs dieser und anderen Faktoren mit der psychischen Gesundheit erscheint wichtig, um diese Aspekte auch in therapeutische Maßnahmen einfließen lassen zu können.

Zur Erfassung der psychischen Befindlichkeit wurden Fragebögen eingesetzt. Dadurch wird jedoch nur eine Screening ermöglicht und keine Diagnose. Die Fragebögen sind eine Selbsteinschätzung der Betroffenen. Durch ein Interview könnte eine höhere Validität der Aussagen erreicht werden und die Betroffenen hätten die Möglichkeit, ihre traumatischen Erfahrungen genauer zu erzählen, anstatt vorgegebene Auswahlmöglichkeiten anzukreuzen. Für weitere Studien wären vor allem für Personen, die Familienmitglieder verloren haben, Interviews angemessener.

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Stichprobe bezüglich des Wohnorts
Abbildung 2: Alter der Teilnehmer

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Unterteilung in menschlich verursachte und zufällige Traumata
Tabelle 2: Unterteilung in Typ I und Typ II Traumata
Tabelle 3: Abgeschlossene Ausbildung
Tabelle 4: Flüchtlingsstatus der Teilnehmer während des Krieges
Tabelle 5: Angaben, wie gesund sich die Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Testung fühlten
Tabelle 6: Angaben zu den Hassgefühlen der Teilnehmer
Tabelle 7: Trauma Experiences
Tabelle 8**:** Anzahl der TeilnehmerInnen, die die Kriterien für PTBS laut DSM IV erfüllen
Tabelle 9: Anzahl der Teilnehmer, die im GHQ-28 Krankheitswerte aufgewiesen haben
Tabelle 10: Anzahl der TeilnehmerInnen, die in der HSCL 25 Krankheitswerte aufgewiesen haben
Tabelle 11: Anzahl der TeilnehmerInnen die in der HSCL 25 Krankheitswerte aufgewiesen haben
Tabelle 12: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen im GHQ-28 Psychische Gesundheit
Tabelle 13: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen in der HSCL-25 Ängstlichkeit
Tabelle 14: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen in der HSCL-25 Depressivität
Tabelle 15: Statistische Kennzahlen für die vier Gruppen im Harvard Trauma Questionnaire PTBS-Symptomatik

11. Anhänge

Anhang 1: Post Hoc: Abhängige Variable Allgemeine psychische Gesundheit (GHQ-28)
Anhang 2: Post Hoc: Abhängige Variable Angstsymptome (HSCL 25)

Anhang 3: Post Hoc: Abhängige Variable Depressionssymptome (HSCL 25)
Anhang 4: Post Hoc: Abhängige Variable Trauma Symptome (HTQ)
Anhang 5: Interviewleitfaden
Anhang 6: Auszüge aus dem Gespräch mit dem Untersuchungsteilnehmer

Anhang 1: Post Hoc: Abhängige Variable Allgemeine psychische Gesundheit (GHQ-28)

			95% Konfidenzintervall für die Differenz	
Teilnehmergruppe	Teilnehmergruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Untergrenze	Obergrenze
Gruppe TN1	Gruppe TN2	7.77358*	4.7378	10.8094
	Gruppe TN3	8.22642*	5.3734	11.0794
	Gruppe TN4	9.54717*	6.6038	12.4906
Gruppe TN2	Gruppe TN1	-7.77358*	-10.8094	-4.7378
	Gruppe TN3	.45283	-1.7466	2.6523
	Gruppe TN4	1.77358	-.5453	4.0924
Gruppe TN3	Gruppe TN1	-8.22642*	-11.0794	-5.3734
	Gruppe TN2	-.45283	-2.6523	1.7476.
	Gruppe TN4	-1.32075	-.7435	3.3850
Gruppe TN4	Gruppe TN1	-9.54717*	-12.4906	-6.6038
	Gruppe TN2	-1.77358	-4.0924	-.5453
	Gruppe TN3	-1.32075	-3.3850	-.7435

*. Die mittlere Differenz ist auf dem .05-Niveau signifikant.

Anhang 2: Post Hoc: Abhängige Variable Angstsymptome (HSCL 25)

			95% Konfidenzintervall für die Differenz	
Teilnehmergruppe	Teilnehmergruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Untergrenze	Obergrenze
Gruppe TN1	Gruppe TN2	.82792*	.5359	1.1163
	Gruppe TN3	.85434*	.5690	1.1397
	Gruppe TN4	.95170*	.6775	1.2259
Gruppe TN2	Gruppe TN1	-.82792*	-1.1163	-.5359
	Gruppe TN3	.02642	-.1894	.2423
	Gruppe TN4	.12372	-.0766	.3241
Gruppe TN3	Gruppe TN1	-.85434*	-1.1397	-.5690
	Gruppe TN2	-.02642	-.2423	.1894.
	Gruppe TN4	-.09736	-.0984	.2931
Gruppe TN4	Gruppe TN1	-.95170*	-1.2259	-.6755
	Gruppe TN2	-.12377	-.3241	-.0766
	Gruppe TN3	-.09736	-.2931	-.0984

*. Die mittlere Differenz ist auf dem .05-Niveau signifikant.

Anhang 3: Post Hoc: Abhängige Variable Depressionssymptome (HSCL 25)

			95% Konfidenzintervall für die Differenz	
Teilnehmergruppe	Teilnehmergruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Untergrenze	Obergrenze
Gruppe TN1	Gruppe TN2	.80755*	.5202	1.0949
	Gruppe TN3	.86038*	.5803	1.1405
	Gruppe TN4	.92453*	.6469	1.2021
Gruppe TN2	Gruppe TN1	-.80755*	-1.0949	-.5202
	Gruppe TN3	.05283	-.1512	.2569
	Gruppe TN4	.11698	-.0835	.3174
Gruppe TN3	Gruppe TN1	-.86038*	-1.1405	-.5803
	Gruppe TN2	-.05283	-.2569	.1512
	Gruppe TN4	-.06415	-.1252	.2535
Gruppe TN4	Gruppe TN1	-.92453*	-1.2021	-.6469
	Gruppe TN2	-.11698	-.3174	-.0835
	Gruppe TN3	-.06415	-.2935	-.1252

*. Die mittlere Differenz ist auf dem .05-Niveau signifikant.

Anhang 4: Post Hoc: Abhängige Variable Trauma Symptome (HTQ)

			95% Konfidenzintervall für die Differenz	
Teilnehmergruppe	Teilnehmergruppe	Mittlere Differenz (I-J)	Untergrenze	Obergrenze
Gruppe TN1	Gruppe TN2	.74151*	.5306	.9524
	Gruppe TN3	.75786*	.5620	.9537
	Gruppe TN4	1.12138*	.9535	1.2893
Gruppe TN2	Gruppe TN1	-.74151*	-.9524	-.5306
	Gruppe TN3	.01635	-.1701	.2029
	Gruppe TN4	.37987	-.2232	.5366
Gruppe TN3	Gruppe TN1	-.75786*	-.9537	-.5620
	Gruppe TN2	-.01635	-.2029	.1701
	Gruppe TN4	-.36352*	-.2287	.4984
Gruppe TN4	Gruppe TN1	-1.12138*	-1.2893	-.9535
	Gruppe TN2	-.37987	-.5366	-.2232
	Gruppe TN3	-.36352	-.4984	-.2287

*. Die mittlere Differenz ist auf dem .05-Niveau signifikant.

