



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„19 Jahre nach dem Genozid:

Der Einfluss von Resilienz auf die Bewältigung von
Posttraumatischer Belastungsstörung am Beispiel
ruandischer Studentinnen und Studenten“

Verfasserin:

Judith Gleixner

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Diplomarbeit sowohl für die männliche wie die weibliche Form die männliche Form verwendet.

[...] They forced me to see how they raped my mother before they killed her and four of my siblings during genocide. [...] It was tough but I accepted that. Of course I can't forget the past, that wouldn't be good. It is impossible to change the past but it is possible to learn from it. But the most important thing is personal initiative to find the meaning of what happened and look forward. The good thing is that I met people with the same experiences so we can talk about it. Some of them even lost all their family members, others are handicapped or poor but I am not. So I feel like helping them. You know, Rwandan culture is really supportive.

(Auszug aus dem Gespräch eines Überlebenden des Genozids in Ruanda)

Danksagung

Nun blicke ich auf eine intensive Zeit zurück, die für mich durch die Begegnungen mit vielen verschiedenen Menschen,- unterschiedlicher Kultur und Vergangenheit, eine große Bereicherung war. Ich bin zutiefst dafür dankbar, dass ich in einem von Frieden, Reichtum und Freiheit geprägten Land leben darf.

Ich widme diese Diplomarbeit all den Menschen, die in die gewaltsamen Abgründe des Genozids in Ruanda 1994 schauen mussten.

Mein größter Dank gilt allen befragten Studenten aus Ruanda, die mir das Vertrauen entgegenbrachten und mir ihre furchtbaren Erlebnisse anvertrauten. Durch sie wurde mir die Untersuchung erst ermöglicht.

Ich möchte mich bei meiner Familie ganz herzlich für die jahrelange Unterstützung bedanken. Danke möchte ich auch meinem Vater sagen, der immer an mich geglaubt hat, und mir durch seine kämpferische Art ein Vorbild war, niemals aufzugeben. Meiner Mutter danke ich vor allem für ihre Geduld und Mühe bei der Korrektur dieser Arbeit. Meinen Geschwistern danke ich, dass sie stets an meiner Seite standen, mich immer wieder durch ihren Humor ansteckten und durch ihre fürsorgliche Art zeigten, wie wichtig ich ihnen bin. Ein großer Dank gilt auch meiner Patentante Ulla, die mir stets zur Seite stand und mir immer wieder Zuversicht gab.

Einen ganz besonderen Dank möchte ich meinem wunderbaren Freund Jakob aussprechen, der mich mit guten Ratschlägen unterstützte, der mir immer wieder Kraft gab und durch den die letzten Semester eine große Bereicherung waren.

Bei der Planung der Untersuchung beteiligten sich insbesondere Fabien, Coucou und Dida, ohne deren Inspiration und Hilfe diese Arbeit niemals realisierbar gewesen wäre. Ein großer Dank gilt meinem Supervisor Dr. Sezibera von der National Universität von Ruanda, der mir bei der Vorbereitung und bei der Vermittlung der Teilnehmer tatkräftig zur Seite stand.

Für die Hilfe und Unterstützung vor Ort möchte ich mich hiermit bei folgenden Personen bedanken: bei Sylvere, für seine vertrauensvolle und fürsorgliche Art sowie die gemeinsame Zeit in Kigali und Kibuye, bei Sylvain, dem Präsidenten von AERG, bei Moses für seine geduldige Statistik-Beratung sowie bei den Übersetzern für ihren Einsatz während der Erhebung.

Ganz besonders möchte ich mich bei Marilena, Caro, Elif, Lisa, Alina, Isi und Malou für ihre Motivation, Hilfe, Geduld, ihr Zuhören und ihre positive Energie bedanken.

Für die großzügige finanzielle Unterstützung bedanke ich mich von ganzem Herzen bei der Schüchtermann Schillersche Familienstiftung zu Dortmund und bei meiner Patentante Ulla, wodurch mir vor allem eine finanzielle Aufwandsentschädigung gegenüber den Teilnehmern ermöglicht wurde.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Ass.- Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster, die mir ermöglichte, über ein für mich so bedeutsames Thema schreiben zu dürfen.

