



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Das Resilienzkonzept in Hinsicht auf Vulnerabilitäten,
Schutz- und Risikofaktoren im Kontext der
Traumaforschung und der implizierten psychischen
Folgestörungen

Verfasserin

Andrea Sonnleitner, Bsc.

Angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1. Einleitung	3
2. Methode	6
3. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand	7
3.1. <i>Traumata</i>	7
3.1.1. Traumadefinitionen und Traumaklassifikationen	7
3.1.2. Reaktionen	8
3.1.3. Entstehung von Traumafolgestörungen	9
3.1.3.1. Multifaktorielles Rahmenmodell	9
3.1.3.2. Weitere Erklärungsmodelle	12
3.1.4. Traumafolgestörungen – Psychische Störungen	13
3.1.4.1. Posttraumatische Belastungsstörung	13
3.1.4.2. Akute Belastungsstörung	15
3.1.4.3. Anpassungsstörung	16
3.2. <i>Resilienz</i>	17
3.2.1. Definition	17
3.2.2. Resilienzforschung	19
3.2.2.1. Die Kauai Studie	19
3.3. <i>Resilienz und Traumata</i>	20
3.3.1. Das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell (RSB-Modell)	20
3.3.2. Ressourcen-Konservierungs-Theorie	24
3.3.3. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	32
4. Conclusio und Diskussion	47
5. Literaturverzeichnis	50
6. Abbildungsverzeichnis	58

Abstract

Um das Resilienzkonzept in Hinsicht auf Vulnerabilitäten, Schutz- und Risikofaktoren im Kontext der Traumaforschung und der implizierten psychischen Folgestörungen zu analysieren, wurde in der Mediensuchmaschine, den Bibliothekskatalogen und der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der Universität Wien sowie in den Datenbanken PubMed, Scopus, Medline und PsychInfo recherchiert. Durch Kombinationen diverser Schlüsselwörter, wie zum Beispiel „Trauma“, „Resilienz“, „Risiko- und Schutzfaktoren“, „Psychische Störungen“ und „Ressourcen“, wurden folgende Ergebnisse gefunden: Traumatische Ereignisse können unter den falschen Konditionen in Abhängigkeit von Risiko- und Schutzfaktoren zu psychischen Störungen führen. Die Entwicklung und der Verlauf von posttraumatischen psychischen Krankheitssymptomen stehen in einer engen wechselseitigen Abhängigkeitsbeziehung mit dem Konzept der Resilienz. Dieses ist unter anderem durch subjektive Erfahrungen innerhalb der Lebensspanne sowie durch internale und externale Ressourcen geprägt. Es werden die Vulnerabilitäten eines Individuums anhand verschiedener Komponenten bezüglich der Konsequenzen hinsichtlich resilienten Fertigkeiten erörtert und der Zusammenhang zwischen belastenden stressauslösenden Stimuli und den resilienten beziehungsweise posttraumatischen negativen Reaktionen anhand von maßgeblichen Studien und Forschungsansätzen aufgezeigt.

Abstract

To analyze the concept of resilience in terms of vulnerabilities, protective and risk factors in the context of trauma research and implicit psychological stress disorders, there has been research in media search engines, the library catalogues and electronic journals library of the University of Vienna as well as in the databases PubMed, Scopus, Medline and Psych Info. By combinations of various keywords such as "trauma", "resilience", "risk and protective factors", "mental disorders" and "resources" the following results were achieved: Traumatic events can cause mental disorders on the basis of wrong preconditions, depending on risk and protective factors. The development and the history of post-traumatic psychological symptoms are in a closely interdependent relationship with the concept of resilience. This is among others characterized by subjective experiences within the life span as well as

through internal and external resources. The vulnerabilities of an individual on the basis of various components are discussed with regard to the consequences in terms of resilient skills and the connection between burdening stressful stimuli and the resilient, and alternatively, the posttraumatic negative reactions based on significant studies and research approaches is demonstrated.

1. Einleitung

Sowohl im Bereich der Forschung der Psychotraumatologie als auch im Gebiet der Resilienzforschung wurden in den letzten Jahrzehnten beträchtliche Fortschritte bezüglich eines adäquateren Verständnisses erzielt. Nachdem ein starker Zusammenhang zwischen Resilienz und dem Umgang mit und der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen besteht, beinhaltet die vorliegende Arbeit einen umfassenden Überblick über die Entstehung von Traumafolgestörungen, das Konzept der Resilienz und verschiedene Ansätze, beide Komponenten anhand diverser Modelle in Interaktion zu setzen. Die Zielsetzung besteht darin, das Resilienzkonzept in Hinsicht auf Vulnerabilitäten, Schutz- und Risikofaktoren im Kontext der Traumaforschung und der implizierten psychischen Folgestörungen zu analysieren.

Traumata können zum einen als Vorkommnisse, die kurz oder lang andauern können und mit einer extremen Bedrohlichkeit und subjektiv wahrgenommenen Gefährdung einhergehen, definiert werden, und zum anderen beschreibt man sie als abrupte und unverhoffte Spaltung des physischen und psychischen Bewusstseins, indem eine plötzliche Invasion äußerer Einflüsse innerhalb des psychischen Systems zustande kommt (Dilling & Freyberger, 2013; Wöller, 2006). Es wird nach den Definitionen im weiteren Verlauf auf die unterschiedlichen Kategorien von traumatischen Erfahrungen, die verschiedenen Trauma-Typen sowie auf die jeweiligen Reaktionsmuster eingegangen. Die diversen Reaktionsmuster nach traumatischen Erlebnissen, die eine posttraumatische Symptomatik bedingen können, stehen stark im Zusammenhang mit Stressoren, die sich durch eine Störung des physischen und psychischen Gleichgewichts auf das gesamte System auswirken (Resick, 2003). Die Auswirkungen des Reaktionsmusters, die Entstehung von Traumafolgestörungen sowie die exakten Bedingungen und Ursachen diesbezüglich wurden im Zeitraum der letzten Jahre kontinuierlich erörtert (Friedman, Resick, & Keane, 2007). Neben der Anführung des multifaktoriellen Rahmenmodells wird in der Arbeit auch dargelegt, wie Gedächtnismodelle sowie kognitive Modelle die Entstehung von Traumafolgestörungen zu begründen vermögen (Maercker, 2009).

Innerhalb des Abschnitts Traumafolgestörungen wird Bezug genommen zur Posttraumatischen Belastungsstörung, Akuten Belastungsreaktion und Anpassungsstörung sowie zu der jeweiligen Symptomatik, bestehenden Zeitspanne und eventuellen Komorbiditäten. Die Entwicklung und der Verlauf von posttraumatischen psychischen Krankheitsmerkmalen stehen in einer wechselseitigen Abhängigkeitsbeziehung mit dem Konzept der Resilienz, worauf im Anschluss näher eingegangen wird.

Das Modell der Resilienz im Sinne von subjektiver Widerstandsfähigkeit und Belastbarkeit bezieht sich auf die jeweiligen Fertigkeiten eines Individuums, vorteilhaft mit belastenden Lebensereignissen und deren Konsequenzen umzugehen (Wustmann, 2004). Wichtige Aspekte hierbei sind noch die Ausführungen, dass die Dimensionen der Resilienz im Laufe des Lebens schwanken und sich verändern können, aber auch dass Resilienz durch Ressourcen im Sinne von internalen und externalen Kriterien bestimmt wird (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Rutter, 1985).

Als Pendant zur Resilienz kann die Vulnerabilität, sprich die Anfälligkeit eines Individuums, psychische Traumafolgestörungen zu entwickeln, gesetzt werden, wobei Resilienz nicht gleichzusetzen ist mit uneingeschränkter Unverwundbarkeit (Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß & Brähler, 2005). Im Anschluss wird der Fokus auf die Resilienzforschung, deren Beginn in den 1970er Jahren liegt, und die Kauai-Studie, die die bekannteste und umfassendste Studie darstellt, gelegt (Maercker, 2009; Werner & Smith, 1982).

Der nachfolgende Abschnitt bezieht sich explizit auf resiliente Fertigkeiten und Fähigkeiten in Bezug auf erlebte Traumata und eventuelle posttraumatische psychische Krankheitssymptome. Er gliedert sich in drei Hauptkategorien beziehungsweise Modelle, wobei das erste Konzept das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell (RSB-Modell) repräsentiert. Es umfasst die Zusammenhänge zwischen Bewältigungspotential und erlebtem Stress und soll die Festigung und Ausbaufähigkeit von resilientem Verhalten und Ressourcen aufzeigen (Diegelmann, 2007). Dieses Modell ist insofern von Relevanz, da die Komponenten Stress und Traumata sowie Ressourcen und Resilienz stark miteinander verbunden

sind und somit die Fokussierung auf Stressbewältigung und Resilienzstärkung im Kontext von Traumata ein wesentlicher Ansatzpunkt ist, um die Thematik elaboriert zu behandeln.

Das nächste Modell stellt die Ressourcen-Konservierungs-Theorie (*Conservation of Resources, COR*) dar, die das motivationale Bestreben der Menschen, existente Ressourcen aufrecht zu erhalten und sich weitere Ressourcen anzueignen, ins Zentrum rückt, dar (Hobfoll, 1989). Hierbei muss noch angeführt werden, dass Ressourcen als wichtigste Komponente angesehen werden, um den Umgang mit und die Auswirkungen von Stress und traumatischen Erfahrungen nachzuvollziehen (Hobfoll & Buchwald, 2004). Im Hinblick auf die Ressourcen-Konservierungs-Theorie werden anschließend drei Studien vorgestellt, wobei sich die erste mit dem Level an emotionalem Distress und Belastung nach vorherigen traumatischen Erfahrungen während erneuter Aussetzung bedrohlicher Lebensereignisse beschäftigt (Dekel & Hobfoll, 2007). Die zweite Studie befasst sich mit dem Ressourcenverlust im Zusammenhang mit psychischem Distress und als Risikofaktor für die Entwicklung von klinisch signifikantem psychischen Distress (Freedy, Shaw, Jarrell & Masters, 1992). Die dritte Studie untersucht die Ressourcen-Konservierungs-Theorie hinsichtlich der Funktion des psychosozialen Ressourcenverlusts und der posttraumatischen Symptomatik im Kontext eines menschlich verursachten Traumas (Littleton, Kumpula & Orcutt, 2011).

Das dritte Modell ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das die Perspektive vertritt, dass Individuen differierende Vulnerabilitäten im Sinne von Verletzbarkeiten respektive Anfälligkeiten bezüglich verschiedenartiger Einwirkungen und möglichen psychischen Störungen als Folgeerscheinungen aufweisen. Sofern Belastungen wie traumatische Ereignisse auftreten, kann dies durch diese vorhandenen Dispositionen zu posttraumatischen Krankheitsmerkmalen führen (Hofmann, Heinrichs & Kim, 2002; Zubin & Spring, 1977). Da das Konzept der Vulnerabilität sowie das Konzept der Resilienz im Zusammenhang mit protektiven Faktoren und Risikofaktoren steht, wird als erste Studie die Mannheimer Risikokinder-Studie und als zweite Studie die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie, die sich beide mit Schutz- und Risikofaktoren bezüglich Kindern mit risikoreichen Belastungen befassen, vorgestellt (Laucht, Esser & Schmidt, 2000; Lösel, Bliesener & Köferl, 1990). Die nächsten Forschungsansätze

bezüglich Vulnerabilitäten beschäftigten sich mit den soziodemographischen Risiken, den Kompetenzen innerhalb der Entwicklung und der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern, die im frühen Kindesalter einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt waren und wurden (Bosquet Enlow, Blood & Egeland, 2013). Die vierte Studie im Kontext des Vulnerabilitäts-Stress-Modells beinhaltet die Auseinandersetzung mit Risikofaktoren, die nach einer Vergewaltigung entscheidend sind, Vulnerabilitäten für eine Posttraumatische Belastungsstörung aufzuweisen (Tiihonen Möller, Bäckström, Söndergaard & Helström, 2014).

2. Methode

Die Suche nach passenden Büchern, Buchkapiteln, Fachzeitschriften, Artikeln, Studien sowie anderen Quellen wurde anhand der Mediensuchmaschine, Bibliothekskataloge und der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der Universität Wien sowie anhand der folgenden Datenbanken PubMed, Scopus, Medline, PsychInfo durchgeführt. Diverse Kombinationen der Schlüsselwörter „Trauma“, „Resilienz“, „Risikofaktoren“, „Schutzfaktoren“, „Psychische Störungen“, „Ressourcen“, „Intrusionen“, „Angststörungen“, „Traumapsychologie“, „prätraumatische Faktoren“, „peritraumatische Faktoren“, „posttraumatische Faktoren“, „Traumafolgen“, „Posttraumatische Belastungsstörungen“, „Anpassungsstörung“, „Akute Belastungsstörung“, „Stress“, „Bewältigungsstrategien“ wurden unter anderem sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache eingesetzt. Des Weiteren wurde explizit nach Studien gesucht, die im Zusammenhang mit den Modellen bezüglich Resilienz und Traumata stehen, und auch die Autorennamen der Modelle wurden für die konkrete Suche verwendet. Die ausgewählten und verwendeten Quellen beziehen sich auf den Zeitraum zwischen den Jahren 1996 und 2015. Als Ausschlusskriterien wurden inhaltliche Aspekte bezüglich neurologischer oder medizinischer Annäherung an das Thema gewählt, da dies den Rahmen der Arbeit überschritten hätte.

3. Theoretischer Hintergrund und aktueller Forschungsstand

3.1. Traumata

3.1.1. Traumadefinitionen und Traumaklassifikationen

Traumata werden laut der International Classification of Diseases, kurz ICD-10, als Vorkommnisse beziehungsweise Geschehnisse, die kurz oder lang andauern können und mit einer extremen Bedrohlichkeit und subjektiv wahrgenommenen Gefährdung einhergehen, definiert. Diese basieren auf dramatischen Dimensionen und würden bei fast jedem absolute Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit auslösen (Dilling & Freyberger, 2013). Im DSM-IV-TR werden Traumata als eine oder mehrere Begebenheiten, die eine Auseinandersetzung mit der eigenen oder fremden Körperbeschädigung sowie mit einer realen oder subjektiv erlebten Todesangst umfassen, determiniert (DSM-IV-TR: American Psychiatric Association, 2000). Des Weiteren können Traumata als abrupte und unverhoffte Spaltung des physischen und psychischen Bewusstseins, indem eine plötzliche Invasion äußerer Einflüsse innerhalb des psychischen Systems zustande kommt, beschrieben werden (Wöller, 2006).

Eine alternative, adäquate Erläuterung besteht darin, ein Trauma als fundamentales Erlebnis der Irregularität anzusehen, das zwischen situativen Komponenten und persönlichen Strategien, damit umzugehen, steht. Dies impliziert auch Emotionen der Schutzlosigkeit und Machtlosigkeit und induziert somit eine permanente negative Auswirkung auf das jeweilige Selbst- und Weltbild (Fischer & Riedesser, 2009). Der Begriff Trauma kann auch als außergewöhnlicher Umstand geltend gemacht werden, der für die Persönlichkeit und deren System solchermaßen schädliche und ernsthafte bedrohende Effekte bedeuten kann, dass dauerhafte Beeinträchtigungen im Organismus auftreten können (Petzold, 2004).

Summarisch kann angeführt werden, dass die wichtigsten Kriterien, die ein Trauma kennzeichnen, uneingeschränkte Hilflosigkeit und Ohnmacht sowie die Konfrontation mit dem Tod oder einer anderen radikalen Bedrohung darstellen. Die diversen Definitionen eines Traumata lassen sich zusätzlich kategorisieren anhand von unterschiedlichen Aspekten. Es wird differenziert zwischen menschlich verursachten

und zufälligen Traumata sowie kurzfristigen Traumata und langfristigen Traumata (Maercker, 2013). Menschlich verursachte Traumen werden auch als personale Traumata bezeichnet und beziehen sich unter anderem auf Überfälle, Vergewaltigungen sowie generell jegliche Formen der interpersonellen Gewaltausübung (Wöller, 2006). Zufällige Traumen, wie zum Beispiel Naturkatastrophen oder schwerwiegende Kollisionen im Straßenverkehr, werden auch als apersonale beziehungsweise akzidentelle Traumata charakterisiert. Ferner erwähnenswert sind kollektive Traumatisierungen, die meist ganze Nationen oder Gesellschaften betreffen und in einen historischen Kontext eingebettet sind (Reddemann, 2006).