Anhang 5 Interviewleitfaden

Mimoza Zajmi
a0448762@unet.univie.ac.at
+43 676 531 531 4
+386 49 888 391

Teilnehmeraufklärung

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen!
Es folgen nun einige wichtige Informationen. Lassen Sie sich Zeit und lesen Sie diese in aller Ruhe durch. Falls es Unklarheiten geben sollte oder Sie Fragen haben stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Ziel der Studie

Ziel der Studie ist es einerseits, die Auswirkungen von Kriegserfahrungen und der eventuell daraus entstandenen Belastungen auf den Gesundheitszustand zu erfassen. Darüber hinaus soll ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, wie sich verschiedene Personen in Bezug auf die psychische Gesundheit unterscheiden und wie sich die Lebensumstände und Erfahrungen hier im Kosovo auf den generellen Gesundheitszustand von Menschen auswirken. Es wird die Wirkung der kriegsbezogenen traumatischen Ereignisse auf die psychische Gesundheit untersucht. Außerdem wird untersucht wie wirken sich kriegsbezogene traumatische Ereignisse auf die Depressions- und Angstsymptomatik aus. Ein besonderes Ziel dieser Untersuchung ist es zu wissen ob das Ausmaß und die Art der traumatisierenden Ereignisse die Ausprägung psychischer Problemen beeinflussen. Weiteres wird untersucht, inwieweit es Unterschiede zwischen Personen bezüglich posttraumatischem Stress in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter gibt.

Studiendurchführung

Die Durchführung erfolgt mit dem Ausfüllen des nachfolgenden Fragebogens durch einfaches Ankreuzen der jeweils am besten passenden Antwort durch den Teilnehmer oder die Teilnehmerin selbst. Es handelt sich um einen Selbsteinschätzungsfragebogen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!
Das ausfüllen des Fragebögen dauert 40- 60 min.

Datenschutz

Die so gesammelten Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weiter gegeben. Der Datenschutz ist darüber hinaus dadurch gewährleistet, dass alle

Fragebögen vollkommen anonymisiert werden und so keine Verbindung zur ausfüllenden Person möglich ist.

Freiwillige Teilnahme – Abbruch der Studie

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann zu jeder Zeit zurückgenommen werden. Auch ist zu jedem Zeitpunkt ein Abbruch möglich. Die bis dahin erhobenen Daten werden dann nicht weiter für die Studie verwendet.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden, an der Studie zum Thema „*Auswirkungen von traumatischen Kriegserlebnissen auf die psychische Gesundheit von Kosovo-Albanern im Kosovo*“ teilzunehmen. Die Studie wird von Mimoza Zajmi, Diplomandin an der psychologischen Fakultät der Universität Wien, durchgeführt und von Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster betreut.

Ich bin mir darüber im klaren, dass die Studienteilnahme durch die Erinnerung an das traurige Ereignis zu heftigen emotionalen Reaktionen führen kann. Sollte ich daher nach der Studienteilnahme Unterstützung benötigen, weiß ich an wen ich mich wenden kann. Die Stellen, wo ich mich jederzeit wenden kann sind:

Gjakova Mental Health Center
Add: Str. ‘’Londra‘‘ p.n.- Gjakove 50000
Tel: +381390 322 456;

Allgemeine Krankenhaus ‘‘ Rezonanca‘‘
Add: Str. ‘‘Mbreti Zog I‘‘ Nr. 1 – Pristina 10000
Tel:+381 38 243 801;

Neurologische und Psychiatrische Ordination ‘‘NOLI‘‘
Dr. Agron Zajmi- Neuropsychiater
Add: Str. ‘‘Nene Tereza‘‘ 459 – Gjakove 50000
Tel: +37744129 166;

Neurologische und Psychiatrische Ordination ‘‘ NeuroPsycho‘‘
Dr. Mentor Rruka- Neuropsychiater.
Add: Str. ‘‘Nene Tereza‘‘ 445– Gjakove 50000
Tel: +37744123 170,

Ordination für Psychiatrie
Dr. Ajet Bunjaku.
Add: Str. Lagja Kalabria
Kulla e V- Pristina 10000

Tel: +37744 188 932

sowie in allen psychiatrischen Abteilungen von regionalen Krankenhäusern.

Im Rahmen dieser Studie ist es der Diplomandin nicht möglich nachfolgende, über den Rahmen der Studie hinausgehend, Hilfestellungen zu leisten. Die Diplomandin versichert mir, auf meine Wünsche, Anregungen und Fragen empathisch und respektvoll einzugehen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Untersuchung aufgeklärt wurde und mit der Teilnahme an der Studie einverstanden bin.

_____	_____
Unterschrift der Diplomandin	Unterschrift der TeilnehmerIn

Mimoza Zajmi

a0448762@unet.univie.ac.at

+43 676 531 531 4

+386 49 888 391

PYETESOR

Sqarim per pjesemarresit

Qe ne fillim falemenderoj per kyqjen dhe pjesemarrjen tuaj ne kete hulumtim! Ne vazhdim, do te ofrohen ca informata se sit a plotesoni pyetsorin e meposhtem. Eshte e preferueshme qe te ndani kohen e mjaftueshme dhe te keni qetesine e duhur per ti plotesuar ato. Per te gjitha paqartesite dhe pyetjet Tuaja do te jem gjithnje ne gatishmeri te ju pergjigjem.

Qellimi i Hulumtimit

Qellimi i ketij hulumtimi eshte qe ti percaktoje dhe ti beje vleresimin e pasojave nga lufta e fundit ne Kosove (24.03.1999 - 12.06.1999) duke i renditur ato sipas demeve qe kane sjellur ne gjendjen shendetsore si dhe ne ate psikike. Theks i vecante do ti kushtohet konstantimit se ne c'mase ka pesuar populli yne ne Kosove nga keto perjetime. Do te shqyrtohet ndikimi i ngjarjeve traumatike qe kane ngjare gjate luftes mbi shendetin mendor. Gjithashtu do te hulumtohet se si ndikojne ngjarjet traumatike te luftes ne simptomat e depresionit dhe frikes. Nje qellim i vecante i ketij studimi eshte te dime nese shkalla dhe natyra e ngjarjeve traumatike ka ndonje ndikim ne shprehjen e problemeve psikike. Poashtu do te shqyrtohet nese ka dallime varesisht nga gjinia dhe mosha ne lidhje me stresin post- traumatik.

Zbatimi i ketij hulumtimi

Ky hulumtim do te jete me frytdhenes, poqese behet plotesimi i drejte i pyetsorit, duke kryqezuar pergjigjen me te pershtatshme per pjesemarresin. Ky pyetsor eshte nje vleresim i vetvetes. Nuk ka pergjijge te sakta apo te gabuara. Plotesimi i pyetsoreve zgjate 40- 60 minuta.

E drejta e anonimitetit

Informacionet e mbledhura ne kete hulumtim jane rreptesisht kofidenciale dhe nuk do ti jipen ne asnje menyre nje personi te trete. Pyetsoret jane totalisht anonim dhe ne kete menyre eshte nje lidhje me personin qe e ka mbushur pyetsorin e pamundur.

Pyetsori garanton anonimitet te plote, andaj nuk i jepet mundesia personit te trete qe ta kuptoje identitetin e personit qe ka mbushur paraprakisht ate.

Pjesemarrja Vullnetare – Nderprerja e hulumtumit

Personat pjesemarres ne kete hulumtim hyjne vullnetarisht, andaj edhe ju lejohet te shkyqet prej tij ne cdo moment qe shprehin deshire.

Deklarim per pjesemarrje

Pjesemarrja ne kete hulumtim vertetohet me deklarimin tuaj te drejteperdrejte, duke theksuar me sa vijon:

Miratim per pjesemarrje

Deklarohem se vullnetarisht marr pjese ne hulumtimin me temen ‘‘ *Pasojat e Perjetimeve Traumatike te Luftes ne shendetin psikik te kosovareve ne Kosove*‘‘. Studimi zbatohet nga Mimoza Zajmi, kandidatja qe shkruan diplomen ne Universitetin e Vjenes per Psikologji dhe mentorohet nga Znj. Ass.-Prof. Dr. Lueger- Schuster.