Abstract (deutsch)

Ziel dieser Studie war die Untersuchung von Resilienz- (Schutz-) und Risikofaktoren bei der Posttraumatischen Belastungsstörung von Erwachsenen, die 1994 den Genozid in Ruanda als Kinder oder Jugendliche überlebten. Insgesamt wurden 118 ruandische Studenten, im Alter von 23 bis 43 Jahren in einer Querschnittsuntersuchung mit einem nicht-experimentellen Design zu einem Messzeitpunkt befragt. Um die Art und Häufigkeit traumatischer Ereignisse während des Genozids sowie PTBS-Symptome zum Zeitpunkt der Erhebung zu erfassen, wurde der Harvard Trauma Questionnaire eingesetzt. Zur Analyse von Resilienz- und Risikofaktoren, die die Bewältigung traumatischer Erlebnisse unterstützen bzw. das PTBS-Risiko erhöhen, lag der Schwerpunkt dieser Studie insbesondere auf sozialer Unterstützung, Bedeutung von Glaube bzw. Spiritualität und verschiedenen Coping-Strategien. Dabei wurden unter anderem folgende Erhebungsinstrumente verwendet: Connor Davidson Resilience Scale, Brief Cope Inventory und Enrichd Social Support Inventory. Rund zwei Drittel der Befragten litten an einer PTBS nach DSM-IV, gleichzeitig wiesen sie ein überdurchschnittliches Ausmaß an Resilienz auf. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen bestätigten soziale Unterstützung und adaptive Coping-Strategien (insbesondere Aktive Bewältigung) als resilienzfördernd, während dies für Glaube bzw. Spiritualität nicht gezeigt wurde. Soziale Unterstützung und adaptive Coping-Strategien (insbesondere Humor) erwiesen sich zudem als Schutzfaktoren vor der Entstehung von PTBS. Die maladaptive Coping-Strategie Verleugnung stellte einen Risikofaktor für eine PTBS dar. Entgegen der Erwartungen wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Resilienzausprägung und der PTBS-Symptomatik festgestellt. Neben einer hohen PTBS-Prävalenz zeigte sich gleichzeitig eine stark ausgeprägte Resilienz. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die aus dem westlichen Kulturraum stammenden Erhebungsinstrumente für die Gesellschaft und Kultur Ruandas ungeeignet sind. Die gewonnenen Ergebnisse tragen zu einem besseren Verständnis des psychischen Gesundheitsstandes von traumatisierten Studenten aus Ruanda, insbesondere mit Blick auf Resilienz- und Risikofaktoren bei Posttraumatischer Belastungsstörung, bei. Darüber hinaus werden Implikationen für den Forschungs- und Gesundheitsbereich diskutiert.

Abstract (english)