Kurzfristige Traumata –beispielsweise Unfälle– werden usuell als Typ-I-Traumata tituiert und deklarieren ein einmaliges traumatisches Erlebnis, das durch abruptes Auftreten und unmittelbare Bedrohung der Existenz gekennzeichnet ist. Langfristige beziehungsweise Typ-II-Traumata wie zum Beispiel Vernachlässigung oder Missbrauch beziehen sich auf sequentielle traumatische Ereignisse und zeichnen sich durch eine minimale Berechenbarkeit respektive niedrige Prognose auf das weitere Geschehen aus (Terr, 1989). In Hinblick auf den im weiteren Verlauf erklärten Begriff der Resilienz muss noch auf die Unterscheidung der folgenden Trauma-Typen eingegangen werden. Der Typ IIA ist geprägt von mehrfachen Traumatisierungen, wobei die einzelnen Traumata durch vorhandene Ressourcen isoliert beurteilt werden können. Innerhalb des Typs IIB (R), wobei R für Resilienz steht, finden multiple Traumaerfahrungen statt. Hierbei können Personen im Vorhinein eine relativ stabile Widerstandsfähigkeit etabliert haben, die jedoch der katastrophalen Tragweite eines Traumas nicht standhalten kann. Der Typ IIB (nR) repräsentiert nicht resiliente Personen, die nie in der Lage waren, Fähigkeiten und Ressourcen zu entfalten, die die Widerstandsfähigkeit ausmachen und fördern (Rothschild, 2011). Die Entstehungsweisen und Kategorisierungen eines Traumas müssen unter Berücksichtigung der jeweiligen Reaktionsmuster begutachtet werden, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

3.1.2. Reaktionen

Unmittelbare Reaktionen auf traumatische Erlebnisse stehen stark im Zusammenhang mit Stressoren, die sich durch eine Störung des physischen und

psychischen Gleichgewichts auf das gesamte System auswirken. Im Laufe der Evolution bildete sich ein Modus aus, der im Falle einer lebensbedrohlichen Situation angewandt wird und ein durch Stressoren geprägtes komplexes Reaktionsmuster auslöst (Resick, 2003). Es entstehen Flucht- oder Kampfautomatismen (*flight or fight*), die sich in Abhängigkeit von Person und Situation manifestieren (Huber, 2009). Ist jedoch weder die Adaption des ersten Reflexes noch der Einsatz des Kampfreflexes realisierbar oder aussichtsreich, setzt ein inneres Erstarren ein (*freeze*). Dieser Zustand besteht aus einer Art Lähmung und geht mit einer Distanzierung von den gegenwärtigen Vorkommnissen sowie der Symptomatik einer Katatonie einher (Hantke & Görge, 2012). Das letzte Reaktionsmuster bezieht sich auf die Dissoziation (*fragment*), die eine divergente psychische Verfassung auslöst, in der Empfindungen wie zum Beispiel Benommenheit, Irrealität und Verstörtheit wahrgenommen werden. Ferner zeichnen sich durch die Dissoziation ein Rückgang der subjektiven Erschütterung und eine Verminderung des Leides ab (Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 1995).

Neben den angeführten Reaktionen gibt es eine Vielzahl an weiteren kognitiv-emotionalen und physischen Symptomen wie etwa Wut, Unruhe, Grübeln, Herzrasen oder Zittern, die währenddessen beziehungsweise unmittelbar danach auftreten können (Veronen, Kilpatrick & Resick, 1979). Die im Folgenden erläuterten Traumafolgestörungen basieren teilweise auf der Anwendung und Beschaffenheit des unbewusst angewandten Reaktionsmusters.

3.1.3. Entstehung von Traumafolgestörungen

Der Begriff Traumafolgestörungen, die detaillierte Entstehungsweise sowie die exakten Bedingungen und Ursachen diesbezüglich wurden im Zeitraum der letzten Jahre kontinuierlich erörtert (Friedman et al., 2007). Verschiedene Ansätze bezüglich psychosozialer Ursachefaktoren sowie Erklärungsmodelle sollen anschließend vorgestellt werden.

3.1.3.1. Multifaktorielles Rahmenmodell

Das multifaktorielle Rahmenmodell versucht unter Berücksichtigung verschiedener Ebenen und Komponenten die differierenden Konsequenzen von Traumatisierungen zu begründen und basiert auf Resultaten der epidemiologischen Forschung. Es

beinhaltet prätraumatische Risiko- und Schutzfaktoren, peritraumatische Ereignisfaktoren, posttraumatische Aufrechterhaltungsfaktoren sowie posttraumatische gesundheitsfördernde Elemente, Ressourcen, Vorgänge und Effekte (Maercker, 2013). Zur effektiven Demonstration wird das Modell in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

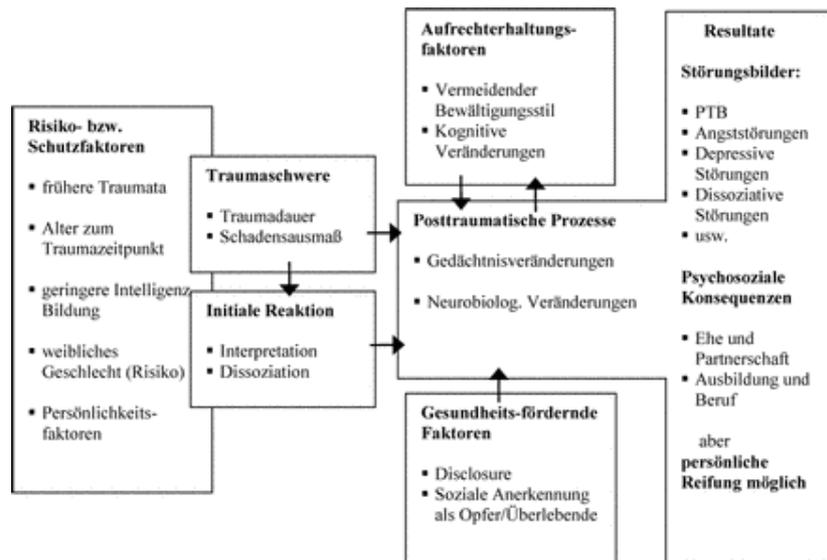


Abbildung 1. Multifaktorielles Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Maercker, 2009, S. 34)

Aufgrund der Thematik Trauma im Kontext der Resilienz werden die Ereignisfaktoren sowie die posttraumatischen Prozesse komprimiert skizziert. Die Bezeichnungen Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren werden meist als disparate Endpunkte der gleichen Geraden gesehen; wie zum Beispiel ein negatives soziales Umfeld als Risikofaktor und ein positives soziales Umfeld als Schutzfaktor (King, Vogt & King, 2004). Generell wird innerhalb der Schutz- und Risikofaktoren differenziert zwischen fixen Faktoren, wie zum Beispiel das Geschlecht, und variablen Faktoren, die im Laufe der Zeit variieren können (Kraemer, Kazdin, Offord & Kessler, 1997).

Risikofaktoren stellen belastende Indikatoren dar, die das Auftreten einer Traumatisierung sowie einer im weiteren Verlauf psychischen Folgestörung begünstigen (Egle, Hoffmann & Steffens, 1997). Mit Hilfe von quantitativen statistischen Daten wurde eine Vielzahl an Untersuchungen hinsichtlich der Beschaffenheit der Risikofaktoren analysiert. Als Bilanz sind das weibliche Geschlecht, ein vermindertes Bildungs- beziehungsweise Intelligenzniveau, ein

junges Alter während des Traumas sowie vergangene traumatische Erlebnisse im Kindesalter bedeutende Komponenten (Brewin, Andrew & Valentine, 2000). Solcherlei Risikofaktoren können auf unterschiedliche Varianten Traumata fördern und psychische Störungen initiieren. Beispielsweise besteht die Option, dass Risikofaktoren die Selbstwahrnehmung und die emotional-kognitive Verfassung erschüttern und abwandeln, was die Labilität, psychische Störungen nach traumatischen Erfahrungen zu entwickeln, erhöht. Des Weiteren können sie eine Abweichung des Stressniveaus und der verwendeten Bewältigungsstrategien zum Resultat haben, was ebenfalls die Anfälligkeit für Traumafolgestörungen steigert. Ferner können sie durch eine Einflussnahme bezüglich der Bestimmung des gesellschaftlichen Kontexts und geeigneter Eigenschaften des Umfelds eine Abänderung des Verhaltens zur Folge haben (Rutter, 1987).

Abgesehen von den angeführten Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung maximieren, liegen auch prätraumatische Schutzfaktoren vor. Sie charakterisieren Kriterien, die die Probabilität von Traumafolgestörungen reduzieren (Becker-Nehring, Witschen & Bengel, 2012). Schutzfaktoren werden auch als Protektiv- oder Resilienzfaktoren bezeichnet, wobei diese als Moderatoren dienen, sobald sich eine bedrohende beziehungsweise risikosteigernde Situation einstellt und die Reduzierung des Risikos eine gesundheitliche Beschwerde bewirkt (Holtmann & Schmidt, 2004). Es wird jedoch auch geltend gemacht, dass Schutzfaktoren nicht nur einen modifizierenden Effekt haben können, sondern dass sie auch eine unmittelbare Wirksamkeit, die nicht im Zusammenhang mit dem vorherrschenden Risiko steht, beanspruchen (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Ein Beispiel für einen signifikant prädiktiven Schutzfaktor ist die gelungene Auseinandersetzung mit einer vergangenen traumatischen Erfahrung (Martini, Ryan, Nakayama & Ramenofsky, 1990).

Die oben erwähnten peritraumatischen Ereignisfaktoren umfassen zum einen die Traumaschwere, die sich unter anderem durch den Verletzungsgrad und die Andauer definiert und in einer Dosis-Wirkungs-Beziehung zu den Effekten der Traumatisierung stehen (Brewin et al., 2000). Zum anderen beinhalten sie auch die initialen Reaktionen, die aus der Einschätzung des aktuellen Sachverhalts und der

psychischen Abspaltung im Verlauf der traumatischen Erfahrung bestehen (Marmar, Weiss & Metzler, 1998).

Die Aufrechterhaltungsfaktoren segmentieren sich in kognitiv-emotionale Veränderungen sowie posttraumatische Lebensbelastungen und beschreiben Zustände und Einstellungen, die die Traumatisierung begünstigen. Zu den posttraumatischen Belastungen zählen soziale oder professionelle Schwierigkeiten, wie zum Beispiel Scheidung oder Erwerbsunfähigkeit (Maercker, 2013). Bezüglich der Veränderungen im kognitiv-emotionalen Verhalten sind vor allem Schuldgefühle, insbesondere die Überlebensschuld, von Belang (Horowitz, 1997). Ressourcen beziehungsweise gesundheitsfördernde Faktoren wie zum Beispiel die Empfindungsfähigkeit oder soziale Begebenheiten sind essentielle Komponenten der Resilienz und werden daher genauer ab dem Kapitel 3.3.1. erörtert.

Posttraumatische Resultate und Prozesse können sich verschiedenartig strukturieren. So ist eine erneute Eingliederung in die Gesellschaft meist von großer Bedeutung, um negative psychosoziale Folgewirkungen zu behindern und erschweren (Soyer, 2006). Hierbei ist auch die posttraumatische Reifung, die sich auf eine in erster Linie positive Abänderung der eigenen Lebensphilosophie bezieht, von Relevanz (Calhoun & Tedeschi, 2006).

3.1.3.2. Weitere Erklärungsmodelle

Neben dem multifaktoriellen Rahmenmodell versuchen auch Gedächtnismodelle sowie kognitive Modelle die Entstehung von Traumafolgestörungen zu begründen (Maercker, 2009). Zugänge über kognitive Modelle sind insofern interessant, da sie sich mit veränderten kognitiven Schemata beschäftigen. Sowohl das Selbstbild als auch die individuelle Rollenwahrnehmung werden nach traumatischen Erfahrungen umorganisiert und können erst wieder rekonstruiert werden, sobald eine intensive Auseinandersetzung mit den beeinträchtigten Schemata erfolgt ist (Horowitz, 1997). Das kognitive Störungsmodell besagt, dass sich im Zentrum der Entwicklung von Traumafolgestörungen zum einen heftige Emotionen wie zum Beispiel Traurigkeit oder Wut und zum anderen ausgeprägte Symptome von Furcht befinden. Ferner sind die verneinende und schädliche Deutung des Traumas, das Traumagedächtnis und die fortwährend empfundene Bedrohung ausschlaggebend für psychische

Beeinträchtigungen (Ehlers & Clark, 2000). Das soziale Fazilitationsmodell der Traumafolgen stellt soziale Faktoren wie soziale Unterstützung oder kulturelle Werte und interpersonelle auf das Umfeld abgeglichenen Emotionen und Denkweisen in den Mittelpunkt. Hierbei sind vor allem die Resonanz der unmittelbaren Umgebung wie familiärer oder partnerschaftlicher Beistand sowie Scham-, Zorn- und Vergeltungsregungen an der Entfaltung und Bewältigung von Traumafolgestörungen beteiligt (Maercker, 2009).

3.1.4. Traumafolgestörungen – Psychische Störungen

Generell sind unter anderem Stressoren in der Entwicklung von belastenden Folgen eines Traumas von Belang. „Lang dauernde (chronische) oder wiederholte (kumulative) Stressoren können bei Betroffenen Reaktionen auf der physischen, kognitiven, emotionalen und der Verhaltens-Ebene auslösen, die nachlassen, sobald die belastende Situation endet.“ (Resick, 2003, S. 12). Des Weiteren beeinflusst eine Vielzahl an anderweitigen Faktoren die Entwicklung von Traumafolgestörungen. Im nächsten Abschnitt soll ein Überblick über die drei Traumafolgestörungen Posttraumatische Belastungsstörung, Akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörung vermittelt werden.

3.1.4.1. Posttraumatische Belastungsstörung

Die bekannteste und am besten untersuchte psychische Erkrankung nach einem widerfahrenen Trauma ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Laut ICD-10 wird sie verstanden als protrahierte Auswirkung auf einen entsetzlichen und bedrohlichen Sachverhalt, wobei vorherbestimmte Komponenten wie Charakter oder die vorherige Krankheitsgeschichte die Entwicklung beeinflussen (Dilling & Freyberger, 2013). Als wesentliche Kennzeichen beziehungsweise Symptome der PTBS werden sich wiederholende Erinnerungen respektive Intrusionen genannt. Hierbei handelt es sich um ungewollte bildliche, akustische oder anderweitige Wiedergaben des traumatischen Erlebnisses (Maercker, 2009). Diese intensiven Eindrücke, Emotionen und Wahrnehmungen können erscheinen, wenn Opfer Erinnerungsauslösern ausgesetzt sind (Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 2000). Intrusionen können unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Beispiele hierfür sind Alpträume, *flashbacks*, unangenehme körperliche Empfindungen, durchdringendes

emotionales Erleben wie Zorn oder übermächtige Angst oder Inszenierungen der traumatischen Erfahrung. Die Intensität und Dimension der Intrusionen sind davon abhängig, wie subjektiv tragisch und schlimm Personen die traumatischen Ereignisse erlebt haben (Laub & Auerhahn, 1993). Individuen berichten des Weiteren, dass die Rückblenden oftmals sehr lange Zeit anhalten beziehungsweise wiederkehren und gleichbleibend ausgeprägt und anschaulich sind, wodurch die Verarbeitung stark erschwert wird. Hierbei wurde noch aufgezeigt, dass die unterschiedlichen Arten von *flashbacks*, die auch den Geruchssinn betreffend, kinästhetisch oder visuell auftreten können, sich zunächst meist nur separat einstellen und erst durch die Bewusstwerdung des erfahrenen Traumas simultan und vermehrt ausgelöst werden (Van der Kolk & Fisler, 1995). Das Wiedererleben von traumatischen Ereignissen kann auch Halluzinationen oder Visionen beinhalten und zu einer gravierenden psychischen Überforderung bei einer Begegnung mit externalen und internalen Stimuli führen (Resick, 2003).

Ein zusätzliches generelles weiteres Merkmal der Posttraumatischen Belastungsstörung ist die Verdrängung beziehungsweise Vermeidung all jener Tätigkeiten, Situationen und Gedanken, die im Zusammenhang mit der traumatisierenden Erfahrung stehen (Maercker, 2009). Die Verdrängung kann sich differierend gestalten, indem zum Beispiel Alkohol oder Drogen oder die vollständige Abwendung von auslösenden Stimuli eingesetzt werden. Es besteht auch eine Tendenz zur Isolation und Distanzierung im Alltag und vom sozialen Umfeld (Van der Kolk & McFarlane, 2000). Das Symptom Vermeidung bezieht sich auch auf das Unvermögen, wesentliche Facetten des Traumas in Erinnerung zu bringen, und verursacht oft eine gehemmte Perspektive auf die eigene Zukunft sowie ein begrenztes Spektrum an Emotionsempfindungen (Resick, 2003).

Die Symptomatik der erhöhten Erregung beziehungsweise Hyperarousal, die eine dritte Merkmalskategorie für die PTBS darstellt, impliziert unter anderem extreme Wachsamkeit, Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, Insomnie und gereizte Stimmungszustände (Huber, 2009). Ferner können sich übermäßige Schreckreaktionen und Wutanfälle äußern (Resick, 2003). Insgesamt wirken sich Strapazen, die auch minimal vorhanden sein können, schneller und anhaltend auf die physische Beschaffenheit aus (Maercker, 2009). Eine zusätzlich markante

Auffälligkeit der PTBS sind diverse oft vorkommende Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel somatoforme Störungen, Depressionen, phobische Störungen, Affektstörungen und Beeinträchtigungen im sozialen Verhalten (Landolt & Hensel, 2012). Zehn Prozent aller Individuen erkranken in ihrem Leben an dieser Störung, somit ist die Posttraumatische Belastungsstörung eine sehr häufig gestellte Diagnose (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelso, 1995).