Jam i/ e nderdijshme se me pjesemarrjen ne kete hulumtim mund te ringjallen kujtime te cilat mund te jene te renda dhe si rrjedhoje e kesaj mund te me shkaktojne reakcione te dhunshme emocionale. Nese mbas pjesemarrjes ne kete studim do te me duhet mbeshtetje profesionale, atehere une e di ku mund te drejtohem. Une jam i/e vetedijshme qe ne kornizat e ketij hulumtimi, kandidatja qe shkruan diplomen dhe zbaton hulumtimin, nuk do te mund te me ofroje ndihme psikologjike, qe eshte jashte kornizave te ketij hulumtimi. Vendet ku mund te drejtohem ne cdo kohe jane :

Sherbimet e shendetit mendor –Gjakove

Add: Rr. ‘‘Londra‘‘ p.n. Tel: +381390 322 456

Spitali ‘‘Rezonanca‘‘

Add: Rr. ‘‘Mbreti Zog I‘‘ Nr. 1 – Prishtine 10000

Tel:+381 38 243 801;

Ordinanca specialistike neuropsikiatrike ‘‘NOLI‘‘

Dr. Agron Zajmi- Neuropsikiater

Add: Rr. ‘’ Nena Tereze’’ Nr. 459- Gjakove 50000

Tel: +37744129 166

Ordinanca specialistike neuropsikiatrike ‘‘ NeuroPsycho‘‘
Dr. Mentor Rruka- Neuropsikiater
Add: Rr. ‘‘Nene Tereza‘‘ 445– Gjakove 50000
Tel: +37744123 170,

Ordinanca psikiatrike
Dr. Ajet Bunjaku
Add: Rr. Lagja Kalabria
Kulla e V p.n.- Pristina 10000
Tel: +37744 188 932

Besoj ne gadishmerine e kandidates qe me qartesoje cdo gje lidhur ngusht me kete pyetsor. Kandidatja per diplomim me siguron qe do te pergjigjet me respekt dhe empati cdo pyetje, kerkese, dhe sugjerim timin.

Me firmosjen time deshmoj qe une jam i/e informuar (sqaruar) per kete hetim dhe e miratoj pjesemarrjen time ne kete hulumtim.

Nenshkrimi i kandidates per Diplomim	Nenshkrimi i Pjesemarrsit/Pjesemarrses

Nr. 843-07/11
Më 26.07.2011
Gjakovë

Saktësinë e përkthimit nga gjuha gjermane e vërteton:

Prof.Agim BYCI

Prof.Agim BYCI
Përdhyes i përhershëm gjyqësor për gjuhën
Gjermane dhe angleze pranë Gjykatës Komunale Gjakovë
Ständiger Dolmetscher für deutsche und englische
Sprache beim Gemeindegericht Gjakova
Mob. 044/236-330 GJAKOVË

Pasojat e Perjetimeve Traumatike te Luftes ne shendetin psikik te shqipetareve ne Kosove

Ky pyetësor përmban pyetje lidhur më ankesat tuaja shëndetësore në të kaluarën dhe tani. Në rast se disa nga pyetjet ju shqetësojnë, mund te mos u përgjigjeni në to dhe kjo nuk do të ndikoj në raportin ndaj jush. Përgjigjet tuaja do të mbeten sekret ndermjet nesh.

Mosha: _____ Ditelindja:_____

Gjinia: O Mashkull O Femer

Statusi martesor: O Beqar O I/E martuar O I/E divorcuar
O Ne nje lidhje O I/E ve

Nacionaliteti: _____

Vendbanimi: O Kosove _____ O Ne nje vend tjeter _____

Femije: O po sa:_____

O jo

Jetojne Femijet ne Kosove: O po O jo O jo te gjithe

Perkatesia fetare: _____

Vendi i lindjes/ Qyteti:_____

I rritur ne: O Mjedis Urban O Zone rurale

Shkollimi: O I/e pashkolluar

O Shkolla fillore

O Shkolla e mesme

O Shkolla e larte

O Universitetin

Profesioni: _____

Cilin profesion e ushtroni aktualisht: _____

Burimi aktual i te ardhurave: _____

Rrethanat jetesore:

O vetem O me partner O me femije O me partner dhe me femije

Situata aktuale jetesore: O Ne mjedis urban O Ne zone rurale

Pyetësori mbi të dhënat demografike dhe shëndetin

1. Gjatë luftes se fundit ne Kosove, gjegjesisht para 12 viteve: PO JO

a) A e keni braktisur Kosovën dhe a keni marrë statusin e refugjatit?

b) A keni qenë i zhvendosur nga shtëpia juaj brenda Kosovës ? PO JO

c) A jeni edhe tani i zhvendosur nga shtëpia juaj? PO JO

d) A keni qëndruar tërë kohën aty ku keni qëndruar edhe para luftës? PO JO

2. Nëse jeni larguar nga Kosova gjatë luftës, ku keni shkuar?

a) Maqedoni

b) Shqipëri

c) Mal të zi

d) Evrope _____

e) Shtet tjetër _____

3. Nëse e keni lëshuar Kosovën gjatë luftës, për sa kohë keni qenë si refugjat?

1. 0-7 ditë

2. Më pak 30 ditë

3. Më shumë 30 ditë

4.1. A jeni i/e zhvendosur tani? PO JO

4.2. Që nga shtatori i vitit 1999, a jeni shpërngulur? PO JO

4.3. Nëse po

a) Nga ndonjë shtet i jashtëm në Kosovë? PO JO

b) Brenda Kosovës? PO JO

c) Nga fshati në qytet (qyteti >10.000 banorë)? PO JO

d) Nga qyteti në fshat? PO JO

5. A jeni i punësuar tani? PO JO

6. A keni qenë i punësuar para luftës? PO JO

7. Sa anëtarë jetoni në shtëpi duke llogaritur vetvetën?

8. Në përgjithësi si është shëndeti juaj?

1. I shkëlqyeshëm **2.** Shumë i mirë **3.** I mirë **4.** Deri diku i mirë **5.** I keq

Sa e vërtetë apo e pavërtetë ju duket secila nga deklaratat në vijim lidhur me juve?

(Ju lutemi rrumbullaksoni një numër për secilën deklaratë)

1=plotësisht e saktë ; 2=kryesisht e saktë; 3=s'di ç'të them;

4=kryesisht e pasaktë; 5=plotësisht e pasaktë;

……

9. Më duket se sëmurem më lehtë se të tjerët. 1 2 3 4 5

10. Jam i shëndoshë si çdo person tjetër që e njohë. 1 2 3 4 5

11. Pres që shëndeti im të keqësohet. 1 2 3 4 5

12. Shëndeti im është i shkëlqyeshëm. 1 2 3 4 5

---

13. A keni marrë ndihmë profesionale për shkak të problemeve psikologjike të shkaktuara nga lufta? PO JO

14. Nëse po, a e keni marrë këtë ndihmë apo trajtim, nga mjeku apo këshilltari? PO JO

15. Nesi jeni trajtuar, a ka qenë ky trajtim i dobishëm për ju? Shumë Ashtu JO

---

16. A e keni statusin e personit të hendikepuar? PO JO

17. A ndjeni urrejtje për shkak të gjërave që ju kanë ndodhur juve dhe familjes suaj gjatë luftës?

1. Aspak 2. Pak 3. Shumë 4. Jashtëzakonisht shumë

18. A keni dëshirë apo imagjinoni që të hakmerreni për atë që ju ka ndodhur juve apo anëtarëve të familjes tuaj gjatë luftës?

1.Asnjehere 2. Nganjehere 3. Shumehere 4. Gjithehere

19. A mendoni se do të veproni në këtë drejtim (të hakmirreni)?

1. Po 2. Jo 3. Ndoshta

20. A keni ndonjë anëtarë të familjes të zhdukur/pagjetur PO JO

PYETËSOR I PËRGJITHSHËM MBI SHËNDETIN

Duam të dimë si ka qënë shendeti juaj në përgjithesi në muajin e fundit.Ju lutemi përgjigjuni të gjitha pyetjëve duke rrumbullakesuar përgjigjen për të cilen ju mendoni se u përgjigjet juve më së afermi.