The aim of this study was to investigate resilience (protective) and risk factors for post-traumatic stress disorder in adults who survived the 1994 genocide in Rwanda as children or adolescents. A total of 118 Rwandan students between the ages of 23 and 43 years participated in a cross-sectional study with no experimental design and one point of measurement. To assess the type and the occurrence of traumatic events during the genocide as well as PTSD symptoms at the time of the study, the Harvard Trauma Questionnaire was used. To assess resilience and risk factors that support the overcoming traumatic experiences or increase the risk of PTSD, this study focused especially on social support, importance of belief or spirituality and different coping strategies. In order to do so, the following instruments were used: Connor Davidson Resilience Scale, Brief Cope Inventory and Enrichd Social Support Inventory. Around two-thirds of the respondents suffered from PTSD, while at the same time they showed an above-average degree of resilience. The results of the regression analysis confirmed social support and adaptive coping strategies (especially active coping) to be fostering resilience, while belief or faith had no influence. Social support and adaptive coping strategies (especially humor) showed to be protective factors against PTSD. The maladaptive coping strategy denial posed as a risk factor for PTSD. Contrary to expectations, no significant relationship between the levels of resilience and PTSD symptoms was found. Apart from a high prevalence of PTSD, high levels of resilience were found. A possible explanation for this is that the survey instruments originating from western culture are unsuitable for the society and culture of Rwanda. The obtained results contribute to a better understanding of the mental health status of traumatized students from Rwanda, particularly with regard to resilience and risk factors of post-traumatic stress disorder. In addition, implications for further research and the health sector are discussed.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	5
2. Einleitung.....	6
3. Genozid: Wortbedeutung und Entstehung.....	7
4. Ruanda – Land der Tausend Hügel.....	8
4.1 Zahlen und Fakten	8
4.2. Historischer Hintergrund von Ruanda	9
4.3 Der Genozid in Ruanda: April - Juli 1994.....	12
4.3.2 Vernichtungsstrategien	13
4.3.3 Beendigung des Genozids	14
5. Psychotraumatologie	15
5.1 Das Trauma.....	15
5.1.1 Typisierung der Traumata	15
5.1.2 Unterscheidung der Traumabetroffenen	17
5.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	17
5.2.1 Diagnostische Kriterien der PTBS nach DSM-IV und DSM-V	18
5.2.2 Das kognitive Modell zur Entstehung der PTBS	19
5.2.3 Manifestation stressbedingter Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen ...	21
5.2.4 Prävalenz der PTBS.....	23
5.2.5 Komorbide Störungen der PTBS	24
6. Kriegserlebnisse und Traumatisierungen	24
6.1 Kriegsbezogene und zivile Traumata	25
6.2 Akzidentelle und interpersonelle Traumata.....	25
6.3 Traumatische Erlebnisse während des Genozids.....	25
6.3.1 Folter	25
6.3.2 Sexualisierte Kriegsgewalt	27
6.4 Prävalenz der PTBS nach Konfrontation mit organisierter Gewalt.....	28
6.4.1 PTBS-Prävalenz nach Kriegserlebnissen bei Erwachsenen	28
6.4.2 PTBS-Prävalenz nach Kriegserlebnissen bei Kindern und Jugendlichen.....	29
6.5 Komorbiditäten der PTBS bei kriegsbedingten Traumatisierungen.....	30
6.6 Kinder im Krieg.....	31

7. Aktueller Forschungsstand zur Situation in Ruanda	32
8. Schutz- (Resilienz-) und Risikofaktoren der PTBS	33
8.1 Einleitung.....	34
8.2 Resilienz	34
8.2.1 Theoretischer Hintergrund	35
8.2.2 Definitionen der Resilienz	35
8.2.3 Resilienz im Kontext von Kultur und Gesellschaft	37
8.2.4 Resilienz im Kontext von Trauma und PTBS	37
8.3 Psychologische Erklärungsmodelle	39
8.3.1 Multifaktorielles Rahmenmodell.....	39
8.4 Entwicklungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren der PTBS	41
8.4.1 Schutzfaktoren der PTBS	41
8.4.2 Risikofaktoren der PTBS	46
9. Zielsetzung der Studie	49
9.1 Fragestellungen	50
9.2 Hypothesen	51
10. Methode	53
10.1 Studiendesign.....	53
10.2 Untersuchungsablauf	53
10.3 Untersuchungsinstrumente	54
10.3.1 Soziodemographischer Fragebogen	54
10.3.2 Connor Davidson Resilience Scale.....	56
10.3.3 Enrichd Social Support Inventory	56
10.3.4 Brief Cope Inventory	56
10.3.5 Brief Symptom Inventory	57
10.3.6 Harvard Trauma Questionnaire	57
10.4 Stichprobenbeschreibung.....	58
10.4.1 Demographische Merkmale	59
11. Statistische Auswertung	60
11.1 Prüfung der Voraussetzungen.....	60
11.2 χ^2 -Test als Homogenitätstest der Verteilungen.....	60