3.1.4.2. Akute Belastungsstörung

Die Akute Belastungsstörung beziehungsweise Belastungsreaktion bezeichnet eine temporäre Beeinträchtigung eines psychisch gesunden Individuums aufgrund einer stark nervlich belastenden Situation respektive Erfahrung eines Traumas. Generell besteht diese Reaktion nur eine relativ kurze zeitliche Episode im Sinne von Stunden oder Tagen (Dilling & Freyberger, 2013). Die dissoziative Symptomatik der Akuten Belastungsstörung, die sehr schnell nach der belastenden Erfahrung eintritt, beinhaltet die Empfindung emotionaler Taubheit und affektiver Abkoppelung, dissoziative Amnesie sowie ein Erleben der Derealisierung und Depersonalisation (Huber, 2009).

Die Kriterien unterscheiden sich insofern von der Posttraumatischen Belastungsstörung, da sich die Zeitspanne, innerhalb derer eine Akute Belastungsstörung diagnostiziert werden kann, im Gegensatz zur PTBS nur auf einen Monat bezieht. Des Weiteren ist die Ergänzung der dissoziativen Charakteristika von Bedeutung (Kröger, Ritter & Bryant, 2012). Es können auch vegetative phobische Symptome wie Schwitzen oder Herzrasen sowie eine Isolierung vom Umfeld und eine mentale Verfassung der Anspannung und Hyperaktivität erfolgen (Dilling & Freyberger, 2013).

Generell gilt die Erscheinung einer Akuten Belastungsstörung nicht als prädiktiver Aspekt für weitere längerfristige Auswirkungen und steigert somit die Wahrscheinlichkeit nicht signifikant, eine künftige Traumafolgestörung zu entwickeln (Bryant, 2005). Die Akute Belastungsreaktion wurde vorwiegend anhand von Studien über traumatische Erfahrungen und darauffolgende Verhaltensweisen während Kriegszeiten und terroristische Aktivitäten untersucht. Zum einen wurde mittels Nachforschung an Kampfeinsätzen aufgezeigt, dass folgende Anzeichen und

Merkmale bei einer Akuten Belastungsreaktion gewöhnlich vorherrschend sind: Gereiztheit, angriffslustige beziehungsweise antipathische Resonanz, verzögerte Psychomotorik, Teilnahmslosigkeit, Zustände von Verwirrung, Panik, Übelkeit, Paranoia und Ruhelosigkeit (Solomon, 1993). Zum anderen wurde aufgezeigt, dass ein sehr hohes Ausmaß an psychischem Distress als Konsequenz auftritt und dass Anzeichen wie Intrusionen und Verleugnung während der Akuten Belastungsreaktion keine Prognose für eine nachfolgende Posttraumatische Belastungsstörung bedeuten (Shalev, 1992). Im Allgemeinen wird die Auftrittshäufigkeit einer Akuten Belastungsreaktion bedingt durch die Beschaffenheit des traumatischen Ereignisses, wobei von Individuen verursachte Traumata die Charakteristika einer Akuten Belastungsstörung stärker implizieren (Kröger et al., 2012).

3.1.4.3. Anpassungsstörung

Die Anpassungsstörung wird definiert als mentale Verfassung, geprägt durch Schädigung des Gefühlszustandes und persönliches Leid, die nach belastenden Ereignissen auftreten und zwischenmenschliche Aktivitäten, Fähigkeiten und Handlungen erschweren kann (Dilling & Freyberger, 2013). Um die Entstehung einer Anpassungsstörung zu begründen, ist die Darstellung der hervorrufenden Erfahrungen nicht ausreichend, da andere Individuen bezüglich desselben negativen Ereignisses nicht unbedingt an einer nachfolgenden Anpassungsstörung leiden müssen. Dementsprechend bezieht sich die Anpassungsstörung eher auf die sich ergebenden Wechselwirkungen zwischen der evozierenden Erfahrung und dem subjektiven Umgang damit (Baumann, Rotter & Linden, 2009).

Generell wird die Anpassungsstörung in der Forschung oft unberücksichtigt gelassen, und im Gegensatz zur Akuten Belastungsreaktion und Posttraumatischen Belastungsstörung wird sie oftmals eher anhand der Ausschlussfaktoren und nicht anhand einer typischen Symptomatologie diagnostiziert (Marecker, 2009). Es können jedoch prinzipiell Symptome wie eine ängstliche, depressive, instabile oder sorgenvolle Gefühlslage, die in verschiedenen Ausprägungen vorkommen kann, angeführt werden (Dilling & Freyberger, 2013). Die vorausgehende Vulnerabilität einer Person ist mitunter ausschlaggebend für den Verlauf einer Anpassungsstörung, deren Komorbidität mit andersartigen physischen oder auf die Psyche bezogenen Krankheitszeichen und das Ausmaß der affektiven negativen Beanspruchung

(Purucker & Wolfersdorf, 2010). Für gewöhnlich äußern sich die ersten Anzeichen einer Anpassungsstörung im Verlauf eines Monats nach dem auslösenden Ereignis, und sie erstreckt sich nach Beendigung der Überforderungen und deren Auswirkungen meist nicht länger als sechs Monate. Sollten die Charakteristika der Anpassungsstörung nach einem Zeitraum von sechs Monaten noch vorhanden sein, wird sie als chronisch klassifiziert (Bengel & Hubert, 2010).

Die Entwicklung und der Verlauf von posttraumatischen psychischen Krankheitssymptomen befinden sich in einem stark ausgeprägten wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis mit dem Konzept der Resilienz und resilientem Verhalten. Aufgrund dessen stehen im nächsten Kaptitel die Definitionen sowie die bisherige Resilienzforschung im Fokus.

3.2. Resilienz

3.2.1. Definition

Der Terminus Resilienz beruht auf dem englischen Begriff *resilience* und lässt sich am besten mit den Ausdrücken Widerstandsfähigkeit, Strapazierbarkeit, Elastizität, Belastbarkeit und Spannkraft übersetzen beziehungsweise zusammenfassen. Allgemein bezieht sich Resilienz auf die jeweiligen Fertigkeiten und das Vermögen eines Menschen, effektiv und vorteilhaft mit unerwünschten und strapaziösen Lebensereignissen und belastenden Stressoren und deren Folgen umzugehen (Wustmann, 2004). Das Konzept der Resilienz nimmt keinen Bezug auf einen universalen Faktor, der zu jeder beliebigen Zeit schützt, sondern eher auf das jeweilige Verhalten eines Individuums bezüglich eines kritischen Erlebnisses. Dementsprechend ist die Qualität der Resilienz von den subjektiven Erfahrungen im Kindes-, Jugend-, und Erwachsenenalter abhängig (Rutter, 1985).

Resilienz ist die psychisch gesunde und normale Entwicklung nach belastenden oder einschneidenden Lebensereignissen beziehungsweise -bedingungen. Somit lässt sich Resilienz nicht als ein von Geburt an vorhandenes Charakteristikum ansehen, sondern als veränderlichen und kontextspezifischen Ablauf (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Des Weiteren kann man die Fähigkeit zu resilientem Verhalten nicht auf alle Situationen nach Belieben transferieren, da Menschen in

unterschiedlichen Begebenheiten differierend resilient reagieren, und auch die Dimensionen der Resilienz können im Laufe des Lebens schwanken und sich verändern (Rutter, 1985). Resilienz wird unter anderem auch bestimmt durch internale oder externale Kriterien und in diesem Zusammenhang auch durch den Ansatz, die Befähigung zur Anpassung an die Umwelt zu berücksichtigen. Die internalen Merkmale greifen subjektive Wahrnehmungen, Befindlichkeiten und Prozesse auf, und die externalen Attribute stellen explizit Anpassungsleistungen dar (Bengel et al., 2009).

Resilienz kann ferner definiert werden als mehrperspektivisches, breitgefächertes und theoretisches Konzept, das sich mit psychosozialen, biologischen und psychischen Beeinträchtigungen und Erschwernissen auseinandersetzt. Es ist nicht realisierbar, Resilienz direkt zu quantifizieren, sie kann jedoch beschrieben werden als Vernetzung der Konstrukte Anpassungsfähigkeit und Risiko sowie als Zusammenspiel von Schutz- und Risikofaktoren (Masten & Obradovic, 2007). Generell wird auch davon ausgegangen, dass resiliente Verhaltensweisen beziehungsweise das Konzept der Resilienz eintreten, wenn ein Sachverhalt entsteht, der als risikosteigernde Beeinträchtigung für die Weiterentwicklung klassifiziert werden kann und ein Individuum in der Lage ist, diesen aussichtsreich und vielversprechend zu überwinden und verarbeiten. Somit ist Resilienz an die zwei Konditionen Vorherrschen eines Risikosachverhaltes und erfolgreiche Bewältigung jener Situation gebunden (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009).

Resilienz kann auch als affirmatives Pendant zur Vulnerabilität einer Person verstanden werden, wobei dies weniger als uneingeschränkte Unverwundbarkeit bewertet wird, sondern als bedingte Resistenz, die bei potentiell krankmachenden Erfahrungen und Gegebenheiten eingesetzt werden kann und sich variabel bezüglich zeitlichen Episoden und Perioden verhält (Schumacher et al., 2005). Andere Autoren sind der Auffassung, dass Resilienz als flexibler und wandelbarer Ablauf, der durch eine optimale Anpassung trotz vorherrschender negativer Konditionen gekennzeichnet ist, betrachtet werden kann und zeigen infolgedessen den Ansatz eines Konstrukts, das die zwei Dimensionen Anwesenheit eines Traumas beziehungsweise Risikos und die Befähigung zur Adaption beinhaltet, auf (Luthar & Cicchetti, 2000).

3.2.2. Resilienzforschung

Der Beginn der wissenschaftlichen Resilienzforschung fand in den 1970er Jahren statt und ist seitdem geprägt durch eine stetige Entwicklung und eine beträchtliche Expansion hinsichtlich des Erkenntnisstandes. Zunächst war die Herangehensweise, den Schwerpunkt auf die Persönlichkeit und deren Merkmale zu setzen, wobei man jedoch bald überwechselte zu einer komplexeren Betrachtungsweise des Resilienzkonzepts (Maercker, 2009). Des Weiteren wurde anfangs der Zugang auf Kinder, die in schwierigem und belastendem Umfeld aufwuchsen und sich trotz vorhandenen Risiken gesund entwickelten, gelegt. Erst in den letzten Jahren begann man auch ältere Personen hinsichtlich der Fähigkeit zu resilientem Verhalten und auch die gesamte Lebensdauer zu berücksichtigen (Schumacher et al., 2005).

Ein zusätzlicher relevanter Ansatz für die Resilienzforschung ist das Modell der Salutogenese, das von Antonovsky (1997) geprägt wurde und Ressourcen betont, die einem Individuum zur Verfügung stehen. Generelle zentrale Themen innerhalb der Resilienzforschung sind die baldige und erfolgreiche Regeneration nach einem traumatisierenden Ereignis wie zum Beispiel der Verlust der Mutter, die aussichtsreiche und intakte Fortentwicklung trotz risikoerhöhendem Umfeld wie etwa kontinuierliche, finanzielle Mittellosigkeit und die fortwährenden Fähigkeiten und Potentiale, um auf kritische Stressoren bestmöglich zu reagieren (Wustmann, 2005).

3.2.2.1. Die Kauai-Studie

Die bekannteste und umfassendste Studie innerhalb der Resilienzforschung ist die Kauai-Studie, die von Werner und Smith (1982) durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, die Langzeitauswirkungen von vorgeburtlichen risikoreichen Einflussfaktoren und die Folgen und Beeinträchtigungen von widrigen und bedrohlichen Konstellationen im Kindesalter auf die körperliche, psychische und mentale Entfaltung der Kinder zu analysieren. Insgesamt nahmen 698 Probanden, die 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai geboren wurden, an der Längsschnittstudie teil. Über einen Zeitraum von 40 Jahren wurden Beobachtungen und Interviews durchgeführt sowie Angaben zur Lebensart und Gesundheit gesammelt.

Jene Personen, die als resilient eingestuft wurden, wurden schon in ihren ersten Lebensjahren von ihren Eltern als vital, gefühlvoll, umgänglich, liebenswürdig und

zugänglich beschrieben. Sie wiesen die Fähigkeit zur Anpassung an neuartige Gegebenheiten, nur selten Schlafstörungen und keinerlei Probleme bezüglich der Ernährung auf. Des Weiteren charakterisierten sie sich im Vergleich zu Kindern, die kein resilientes Verhalten zeigten, durch eine höhere emotionale Stabilität, Selbstbewusstsein, Kontaktfreudigkeit, Selbstständigkeit und Lebensfreude sowie stärker ausgeprägte kommunikative und motorische Kompetenzen (Werner & Smith, 2001).

Generell waren 33% der Stichprobe von starken Risikofaktoren betroffen, da sie mit finanziellen, familiären oder gesundheitlichen Problemen konfrontiert waren. Innerhalb dieser Stichprobe kam erneut bei 33% trotz der Belastungen eine normale und gesunde Entwicklung zustande (Werner, 2000). Mit zehn Jahren ließen die resilienten Kinder ein erhöhtes Maß an Fertigkeiten in der Kommunikation, im Problemlösen und in der Ausdauer erkennen und wiesen ein stärkeres Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen auf. Resiliente Kinder waren zudem in der Lage, trotz gleichem Intelligenzniveau wie die nichtresilienten Kinder, ihre Potentiale und Eigenschaften wirkungsvoll und produktiv auszuschöpfen. Jene Testpersonen, die Resilienz aufwiesen, waren fähig, Partnerschaften zu schließen, hatten ein solides soziales Umfeld und zeigten positive Lebenseinstellungen (Werner & Smith, 2001).

3.3. Resilienz und Traumata

3.3.1. Das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell (RSB-Modell)

Im Zentrum des Resilienz-Stressbewältigungs-Modell steht der temporäre und persönliche Status der Resilienz. Es umfasst die Zusammenhänge zwischen Bewältigungspotential und erlebtem Stress und soll die Festigung und Ausbaufähigkeit von resilientem Verhalten und Ressourcen aufzeigen (Diegelmann, 2007). Zur Veranschaulichung wird das Modell nachfolgend in Abbildung 2 grafisch festgehalten.

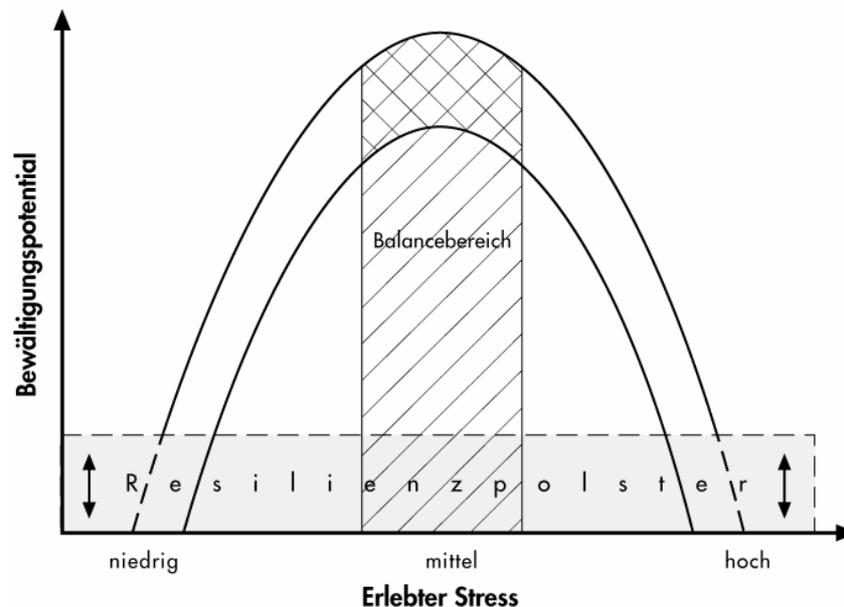


Abbildung 2. Das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell (RSB-Modell) (Diegelmann, 2007, S. 40)

Die umgekehrt u-förmige Stressbewältigungskurve lässt erkennen, dass bei einem mittelmäßig erlebten Stresslevel, das sich im Balancebereich befindet, das Potential zur Bewältigung am stärksten ausgeprägt ist. Ein niedriges Stressniveau, erlebt durch Passivität oder geringwertige Erwartungen und Ansprüche, hat genauso wenig neue Problembewältigungen oder Lösungsstrategien zum Resultat wie ein sehr stark vorhandener beziehungsweise traumatischer Stress. Wenn demzufolge ein traumatisches Ereignis eintritt oder man mit einer krisenhaften Lebenssituation konfrontiert wird, steigern sich der erlebte Stress und damit der Stresspegel. Entsprechend der subjektiven Verfassung, Umstände und Bedingungen kann die Bewältigungskompetenzkurve im Anschluss variieren. Mit höherem Ausmaß des Resilienzpolsters wird die Kurve der Stressbewältigung nach oben versetzt und das Potential zur Bewältigung verstärkt. Bei traumatischem Stress sinkt die Fähigkeit zur Bewältigung auch bei Individuen mit starken resilienten Fertigkeiten beträchtlich, sofern sie nicht imstande sind, den Stresslevel nach unten zu reglementieren (Diegelmann, 2007).