	Në muajin e fundit:	**Përgjigjet**			
A1	Keni qenë shendosh e mirë?	*Më mirë se zakonisht*	*Si zakonisht*	*Më keq se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
A2	Keni ndier nevojen për vitamina?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
A3	Jeni ndier i/e shtypur dhe pa humor?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
A4	Jeni ndier i/e semurë?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
A5	Keni pasur dhembje koke?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
A6	Keni pasur ndjenjen e shtrengimit ose presionit në kokë?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
A7	Keni pasur periudha kur temperatura trupore ka qenë e rritur ose e ulur?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
B1	Keni pasur çrregullim të gjumit për shkak të brengave?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
B2	Zgjimi i shpeshtë naten dhe veshtiresi për të marre gjumi përseri?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
B3	Ndjenja e tendosjes se vazhdueshme ?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
B4	Ndjenja si i/e irrituar dhe pa disponim?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonishtë*	*Pak më shumë se zakonishtë*	*Shumë më keq se zakonisht*
B5	Ndiheni i frikesuar ose beni panik pa arsye ?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
B6	Ju duket sikur gjithçka bie mbi ju?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
B7	Jeni nervoz dhe i tendosur gjatë gjithe kohes	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
C1	Ishit aktiv dhe i/e zerë me punë?	*Më shumë se zakonisht*	*Si zakonisht*	*Më pak se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
C2	Ju duhet më shumë kohe	*Më shpejt*	*Si zakonisht*	*Më gjatë se*	*Shumë më gjatë*

	për të kryer punet e rendomta?	*se zakonishtë*		*zakonisht*	*se zakonisht*
C3	Ndjeni se ne përgjithesi punet i kryeni mirë?	*Më mirë se zakonisht*	*Si zakonisht*	*Më keq se zakonisht*	*Shumë më keq se zakonisht*
C4	Jeni i kenaqur më menyren se si i keni kryer detyrat tuaja?	*Më i kenaqur*	*Si zakonisht*	*Më pak se zakonisht*	*Shumë më pak se zakonisht*
C5	Keni ndjenjen se po luani rol të dobishem ne gjera?	*Më shumë se zakonisht*	*Si zakonisht*	*Më pak të padobishem se zakonisht*	*Shumë më i padobishem*
C6	Ndiheni i aftë të merrni vendime mbi gjerat qe i beni ne jeten tuaj të përditshme?	*Më shumë se zakonisht*	*Si zakonisht*	*Më pak se zakonisht*	*Shumë më i paaftë se zakonisht*
C7	A është e mundur për ju të ndieni kenaqesi ne aktivitetet e juaja të përditshme?	*Më shumë se zakonisht*	*Si zakonisht*	*Më pak se zakonisht*	*Shumë më pak se zakonisht*
D1	E mendoni veten si nje person të pavlere?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më teper se zakonisht*
D2	Keni ndjenjen se jeta është plotësisht e pashprese?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më teper se zakonisht*
D3	Keni përshtypjen se jeta nuk ia vlen të jetohet?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më teper se zakonisht*
D4	A keni menduar për mundesinë që ta vrisni veten?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më shpesh se zakonisht*
D5	A keni verejtur se ne disa raste ju nuk mund të beni asgje sepse i keni nervat e dobeta?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më teper se zakonisht*
D6	Gjetur veten duke deshiruar vdekjen dhe të jeni sa më larg nga të gjithat?	*Aspak*	*Jo më shumë se zakonisht*	*Pak më shumë se zakonisht*	*Shumë më teper se zakonisht*
D7	A ju vjen vazhdimisht ndërmend ideja qe të bëni vetvrasja?	*Definitivisht-jo*	*Nuk ma merr mendja*	*Më ka ra nder mend*	*Definitivisht-po*

Pyetësori i Harvardit mbi Traumën

PJESA E PARË: NGJARJET TRAUMATIKE

Ju lutemi tregoni nëse keni përjetuar, keni qenë dëshmitarë, ose keni dëgjuar ndonjë nga ngjarjet në vijim:

P= Përjtuar personalisht: DSH=Dëshmitar: D= Dëgjura prej të tjerëve: J=Jo

---

1. Pa kulm mbi kokë

P	DSH	D	J

---

2. Mungesë të ushqimit apo ujit.

P	DSH	D	J

---

3. I sëmurë pa mundësi për ndihmë mjekësore

P	DSH	D	J

---

4. Konfiskuar (marrë me dhunë) apo shkatërruar pasuria

P	DSH	D	J

P	DSH	D	J

5.Prezent në vende ku është zhvilluar lufta (granatuar apo sulmuar me bomba)

---

6. Shfrytëzuar si mburojë e gjallë (juve ju kanë detyruar të dilni para plumbave ndërsa vetë janë fshehur pas jush)

P	DSH	D	J

---

7. Është qëlluar (gjuajtur) në ju me snajper

P	DSH	D	J

---

8. Detyruar të largoheni nga vendi ku keni qëndruar për shkak të rrezikut

P	DSH	D	J

---

9. Goditur (rrahur) nëpër trup

P	DSH	D	J

---

10. Dhunuar

P	DSH	D	J

---

11. Keqpërdor apo nënçmuar në aspektin seksual

P	DSH	D	J

---

12. Qëlluar me thikë apo sopatë

P	DSH	D	J

---

13. Torturuar (qëllimisht ju kanë shkaktuar dhimbje fizike dhe psikike)

P	DSH	D	J

---

14. Lënduar seriozisht gjatë luftës (nga plumbi, granata, thika, mina, zjarri)

P	DSH	D	J

---

15. Burgosur

P	DSH	D	J

---

16. Detyruar me dhunë të punoni (në llogore, burgje, kampe)

P	DSH	D	J

---

17. Plaçkitur apo shantazhuar

P	DSH	D	J

---

18. Detyruar me dhunë të mendoni ndryshe (shpërlarje të trurit)

P	DSH	D	J

---

19. Detyruar të fshiheni

P	DSH	D	J

---

20. Kidnapuar

P	DSH	D	J

---

21. Detyruar të ndaheni nga familja juaj

P	DSH	D	J

---

22. Detyruar të mbledhni dhe varrosni kufomat

P	DSH	D	J

---

23. Izoluar me dhunë nga anëtarët e familjes

P	DSH	D	J

---

24. Prezent gjersa dikush e ka bastisur shtëpinë tuaj apo vendin ku keni jetuar

P	DSH	D	J

---

25. Detyruar të këndoni këngë të armiqësore

P	DSH	D	J

---

26. Dikush ka qenë i detyruar të iu tradhëtoj dhe në këtë mënyrë ju ka vendosur në rrezik për jetë apo lëndim

P	DSH	D	J

27.Detyruar të qëndroni në shtëpi për shkak të rrezikut jashta shtëpisë

P	DSH	D	J

---

28. Nuk ju kanë lejuar të varrosni të vdekurit

P	DSH	D	J

---

29. Detyruar t'i shëmtoni apo shkatërroni kufomat apo varrezat e personave të vdekur

P	DSH	D	J

---

30. Detyruar t'i lëndoni fizikisht anëtarët e familjes apo shokët

P	DSH	D	J

---

31. Detyruar të lëndoni fizikisht ndonjë person tjetër

P	DSH	D	J

---

32. Detyruar të shkatërroni pasurinë e huaj

P	DSH	D	J

---

33. Detyruar të tradhëtoni ndonjë anëtarë të familjes apo shok, që pastaj ka mund të vritet apo lëndohet

P	DSH	D	J

---

34. Detyruar të tradhëtoni ndonjë person tjetër, i cili për shkak të kësaj tradhëtia ka mund të vritet apo lëndohet

P	DSH	D	J

---

35. Vrasje apo vdekje e dhunshme të burrit/gruas

P	DSH	D	J

---

36. Vrasje apo vdekje e dhunshme të djalit/vajzës

P	DSH	D	J

---

37. Vrasje apo vdekje e dhunshme të anëtarit të familjes apo shokut/shoqes

P	DSH	D	J

---

38. Zhdukje apo kidnapim të burrit/gruas

P	DSH	D	J

---

39. Zhdukje apo kidnapim të djalit/vajzës

P	DSH	D	J

---

40. Zhdukje apo kidnapim të ndonjë anëtari të familjes apo shokut/shoqes

P	DSH	D	J

---

41. Ndonjë anëtarë i familjes apo shok/shoqe është lënduar shumë në luftë apo për shkak se ka shkelur në fushë të minuar

P	DSH	D	J

---

42. Njerëz duke u goditur (rrahur) në kokë apo trup

P	DSH	D	J

43.Njerëz duke u torturuar

P	DSH	D	J

---

44. Vrasje të njerëzve

P	DSH	D	J

---

45. Dhunim dhe maltretim seksual të njerëzve

P	DSH	D	J

46. Ndonjë situatë tjetër që ju ka bërë të ndjeheni shumë

P	DSH	D	J

të frikësuar apo keni ndier vetën në rrezik për jetë:

Përshkruajeni:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PJESA E DYTË: PËRSHKRIMET PERSONALE

Ju lutemi tregoni ngjarjet më të dhimbshme ose më të tmerrshme që i keni përjtura gjatë luftës, (nëse po – ju lutemi tregoni saktësisht ku dhe kur ju ka ndodhur kjo).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PJESA E TRETË: SIMPTOMAT (SHENJAT) E TRAUMËS

Në vijim pyetësori përmban simptomat që paraqiten tek nejrëzit të cilët kanë përjetuar ngjarje të dhimbshme (rrezikshme) apo tmerrshme në jetën e tyre. Ju lutemi lexojeni secilën pyetje me kujdes dhe tregoni sa ju kanë munduar këto simptoma në javën e kaluar?

---

1. Kujtime apo mendime të shpeshta të ngjarjeve të dhimbshme apo tmerrshme.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

2. Ndjenja se ngjarja po ndodh sërish.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

3. Ankthe të natës të shpeshta.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

4. Ndjenja e tërheqjes ose izolimit nga njerëzit.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

5. Nuk ndjeni emocione

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

6. Jeni i tensionuar dhe lehtë frikësoheni.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

7. Vështirësi në koncentrim.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

8. Gjumë të çrregulluar.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

9. Ndjenja se gjithnjë duhet të jeni në gjendje gatishmërie.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

10. Ndjenja e iritimit ose keni shpërthime të papritura të zemërimit.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

11. I shmangeni aktiviteteve që ju përkojtojnë ngjarjet e dhimbshme apo tmershme.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

12. Nuk ju kujtohen pjesët e ngjarjes traumatike.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

13. Më pak i interesuar për aktivitetet e përditshme.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

14. Ndjeheni se nuk keni ardhmëri

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

15. I'u shmangeni mendimeve ose ndjenjave që janë të lidhura me ngjarjet e dhimbshme apo traumatic

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

16. Reagim i papritur emocional apo fizik kur të përmendet ngjarja traumatike apo e dhimbshme.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

17. Ndjenja se njerëzit nuk ju kuptojnë se çka ka ju ka ngjarë juve.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

18. Vështirësi në kryerjen e punëve ose detyrave të përditshme.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

19. Fajësim të vetvetës për gjërat që kanë ndodhur

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

20. Ndjenja e fajit që keni shpëtuar

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

21. I pa shpresë

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

22. Ndjenja e turpit për vuajtjet dhe torturat që keni përjetuar

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

23. Mendoni tërë kohën pse ju kanë ndodhur këto juve

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

24. Ndjenja se po çmendeni

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

25. Ndjenja se vetëm ju i keni përjetuar këto ngjarje

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

26. Ndjenja se të tjerët janë armiqësor ndaj juve

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

27. Ndjenja se nuk keni askend që të mbështeteni

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

28. Keni kuptuar ose ju kanë thënë të tjerët se në të kaluarën keni bërë diçka që tani nuk ju kujtohet.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

29. Ndjenja se jeni ndarë në dy personalitete dhe se njëri prej tyre po e shiqon tjetrin se çka po bën.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

30. Ndjenja se dikush që ju i besoni ju ka tradhtuar.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

Hopkins Lista kontrolluese e simptomave

Në këtë pyetësor janë paraqitur disa simptoma apo probleme që njerëzit mund t'i kenë ndonjëherë. Ju lutemi lexoni një nga një me kujdes dhe vendosni se sa ju kanë munduar këto simptoma NË JAVËN E FUNDIT DUKE PËRFSHIRË EDHE DITËN E SOTME. Rrumbullaksoni përgjigjen që i përgjigjet gjendjes suaj.

PJESA E PARË: SIMPTOMAT E ANKSIOZËS

---

1. Frkësoheni përnjëherë/papritmas po ndonjë arsye.

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

2. Ndjeheni tërë kohën i fikësuar

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

3. Ju bie të fikët, keni marramendje apo plogështi

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

4. Jeni nervoz apo keni shqetësim të brendshëm

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

5. Të rrahura të shpejta të zemrës

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

6. Dridhje të trupit

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

7. Ndjeheni i tensionuar

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

8. Kokëdhimbje

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

9. Sulme të frikës shumë të madhe apo të panikut

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

10. Ndjeheni jo i qetë (nuk ju zihet vendi vend)

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

PJESA E DYTË: SIMPTOMAT E DEPRESIONIT

---

1. Ndjeheni se nuk keni energji, jeni i ngadalshëm

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

2. E fajësoni vetvetën për gjëra

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

3. Shumë letë qani (ja plasni vajit)

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

4. Keni humbur interesin apo kënaqësinë seksuale

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

5. Keni apetit të dobët

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

6. Gjumë të çrregulluar

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

7. Nuk keni shpresa për të ardhmen

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

8. Ndjeheni i mërzitur .

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

9. Ndjeheni i vetmuar

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

10. Keni mendime për t'i dhënë fund jetës suaj

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

11. Ndiheni i kurthuar apo tradhëtuar

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

12. Brengosni shumë për gjëra

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

13. Ndjeheni se asgjë nuk është interesante për juve

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

14. Ndjeheni se gjithçka ju shkakton ngarkesë

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

---

15. Ndjeheni i pavlefshëm

Aspak	Pak	Mjaft	Shumë

Ju feleminderit shumë për kohën, pjesmarrjen dhe kontributin tuaj për këtë hulumtim!

Anhang 6: Auszüge aus dem Gespräch mit dem Untersuchungsteilnehmer.

Kommentar: Die richtigen Namen und die genaueren soziodemographische Daten der Teilnehmer wurden aufgrund der Anonymität verändert.