11.3 t-Test für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney Test (U-Test).....	61
11.4 Pearson-Korrelationen und Spearman-Korrelationen.....	61
11.5 Multiple lineare Regressionsanalyse	61
11.6 Binäre logistische Regressionsanalyse	62
11.7 Effektstärken.....	62
12. Ergebnisse	63
12.1 Deskriptive Analyse der verwendeten Fragebögen	63
12.1.1 Religionsspezifische Merkmale.....	63
12.1.2 Merkmale der sozialen Unterstützung	63
12.1.3 Resilienz.....	64
12.1.4 Coping-Strategien.....	65
12.1.5 BSI - Symptombelastung und Empfinden.....	66
12.1.6 Traumatische Erlebnisse während des Genozids	67
12.1.7 PTBS	70
13. Inferenzstatistische Analyse.....	71
13.1 Hypothese 1	71
13.2 Hypothese 2	72
13.3 Hypothese 3	72
13.4 Hypothese 4	73
13.5 Hypothese 5	75
13.6 Hypothese 6	75
13.7 Hypothese 7	77
13.8 Hypothese 8	78
13.9 Hypothese 9	79
13.10 Hypothese 10	80
13.11 Hypothese 11	80
13.12 Hypothese 12	81
14. Diskussion	82
14.1 Traumatische Erlebnisse während des Genozids.....	82
14.2 Prävalenz der PTBS	83
14.2.3 Aufrechterhaltungsfaktoren der PTBS.....	84

14.4 Geschlecht.....	85
14.5 Familienstand.....	85
14.6 Psychische Belastungen.....	86
14.7 Glaube bzw. Spiritualität	87
14.8 Soziale Unterstützung.....	88
14.9 Coping-Strategien	88
14.10 Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse	89
14.11 Art der traumatischen Erlebnisse	90
14.12 PTBS und Resilienz.....	90
15. Einschränkungen der Studie.....	91
16. Zusammenfassung und Ausblick.....	94
17. Literaturverzeichnis	97
18. Abbildungsverzeichnis.....	115
19. Tabellenverzeichnis	115
20. Anhänge	116

1. Vorwort

Aufgrund mehrerer Aufenthalte in ostafrikanischen Ländern, insbesondere in Ruanda, wurde ich mit den verheerenden traumatischen Erfahrungen der Überlebenden des Genozids 1994 sowie deren langfristigen Folgen konfrontiert. Durch mehrere Gespräche mit Überlebenden vor Ort gewann ich den Eindruck, dass insbesondere junge Erwachsene trotz der grausamen Geschehnisse sehr resilient waren. Aufgrund dieser persönlichen Eindrücke und Erfahrungen in Ruanda sowie durch ein Interview mit der österreichischen Journalistin Frau Mag. Hamann, die nach dem Genozid mehrmals vor Ort war, begann ich mich mit den komplexen Themenbereichen der Psychotraumatologie und der Resilienz näher zu beschäftigen. Im Juli 2013 führte ich die Untersuchung der vorliegenden Arbeit in Ruanda durch.

2. Einleitung

Bisherige Studien in Ruanda untersuchten hauptsächlich die PTBS-Symptomatik bei überlebenden Waisenkindern und Witwen des Genozids von 1994 (vgl. Bolton, 2001; Gishoma, 2005; Neugebauer et al., 2009; Schaal & Elbert, 2006; Sezibera, Van Broeck, & Philippot, 2009). Dem Einfluss von Resilienz, insbesondere bei jungen Erwachsenen, wurde bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ziel dieser Arbeit ist es daher das Ausmaß und mögliche Zusammenhänge von Resilienz und PTBS bei ruandischen Studenten 19 Jahre nach dem Genozid zu erfassen. Einerseits sollen Schutzfaktoren untersucht werden, die die Bewältigung traumatischer Erlebnisse begünstigen und dadurch vor einer Posttraumatischen Belastungsstörung schützen. Andererseits sollen Risikofaktoren identifiziert werden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer PTBS zu erkranken. In der vorliegenden Arbeit wird zunächst der Begriff Genozid genauer erläutert, anschließend wird ein Überblick über den historischen Hintergrund von Ruanda gegeben. Darauf aufbauend werden theoretische Aspekte der Psychotraumatologie und der Resilienz ausführlich beschrieben. Anhand dieser Hintergründe sowie aktueller Forschungserkenntnisse zum Thema PTBS und Resilienz werden Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet und praktisch erforscht. Die Ergebnisse werden anschließend ausführlich beschrieben und diskutiert.