Das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell legt den Hauptfokus auf Förderung und Kräftigung der psychischen Widerstandsfähigkeit und auf Strategien im Umgang mit Stress. Im Zusammenhang mit Resilienz und Traumafolgestörungen werden den folgenden Thematiken Bedeutung beigemessen: Reduktion des Stresses, Entziehung der Reizüberflutung, Artikulation und Normalisierung der

posttraumatischen Anzeichen und Progression des Gefühls von Sicherheit und Kontrollüberzeugung. Des Weiteren geht das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell davon aus, dass die explizite Konzentration auf vorhandene persönliche Ressourcen ein wichtiger Bestandteil im Verlauf der Traumafolgestörungen ist (Diegelmann, 2007).

Im Allgemeinen darf man die Absenz von Stress nicht mit Resilienz gleichsetzen, da mehrere Faktoren bezüglich der psychischen Widerstandsfähigkeit zusammenwirken und kein vorhandenes Stressniveau nicht automatisch resiliente Fähigkeiten bedeutet (Juen, 2010). Man muss jedoch die individuelle Sensibilität und Ansprechbarkeit auf Stress berücksichtigen, da diese bei dem Verlauf und der Aufrechterhaltung der Symptome der Traumafolgestörungen von Relevanz sind (Van der Kolk, Greenberg, Boyd & Kristal, 1985). Somit sind Kompetenzen hinsichtlich einer effektiven Stressbewältigung wesentlich bei der Gesundheit. Ist die Stressbewältigung erfolgreich, kann sie zum Wiedererlangen des Selbstwertgefühls und der sozialen Fähigkeiten sowie zu einer Verminderung des traumatischen Stresses führen (Pearlin & Schooler, 1978).

Die wirksame Umsetzung ist abhängig von den jeweiligen Situationen und Bedingungen und den persönlichen Ressourcen. Passivität oder Neubewertung können vorteilhaft sein, wenn die Stressoren an sich unbeeinflussbar sind beziehungsweise als solche erlebt werden, sowie Aktivität und explizites Vorgehen und Handeln sich unter anderen Gegebenheiten als günstig erweisen können (Shalev, 2000). Ob eine Situation oder ein Ereignis als stressreich wahrgenommen wird, ist von der jeweiligen persönlichen Einschätzung abhängig. Die Einschätzung wird anhand von drei prozessualen Kriterien entschieden: Der erste Schritt besteht aus der Bewertung und Auffassung eines Sachverhaltes, der als irrelevant, positiv-angenehm oder stressvoll beurteilt werden kann. Die zweite Komponente beschäftigt sich mit den vorhandenen Optionen, die zur Verarbeitung des Stresses dienlich sein können. Innerhalb des dritten Kriteriums wird der Sachverhalt, unter anderem in Abhängigkeit von der Beschaffenheit der Emotionsregulation, der kognitiven Reaktionen und der vergangenen Prägungen im Verlauf des Lebens, Neubewertet (Lazarus & Launier, 1981).

Bezüglich des Resilienzfaktors ergab sich in der Kauai-Studie, dass Personen mit einer stabilen und ausgeprägten psychischen Widerstandsfähigkeit stressreiche Sachverhalte elaborierter und differenzierter abschätzen können, besser reflektieren können und einen facettenreicheren Besitz von Methoden und deren Anwendung zur Stressbewältigung aufweisen (Werner, 2008). Um das Bewältigungspotential zu steigern und den Stress zu reduzieren, kann man selbstregulative Grundstrategien anwenden. Beispiele hierfür sind Methoden zur Selbstberuhigung, Emotionsregulation und erneuten Wahrnehmung der eigenen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse (Sack, 2007).

Im Zusammenhang mit dem Resilienz-Stressbewältigungs-Modell muss auch angemerkt werden, dass sich Prävalenzen in den Forschungsgebieten Trauma und Stress auf verschiedenen Grundlagen analysieren lassen. Es besteht auf der einen Seite die Möglichkeit, die Häufigkeiten hinsichtlich traumatischer Erfahrungen und ausgelöstem Stresspegel zu einem dezidierten Zeitpunkt oder innerhalb der Lebensspanne zu ergründen. Auf der anderen Seite kann man die Häufigkeiten der Traumafolgestörungen im Kontext des Stressniveaus ermitteln (Resick, 2003).

Nachdem das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell in erster Linie den Hauptfokus auf die Förderung der Resilienz legt, wird die Wichtigkeit der Stärkung der Ressourcen betont. Hierbei kann man Ressourcen in zwei Kategorien unterteilen und innerhalb derer an der Förderung anknüpfen. Zum einen existieren individuelle beziehungsweise personenbetreffende Ressourcen und zum anderen Ressourcen, die sich auf die Umgebung beziehen. Die individuellen Fähigkeiten verstehen sich unter anderem als Eigenschaften, Einstellungen, Kompetenzen, Verhaltensmuster und kognitive Fertigkeiten und können als vererbte Anlagen und biologische Komponenten zusammengefasst werden (Petermann & Schmidt, 2006). Ressourcen auf die Umgebung bezogen beinhalten unter anderem die Qualität der Beziehungen zu Freunden und Familie, die besuchte Bildungsstätte, das Freizeitverhalten und die allgemein vorherrschenden gesellschaftlichen Faktoren (Masten & Powell, 2013). Des Weiteren existiert die Klassifikation in externale und internale Ressourcen. Die externalen beziehen sich auf die Beschaffenheit der Bindungen im Sinne von sicher oder unsicher, auf soziale Unterstützung und Handeln, auf Beschäftigungen und Ausgleich in der Freizeit sowie auf die Wertschätzung von Mitmenschen. Die

internalen Ressourcen beinhalten Werteinstellungen, Identitätsgefühl, eine hohe Bereitschaft zum Lernen und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten (Benson, 1997).

Summarisch kann demnach angeführt werden, dass die Interaktion zwischen Stress, Traumata, Resilienz und Bewältigungsstrategien sehr komplex und breitgefächert ist, sowie dass eine stark ausgeprägte Interdependenz vorliegt. Es tragen zahlreiche Faktoren dazu bei, wie Individuen auf Traumata reagieren, da jeweils die subjektive Verfassung und die situativen Gegebenheiten einen Einfluss auf die Kompetenzen zur Stressbewältigung beziehungsweise zur Ressourcenaktivierung haben. Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf stressauslösende Stimuli, was berücksichtigt werden muss (Van der Kolk et al., 1985). Ist die Stressbewältigung jedoch erfolgreich, leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion der Traumatisierung. Hierbei sind persönliche Ressourcen von großer Bedeutung, da man mit den adäquaten Strategien den subjektiv empfundenen Stress senken kann (Shalev, 2000). Die Art der Bewertung einer Situation kann ausschlaggebend sein für das wahrgenommene Ausmaß des Stresses und ist dementsprechend integriert im Bewältigungspotential (Lazarus & Launier, 1981). Das Bewältigungspotential kann intensiviert werden, indem man diverse selbstregulative Methoden, wie zum Beispiel die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die persönlichen Bedürfnisse, anwendet (Sack, 2007). Innerhalb der Ressourcenaktivierung und Ressourcenstärkung wird differenziert zwischen internalen und externalen beziehungsweise personengebundenen und umfeldbezogenen Ressourcen, die allesamt nutzbringende und förderliche Konsequenzen für die Stressbewältigung und den Einsatz von resilientem Verhalten beziehungsweise Fähigkeiten haben (Benson, 1997). Durch die stark korrelierenden genannten Faktoren bezüglich Stress, Traumata und Ressourcen kann man im Allgemeinen davon ausgehen, dass die Fokussierung des Resilienz-Stressbewältigungs-Modells auf Stressbewältigung und Resilienzstärkung im Kontext von Traumata gerechtfertigt ist.

3.3.2. Ressourcen-Konservierungs-Theorie

Ursprünglich beruhte die Forschung bezüglich Stress verursachenden Stimuli auf biologischen Faktoren und körperlichen Reaktionen und vernachlässigte hierbei die psychologische Komponente. Aufgrund der unterschiedlichen individuellen und subjektiven Bewertungen und Verhaltensweisen hinsichtlich einer Konfrontation mit

stressreichen und auch traumatischen Ereignissen wurde im späteren Verlauf das psychologische Element berücksichtigt und hinzugefügt (Resick, 2003). Stress kann definiert werden als Überforderung eines Menschen hinsichtlich seiner psychischen Widerstandsfähigkeit, Potentiale und Kompetenzen und als damit einhergehende Bedrohung seines Wohlergehens (Lazarus & Folkman, 1984).

Aufbauend auf die vorangegangene Forschung wurde die Ressourcen-Konservierungs-Theorie (*Conservation of Resources, COR*) von Hobfoll (1989) entwickelt. Hierbei wurde der Fokus jedoch nicht mehr auf die subjektive Einschätzung beziehungsweise die Beeinträchtigung der Balance durch Stress gelegt, sondern auf das motivationale Bestreben der Menschen, existente Ressourcen aufrecht zu erhalten und sich weitere Ressourcen anzueignen. Eine zentrale Aussage des Ressourcen-Konservierungs-Modells ist die Betrachtungsweise, dass Individuen bestrebt sind, Verluste zu vermeiden und positiv Vorhandenes zu bewahren, wobei die Verhinderung von Schäden und Defiziten ein stärkeres Motiv repräsentiert als das Abzielen auf Profit (Hobfoll, 1989).

Die Ressourcen-Konservierungs-Theorie beschreibt Stress als Konsequenz einer Bedrohung der Entziehung der Ressourcen beziehungsweise eines realen Verlustes derselben oder eines Unvermögens des Ressourcenerwerbs. Des Weiteren werden Ressourcen als wichtigste Komponente angesehen, um den Umgang mit und die Auswirkungen von Stress und traumatischen Erfahrungen nachzuvollziehen (Hobfoll & Buchwald, 2004). Der Terminus Ressource wird segmentiert in vier unterschiedliche Kategorien. Diese betreffen Objekte als Ressourcen, wie zum Beispiel Wertsachen, Kleidung und allgemein Besitztümer, Persönlichkeitsmerkmale und Charaktereigenschaften als Ressourcen, wie zum Beispiel Selbstbewusstsein, soziale Kompetenzen, Überzeugungen und Einstellungen, Bedingungen als Ressourcen, wie zum Beispiel Karriere, gesellschaftlicher Status, Gesundheit, und letztendlich Energien als Ressourcen, die das Fundament für die restlichen Ressourcen bilden und beispielsweise Wissensstand, finanzielle Mittel oder Zeit beinhalten können (Buchwald & Hobfoll, 2013).

Stressreaktionen werden initiiert, sobald Ressourcen durch auslösende Ereignisse in Mitleidenschaft gezogen werden, und auch dann, sobald der Bewältigungsprozess

stattfindet, da dieser mit erhöhter Anstrengung und eventueller Überforderung im Zusammenhang steht. So kann die Verarbeitung von belastenden Erfahrungen bei zeitgleicher Anwendung von den zur Verfügung stehenden Ressourcen die Reduktion derselbigen zur Konsequenz haben (Hobfoll, 1989). Die Beziehung zwischen Stress, Ressourcen und Traumata steht in Wechselseitigkeit und Abhängigkeit, dadurch wurde die Ressourcen-Konservierungs-Theorie auch im Kontext von traumatischen Erfahrungen aufgegriffen. Der traumatische Stress wird in diesem Zusammenhang als äußerst bedrohlich für bestehende Ressourcen angesehen und hat eine rapide Erschöpfung der Ressourcen zur Folge. Die rasante Aktivierung des Ressourcenverlusts bezieht sich auf die Beschaffenheit der traumatischen Stressfaktoren. Diese äußern sich meist ohne jegliche Vorwarnung, können die grundlegenden Wertvorstellungen eines Individuums negativ beeinträchtigen und überbeanspruchende und sehr belastende Wirkungen haben. Des Weiteren erfolgen die traumatischen Stress auslösenden Komponenten meist außerhalb des Rahmens der bisherigen Anwendung von Strategien im Zusammenhang mit der Ressourcennutzung und verursachen einschneidende mentale Erinnerungen in Form von Bildern, die jederzeit zum Vorschein kommen können. Häufig werden in diesem Szenario auch Ressourcen angegriffen, die von elementarer Wichtigkeit sind, wie etwa Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl oder Handlungs- und Kontrollüberzeugung (Hobfoll, 1991).

Darauf aufbauend wurden unter Berücksichtigung der Ressourcen-Konservierungs-Theorie folgende Faktoren zur Entlastung der traumatischen Folgeerscheinungen herangezogen: Vermittlung von Zukunftsglaube, Distanzierung, Harmonie, einer positiven Überzeugung bezüglich der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Sicherheit, wobei Sicherheit einen essentielleren Stellenwert hat (Hobfoll et al., 2007). Im Laufe der Zeit wurden verschiedene Forschungen durchgeführt, in deren Fokus die Ressourcen-Konservierungs-Theorie steht.

In der Studie von Dekel und Hobfoll (2007) wurden 102 Probanden, die den Holocaust überlebten, bezüglich ihres Levels an emotionalem Distress und Belastung in einem Zeitabschnitt permanenter Bedrohung durch Terror und Angriffe in Israel untersucht. Im Sinne der Ressourcen-Konservierungs-Theorie wurden der Ressourcenverlust während des Holocausts und der aktuelle Verlust der Ressourcen

aufgrund der Ausschreitungen und Gewalt im Zusammenhang mit dem emotionalen Distresslevel analysiert. Beweggrund hierzu war auch die Annahme, dass nach erlebten traumatischen Ereignissen gewisse Strategien und Ressourcen ausgeprägt wurden und gegenwärtig vorhanden sind, um erneute dramatische Erfahrungen adäquater zu bewältigen. Auf der anderen Seite wurde jedoch auch die konträre Wirkungsweise nicht außer Acht gelassen, die impliziert, dass ein vorangegangenes Trauma dazu beisteuern kann, dass bei neuerlichen starken Belastungen und Stressoren erhöhter emotionaler Distress entsteht (Dekel & Hobfoll, 2007).

Die Stichprobe bestand aus 33% männlichen und 67% weiblichen TeilnehmerInnen, wobei der Altersbereich zwischen 61 und 91 Jahren lag und generell noch das sozioökonomische Umfeld, der gesundheitliche Zustand, der Bildungsstand, die Unabhängigkeit im Alltag und das Geburtsland miterhoben wurden. Zusätzlich zu den soziodemographischen Daten wurden die Erfahrungen im Holocaust erfragt, nachträgliche stressreiche und belastende Lebensereignisse, die Belastung durch Tereoreinwirkungen und der Verlust durch psychosoziale Ressourcen. Ferner wurden die Verfahren *Posttraumatic Stress Disorder Inventory (PTSD Inventory)*, entwickelt von Solomon et al. (1993), und *Brief Symptom Inventory (BSI)*, konstruiert von Derogatis und Melisaratos (1983), eingesetzt (Dekel & Hobfoll, 2007).

Zu den Ergebnissen der Studie kann angeführt werden, dass 21% der Stichprobe höchstwahrscheinlich eine Posttraumatische Belastungsstörung vorwiesen und prinzipiell auch einen hohen Grad an psychischem Distress aufzeigten. Überlebende des Holocausts ließen ein höheres Level an Distress innerhalb der allgemeinen Skala und innerhalb von den vier Subskalen Ängste, physische Folgeerscheinungen, aggressives Verhalten und Phobien im BSI erkennen. Des Weiteren ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen Geschlecht und der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung, da weibliche Probanden ein stärkeres Vorkommen von PTBS-Symptomen angaben. Der momentane Verlust von psychosozialen Ressourcen leistete einen wesentlichen Beitrag zur aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung und den vorhandenen Distress und der psychischen Belastung der Holocaustüberlebenden. Die Inhalte der Ressourcen-Konservierungs-Theorie wurden durch diese Studie belegt, da die COR postuliert, dass traumatisierende Erfahrungen in Verbindung mit kontinuierlicher und

schlagartiger Einbuße von Ressourcen stehen, was wiederum mit erhöhten Werten an Distress einhergeht (Dekel & Hobfoll, 2007).

Die nächste Studie beschäftigt sich mit der Ressourcen-Konservierungs-Theorie im Kontext von psychischen Belastungen durch Naturkatastrophen und wurde von Freedy et al. durchgeführt (1992). Es wurden folgende drei Hypothesen untersucht: Der Verlust von Ressourcen steht in einem positiven Zusammenhang mit psychischem Distress. Der Ressourcenverlust ist bedeutsamer bezüglich der Vorhersage für das Auftreten von psychischem Distress als Persönlichkeitsmerkmale oder Bewältigungsstrategien, das heißt, dass relativ gesehen die Einbuße von Ressourcen von hauptsächlichlicher Bedeutung und für mehr Varianz als Mediatorvariablen verantwortlich ist. Die dritte Annahme besagt, dass der Ressourcenverlust einen Risikofaktor für die Entwicklung von klinisch signifikantem psychischen Distress darstellt, im Sinne davon, dass ein höherer Level an Ressourcenverlust einhergeht mit einem klinisch signifikanten Ausmaß an Distress.