Auszüge aus dem Gespräch mit Arta, die aus einem Dorf in der Nähe der Stadt Gjakovo kommt und 35 Jahre alt ist:

„Der 28 Mai 1999 war der letzte Tag, an dem ich meienn geliebten Mann zum letzten Mal sah. Ich war im 9 Monat schwanger und die Wehen haben an diesem Tag begonnen. Da es zu riskant wa,r mit meinem Mann gemeinsam ins Krankenhaus zu fahren, habe ich mich mit meiner Schwiegermutter auf den Weg gemacht [...] Wir wurden, wie vermutet, von der serbischen Polizei aufgehalten [...] Sie sagten, wir sollten uns ausziehen, weil sie vermuteten, dass wir Waffen an unseren Körpern verstecken [...] Sie haben begonnen uns mit Füßen und Fäusten zu treten und haben uns mit Messern die Kleider weggerissen [...] Als sie gesehen haben, dass ich wirklich schwanger bin und keine Waffen in meinem Bauch verstecke, haben sie uns frei gelassen. Ich hatte solche Schmerzen, konnte nicht mehr gehen. Ich wusste aber, dass ich, wenn ich nicht stark bleibe, mein ungeborenes Kind nie sehen werde. Es hat begonne,n dunkel zu werden und wir waren immer noch nicht im Krankenhaus. Das Geräusch der Schüsse und die Schreie der Serben waren so laut. Ich hatte nur noch Angst. Angst um meine zwei älteren Kinder, die ich zu Hause mit ihrem Vater gelassen habe. Was ist, wenn sie meine Kinder und meinen Mann töten- dieser Gedanke quälte mich die ganze Zeit. Irgendwann war der längste Weg meines Lebens zu Ende und wir erreichten das Krankenhaus. Sobald wir da waren, brachte ich meine Tochter zur Welt. Meine Schiegermutter durfte nicht länger im Krankenhaus bleiben und musste zu unserem Haus zurückkehren. Seit diesem Zeitpunkt habe ich für eine sehr lange Zeit nichts mehr von meiner Familie gehört. Ich wusste nicht, ob sie Tod oder noch am Leben waren. Ich war die ganze Zeit im Krankenhaus und hab den anderen geholfen. Jeden Tag habe ich vergeblich auf Nachrichten gewartet. Nachdem der Krieg zu Ende war, führte ich ein Telefonat mit meinre Schwiegermutter- ich wollte nur wissen, wie es meinen Kindern geht- habe in dem Moment gar nicht an meinen Mann gedacht- als sie sagte, dass es den Kinder gut geht und dass sie schon am nächsten Tag in den Kosovo zurückkehren werden, war ich die glücklichste Frau der Welt [...] Als das Telefonat zu Ende war, habe ich bemerkt, dass ich nur mit meiner Schwiegermutter gesprochen habe und nicht mit meinem Mann. Ich fragte mich, warum er nicht angerufen hat. [...] Als meine Familie

im nächsten Tag aus Albanien zurückgekommen ist, merkte ich, dass mein Man gar nicht mit dabei war. Die Kinder sagten: „Mama, Papa wurde von den Serben ermordet!“ Meine Welt brach zusammen, ich konnte nicht mehr reden, nicht mehr gehen, mein Körper zitterte [...] Nachdem ich mich einigermaßen beruhigt hatte, wollte ich genau wissen, wie es passiert ist. Meine Schwiegereltern haben mir alles im Detail erzählt. Sie mussten mit ansehen, wie ihr Sohn, mein Man, vor ihren Augen gedemütigt, geschlagen und schließlich ermordet wurde [...] Bevor er und andere Männer aus unseren Dorf ermordet wurden, waren sie u.a. gezwungen, feindselige Lieder zu singen und zu sagen, dass der serbische Präsident der beste auf dieser Welt ist [...] Ich denke jeden Tag an ihn, an unsere gemeinsame Zeit und an unsere Liebe“

Auszüge aus dem Gespräch mit Jeta, die aus einem Dorf in der Nähe der Stadt Gjakovo kommt und 66 Jahre alt ist:

„Ich kann nicht schlafen, nicht essen, nicht trinken...bei allem was ich mache, habe ich so schreckliche Schuldgefühle. Jede Minute denke ich an meine vier Söhne und an meinem Mann. Es war April, als die serbische Armee zu uns kam und unser aller Leben zerstört habt. Es war vier Uhr Morgens, als sie schreiend kamen und uns aus der Haus geworfen haben. Sie haben so oft in der Luft geschossen- ich dachte sie wollen uns nur Angst machen und werden uns nicht töten. Sie haben meine Söhne und meinen Mann auf die Knie gezwungen, während sie sie mit Pistolen bedroht haben. Sie haben begonnen, meinen älteren Sohn auf den Kopf zu schlagen. Uns Frauen und Kinder haben sie mit einer Schnur gefesselt. Meine kleinste Enkelin konnte sich befreien, ist zu dem serbischen Soldaten gegangen und hat ihn gebeten aufzuhören. Der Soldat war noch wütender und begann die Kleine zu schlagen. Sie kann heute nicht mehr richtig gehen, weil sie seitdem eine physische Behinderung hat [...] Die Serben haben begonnen, unser Haus zu verbrennen und haben die Männer gezwungen in einem Wagen einzusteigen. Ich kann mich ganz genau an die Blicke meiner Söhne erinnern. Ich frage mich die ganze Zeit - warum haben sie nicht mich mitgenommen und meine Söhne leben lassen? Was haben wir den Serben angetan, um sowas zu verdienen? Warum muss ich mit ansehen wie meine Enkel ohne ihren Vater aufwachsen? ich finde aber leider keine Antworten. Als ich nach dem Kriegsende aufgerufen wurde um die Körper meiner Söhne und den meines Mannes zu identifizieren, habe ich von den Experten erfahren, dass meine

Allerliebsten bevor sie ermordet wurden, massakriert wurden [...] Ich habe kein Leben mehr, ich bin nur mit meinem Körper am Leben, mit meinem Herz bin ich bei meinen Söhnen [...] ich bete jeden Tag zu Gott, dass er meine Enkel und meine Schiegertöchter von allen schlimmen dinge dieses Lebens beschützt"

Auszüge aus dem Gespräch mit Blerta, die aus einem Dorf in der Nähe der Stadt Gjakovo kommt und 28 Jahre alt ist:

„ Ich kann mich ganz wenig an den Krieg erinnern, nur wenn ich schlafe, habe ich so schreckliche Alpträume, ich bin mir unsicher ob das wirklich passiert ist oder ob es nur ein Traum war. Auf der einen Seite ist es so real, auf der anderen Seite kann ich mir gar nicht vorstellen, dass das, was ich träume, wahr ist [...] Ich kann mich erinnern, wie ich und meine ganze Familie mit Gewalt aus unserem Haus vertrieben wurden. Wir sollten uns auf den Weg nach Albanien machen, da Albanien unsere Heimat wäre und nicht der Kosovo. Die Serben waren so brutal zu uns, sie wollten, dass wir singend unser Haus verlassen. Sie haben meinen Vater und meine zwei Brüder die ganze Zeit geprügelt. Ich hatte Angst, dass jemand aus meiner Familie ermordet wird. Sie haben mich mitgenommen und ich war auf einmal bewusstlos [...] Ich kann mich ab diesem Zeitpunkt an nichts mehr erinnern. Als ich aufgewacht bin, war ich schon in Albanien. Ich habe nur gesehen wie meine Mutter und meine Schwestern geweint haben, ich fragte was passiert ist - sie antworteten nicht. Sie haben nur gefragt wie es mir geht- ich sagte, dass es bei mir alles ok ist, sie weinten aber weiter und waren so besorgt um mich. Ich habe gesehen, dass alle Familienmitglieder am Leben sind und war die glücklichste Frau auf dieser Welt. Ich fragte mich aber warum alle so besorgt um mich sind, mir fehlte schließlich nichts [...] Dann begannen diese schreckliche Alpträume, in denen ich von diesen Serben, die mich mitgenommen haben, vergewaltigt werde. Ich verliere immer wieder mein Bewusstsein, wenn ich diese Träume habe. Meine Familie sagt, dass ich oft in der Nacht laut schreie und dass ich immer mit den Zähnen knirsche und zittere. Wenn ich aufwache, kann ich mich aber an all das nicht mehr erinnern. Ich frage mich die ganze Zeit - warum habe ich diese Alpträume? Warum kann ich mich nicht an so viele Sachen nicht erinnern?“

LITERATURVERZEICHNIS

Ai, A. L., Peterson, C., & Ubelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 157-160.

Alleweldt, R. (1996). *Schutz vor Abschiebung bei drohender Folteroder unmenschlicher oder erniedringer Behandlung oder Strafe.* Berlin: Springer.