3. Genozid: Wortbedeutung und Entstehung

Der Begriff Genozid setzt sich aus dem griechischen Wort *genos* (Stamm bzw. Rasse) und dem französischen *-cide* zusammen, was wiederum vom lateinischen Verb *caedere* (töten bzw. morden) abgeleitet ist. 1944 wurde dieser Begriff durch Raphael Lemkin geprägt und meint „the destruction of a nation or of an ethnic group“ (Destexhe, 1995, S. 3). Demzufolge beschreibt Genozid¹ die Vernichtung einer Nation oder einer ethnischen Gruppierung. Raphael Lemkin weist darauf hin, Genozide keinesfalls mit Kriegen gleichzustellen. Ein Genozid ist im Gegensatz zu einem Krieg ein Verbrechen gegen die Menschheit (Destexhe, 1995).

Im Dezember 1946 wurde der Genozid durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen als ein Verbrechen nach internationalem Recht definiert (Gourevitch, 1999). Die Konvention über die Verhütung und Bestrafung des Völkermordes wurde im Dezember 1948 von der UN-Generalversammlung angenommen und trat im Januar 1951 in Kraft (Fassbender, 2006). Mit dieser Konvention erklärten sich die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen dazu, dass „Völkermord, ob im Frieden oder im Krieg begangen, ein Verbrechen gemäß internationalem Recht ist, zu dessen Verhütung und Bestrafung sie sich verpflichten“ (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2004, S. 296). Laut Artikel 2 der Konvention wird Genozid als „eine der folgenden Handlungen, die in der Absicht begangen wird, eine nationale, ethnische, rassische oder religiöse Gruppe als solche oder teilweise zu zerstören“ definiert (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2004, S. 297). Diese Handlungen äußern sich wie folgt (Bundeszentrale für Politische Bildung, S.305):

1. Tötung von Mitgliedern der Gruppe
2. Verursachung von schwerem körperlichem oder seelischem Schaden an Mitgliedern der Gruppe
3. Vorsätzliche Auferlegung von Lebensbedingungen für die Gruppe, die geeignet sind, ihre körperliche Zerstörung ganz oder teilweise herbeizuführen
4. Verhängung von Maßnahmen, die auf die Geburtenverhinderung innerhalb der Gruppe gerichtet sind
5. Gewaltsame Überführung von Kindern der Gruppe in eine andere Gruppe

¹Für den Begriff Genozid wird in dieser Diplomarbeit auch das Synonym Völkermord verwendet.

Staub (2000) nennt mehrere sozialpsychologische Eigenschaften, die mögliche Ursachen für einen Völkermord sein können. Dazu gehören unter anderen schwierige Lebensbedingungen innerhalb der Bevölkerung, eine monolithische Gesellschaft, die absolute Anerkennung einer Autorität sowie die Existenz einer Vernichtungsideologie.

4. Ruanda – Land der Tausend Hügel

Für ein besseres Verständnis der historischen Entwicklung von Ruanda werden zunächst relevante Informationen über das Land Ruanda und deren Bevölkerung dargestellt.

4.1 Zahlen und Fakten

Ruanda liegt in Ost-Zentralafrika mit einer Fläche von 26.340 km². Die Bevölkerungszahl liegt bei 10,5 Millionen Einwohnern. Das Bevölkerungswachstum beträgt jährlich rund 2.1%. Die Hauptstadt ist Kigali mit einer Einwohnerzahl von einer Million. Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf lag im Jahr 2012 bei 650 US Dollar. Die ethnische Zusammensetzung gestaltet sich wie folgt: 84% Hutus, 16% Tutsis und 0.1% Twa. Kinyarwanda, Englisch und Französisch sind die Landessprachen in Ruanda. 51% der ruandischen Bevölkerung sind Katholiken, 26% Protestanten, 11% Adventisten, 10% Muslime und 3% gehören einer anderen Religion an (Auswertiges Amt, 2013).