Um die erwähnten Hypothesen zu prüfen, wurden acht Wochen nach der Naturkatastrophe eines Hurrikans 1200 Fragebögen an die medizinische Universität von South Carolina übermittelt. Insgesamt konnten anschließend 418 TeilnehmerInnen für die Studie anhand von verwendbaren Datensätzen gewonnen werden. Die Stichprobe bestand aus 49.3% männlichen und 50.7% weiblichen Probanden, wobei das Durchschnittsalter bei einer Spanne von 19 bis 68 bei 40.2 Jahren lag. Zusätzlich wurde noch der Familienstand, der Bildungsgrad und der Lebensunterhalt miterhoben.

In Übereinstimmung mit den drei Forschungsfragen wurden die drei Variablen Ressourcenverlust, psychischer Distress und die Mediatorvariablen Bewältigungsmechanismen und Persönlichkeitsmerkmale evaluiert. Bezüglich des Ressourcenverlusts wurde ein revidierter Fragebogen betreffend Ressourcen im Ausmaß von 52 Items eingesetzt, wobei jene Kategorien von Ressourcen, die in der Ressourcen-Konservierungs-Theorie postuliert werden, berücksichtigt wurden. Insgesamt ergaben sich gemäß der Ressourcen-Konservierungs-Theorie fünf Sparten des Ressourcenverlusts: Objekte, Zustände, persönliche Eigenschaften, Energieressourcen und Gesamtverlust. Bezüglich der Mediatorvariablen wurden

persönliche Charakteristika, wie zum Beispiel Geschlecht, Familienstand, Alter, Jahreseinkommen und Bewältigungsverhalten berücksichtigt.

Hierbei wurden, basierend auf dem *COPE Inventory*, das von Carver, Scheier und Weintraub (1989) entwickelt wurde, unterschiedliche Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel aktives Coping, Verleugnung, Drogenkonsum, Alkoholsucht, Rückzug, positive Reinterpretation, Akzeptanz oder Humor untersucht. Der psychische Distress wurde anhand der neun Symptom-Dimensionen der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis (1983) bemessen, innerhalb derer die Intensität von psychischen und physischen Anzeichen der letzten Woche erfragt wird.

Hinsichtlich der Ergebnisse wurde aufgezeigt, dass erstens der Verlust von Ressourcen in eindeutigem positiven Zusammenhang mit psychischem Distress steht. Zweitens, dass eine positive Korrelation zwischen allen negativen Bewältigungsmechanismen und psychischem Distress existiert und bezüglich der Persönlichkeitsmerkmale nur die geschlechtliche Komponente mit Ressourcenverlust korreliert. Drittens war ein höherer Grad an Ressourcenverlust verbunden mit einem höheren, klinisch signifikanten Level an psychischem Distress im Vergleich zu einem niedrig wahrgenommenen Ressourcenverlust.

Angesichts der Durchführung der Studie und ihrer Ergebnisse wurden die positiven Relationen von traumatischen Erfahrungen, Ressourcenverlust und posttraumatischem Distress im Kontext der Ressourcen-Konservierungs-Theorie bestärkt, unter anderem da Probanden, die den stärksten Ressourcenverlust durchlebten, am häufigsten Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen (Freedy et al., 1992).

Die nachfolgende Studie, durchgeführt von Littleton et al. (2011), untersucht die Ressourcen-Konservierungs-Theorie hinsichtlich der Funktion des psychosozialen Ressourcenverlusts und der posttraumatischen Symptomatik im Kontext eines menschlich verursachten Traumas. Hierbei wird von dem Ansatz ausgegangen, dass die COR zwar ein sinnvolles Rahmenkonzept für posttraumatische Reaktionen darstellt, dass die bisherige Forschung jedoch durch bestimmte Forschungsdesigns,

die Fokuslegung auf materiellen Verlust und die verminderte Konzentration auf andere Prädiktorvariablen eingeschränkt wurde.

Die Studie behandelt die Überprüfung, inwieweit der Verlust von psychosozialen Ressourcen PTBS-Symptomatik vorhersagen kann. Des Weiteren konnten Daten inkludiert werden, die sich aus einer vorherigen Studie bezüglich traumatischer Erfahrungen in der Lebensgeschichte der Probanden und dem dadurch bewirkten psychischen Distress ergaben. Die Stichprobe bestand aus 691 Frauen, die bei der Massenerschießung an der Universität von Northern Illinois anwesend waren, wobei die erste Onlinebefragung direkt nach der Schießerei und die zweite acht Monate danach vorgenommen wurden. Das durchschnittliche Alter, das bei 19,4 Jahren lag, und der ethnische Hintergrund wurden noch miterhoben (Littleton et al., 2011).

Die vergangenen traumatischen Erlebnisse wurden anhand des *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ), entwickelt von Kubany, Haynes et al. (2000), und die psychischen Belastungen anhand der *Depression Anxiety Stress Scale-21* (DASS-21), entwickelt von Lovibond und Lovibond (1995), ermittelt. Die Recherchen, explizit auf die Massenerschießung bezogen, wurden segmentiert in den Tatbestand, inwieweit man dem Ereignis ausgesetzt war, die posttraumatische Symptomatik und den Ressourcenverlust. Innerhalb der ersten Kategorie wurde die direkte Exposition anhand von Fragen analysiert, indem die vier Untergruppen keine direkte Beteiligung, mittelschwere direkte Beteiligung, wie an der Universität anwesend zu sein, schwere direkte Beteiligung, wie Individuen zu sehen, die verletzt wurden, und hochgradige direkte Beteiligung, wie den Schützen zu sehen, gebildet wurden. Die posttraumatischen Symptome wurden mit dem *Distressing Events Questionnaire* (DEQ) von Kubany, Leisen, Kaplan und Kelly (2000) erhoben und der Ressourcenverlust anhand von 19 Items der *Conservation of Resources Evaluation* (COR-E), entwickelt von Hobfoll (2001). Die Items bezogen sich auf psychosoziale Ressourcen, wie zum Beispiel sich wertvoll fühlen oder Sinn für Humor, und auf arbeitsplatzbedingte Ressourcen, wie zum Beispiel entgegengebrachtes Verständnis der Mitarbeiter oder Vorgesetzten. Zuerst wurde festgestellt, ob seit dem traumatischen Ereignis ein Ressourcenverlust bestand und anschließend wurde das Ausmaß des Ressourcenverlusts eruiert.

Die Ergebnisse der Studie waren folgendermaßen: 83.5% berichteten, der Massenschießerei ausgesetzt gewesen zu sein, wobei davon 60.2% einer mittelschweren direkten Beteiligung, 21.7% einer schweren direkten Beteiligung und 1.6% einer hochgradig direkten Beteiligung ausgesetzt waren. In der unmittelbaren Befragung wurden bei 95% der Probanden verschiedene Ausprägungen der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt. 80% der Probanden litten nach der achtwöchigen Befragung an unterschiedlichen Schweregraden der Posttraumatischen Belastungsstörung. Der Verlust von Ressourcen wurde von 93.5% Teilnehmerinnen berichtet, wobei die am häufigsten angegebenen abhanden gekommenen Ressourcen die Motivation, Angelegenheiten zu erledigen, Zeit für ausreichend Schlaf, das Gefühl eines friedlichen Lebens und Optimismus waren. Bezüglich der Prognose von posttraumatischer Belastungssymptomatik waren die Prädiktorvariablen traumatische Erfahrungen vor der Massenschießerei, stark ausgeprägte Angst nach der Schießerei, hochgradige direkte Beteiligung, unmittelbare Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und Ressourcenverlust von statistischer Signifikanz (Littleton et al., 2011).

In Hinblick auf die Ressourcen-Konservierungs-Theorie stehen die Ergebnisse der Studie mit deren Inhalten im Einklang und optimieren sie in gewisser Hinsicht. Die Resultate besagen, dass der Verlust von psychosozialen Ressourcen voraussichtlich zur Vorhersagbarkeit posttraumatischer Symptomatik beiträgt. Des Weiteren wurden prä- und posttraumatische Faktoren aufgezeigt, die hierbei involviert und mitbestimmend sind. Beispiele hierfür sind demographische Merkmale, vorherige erlebte Traumata, der Grad der Beteiligung an einem traumatischen Erlebnis sowie anfängliche Belastungen und Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Summa summarum kann angegeben werden, dass die Ressourcen-Konservierungs-Theorie einen informativen Beitrag zur Psychotraumatologie im Zusammenhang mit Resilienz und Ressourcen liefert, obwohl jedoch auch Unzulänglichkeiten erkennbar sind. So werden die einschneidenden mentalen Erinnerungen in Form von Bildern, die nach einer traumatischen Erfahrung jederzeit zum Vorschein kommen können, zwar erwähnt, aber eine Begründung, wie diese Thematik in die Ressourcen-

Konservierungs-Theorie einbezogen werden könnte, wird verabsäumt. Integriert man die Ergebnisse der vorgestellten Studien, so erschließt sich, dass die Inhalte der Ressourcen-Konservierungs-Theorie überwiegend gestützt werden und als Basis für weitere Forschungsansätze dienen können. In der Studie von Dekel und Hobfoll (2007) wurde aufgezeigt, dass der akute Verlust von psychosozialen Ressourcen einen wesentlichen Beitrag zur Entstehung von gegenwärtigen Posttraumatischen Belastungsstörungen und den vorhandenen Distress sowie psychische Belastungen leisten kann. Aufgrund der Tatsache, dass die Ressourcen-Konservierungs-Theorie postuliert, dass traumatisierende Erfahrungen in Verbindung stehen mit kontinuierlicher und schlagartiger Einbuße von Ressourcen, was wiederum mit erhöhten Werten an Distress einhergeht, unterstützen die Resultate der Studie dementsprechend die Theorie (Dekel & Hobfoll, 2007). In der zweiten Studie, durchgeführt von Freedy et al. (1992), konnte weiterführend aufgezeigt werden, dass der Verlust von Ressourcen in eindeutigem positiven Zusammenhang mit psychischem Distress steht und ein höherer Grad im Vergleich zu einem niedrig wahrgenommenen Ressourcenverlust mit einem höheren, klinisch signifikanten Level an psychischem Distress und Belastung verbunden ist. Angesichts dieser Bilanz wurden die positiven Relationen von traumatischen Erfahrungen, Ressourcenverlust und posttraumatischen Distress im Kontext der Ressourcen-Konservierungs-Theorie bestärkt, unter anderem da Probanden, die den stärksten Ressourcenverlust durchlebten, am häufigsten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen (Freedy et al., 1992). Betrachtet man die dritte Studie, realisiert von Littleton et al. (2011), wurde zusätzlich angemerkt, dass der Verlust von psychosozialen Ressourcen voraussichtlich zur Vorhersagbarkeit posttraumatischer Symptomatik beiträgt. Außerdem wurden in die Ressourcen-Konservierungs-Theorie weitere Faktoren integriert, die mitbestimmend sind für den Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wie zum Beispiel vorherige erlebte Traumata. Generell ist die Ressourcen-Konservierungs-Theorie somit als Basis zur Erklärung von posttraumatischen Symptomen und für weitere aufbauende Forschungen tauglich.

3.3.3. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Der Terminus Vulnerabilität bezeichnet im Allgemeinen die Verletzbarkeit und Anfälligkeit einer Person bezüglich verschiedenartiger Einwirkungen und möglicher

psychischer Störungen als Folgeerscheinungen. Besonders das wechselseitige Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Merkmalen der Vulnerabilität und sehr stressreichen und belastenden Ereignissen ist hierbei von Relevanz. Personen, die Vulnerabilitätskriterien aufweisen, haben eine erhöhte Probabilität, psychische Folgestörungen auszubilden (Hofmann et al., 2002). Die Vulnerabilitätskriterien können mitbestimmt werden durch vererbte und biologische, soziale, gesellschaftliche und im Laufe der Lebensspanne erlernte Risikofaktoren sowie unter anderem auch durch den psychischen Gesundheitszustand (Shalev, 2000). Detaillierter betrachtet können folgende Komponenten in diesem multifaktoriellen Modell in Hinsicht auf die Vulnerabilität von Relevanz sein: Demographische Einflussgrößen, wie zum Beispiel Altersstufe, Geschlecht und sozioökonomische Konstellation, anderweitige prätraumatische Einflüsse, wie zum Beispiel das familiäre Umfeld und Kindheitstraumata, sowie peritraumatische Faktoren, wie die Beschaffenheit der traumatischen Erfahrung, Grad der Exposition und Beziehung zum Täter bei menschlich verursachten Traumata (Resick, 2003).

Derartige beziehungsweise auch andere Risikofaktoren treten meist nicht separat in Erscheinung, sondern stehen für gewöhnlich mehrfach und in wechselseitiger Abhängigkeit zueinander und aggregieren im Laufe der Entwicklung. Eine Dezimierung der Risikofaktoren und damit einhergehend der Vulnerabilität eines Individuums kann auf differente Arten erfolgen: Zum einen durch eine Verringerung stressreicher Überforderungen und einer Veränderung von vernunftwidrigem Katastrophisieren, zum anderen durch Antizipation und rechtzeitiger mentaler Auseinandersetzung mit kritischen und belastenden Bedingungen (Noeker & Petermann, 2008). Vulnerabilitätskomponenten sind nicht unabdingbar oder ausreichend, um psychische Störungen nach traumatischen Ereignissen zu erläutern oder zu begründen. Sie können auch die weitere Entwicklung nicht prognostizieren, steigern aber die Wahrscheinlichkeit eines nachteiligen und negativen Ablaufs (McFarlane & Yehuda, 2000).

Im Zentrum des Vulnerabilitäts-Stress-Modells steht die Betrachtungsweise, dass Individuen differierende Vulnerabilitäten im Sinne von Dispositionen aufweisen, die Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Stress als negative Beeinträchtigung haben können. Die Dispositionen an sich sind noch nicht entscheidend für eine

psychische Störung, da erst durch das Zusammenspiel mit Stress auslösenden Stimuli, wie zum Beispiel Traumata, physischen Beschwerden oder belastenden Episoden, die Schwelle zur psychischen Störungen passiert werden kann (Zubin & Spring, 1977). Zur Illustration wird das Modell in Abbildung 3 nachstehend grafisch festgehalten.

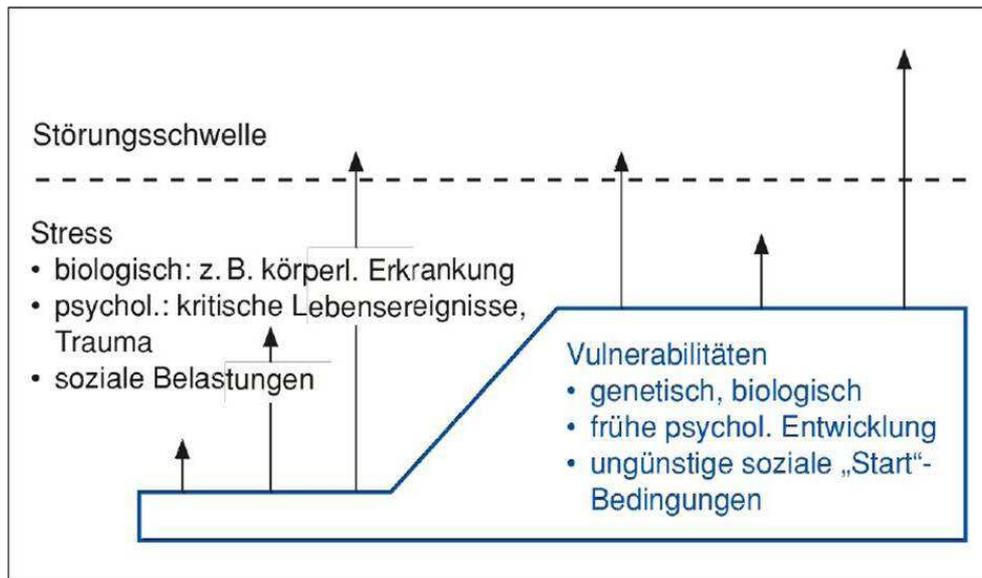


Abbildung 3. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Petermann, Maercker, Lutz & Stangier, 2011, S. 29)

Grundsätzlich steht das Modell der Vulnerabilität inklusive Risikofaktoren im Gegensatz zum Resilienzkonzept, das protektive Faktoren beinhaltet, am anderen Ende eines gemeinsamen Kontinuums. Dementsprechend ist die Entstehung von posttraumatischer Symptomatik ein dynamischer Prozess zwischen Vulnerabilität, Resilienz und Rahmenbedingungen (Müller-Hohmann, 2008). Eine problematische Thematik innerhalb der Traumaforschung bezüglich des Vulnerabilitätskonzepts als Gegensatz zum Resilienzmodell ist die Tatsache, dass Recherchen meist durch Studien, die rückblickend die Ereignisse untersuchen, realisiert werden. Obwohl ein adäquaterer Ansatz prospektive Untersuchungen darstellen würde, ist die Umsetzung aufgrund von mehreren Ursachen eher kompliziert; unter anderem auch wegen der zufälligen Auftrittswahrscheinlichkeit einer traumatischen Begebenheit (McFarlane & Yehuda, 2000). Dennoch gibt die bestehende, doch umfangreiche Forschung Aufschluss über Vulnerabilitäten im Zusammenhang mit stressreichen und belastenden Ereignissen, Risiko- und Schutzfaktoren.