Amnesty International. (1984). *Wer der Folter erlag.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Ball, P., Betts, W., Scheuren, F., Dudukovich, J., & Asher, J. (3. März 2002). *Killings and Refugee Flow in Kosovo March - June 1999*. Abgerufen am 29. Mai 2012 von http://shr.aaas.org/kosovo/icty_report.pdf

Basoglu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančišković, T., Suljić, E., Đurić, D., & Vranešić, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia. *American Medical Association*, 580-590.

Bell, O., Oruc, L., Spratt, K. (2000). The effects of war trauma in Bosnian female civilians: A study description. In Powell, S. & Durakovic-Belko, E. (Eds.), *Sarajevo 2000: The psychosocial consequences of war. Results of empirical research from the territory of former Yugoslavia*. Sarajevo: UNICEF.

Bendiek, A. (2004). *Der Konflikt im ehemaligen Jugoslawien und die Europäische Integration.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 243–258.

Birbaumer, N., & Schmidt, R. F. (2006). *Biologische Psychologie.* Heidelberg: Springer Medizin.

Birck, A. (2004). Politische Verfolgung und Folter- Folgen und Behandlungsansätze. In: A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M.Steinbauer & D. Vyssoki (Hrsg.), *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung* (S.159-170). Wien: Springer.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist*, 20-28.

Bonanno, G. A., & Galea, S. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 671–682.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Springer: Heidelberg.

Boss, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung.* Göttingen: Hogrefe.

Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma:The posttraumatic stress disorder–major depression connection. *Society of Biological Psychiatry*, 902-909.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 748-766.

Brick, A. (2004). Politische Verfolgung und Folter- Folgen und Behandlungsansätze. In P. H.-S. Friedmann, *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 159-170). Wien: Springer.

Dahl, S., Mutapcic, A., & Schei, B. (1998). Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced bosnian women in a war zone. *Journal of Traumatic Stress, 11*, S. 137-145.

Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D., Eddleman, H. C., & Alarcon, R. D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 336-346.

De Wind, E. (1992). Begegnung mit dem Tod. In: G. Hardtmann (Hrsg.), *Spuren der Verfolgung. Seelische Auswirkungen des Holocaust auf die Opfer und ihre Kinder*(S.32-55). Gerlingen: Bleicher.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch diagnostische Leitlinien*. *7. Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber.

Džihić, V., & Kramer, H. (2009). *Der unabhängige Kosovo im Herbst 2009. Kann die EULEX-Mission ihre Aufgaben erfüllen?* Retrieved from Friedrich-Ebert-Stiftung, International Policy Analysis, Division for International Dialogue website: http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/06746.pdf

Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung.* Hogrefe: Göttingen.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 319-345.

Ehlert, U., D.Wagner, Heinrichs, M., & Heim, C. (1999). Psychobiologische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*, 773–779.

Ekblad, S., Prochazka, H., & Roth, G. (2002). Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 30-36.

Engdahl, B. E., Speed, N., Eberly, R. E., & Schwartz, J. (1991). Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisioners of war. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181-187.

Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J., & Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy:mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 79–96.

Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toscani, L., Deroo, L., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2004). Determinants of postconflict symptoms in albanian kosovars. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 664-671.

Eytan, A., Guthmiller, A., Loutan, S. D.-P., Loutan, L., & Gex-Fabry, M. (2011). Mental and physical health of Kosovar Albanians in their place of origin: a post-war 6-year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 953–963.

Eytan, A., Toscani, L., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2006). Posttraumatic stress disorder and the use of general health services in postwar Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 57–67.

Field, A. (2006). *Discovering statistics using SPSS. And sex, drugs and rock'n'roll* (2nd rev. ed.). London: Sage.

Firoz, B., Nawaz, H., Jekel, J., & Ahmadi, R. (2001). Psychiatric morbidity associated with human rights abuses in East Timor. *Yale East Timor Project*. Retrieved from Yale University, Genocide Studies Program, Yale East Timor Project website: http://www.yale.edu/gsp/east_timor/

Fischer, G., & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München; Basel: Ernst Reinhardt.

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

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., L.Reddemann, Siol, W. Woller, & E.R.,Petzold, (2001,2004). *Posttraumatische Belastungsstörung.* Stuttgart, Germany: Schattauer.

Flatten, G., Hoffmann, A., Redemann, L., & Liebermann, P. (2001,2004). Ätiopathogenetische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R.Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 71-84). Stuttgart: Schattauer.

Flatten, G., Redemann, L., Wöller W., & Hofmann A. (2001,2004). Therapie der Posstraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R.Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 104-142). Stuttgart: Schattauer.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 20-35.

Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Reviews Psychology*, 449–480.

Friedmann, A. (2004). Allgemeine Psychotraumatologie. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M.Steinbauer, & D. Vyssoki, *Psychotrauma. Die Posstraumatische Belastungsstörung* (S. 5-37). Wien: Springer.

Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M., & Vysoki, D. (2004). *Psychotrauma: Die Posttraumatische Belastungsstörung.* Wien: Springer.

Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. A. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD. Science and Practice.* New York: The Guilford Press.

Gäbler, I., Maercker, A., & Schützwohl, M. (2008). *Langzeitfolgen politischer Inhaftierungen in der DDR. Eine Folgestudie zur Dresdner Untersuchung.* Zürich: Abteilung Psychopathologie und Klinische Intervention.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological sequale of the september 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 982-987.

Galley, N., Fischer, G., & Hofmann, A. (2000). Psycho-biologische Grundlagen von Traumanachwirkungen. *Psychotraumatologie 1*(1): 6. doi: 10.1055/s-2000-8057

Giefer, P. (2010). *Kosovo.* Berlin: Trescher.

Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 249–257.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 139-145.

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & C.Gleser, G. (1989). Multiple diagnosis in posstraumatic stress disorder. The role of war stressors. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 329-335.

Grillon C, Southwick SM, Charney DS (1996). The psychobiological basis of posttraumatic stress disorder. Mol Psychiatry 1:278-297.

Gröschen, C. (2008). *Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration.* Stuttgart: Ibidem.

Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden.* Paderborn: Junfermannsche.

Hirsch, M. (2004). *Psychoanalytische Traumatologie- Das Trauma in der Familie.* Stuttgart, Germany: Schatauer GmbH.

Human Rights Education Associates. (2009). *The global human rights education network*. Abgerufen am 26. Mai 2012 von http://www.hrea.org/index.php?base_id=104&language_id=8&erc_doc_id=4770&category_id=38&category_type=3&group=

Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, S. 36–47.

Jong, J. T., Komproe, I. H., Ommeren, M. V., Masri, M. E., Araya, M., Khaled, N., . . . Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *American Medical Association.*, 555-562.

Kahn, M. M. (1974). Das kumulative Trauma. In M. M. Kahn, *Selbsterfahrung in der Therapie* (S. 50-70). München: Kindler.

Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 185–196.

Keilson, H. (1992). Sequentelle Traumatisierung bei Kindern. In G. Hardtmann, *Spuren der Verfolgung. Seelische Auswirkungen des Holocaust auf die Opfer und ihre Kinder* (S. 69-79). Gerlingen: Bleicher.

Keilson, H. (1999). Sequentelle Traumatisierung bei Kindern durch >>man- made- disaster<<. In A. Friedmann, E. Glück, & D. Vyssoki, *Überleben der Shoah- und danach* (S. 109-126). Wien: Picus.

Keller, G. (1981). *Die Psychologie der Folter.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1048-1060.

Litz, B. T.,& Maguen, S.(2007). Early intervention for trauma. In: M. Friedman, T. Keane & P. Resick (Hrsg.). *Handbook od PTBS: Science and Practice* (S. 306-329). New York: Guilford Press.

Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C. A., & Agani, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of kosovar albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 351–360.

Lopez Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of kosovar albanians,following the war in Kosovo. *American Medical Association*, 569-577.

Lueger- Schuster, B. (2004). Trauma- aus der Sicht der Psychologie. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. L. Schuster, M. Steinbauer, & D. Vysoki, *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 49-58). Wien: Springer.

Maercker, A. (1997; 2003). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen* (2. Auflage Ausg.). Berlin: Springer.