Abbildung 1. Landkarte von Ruanda
(Central Intelligence Agency's World Factbook, 2014)

4.2. Historischer Hintergrund von Ruanda

Bereits vor dem Einzug europäischer Kolonialmächte nach Ruanda stellten Tutsis die Gruppe dar, welche politische und wirtschaftliche Macht besaßen. Besitzer von mehr als zehn Kühen gehörten zu den Viehbauern, den Tutsis, und konnten über die Ackerbauern, die als Hutus bezeichnet wurden, herrschen (Gourevitch, 2008; Hoering, 1997). Seit der Ankunft deutscher Kolonialisten 1884 in Ruanda und später der Belgier wurden die Hutus und die Tutsis gegeneinander ausgespielt. Die rassistisch geprägte Ideologie zwischen beiden Gruppen führte zu einer Instrumentalisierung der Führungsrolle der Tutsis durch die Belgier nach dem Ersten Weltkrieg. Somit bekamen die Tutsis das Recht über Verwaltungsfunktionen und bessere Schulbildung (Des Forges, 2002). Um die Tutsis von den Hutus klar zu unterscheiden, legten die Belgier in den dreißiger Jahren die jeweilige Gruppenzugehörigkeit fest. Abhängig von den physischen Merkmalen wurde jeder Ruander zu einem Tutsi oder Hutu bestimmt. Die Registrierung der ethnischen Zugehörigkeit erfolgte

in örtlichen Regierungsbezirken und alle erwachsenen Personen mussten ihre Identifikationspapiere bei sich tragen (Des Forges, 2002). Laut Gourevitch (1999) unterscheiden sich Hutus und Tutsis äußerlich gesehen dadurch voneinander, dass die Nase der Tutsis länger und schmaler ist, als die der Hutus. Die Körpermerkmale der Tutsi seien allgemein betrachtet feiner und edelmütiger.

Laut einer Volkszählung der Belgier bestand die ruandische Bevölkerung 1933/34 aus 85% Hutus und 14% Tutsis (Gourevitch, 1999). Die Einteilung der Bevölkerung in Hutus und Tutsis führte zu negativen Konsequenzen innerhalb der ruandischen Kultur. Da die Belgier der Meinung waren, dass die Tutsis klüger und attraktiver sind, gaben sie ihnen das Recht, über die anderen Ruander zu herrschen und somit alle Hutus aus autoritären Stellungen zu entheben (Scherrer, 1997). Das Ansehen der Tutsis als „angeblich intelligenter und verlässlicher“ (Scherrer, 1997, S. 23) führte zu einer Machtübernahme der Tutsis im ganzen Land. Damit galten die Belgier als Verursacher der endlosen Auseinandersetzungen in der ruandischen Bevölkerung. Bis zum Ende der Kolonialherrschaft, bis in die fünfziger Jahre, gewährten die Belgier den Tutsis ihre Unterstützung. Die Kolonialverwalter setzten sich anschließend für die Teilnahme der Hutus am öffentlichen Leben ein. Die Kontrollübernahme der Hutus über das politische System war Folge der Konflikte zwischen 1959 und 1961. Diese Auseinandersetzungen wurden später auch als Hutu-Revolution bekannt. Dadurch flohen mehrere Tausend vertriebene Tutsis in verschiedene Nachbarländer Ruandas. Für die Wiedereingliederung der geflohenen Tutsis gab es bis zu Beginn des Völkermordes 1994 keine Möglichkeit. Im September 1961 wurde durch eine Volksabstimmung in Ruanda eine Republik ausgerufen. Die Hutus stellten nach der Amtseinführung von Grégoire Kyibanda, Anführer der Hutu-Revolution, die Mehrheit dar. Von diesem Zeitpunkt an waren sie berechtigt, über die Tutsi-Minderheit zu herrschen (Des Forges, 2002).