Als erste Studie soll die Mannheimer Risikokinder-Studie, durchgeführt von Laucht et al. (2000) vorgestellt werden, die sich mit Kindern, die verschiedenen risikoreichen Belastungen ausgesetzt waren, befasst. Diese verfolgt eine prospektive Herangehensweise, mit der Argumentation, dass andere Studien zu dieser Thematik die Tendenz aufwiesen, die Konsequenzen von Risikofaktoren im Lauf der Entwicklung separat und extrahiert zu evaluieren und dadurch andere Variablen zu ignorieren. Dementsprechend hatte dies einen Konfundierungseffekt unterschiedlicher risikoreicher Komponenten zur Folge, der das Verständnis der Ätiopathogenese in Hinblick auf Faktoren, die die Vulnerabilität eines Individuums begünstigen, erschwert (Laucht et al., 2000). Variablen, die häufig außer Acht gelassen wurden, waren vorwiegend Strategien im Bereich der sozialen Fertigkeiten und des eigenen Ressourcenrepertoires zur Aufarbeitung von risikoreichen und belastenden Situationen, mit deren adäquaten Anwendungen die eventuell schädlichen Konsequenzen von negativen psychischen Einwirkungen ausgeglichen beziehungsweise abgewendet werden können (Rutter, 1985).

Die Mannheimer Risikokinder-Studie versuchte anhand von periodischen Recherchen die Entwicklung von Kindern mit verschiedenen Risikobelastungen und die Kompensation der negativen Einflüsse durch protektive Faktoren zu analysieren. Hierzu wurde eine methodisch erhobene Stichprobe eingesetzt, die aus 362 Kindern, die zwischen 1986 und 1988 geboren wurden, bestand. Die Kriterien, die die Probanden erfüllen mussten, waren kein Aufweisen schwerwiegender hereditärer Krankheiten sowie keine Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens, keine Mehrlingsschwangerschaften, Heranwachsen bei den leiblichen Elternteilen, die deutschsprachig sind, und das älteste Kind in der Familie zu sein.

Die Risikofaktoren wurden gegliedert in „*organische* Belastungen (prä- und perinatale Komplikationen) und *psychosoziale* Belastungen (bei Geburt bestehende ungünstige familiäre Lebensverhältnisse)“ (Laucht et al., 2000, S. 249). Die psychosozialen Risikofaktoren wurden anhand von Interviews mit den Elternteilen eruiert, indem Ungewöhnlichkeiten bezüglich des Umfelds der Angehörigen, wie zum Beispiel abwesende gesellschaftliche Einbindung oder begrenzte Bedingungen des Wohnraums, bezüglich der Qualität der elterlichen Beziehung, wie zum Beispiel Unstimmigkeiten und Spannungen oder ungewollt schwanger zu werden, und

bezüglich der Persönlichkeiten der Eltern, wie zum Beispiel geringer Bildungsgrad oder psychische Probleme exploriert wurden. Die Gruppensegmentierung ergab sich durch folgende Bedingungen: Probanden ohne negative Einflüsse, die keinen einzigen vorhandenen Risikofaktor aufzeigten, Probanden mit geringfügigen negativen Einflüssen, die einen oder zwei Risikofaktoren erkennen ließen, und Probanden mit massiven negativen Einflüssen, die drei oder mehr risikoreiche Komponenten beinhalteten.

Die erforschten Größen bezogen sich erstens auf die Gesamtentwicklung der Kinder, wobei hierbei der neurophysiologische, motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsverlauf begutachtet wurde. Die Untersuchungen der Kinder erfolgten jeweils im Alter von drei Monaten beziehungsweise im Alter von zwei, vier, fünf, acht und elf Jahren. Zweitens bezogen sie sich auf die familiäre Umwelt der Kinder, indem Gespräche und Beobachtungen verwirklicht wurden und indem Fragenkataloge von den Eltern ausgefüllt wurden. Drittens wurde das Verhältnis zwischen Kindern und Eltern unter anderem mit der *Observation for Measurement of the Environment HOME*, entwickelt von Caldwell und Bradley (1984), und mittels des familiendiagnostischen Testsystems, entwickelt von Schneewind, Beckmann und Hecht-Jackl (1985), erhoben. Des Weiteren versuchte man anhand von Verhaltensbeobachtungen und Kategorisierungen monadische Kennzeichen bezüglich der Charakteristika der beteiligten Probanden und dyadische Kennzeichen in Bezug auf Charakteristika der Beziehung der Probanden zueinander zu bewerten.

Die Resultate beinhalteten, dass die frühzeitigen negativen Beanspruchungen einen Einfluss auf längere Sicht bezüglich des Entwicklungsverlaufs von Kindern und späteren Beeinträchtigungen innehaben. Es konnte aufgezeigt werden, dass anfängliche organische Risikofaktoren und anfängliche psychosoziale Risikofaktoren Folgen hatten, die bis zur Schulzeit fortwährten, wobei dies differierte, bedingt durch den entsprechenden Entwicklungsabschnitt, durch die jeweilige Dimension der Beeinträchtigung durch Risikofaktoren und durch das untersuchte Gebiet. Bezüglich der Vorhersagbarkeit kann angeführt werden, dass Effekte, die den Bewegungsverlauf betreffen, vorwiegend von organischen Risikofaktoren beeinflusst werden und dass bei Schädigungen der sozialen und emotionalen Kompetenz psychosoziale Risikofaktoren ausschlaggebend sind, wobei eine Prognose in Bezug

auf die Motorik mit einer vermehrten zeitgebundenen Entfernung schwieriger wird. Die unvoreilhafteste Voraussage bezüglich des Entwicklungsverlaufs wiesen Kinder mit psychosozialen und organischen Risikofaktoren auf, da sich die ungünstigen Konsequenzen beider Gefährdungen gegenseitig verstärkten, im Sinne einer Summierung der separaten Auswirkungen (Laucht et al., 2000).

Im Kontext des Vulnerabilitäts-Stress-Modells konnten folgende Vulnerabilitäten im Sinne von personalen Risiken und psychischen sowie biologischen Komponenten festgestellt werden: Frühgeburten, Präeklampsie, Gewicht des Neugeborenen unter 1500 Gramm, ausgeprägte Asphyxia neonatorum und Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes des Neugeborenen. Des Weiteren wurde auch auf Stressoren Bezug genommen. Diese bestanden aus chronischen Problematiken, wie kontinuierliche Erwerbslosigkeit, aus der subjektiven Leidwahrnehmung, ungewollter Gravidität, unzureichenden Kompetenzen der Eltern, mit der Situation zurechtzukommen, ungünstigen Wohngegebenheiten, geringem Bildungsstand der Elternteile, psychischen Erkrankungen und Depressionen nach der Geburt sowie aus Straffälligkeiten und zerstörten Familienverhältnissen (Esser, Laucht & Schmidt, 1995).

Insgesamt konnte somit veranschaulicht werden, welche Vulnerabilitätskomponenten und Stressoren einen negativen Verlauf in der Entwicklung begünstigen und damit die Anfälligkeiten einer psychischen Störung als Konsequenz eines Traumas fördern. Auf der anderen Seite wurden Schutzfaktoren, die resilienzestablierend wirken, dargelegt. Diese bezogen sich darauf, das erste Kind zu sein, auf einen erhöhten Intelligenzquotienten, ermutigende Erziehungsstile, stabile freundschaftliche Verbindungen, affirmative zwischenmenschliche Verhaltensweisen, familiäre vorgelebte Bewältigungsstrategien und Verbundenheit, optimistische Charaktermerkmale, beständiges gefühlsmäßiges Verhältnis zur Bezugsperson sowie auf familiäre Ermutigung und Beistand die Gesellschaft betreffend (Esser et al., 1995). Die Mannheimer Risikokinder-Studie demonstriert demzufolge verschiedene Vulnerabilitäten und Stressoren, die die substanziellen Elemente des Vulnerabilitäts-Stress-Modells darstellen, sowie eine Anzahl an protektiven Faktoren, die für ein effektives Resilienzkonzept erforderlich sind.

Die nachfolgende Studie, die sich auch mit Vulnerabilitäten und Schutzfaktoren auseinandersetzt, ist die Bielefelder Invulnerabilitätsstudie, durchgeführt von Lösel et al. (1990). Inhalt der Studie waren die Untersuchung der Resilienz von Kindern, die besonders stark ausgeprägten Risiken in der Entwicklung ausgesetzt waren, und zeitgleich die Berücksichtigung protektiver Faktoren und Resilienzmerkmale, die familienextern existierten. Die Stichprobe bestand aus 146 Jugendlichen mit einem durchschnittlichen Alter von 15.6 Jahren, die unter Heimbetreuung aufwuchsen und überwiegend aus benachteiligten Lebensbedingungen und zerrütteten Familien entstammten, die Alkoholismus, Mittellosigkeit und Gewalt umfassten (Lösel et al., 1990).

Durch Fallbesprechungen, Berichten von ErzieherInnen und SozialpädagogInnen, Einschätzungen bezüglich der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die Jugendlichen und Bildung eines Risikoindexes wurden die Probanden in zwei Vergleichsgruppen unterteilt. Die erste Gruppe bestand aus 66 Jugendlichen, die einen bisherigen resilienten Entwicklungsverlauf aufwiesen, und die zweite Gruppe setzte sich aus 80 Probanden zusammen, die ausgeprägte Abweichungen im Sozialverhalten, wie zum Beispiel provokative, streitsüchtige oder kriminelle Verhaltensweisen, erkennen ließen. Mit Hilfe des Risikoindexes wurden objektive Risikofaktoren, wie zum Beispiel finanzielle Schwierigkeiten, eheliche Trennungen oder widrige Wohnverhältnisse, und subjektive Risikofaktoren, wie zum Beispiel die empfundene Überforderung durch mangelnde Fürsorge und Zurückweisung des Kindes oder Alkoholismus, ermittelt. Beide Gruppen erzielten fast gleich hohe Werte bezüglich der objektiven Risikofaktoren; der subjektive Risikoindex war in der Gruppe mit verhaltensauffälligen Jugendlichen stärker ausgeprägt (Lösel & Bender, 2008).

Unter diesen Voraussetzungen wurden anschließend eventuelle protektive Faktoren im Sinne von positiven Personenpotentialen und positiven Umweltpotentialen per Querschnittsanalyse und per Längsschnittanalyse erforscht. Bezüglich des Querschnittsdesigns wich die Gruppe mit resilientem Verhalten von der Gruppe mit Verhaltensauffälligkeiten durch nachstehende Potentiale ab: Die personellen Ressourcen implizierten unter anderem eine optimistischere Selbstwahrnehmung, geringere Empfindung von Machtlosigkeit sowie geringere passive Bewältigungsstrategien, ansehnlichere Schulleistungen und eine stärkere

Kontrollüberzeugung. Die sozialen Kompetenzen und Fähigkeiten waren beispielweise geprägt durch eine angenehmere Wahrnehmung der Erziehungsstile, durch vermehrte zwischenmenschliche Beziehungen und Freundschaften und die mehrheitliche Anwesenheit einer familienexternen konstanten Bezugsperson. Innerhalb der Längsschnittanalyse stellte sich heraus, dass circa 67% der mittlerweile 100 Probanden im Laufe eines Zeitraums von zwei Jahren sowohl beständig in ihren resilienten als auch in ihren auffälligen Verhaltensweisen verblieben sind (Lösel & Bender, 1994).

Im Hinblick auf das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wurden durch diese Studie andere belastende Faktoren aufgezeigt, die Vulnerabilitäten eines Individuums mit besonders stark ausgeprägten Entwicklungsrisiken begünstigen können. Zum einen wurde hierbei zwischen personellen und sozialen Ressourcen unterschieden, und zum anderen wurde versucht, die Stabilität von Resilienz und Verhaltensauffälligkeiten aufzuzeigen.

Die nächsten Forschungsansätze bezüglich Vulnerabilitäten beschäftigten sich mit den soziodemographischen Risiken, den Kompetenzen innerhalb der Entwicklung und der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern, die im frühen Kindesalter einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt waren, und wurden durchgeführt von Bosquet Enlow et al. (2013). Hintergrund hierzu war erstens die Annahme, dass Kinder im Altersbereich bis sechs Jahren stark ausgeprägte Vulnerabilitäten bezüglich gravierendem und anhaltendem traumatischen Stress und Belastungen sowie anderen psychischen Folgestörungen aufweisen, und zweitens die zentrale Aussage, dass ein fundierter Überblick über Risikofaktoren, die Vulnerabilitäten für pathologische Auswirkungen begünstigen, entscheidend ist für eine effiziente Prävention (Briggs-Gowan, Carter & Ford, 2012).

Es wurden darauf aufbauend folgende Hypothesen untersucht: Soziodemographische Risikofaktoren sowie erworbene Entwicklungskompetenzen wirken als Moderatorvariablen bezüglich der PTBS-Symptome als Konsequenz eines Traumas. Traumatische Erfahrungen wirken als Mediatorvariablen im Zusammenhang von soziodemographischen Risiken, und PTBS-Symptome und

Entwicklungscompetenzen wirken als Mediatorvariablen im Zusammenhang von Traumata und PTBS-Symptomen (Bosquet Enlow et al., 2013).

Die Stichprobe bestand aus 200 Mutter-Kind-Dyaden, wobei als Einsschlusskriterien Erstgebärende, Schwangerschaften im dritten Trimester und ein Einkommen unterhalb der offiziellen Armutsgrenze galten. Das Alter der Mutter bei der Geburt lag zwischen 12 und 34 Jahren, 64% der Mütter lebten in keiner Partnerschaft, und 39% hatten keine abgeschlossene Schulausbildung. Die soziodemographischen Risikofaktoren wurden mittels eines Risiko-Scores berechnet, indem eine Zuordnung von einem Punkt für jede folgende Konstellation durchgeführt wurde: die Mutter war bei der Geburt unverheiratet, unter 18 Jahren, konnte keine abgeschlossene Schulausbildung vorweisen und stammte aus einer ethnischen Minderheit. Die Exposition von traumatischen Erfahrungen wurde ermittelt, indem ein Score gebildet wurde, der die Kategorien keine erlebte Misshandlung oder beobachtete Gewalt in der Partnerschaft, die mit 0 kodiert wurde, erlebte Misshandlung oder beobachtete Gewalt in der Partnerschaft, die mit 1 kodiert wurde, und die Kategorie sowohl Misshandlung als auch beobachtete Gewalt in der Partnerschaft, die mit 2 kodiert wurde, beinhaltete. Misshandlungen wurden durch wiederholte Beobachtungen zu Hause sowie per Videoaufzeichnungen im Labor identifiziert. Es fanden mehrere strukturierte Interviews mit den Müttern statt, und auch medizinische Daten der Kinder wurden miterhoben. Die Art der Misshandlung wurde unterteilt in körperliche sowie emotionale Misshandlung, körperliche Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch. Die beobachtete Gewalt in der Partnerschaft wurde anhand von Fragebögen, Interviews und Beobachtungen erhoben, wobei anschließend die Häufigkeit und das Ausmaß des Schweregrads der physischen Gewalt erschlossen wurden (Bosquet Enlow et al., 2013).

Die Entwicklungscompetenz wurde, durch Orientierung an theoretischen Konzepten in Bezug auf die zentralen Thematiken innerhalb der Adaption in den verschiedenen Entwicklungsstadien, an zwei Zeitpunkten bewertet. Die Entwicklungscompetenz im Vorschulalter wurde anhand der Komponenten Handlungsfähigkeit, Selbstbestimmung, Selbstregulation und Selbstmanagement erforscht und die Kompetenz im Schulalter anhand von Bewertungen der sozialen und kognitiven Funktionen sowie des psychischen Wohlbefindens (Obradović, van Dulmen, Yates,

Carlson & Egeland, 2006; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005). Die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung wurde mittels der *Child Behavior Checklist (CBCL)*, entwickelt von Achenbach und Edelbrock (1983), die emotionale und verhaltensbezogene Merkmale misst und von den Eltern und LehrerInnen bearbeitet wurden evaluiert.

Die deskriptiven Ergebnisse besagten, dass 38% der Probanden zwischen ihrer Geburt und einem Alter von 64 Monaten ein zwischenmenschliches Trauma erlebten, wobei 28% davon Misshandlungen erlebten, 3% beobachteten Gewalttätigkeiten in der Partnerschaft und 7% beidem ausgesetzt waren. Das Auftreten der Misshandlung setzte sich aus 49% physischer Misshandlung, 54% emotionaler Misshandlung, 48% Vernachlässigung und 18% sexuellem Missbrauch zusammen. Die Resultate waren dahingehend, dass stärker vorhandene soziodemographische Risikofaktoren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, einem Trauma ausgesetzt zu sein, einhergehen und dass beide Variablen mit schwerwiegenderen Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung korrelieren. Die Feststellung, dass die Erfahrung eines Traumas den Zusammenhang zwischen soziodemographischen Risiken und PTBS-Symptomen vermittelt, suggeriert, dass ein erhöhtes Vorkommen von psychischen Erkrankungen in benachteiligten Bevölkerungsgruppen zumindest teilweise auf eine erhöhte Rate von erfahrenen Traumata zurückzuführen ist (Bosquet Enlow et al., 2013).