Maercker, A. (2009). Lebensrückblicksinterventionen als wirksame Aletrs- psychotherapietechniken. *Ärztliche Psychotherapie*, 1-7.

Maercker, A. (2009). *Posttrautamtische Belastungsstörungen* (3. Auflage Ausg.). Heidelberg: Springer Medizin.

Maercker, A., & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 345–351.

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

Maercker, A., Michael T (2009). Die Posttraumatische Belastungsstörungen. In Schneider, M. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.106-124). Heidelberg: Springer Medizin.

Maercker, A., & Bromberger, F. (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*. Abgerufen am 30. Mai 2012 von http://www-neu.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005_32_2.pdf

Miller, K.E., Weine, S.M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z.D., Smajkic, A. et al. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to the level of psychosocial distress among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 377–387.

Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 111-116.

Morina, N., & Collani, G. v. (2006). Impact of war-related traumatic events on self-evaluation and subjective well-being. *Traumatology*, 130-138.

Morina, N., & Ford, J. D. (2008). Complex sequale of psychological Trauma among kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 425–436.

Morina, N., Ford, J. D., Risch, A. K., Morina, B., & Stangier, U. (2010). Somatic distress among Kosovar civilian war survivors:relationship to trauma exposure and the mediating role of experiential avoidance. *Soc Psychiat Epidemiol*, 1167–1177.

Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe.* Wien: Springer.

Müller, J., & Maercker, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTB bei Kriminalitätsopfern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49–58.

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Dias, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 Disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, 207-239.

Nuscheler, F. (1995). *Inetrnationale Migration. Flucht und Asyl.* Opladen: Leske+Budrich.

Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 274-281.

Pennebaker, J. W., & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and emotion*, 601-626.

Pennebaker, J. W., D.Barger, S., & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 577-589.

Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans. *Arch Gen Psychiatry*, 518-528.

Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. (1993). Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture. A retrospective series. *The British Journal of Psychiatry*, 55-59.

Rauert, F. (1999). *Das Kosovo. Eine völkerrrechtliche Studie.* Wien: Braumüller.

Reimann S., Hammelstein P. (2006) Ressourcenorientierte Ansätze. In: Renneberg, B., &

Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie* (13-28). Heidelberg: Springer Medizin.

Renneberg, B., & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie.* Heidelberg: Springer Medizin.

Resnick, H. S., G.Kilpatrick, D., Best, C. L., & Kramer, T. L. (1992). Vulnerability- stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervousand mental*, 424-430.

Roth, G., Ekblad, S., & Ågren, H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European Psychiatry*, 152–159.

Roth, G., Ekblad, S., & Prochazka (2009). A study of aggression among mass-evacuated Kosovo Albanians. *Torture*, 227-237.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 455-475.

Rothbaum B.O., Foa E.B.,& Hembree E.A. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen. In Maercker A. (Hrsg.) *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* (76-90). Springer, Berlin.

Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schneider, M. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie.* Heidelberg: Springer.

Seligman, M. E. (1975). *Helplessness. On depresion, development and death.* San Francisco: Freeman and Company.

Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, S. 200-207.

Singer, S., & Brähler, E. (2007). *Die <<Sense of Coherence Scale>> Testhandbuch zur deutschen Version.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Siol, T., Flatten, G., & Wöller, W.(2001,2004). Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R.Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S.51-69). Stuttgart: Schattauer.

Steil, R., & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 537-558.

Steil R., Ehlers A., & Clarck D.M. (1997, 2003). Kognitive Aspekte bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In Maercker A. (Hrsg.) *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* (92-105). Springer, Berlin.

Strauss, K., Dapp, U., Anders, J., Renteln-Kruse, W. v., & Schmidt, S. (2010). Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress;depression and general health perception: Displaced former World War II children in late life. *Journal of Affective Disorders*, 267–276.

Ströhle, A. (2003). Die Neuroendokrinologie von Stress und die Pathophysiologie und Therapie von Depression und Angst. *Nervenarzt*, 279-292.

Teegen, F., & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 112-124.

UNCHR. The UN Refugee Agency. (24. März 2009). *Asylum levels and trends in industrialized countries*. Abgerufen am 28. Mai 2012 von http://www.unhcr.org/statistics/STATISTICS/49c796572.pdf

UNCHR. The Un Refugee Agency. (15. Juni 2010). *2009. Global Trends. Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced and stateless persons*. Abgerufen am 26. Mai 2012 von http://www.unhcr.org/4c11f0be9.html

UNCHR. The UN Refugee Agency. (2010). *Weltflüchtlingszahlen 2010*. Abgerufen am 29. Mai 2012 von http://www.unhcr.at/presse/nachrichten/artikel/8029f58cb1bbe530c1c597c6d6978577/weltfluechtlingszahlen-2010.html

UNCHR. The UN Refugee Agency. (Juni 2011). *Global Trends 2010*. Abgerufen am 28. Mai 2012 von http://www.unhcr.at/fileadmin/user_upload/dokumente/06_service/zahlen_und_statistik/UNHCR_GLOBAL_TRENDS_2010.pdf

UNCHR. The UN Refugee Agency.Austria. (Dezember 2003). *Handbuch über Verfahren und Kriterien zur Feststellung der Flüchtlingseigenschaft gemäß dem Abkommen von 1951 und dem Protokoll von 1967 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge*. Abgerufen am 27. Mai 2012 von http://www.unhcr.org/refworld/docid/4023d8df4.html

Vyssoki, D., & Tauber, T. (2004). Intervention und Psychotherapie. In P. H.-S. A. Friedmann, *Psychotrauma. Die Posstraumatische Belastungsstörung* (S. 107-111). Wien: Springer.

Weine, S. M., Becker, D. F., Vojvoda, D., Hodzic, E., Sawyer, M., Hyman, L., . . . McGlashan, T. H. (1998). Individual change after genocide in bosnian survivors of “Ethnic Cleansing”: Assessing personality dysfunction. *Journal of Traumatic Stress*, 147-153.

Weithman, M. W. (1995). *Balkan- Chronik. 2000 Jahre Zwischen Orient und Okzident .* Graz: Styria.

Wenzel, S. (2005). *Das Kosovo entdecken.* Berlin: Trescher.

Wenzel, T., Rushiti, F., Aghani, F., Diaconu, G., Maxhuni, B., & Zitterl, W. (2009). Suicidal ideation, post-traumatic stress and suicide statistics in Kosovo. *Torture*, 238-247.

Yehuda, R. (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. *Annals New York Academy of Sciences*, 57-75.

Zakin, G., Solomon, Z., & Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences*, 819–829.

Zöllner, T., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. In A. Maercker, & R. Rosner, *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 36-42). Stuttgart: Thieme.

Curriculum Vitae

Persönliche Angaben:

Name:	Mimoza Zajmi Duraku
Geburtstag:	20.08.1986
Geburtsort:	Gjakove, Kosovo
Nationalität:	Albanerin
Familienstand:	Verheiratet

Ausbildung:

2005 – 2012	**Universität Wien** Studium der Psychologie
2004 – 2005	**Universitätslehrgang** Ergänzungsprüfung Deutsch Vorstudienlehrgang
2000 – 2004	„**Hajdar Dushi“ Gymnasium, Gjakove (KO)**
1996 – 2000	**„Mustafa Bakija“ Hauptschule, Gjakove (KO)**
1992 – 1996	**„Mustafa Bakija“ Volksschule, Gjakove (KO)**

Berufliche Erfahrung:

11/2008 –01/2009	„**Haus der Frauen“, Hollabrunn** Beschäftigt als Dolmetscherin
05/2010 – 07/2010	Praktikum im Ausmaß von 240 Stunden im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum Tagesklinik Pavillon 19/3 3. Psychiatrische Abteilung

Eidesstattliche Erklärung

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde vorlag. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im Juli 2012 _____

Mimoza Zajmi Duraku