Am 1. Juli 1962 wurde Ruanda offiziell unabhängig. Zahlreiche der geflohenen Tutsis versuchten die Macht im Lande wieder zu erlangen. Im Verlauf dieser Jahre kam es andauernd zu Massakern an den in Ruanda lebenden Tutsis. General Juvenal Habyarimana, Mitglied der Hutu-Opposition, übernahm im Juli 1973 durch einen Putsch die Macht (Des Forges, 2002). Die Situation in Ruanda wurde immer dramatischer, nachdem die nach Uganda geflohenen Tutsis 1989 die Patriotische Ruandische Front (FPR, Front Patriotique Rwandais) ins Leben riefen und Anfang Oktober 1990 Ruanda angriffen. Die FPR versuchte durch den Einmarsch von Uganda nach Ruanda, die Regierung unter der Führung

Habyarimanas durch eine demokratische Regierung abzulösen. Dadurch sollte den zahlreichen im Exil lebenden ruandischen Flüchtlingen die Rückkehr gewährleistet werden. Allerdings scheiterte die FPR mit ihrem Ziel. Die Hutu-Mehrheit setzte zunehmend hasserfüllte Propaganda gegen die Tutsis ein (Des Forges, 2002; Scherrer, 1997). Im Dezember 1990 veröffentlichte die extremistische Zeitung Kangura Hetzparolen, die sogenannten Zehn Gebote für die Hutus (Johnson, 1997, S. 40).

1. Jeder Hutu muss wissen, dass jede Tutsi-Frau, wo auch immer sie lebt, nur für die Interessen ihrer Tutsi-Rasse arbeitet. Darum ist jeder Hutu ein Verräter, der eine Tutsi-Frau heiratet, mit einer Tutsi Frau befreundet ist, eine Tutsi-Frau zu seiner Sekretärin oder seinem Schützling macht.
2. Jeder Hutu muss wissen, dass unsere Hutu-Töchter ehrwürdiger und gewissenhafter sind in ihrer Rolle als Frau, Ehegattin und Mutter. Sind sie nicht hübscher, bessere Sekretärinnen und ehrlicher?
3. Hutu-Frauen, seid wachsam und bringt eure Ehemänner, Brüder und Söhne zurück zur Vernunft.
4. Jeder Hutu muss wissen, dass jeder Tutsi in Geschäftsbedingungen unehrlich ist. Er ist nur auf die Vorherrschaft seiner Rasse bedacht. Darum ist jeder Hutu ein Verräter, der Geschäftsbeziehungen mit den Tutsi unterhält, der eigenes Geld oder Regierungsgelder in Tutsi-Unternehmen investiert, einem Tutsi Geld leiht oder sich von ihm Geld leiht, einem Tutsi Begünstigungen einräumt (Einfuhrlicenzen, Bankkredite, Baugrundstücke, Marktanteile, usw.).
5. Alle wichtigen Posten in Politik, Verwaltung, Wirtschaft, Armee und Sicherheit müssen mit Hutu besetzt werden.
6. Der Bildungssektor (Lehrer, Schüler, Studenten) muss mehrheitlich aus Hutu bestehen.
7. Der rwandischen Armee dürfen ausschließlich Hutu angehören. Die Erfahrungen vom Oktober 1990 waren uns eine Lehre. Kein Soldat darf eine Tutsi heiraten.
8. Die Hutu müssen aufhören, mit den Tutsi Mitleid zu haben.
9. Die Hutu müssen, wo immer sie auch sind, einig und solidarisch sein und sich um das Schicksal ihrer Hutu-Brüder sorgen. Die Hutu im In-und Ausland müssen immer auf der Suche nach Freunden und Verbündeten sein, die sie für die Hutu-Sache gewinnen können, vor allem ihre Bantu-Brüder. Sie müssen der

Tutsi-Propaganda stets entgegenwirken. Die Hutu müssen wachsam und entschlossen gegenüber dem Tutsi-Feind sein.

10. Die soziale Revolution von 1959, das Referendum von 1961 und die Hutu Weltanschauung muss allen Hutu auf allen Ebenen gelehrt werden. Jeder Hutu hat die Pflicht, diese Weltanschauung zu verbreiten. Jeder Hutu hingegen, der seinen Hutu-Bruder an der Vermittlung und Verbreitung dieser Weltanschauung hindert, ist ein Verräter.