Eine schwach ausgeprägte Entwicklungskompetenz erklärt partiell den Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und Symptomen der PTBS. Hier wird vermutet, dass unter Berücksichtigung der hierarchisch ausgerichteten Beschaffenheit des Entwicklungsverlaufs eines Individuums und dem hypothetisch transaktionalen Verhältnis zwischen Entwicklungskompetenz und Psychopathologie traumatische Stress-Symptome und Entwicklungsfehlanspassungen im Laufe der Entwicklung wahrscheinlich gegenseitige bidirektionale Einflüsse haben. Wurden Misshandlungen und beobachtete Gewalt erlebt, waren die Ausmaße der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung um einiges gravierender als in den einzelnen Konditionen. Dies legt nahe, dass diese beiden Komponenten eine additive Wirkung in Bezug auf Vulnerabilitäten hinsichtlich einer Posttraumatischen Belastungsstörung in den frühen Lebensjahren beinhalten können.

Betrachtet man diese Ergebnisse weiterhin im Hinblick auf das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, wird veranschaulicht, dass soziodemographische Risikofaktoren im Sinne von zum Beispiel Armut oder alleinerziehend zu erhöhten Vulnerabilitäten, einem Trauma ausgesetzt zu sein, führen können. Des Weiteren können die vermehrten Vulnerabilitäten, in einer unterprivilegierten Bevölkerungsgruppe psychisch zu erkranken, zumindest teilweise von einem gesteigerten Vorhandensein von Traumata abgeleitet werden. Bestehende Defizite in der Entwicklungskompetenz können partiell die Interaktion zwischen Vulnerabilitäten, Traumata und Anzeichen der Posttraumatischen Belastungsstörung erklären, wobei die Psychopathologie, traumatische Stress-Symptome und Entwicklungsfehlanspassungen als Risikofaktoren im Laufe der Entwicklung wahrscheinlich bidirektionale Einflüsse aufeinander haben (Bosquet Enlow et al., 2013).

In der nachfolgenden Studie, durchgeführt von Tiihonen Möller et al. (2014), befasste man sich mit Risikofaktoren, die mitentscheidend sind, dass nach einer Vergewaltigung Vulnerabilitäten für eine Posttraumatische Belastungsstörung auftreten. Die generelle Zielsetzung der Studie war, die Prävalenz der PTBS sechs Monate nach erfolgten sexuellen Übergriffen zu analysieren und die wesentlichsten Risikofaktoren, die zu Anfälligkeiten bezüglich der Entwicklung beitragen, ausfindig zu machen. Des Weiteren wollte man die Morbidität von zusätzlichen psychischen Störungen nach dem Zeitraum von sechs Monaten ermitteln und versuchen, jene Faktoren, die Vulnerabilitäten bedingen, prospektiv zu identifizieren. Diese Faktoren können unterteilt werden in Variablen, die vor den Angriffen vorhanden waren, wie zum Beispiel vorherige erfolgte Viktimisierungen, demographische Daten oder vorhandene psychische Erkrankungen, Variablen, die den Übergriff betreffen, zum Beispiel die subjektiv empfundene Lebensbedrohung, das Verhältnis zum Täter oder körperliche Verletzungen, und schließlich Variablen, die nach den Tätlichkeiten von Bedeutung sind, wie zum Beispiel die angewandten Bewältigungsstrategien (Tiihonen Möller et al., 2014).

In der vorliegenden Studie wurde der Fokus auf die ersten beiden Kategorien gesetzt, und es wurde davon ausgegangen, dass circa ein Drittel der Opfer eine Posttraumatische Belastungsstörung generieren würden und Personen ohne bestätigte Diagnose dennoch starke einschränkend wirkende Symptome aufzeigen

würden. Eine weitere Hypothese beinhaltete, dass Opfer eines sexuellen Übergriffs eine Gruppierung repräsentieren, die eine Vorgeschichte an früheren Traumatisierungen und psychischen Störungen aufweist. Ferner wurde vermutet, dass die Risikofaktoren subjektiv wahrgenommene Lebensbedrohung während der Vergewaltigung sowie vorherige psychiatrische Erkrankungen und frühere Viktimisierungen die Vulnerabilität, nach sechs Monaten an einer PTBS zu erkranken, prognostizieren können.

Die Stichprobe bestand aus 317 weiblichen Opfern einer Vergewaltigung und wurde zwischen Februar 2009 und Dezember 2011 in der Notfallklinik für vergewaltigte Frauen in Stockholm akquiriert. Die Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren sowie die Tauglichkeit, an einem Interview teilzunehmen und Selbstwertungen mittels Fragebögen anzugeben. Um eine Posttraumatische Belastungsstörung sechs Monate nach der Vergewaltigung zu eruieren, wurde das Strukturierte Klinische Interview (SKID-I), entwickelt von Wittchen, Zaudig und Fydrich (1997), angewendet. Darüber hinaus wurden hierbei auch Informationen über demographische Daten, Beschäftigungsstatus, psychiatrische Vorgeschichte und mögliche Verletzungen eingeholt. Das Ausmaß der physischen Gewalt während des sexuellen Übergriffs wurde mit dem *NorVald Abuse Questionnaire*, ausgearbeitet von Swahnberg und Wijma (2003), mit den Kategorien keine, schwache, mittelmäßige und schwere Gewalt ermittelt. Des Weiteren wurde das *Beck Depression Inventory* (BDI) von Beck et al. (1996) eingesetzt, um die Symptome einer eventuellen Depression zu messen. Der *Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire* (SASRQ) von Cardena, Koopman, Classen, Waelde und Spiegel (2000) wurde zu Beginn der Studie und nach einem Zeitraum von sechs Monaten verwendet, um anfangs eine Akute Belastungsstörung feststellen zu können und um Ängste und dissoziative Symptome sowie den Schweregrad der Posttraumatischen Belastungsstörung zu bemessen. Zusätzlich wurde zur Überprüfung der Symptomatik der PTBS die *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS) von Foa, Cashman, Jaycox und Perry (1997) angewandt, um auch vorher bestehende PTBS-Diagnosen und vorangegangene traumatische Erfahrungen zu erheben.

Die Ergebnisse der Studie waren wie folgt: 39% der Teilnehmerinnen entwickelten sechs Monate nach dem sexuellen Übergriff eine Posttraumatische

Belastungsstörung, und 47% litten an mittelschweren oder schweren Depressionen. Ferner konnte festgestellt werden, dass 19% der Stichprobe zum Zeitpunkt der aktuellen sexuellen Tätlichkeit aufgrund von vorher widerfahrener Viktimisierung eine Posttraumatische Belastungsstörung durchlebten. Die wesentlichsten Risikofaktoren, die zur Vulnerabilität, eine PTBS zu entwickeln, beitragen, waren die Ausführung der Vergewaltigung durch mehrere Personen, das Auftreten einer Akuten Belastungsstörung kurz nach den sexuellen Tätlichkeiten, eine subjektiv stark wahrgenommene Lebensbedrohlichkeit, verschiedenen und mehreren Handlungen während des Übergriffs ausgesetzt zu sein, physische Verletzungen, komorbide depressive Störungen und eine Vorgeschichte von mehr als zwei erfahrenen Traumata. Man kam dadurch zu dem Ergebnis, dass die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einem sexuellen Übergriff häufig auftritt, wobei ein erhöhtes Risiko durch eine Kombination aus Vulnerabilität des Opfers und dem Ausmaß der Bedrohung des aktuellen Angriffs besteht. Im Vergleich zwischen den Probanden, die an einer PTBS erkrankten, und jenen, ohne Diagnose konnte aufgezeigt werden, dass erstere häufiger angaben, arbeitslos oder krankheitsbedingt beurlaubt zu sein. Ferner wurde in dieser Gruppe berichtet, eine Vorgeschichte an psychiatrischer Behandlung und Depressionen zu haben sowie in der Kindheit sexuell traumatisiert worden zu sein, wobei eine von fünf Frauen der PTBS-Gruppierung mehr als fünf sexuelle oder anderweitige Traumata erlebt hatte.

Integriert man die Studie in das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, konnte dokumentiert werden, dass verschiedene Risikofaktoren nach der traumatischen Erfahrung eines sexuellen Übergriffs zur Vulnerabilität, an einer PTBS zu erkranken, beitragen. Zusätzlich zu den oben bereits erwähnten Komponenten wurde festgestellt, dass 80% der Teilnehmerinnen nach dem erlebten Trauma an einer Akuten Belastungsstörung litten, was wiederum einen wesentlichen, wenn auch nicht ausschließlichen Einfluss auf die Anfälligkeit, eine PTBS zu entwickeln, hat. Bezüglich der Stresskomponente im Vulnerabilitäts-Stress-Modell gilt laut dieser Studie die generalisierende Feststellung, dass sexuelle Übergriffe eine der stressreichsten, belastendsten und traumatischsten Erfahrungen repräsentieren; nicht zuletzt aufgrund der nachfolgenden sehr hohen Auftrittshäufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Tiihonen Möller et al., 2014).

Summarisch betrachtet ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell mit seiner zentralen Kernaussage, dass gewisse genetische, soziale oder psychische Vulnerabilitäten bestehen, die durch stressreiche, sehr belastende Ereignisse wie zum Beispiel Traumata psychische Störungen als Konsequenzen haben können, ein informativer Ansatz, um Risikofaktoren für ein besseres Verständnis des Resilienzkonzepts zu identifizieren und zu analysieren. Durch die aufgeführten Studien und Forschungen konnte zu verschiedenartigen Risikofaktoren und Vulnerabilitäten Bezug genommen werden. Innerhalb der ersten Studie, der Mannheimer Risikokinder-Studie, wurden Verletzbarkeiten bei Kindern mit risikoreichen Belastungen für psychische Erkrankungen durch Frühgeburten, Präeklampsie, Gewicht des Neugeborenen unter 1500 Gramm, ausgeprägte Asphyxia neonatorum und Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes des Neugeborenen festgestellt. Des Weiteren wurden als Stressoren unter anderem ungewollte Schwangerschaft, ein geringer Bildungsstand der Eltern, ungünstige Wohnverhältnisse oder Arbeitslosigkeit bezeichnet. Eruierte protektive Faktoren, die für ein effizientes Resilienzverhalten erforderlich sind, beinhalteten beispielsweise affirmative zwischenmenschliche Verhaltensweisen, familiäre vorgelebte Bewältigungsstrategien und Verbundenheit oder optimistische Charaktermerkmale (Esser et al., 1995).

In der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie, durchgeführt von Lösel et al. (1990), wurden anhand der Untersuchung der Resilienz von Kindern, die besonders stark ausgeprägten Risiken in der Entwicklung ausgesetzt waren, Risikofaktoren ermittelt. Diese hatten objektive Risikofaktoren, zum Beispiel finanzielle Schwierigkeiten, eheliche Trennungen oder widrige Wohnverhältnisse, und subjektive Risikofaktoren, wie zum Beispiel die empfundene Überforderung durch mangelnde Fürsorge und Zurückweisung des Kindes oder Alkoholismus, zum Inhalt. Hinsichtlich der protektiven Faktoren, die Vulnerabilitäten reduzieren und resilientes Verhalten steigern können, wurde auf personelle Ressourcen Bezug genommen. Diese implizierten unter anderem eine optimistischere Selbstwahrnehmung, geringere passive Bewältigungsstrategien, vermehrte zwischenmenschliche Beziehungen und Freundschaften, eine stärkere Kontrollüberzeugung sowie die mehrheitliche Anwesenheit einer familienexternen konstanten Bezugsperson (Lösel et al., 1990). Der Forschungsansatz von Bosquet Enlow et al. (2013) bezog sich auf soziodemographische Risikofaktoren und Entwicklungskompetenzen von Kindern,

die im frühen Alter ein Trauma erlebten. Hierbei wurde dargelegt, dass stärker vorhandene soziodemographische Risikofaktoren, wie Armut oder alleinerziehend zu sein, mit einer erhöhten Probabilität, einem Trauma ausgesetzt zu sein, im Zusammenhang stehen und dass psychische Erkrankungen in benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf eine erhöhte Auftrittswahrscheinlichkeit von erfahrenen Traumata zurückgeführt werden können. Des Weiteren zeigte sich, dass eine schwach ausgeprägte Entwicklungskompetenz zumindest teilweise die Wechselbeziehung zwischen traumatischen Erfahrungen und Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung erklärt, da traumatische Stress-Symptome und Entwicklungsfehlanspassungen sich im Laufe der Entwicklung bidirektional beeinflussen. Die beiden Variablen Misshandlungen und beobachtete Gewalt in Verknüpfung beinhalteten eine additive Wirkung in Bezug auf Vulnerabilitäten hinsichtlich einer Posttraumatischen Belastungsstörung in den frühen Lebensjahren (Bosquet Enlow et al., 2013). In der letzten vorgestellten Studie, durchgeführt von Tiihonen Möller et al. (2014), befasste man sich mit Risikofaktoren, die nach einer Vergewaltigung entscheidend sind, Vulnerabilitäten für eine Posttraumatische Belastungsstörung aufzuweisen. Die wesentlichsten identifizierten Komponenten waren unter anderem physische Verletzungen, eine Vorgeschichte von mehr als zwei widerfahrenen Traumata, von Depressionen sowie von psychiatrischer Behandlung, das Auftreten einer Akuten Belastungsstörung und eine subjektiv stark wahrgenommene Lebensbedrohlichkeit. Es wurde auch angeführt, dass sexuelle Übergriffe eine der stressreichsten und traumatischsten Erfahrungen repräsentieren, was nicht zuletzt aufgrund der nachfolgenden sehr hohen Auftrittshäufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung belegt wird (Tiihonen Möller et al., 2014).

Im Hinblick auf die Studienergebnisse wird ersichtlich, wie breitgefächert und multidimensional das Vulnerabilitäts-Stress-Modell anwendbar ist und dass es sicherlich als Fundament für weitere Forschungen im Kontext von Traumata und Resilienz dienen kann. Da die individuelle Vulnerabilität eines Menschen für die Entwicklung posttraumatischer psychischer Krankheitssymptome mitbestimmend ist, können durch die Untersuchung und Ermittlung der diversen Risikofaktoren die dazugehörigen protektiven Faktoren lokalisiert und somit die Resilienz forciert werden.

4. Conclusio und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Ausschnitt des aktuellen Forschungsstands an Studien und Recherchen, die unterschiedliche Herangehensweisen und Perspektiven zu den Thematiken Resilienz und Traumata hatten, gezeigt. Bezüglich traumatischer Erfahrungen wurde unterschieden zwischen akzidentellen, und interpersonellen Traumata sowie zwischen Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata. Jede Art von erlebtem Trauma kann unterschiedliche posttraumatische psychische Krankheitssymptome zur Folge haben. Die Entstehung und der Verlauf der Traumafolgestörungen wurden anhand verschiedener Modelle, wie zum Beispiel das multifaktorielle Rahmenmodell oder kognitive Störungsmodelle dargestellt (Maercker, 2009). Innerhalb dieser Erklärungsansätze wird der erhebliche Stellenwert von Risikofaktoren, die belastende Indikatoren für die Entwicklung einer psychischen Folgestörung darstellen, und Resilienzfaktoren, die die Reduzierung der Auftrittswahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beschwerde bedingen, betont (Egle et al., 1997; Holtmann & Schmidt, 2004). Resilienz als psychische Widerstandsfähigkeit und Belastbarkeit ist unabdingbar, um mit strapaziösen Lebensereignissen beziehungsweise traumatischen Gegebenheiten und den Konsequenzen diesbezüglich adäquat umgehen zu können (Wustmann, 2004). Bengel et al. (2009) gehen von internalen und externalen Kriterien sowie von der Befähigung zur Umweltanpassung aus, die maßgeblich für die Resilienzgestaltung und -entwicklung sind. Dementsprechend kann Resilienz durch günstige Bedingungen in der Lebenssituation und Anwendungen diverser Strategien gesteigert werden. Nach den Resultaten von Werner und Smith (2001) zu urteilen, könnte man beispielsweise an der Festigung und Stärkung in den Bereichen emotionale Stabilität, Selbstbewusstsein, Kontaktfreudigkeit, Selbstständigkeit und Lebensfreude sowie an kommunikativen und motorischen Kompetenzen ansetzen, um Resilienz zu etablieren und expandieren. Des Weiteren ist die Förderung der individuellen Ressourcen und Potentiale von beträchtlicher Relevanz, um der Pathogenese von Traumafolgestörungen entgegenzuwirken, was auch durch das Resilienz-Stressbewältigungs-Modell verdeutlicht werden konnte (Diegelmann, 2007). Hierbei wurde auch aufgezeigt, dass Stressoren für die posttraumatische Symptomatik und Resilienz bedeutend sind, da sie körperliche, psychische und mentale Auswirkungen haben können und eine effektive Stressbewältigung mitunter

ausschlaggebend sein kann für eine Verringerung des traumatischen Stresses und die Wiedererlangung vollständiger Gesundheit (Pearlin & Schooler, 1978; Resick, 2003). Hinsichtlich der persönlichen Ressourcen im Zusammenhang mit erlebten unbeeinflussbaren Stressoren können Passivität oder Neubewertung als Methoden eingesetzt werden, um Traumafolgestörungen abzumildern (Shalev, 2000). Auch Hobfoll (1989) beschäftigt sich innerhalb der Ressourcen-Konservierungs-Theorie (*Conservation of Resources, COR*) mit der Thematik Ressourcen und Traumata. Hierbei wird der Fokus jedoch nicht mehr auf die Beeinträchtigung der Balance durch Stress gelegt, sondern auf das motivationale Bestreben der Menschen, existente Ressourcen aufrecht zu erhalten und sich weitere Ressourcen anzueignen. Ein traumatisches Erlebnis führt zu traumatischem Stress und zu rasantem Ressourcenverlust, wobei meist elementare Ressourcen zur Aufrechterhaltung von Resilienz und Prävention vor posttraumatischer Symptomatik, wie zum Beispiel Zukunftsglaube, Selbstsicherheit oder Handlungs- und Kontrollüberzeugung, beeinträchtigt werden (Hobfoll, 1991; Hobfoll et al., 2007). Die schwerwiegenden Konsequenzen des Verlusts von Ressourcen in Bezug auf eine Begünstigung der Entstehung von Traumafolgestörungen konnten von Dekel und Hobfoll (2007) bezüglich zwei traumatischen Erfahrungen innerhalb der Lebensspanne, von Freedy et al. (1992) bezüglich Naturkatastrophen und von Littleton et al. (2011) bezüglich menschlich verursachten Traumata im Sinne einer Massenschießerei gezeigt werden. Distanziert man sich schließlich von dem Konzept der Resilienz durch Ressourcenerhaltung, kann man Resilienz auch als affirmatives Pendant zur Vulnerabilität ansehen. Die Vulnerabilität als Verletzbarkeit und Anfälligkeit einer Person bezüglich verschiedenartiger Einwirkungen und möglicher psychischen Störungen als Folgeerscheinungen befindet sich auf der einen und eine variable, bedingte und adaptive Resilienz, ohne gleichbedeutend mit einer uneingeschränkten Unverwundbarkeit zu sein, auf der anderen Seite (Hofmann et al., 2002; Schumacher et al., 2005). Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Zubin und Spring (1977) basiert auf der Annahme, dass Individuen differierende Vulnerabilitäten aufweisen, im Sinne von Dispositionen, die im Zusammenspiel mit Stress auslösenden Stimuli, wie zum Beispiel Traumata, oder belastenden Episoden psychische Störungen zur Folge haben können. Die Mannheimer Risikokinder-Studie umfasst psychosoziale und organische Belastungen als Risikofaktoren, die Vulnerabilitäten und somit die Anfälligkeit, eine psychische Störung als Konsequenz eines Traumata zu entwickeln,

fördern. Es wurden biologische Komponenten, wie zum Beispiel Frühgeburten oder Gewicht des Neugeborenen, und soziale Stressoren, wie zum Beispiel geringer Bildungsstand oder kontinuierliche Erwerbslosigkeit, als Risikofaktoren ermittelt (Esser et al., 1995; Laucht et al., 2000). Lösel et al. (1990) konnten innerhalb der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie Schutzfaktoren für die Resilienz wie eine optimistischere Selbstwahrnehmung oder geringere passive Bewältigungsstrategien und Risikofaktoren für Vulnerabilitäten wie geringe zwischenmenschliche Beziehungen recherchieren. Bosquet Enlow et al. (2013) konnten ausfindig machen, dass stärker vorhandene soziodemographische Risikofaktoren wie Armut mit einer erhöhten Vulnerabilität, einem Trauma ausgesetzt zu sein, einhergehen und dass beide Variablen mit Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung korrelieren. Durch die unterschiedlichen Forschungsansätze konnte generell Aufschluss gegeben werden, wie multifaktoriell sich die Relationen zwischen Resilienz und traumatischen Erfahrungen gestalten. Das Konzept der Resilienz basiert auf verschiedenen wissenschaftlichen Annäherungen und wurde bislang noch zu dürftig erforscht. Folgende Studien sollten sich weiterhin auf die essentiellen Komponenten Risiko- und Schutzfaktoren in verschiedenen Kontexten stützen. Traumatische Ereignisse sind häufig und können theoretisch durchgehend zu psychischen Folgestörungen führen. Dementsprechend ist es von substanzieller Relevanz, durch Forschungen Optionen aufzuzeigen, um posttraumatische Symptomatik zu minimieren beziehungsweise ihr entgegenzuwirken.

5. Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision (DSM-IV-TR)* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Press.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Baumann, K., Rotter, M. & Linden, M. (2009). Kompetenzen zur Bewältigung belastender Lebensereignisse und der Schutz von Anpassungsstörungen. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 10, 82-86.

Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, C. K., Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (1996). *Beck Depression Inventory – Manual* (2nd rev. ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Becker-Nehring, K., Witschen, I. & Bengel, J. (2012). Schutz- und Risikofaktoren für Traumafolgestörungen: Ein systematischer Review. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41 (3), 148-165.

Bengel, J. & Hubert, S. (2010). *Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion*. Göttingen: Hogrefe.

Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. (Band 35). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.

Benson, P. (1997). *All kids are our kids: What communities must do to raise caring and responsible children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bosquet Enlow, M., Blood, E. & Egeland, B. (2013). Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 686-694.

Brewin, C. R., Andrew, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. & Ford, J. D. (2012). Parsing the effects violence exposure in early childhood: Modeling developmental pathways. *Journal of Pediatric Psychology*, 37, 11-22.

Bryant, R. A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *Journal of Traumatic Dissociation*, 6, 5-15.

- Buchwald, P. & Hobfoll, S. E. (2013). Die Theorie der Ressourcenerhaltung: Implikationen für den Zusammenhang von Stress und Kultur. In P. Genkova, T. Ringeisen & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur* (S. 126-133). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Caldwell, B. & Bradley, R. (1984). *Administration Manual – Home Observation for measurement of the environment*. Little Rock: University of Arkansas.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (Eds). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah: Erlbaum.
- Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C. & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 719-734.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Dekel, R. & Hobfoll, S. E. (2007). The impact of resource loss on Holocaust survivors facing war and terrorism in Israel. *Aging and Mental Health, 11*, 159-167.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90R: Administration, Scoring and Procedures Manual-II* (second edition). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine, 13* (3), 595-605.
- Diegelmann, C. (2007). *Trauma und Krise bewältigen: Psychotherapie mit TRUST*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dilling, H. & Freyberger, H. (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper*. Bern: Huber.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt, 68*, 683-695.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Esser, G., Laucht, M. & Schmidt, M. H. (1995). Der Einfluss von Risikofaktoren und der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter auf die seelische Gesundheit des Vorschulkindes. *Kindheit und Entwicklung, 4*, 33-42.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. aktual. u. erw. Aufl.). Stuttgart: UTB.

Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.

Freedy, J. R., Shaw, D., Jarrell, M. P. & Masters, C. R. (1992). Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: An application of the Conservation Resources Stress Model. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 441-454.

Friedman, M. J., Resick, P. A. & Keane, T. M. (2007). PTSD. Twenty-five years of progress and challenges. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 3-18). New York: Guilford.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2009). *Resilienz*. München: Reinhardt.

Hantke, L. & Görge, H. J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt of conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Stress and Coping*, 4, 187-197.

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50, 337-421.

Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multitaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping* (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J. et al., (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.

Hofmann, S. G., Heinrichs, N. & Kim, H. J. (2002). Das Vulnerabilitäts-Stress Modell der sozialen Phobie. In U. Stangier & T. Fydrich (Hrsg.), *Soziale Phobie und Soziale Angststörung* (S. 225-246). Göttingen: Hogrefe.

Holtmann, M. & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 195-200.

Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes* (3. erw. Aufl.). Northvale: Aronson.

Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

- Juen, B. (2010). *Resilienzförderung bei Kindern und Jugendlichen*. Vortrag anlässlich der 9. Kriseninterventionstage in Innsbruck.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelso, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048-1060.
- King, D. W., Vogt, D. S. & King, L. A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. In B. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 34–64). New York: Guilford.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R. & Kessler, R. C. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 337-343.
- Kröger, C., Ritter, C. & Bryant, R. A. (2012). *Akute Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kubany, E.S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S. & Watson, S. B. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, *12*, 210-224.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S. & Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: The Distressing Events Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment*, *12*, 197-209.
- Landolt, M. A. & Hensel, T. (2012). Grundlagen der Traumatherapie. In M. A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 15). Göttingen: Hogrefe.
- Laub, D. & Auerhahn, N. C. (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *International Journal of Psycho-Analysis*, *74*, 287-302.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *29*, 246-262.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Littleton, H., Kumpula, M. & Orcutt, H. (2011). Posttraumatic symptoms following a campus shooting: The role of psychosocial resource loss. *Violence and Victims*, *26*, 461-476.

- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Lösel, F. & Bender, D. (1994). Lebenstüchtig trotz schwieriger Kindheit. Psychische Widerstandskraft im Kindes- und Jugendalter. *Psychoscope*, 18, 14-17.
- Lösel, F. & Bender, D. (2008). Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen. Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 57-58). München: Reinhardt.
- Lösel, F., Bliesener, T. & Köferl, P. (1990). Psychische Gesundheit trotz Risikobelastung in der Kindheit. Untersuchungen zur Invulnerabilität. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung von Kindern und Jugendlichen* (S. 103-123). Berlin: Springer.
- Luthar, S. S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. vollständig neu bearbeitete u. erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. überarbeitete u. aktual. Aufl.). Berlin: Springer.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Metzler, T. J. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 229-252). Washington: American Psychiatric Press.
- Martini, R., Ryan, C., Nakayama, D. & Ramenofsky, M. (1990). Psychiatric sequelae after traumatic injury: The Pittsburgh regatta accident. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 70-75.
- Masten, A. S. & Obradovic, J. (2007). Disaster preparation and recovery: Lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13: 9.
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). A resiliency framework for research, policy and practice. In S. Luthar (Ed.), *Resiliency and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversity* (pp. 1-29). Cambridge: Cambridge University Press.
- McFarlane, A. C. & Yehuda, R. (2000). Widerstandskraft, Vulnerabilität und der Verlauf posttraumatischer Reaktionen. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze: Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 141-169). Paderborn: Junfermann.

Müller-Hohmann, I. (2008). *Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell – ein integratives Paradigma und seine Relevanz für die klinische Arbeit mit schizophren Erkrankten und ihren Angehörigen*. München: Hochschule, Fakultät für Sozialwissenschaften.

Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 255-263.

Obradović, J., van Dulmen, M. H. M., Yates, T. M., Carlson, E. A. & Egeland, B. (2006). Developmental assessment of competence from early childhood to middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 857-889.

Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 2-21.

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: how states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.

Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W. & Stangier, U. (2011). *Klinische Psychologie – Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen – Ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 15, 118-127.

Petzold, H. G. (2004). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien & Methoden einer schulübergreifenden Psychotherapie* (2. überarbeitete u. erw. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Purucker, M. & Wolfersdorf, M. (2010). Anpassungsstörungen im Kontext der klinischen Akutpsychotherapie: die Versorgungsrelevanz eines psychodynamischen Behandlungskonzeptes unter Berücksichtigung von Psychopathologie, Komorbidität und Differentialdiagnostik. *Psychiatrische Forschung*, 1, 62-65.

Reddemann, L. (Hrsg.) (2006). *Psychotraumata*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Resick, P. A. (2003). *Stress und Trauma: Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern: Huber.

Rothschild, B. (2011). *Der Körper erinnert sich: Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung* (5. Aufl.). Essen: Synthesis.

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

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.

Sack, M. (2007). Überlegungen zu einer ressourcenorientierten Behandlung traumatisierter Patienten. In F. Lamprecht (Hrsg.), *Wohin entwickelt sich die*

Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven (S. 165-176). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schneewind, K. A., Beckmann, M. & Hecht-Jackl, A. (1985). *Das familiendiagnostische Testsystem (FDTS)* (Forschungsbericht). München: Universität München, Institutsbereich Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16-39.

Shalev, A. Y. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack: Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 505-509.

Shalev, A. Y. (2000). Belastung versus traumatische Belastung. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze: Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 97-117). Paderborn: Junfermann.

Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York: Plenum Press.

Solomon, Z., Benbenishty, R., Neria, Y., Abramowitz, M., Ginzburg, K. & Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: Validation of the revised PTSD Inventory. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30, 110–115.

Soyer, J. (2006). Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 228-240). Stuttgart: Thieme.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford.

Swahnberg, I. M. & Wijma, B. (2003). The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *European Journal of Public Health*, 13, 361-366.

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

Tiihonen Möller, A., Bäckström, T., Söndergaard, H. P. & Helström, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLOS ONE*, 9, 1-9.

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Review and experimental confirmation. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4), 505-525.

Van der Kolk, B. A., Greenberg, M., Boyd, H. & Kristal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Toward a psychobiology of posttraumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20, 314-325.

Van der Kolk, B. A. & McFarlane, A. C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze: Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 27-47). Paderborn: Junfermann.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (2000). *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsätze: Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.

Veronen, L. G., Kilpatrick, D. G. & Resick, P. A. (1979). Treating fear and anxiety in rape victims: Implications for the criminal justice system. In W. H. Parsonage (Ed.), *Perspectives on victimology* (pp. 148-159). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115-132). Cambridge: Cambridge University Press.

Werner, E. E. (2008). Resilienz: Ein Überblick über internationale Längsschnittstudien. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 311-326). München: Reinhardt.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invisible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery*. Ithaca: Cornell University Press.

Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Wöller, W. (2006). *Trauma- und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch integrative Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

Wustmann, C. (2004). *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.

Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, 192-206.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

6. Abbildungsverzeichnis

Diegelmann, C. (2007). *Trauma und Krise bewältigen: Psychotherapie mit TRUST*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Maercker, A. (Hrsg.). (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. vollständig neu bearbeitete u. erw. Aufl.). Berlin: Springer.

Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W. & Stangier, U. (2011). *Klinische Psychologie – Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe.

Curriculum Vitae



Ausbildung

2013-2015	Masterstudium Psychologie
2013	Bachelor Abschluss Psychologie an der Hauptuniversität Wien
2009-2011	Regieausbildung, inkl. Sprechtechnik, meditativem und autogenem Training, Auseinandersetzung mit gruppendynamischen Prozessen, Bewegungs- und Schauspielunterricht
2007	Hauptuniversität Wien – Psychologie
2005 – 2007	Wirtschaftsuniversität Wien – IBWL
2005	Abschluss mit ausgezeichnetem Erfolg
1997 – 2005	Fremdsprachenweig des Bundesrealgymnasiums „Khevenhüllergymnasium“ in Linz
1993-1997	Musikvolksschule Leonding Schwerpunkt Gesang, Klavier, Ballett

Berufsbiografie

2014	Mitarbeit am Projekt Wiener Heimstudie, Einsatz von SKID-I und SKID-II
2014	Praktikum, Tätigkeiten im Bereich Diagnostik und Intervention, Kinder- und Jugendpsychologische Praxis
2013	Merchandising, Verteilaktionen, Produktvorführungen, Plus Promotion Sales
2012	Konzeption, Gestaltung und Umsetzung des more4youth Festivals 2012, Verein more4youth
2011	Workshop Soziale Kompetenz und Selbstmanagement
2010	Sechsmonatiges Praktikum: Themenbereich psychologische Begleitung und Betreuung, Supervision Mag. Sandra Rosenitsch
2009	Sechsmonatiges Praktikum: therapeutische Frühförderung, Bundesinstitut für Gehörlosenbildung
2009	Fünfmonatiges Praktikum: Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund, Hilfswerk Wien
2009	Mitbetreuung von Kindern bei verschiedensten Projekten, Spaßfabrik
01.06-01.07.2007	Statistische Datenaufarbeitung, Rathaus Wien
2005-2009	Catering
2005-2009	Markt- und Meinungsforschung, Verbraucheranalyse und Konsumentenforschung, IMAS
2005-2009	Verteilung von Werbeartikel und Akquise von Kunden für diverse Events und Veranstaltungen
01.09-03.09.2006	Infoteam: Einsatzkoordination und Informationsverteilung, Ars Electronica Center
01.06-01.07.2004	Einmonatiger Ferialjob: Kontoführung, Zahlungsverkehr, Einführung in das Bankwesen, Bank Austria Kreditanstalt

Weiterbildung

2008	Einmonatiger Aufenthalt mit Sprachtraining in Amerika
2003	Einmonatiger Sprachaufenthalt in den USA, Tätigkeiten als Aupair: Betreuung von 4 Kindern im Alter von 2-10
2001	Vierzehntägige Sprachvertiefung sowie Aupairtätigkeiten in England: Betreuung von 2 Kindern im Alter von 3 und 5
2000	Vierzehntägiger Aufenthalt inklusive Sprachkurs in England