Zwischen 1990 und 1994 kam es immer wieder zu Ausbrüchen von Gewalt zwischen den Hutus und den Tutsis, die Vorläufer des Genozids 1994 waren. Am 6. April 1994 kam der ruandische Präsident Habyarimana ums Leben, als das Flugzeug in dem er saß, abgeschossen wurde. Bis heute ist das Attentat zum größten Teil ungeklärt und die Schuldigen wurden nie ausfindig gemacht (Des Forges, 2002). Der Anschlag auf das Präsidentenflugzeug war Anlass für die Hutus, den Völkermord gegen die Tutsis zu beginnen (Böhm & Kaplan, 2009).

4.3 Der Genozid in Ruanda: April - Juli 1994

Trotz vorausgegangener Warnungen und Informationen über die dramatische Situation in Ruanda reagierten weder die Menschenrechtskommission der UNO noch die Geberländer zur damaligen Zeit (Des Forges, 2002; Scherrer, 1997). Davon abgesehen wurde Ruanda während des gesamten Genozids von Frankreich, Ägypten und Südafrika mit großen Mengen an Waffen beliefert (Gourevitch, 1999). Vor dem Genozid war die Mehrheit der ruandischen Bevölkerung christlichen Glaubens (90%), wodurch der Kirche eine große Bedeutung zukam. Doch zahlreiche Priester nahmen am Genozid teil und insbesondere die katholische Kirche kooperierte mit den Aktivisten (Des Forges, 2002).

4.3.1 Einfluss der Propaganda

Ab 1990 wurde die rassistische Propaganda der Hutu-Extremisten in Umlauf gesetzt. Mit Hilfe des von den Hutus gegründeten privaten Radiosenders „Radio Télévision Libre des Milles Collines“ (RTLM) und der Tageszeitung „Kangura“ wurde der Hass auf die Tutsis sowie Hutu-Oppositionelle zunehmend verstärkt (Des Forges, 2002; Hoering, 1997; Scherrer, 1997). Der Bevölkerung wurde von den Extremisten befohlen, sich der Mordkampagne

anzuschließen. Wer sich verweigerte, wurde dementsprechend sanktioniert. Ziel war die Vernichtung der gesamten Tutsi-Minderheit und der Hutu-Oppositionellen (Des Forges, 2002). Durch Propaganda und Sprüchen wie „Wir gegen sie“ oder „Töte, oder du wirst getötet“ wurden die Hutus regelrecht dazu gezwungen, sich dem Morden anzuschließen (Gourevitch, 1999, S. 115). Täglich wurden die Namen der Tutsis genannt, die am nächsten Tag ermordet werden sollten (Gourevitch, 1999). RTLM sowie das staatliche Radio Ruanda übermittelten Botschaften wie „Der Feind muss vernichtet werden“ (Des Forges, 2002, S. 98). Mit Sprüchen wie „Die Gräber sind noch nicht voll“ wurden die Bürger durch RTLM dazu aufgefordert, immer weiter zu töten (Hoering, 1997, S. 41).

4.3.2 Vernichtungsstrategien

Die anfängliche Tötungsstrategie, welche zielbewusst Personen vernichtete, änderte sich rasch (Des Forges, 2002). Es kam zu landesweiten Massakern. Nachbarn töteten ihre Nachbarn, Mitarbeiter erschlugen sich am Arbeitsplatz, Ärzte brachten sich gegenseitig um und die Lehrer ermordeten ihre Schüler. Zahlreiche Menschen suchten Unterschlupf in Schulen, Krankenhäusern und Kirchen, wo sie jedoch allesamt getötet wurden. Anhand der Ausweise wurde in der Regel zunächst die während der Kolonialzeit festgelegte ethnische Volkszugehörigkeit überprüft, damit Hutus nicht versehentlich getötet wurden (Des Forges, 2002).

Kinder aus Mischehen wurden von den Tätern nur verschont, wenn ihre Väter Hutus waren, während ihre Tutsi-Mütter einer solchen Familie fast immer ermordet wurden. Gehörten hingegen die Väter zu den Tutsis, wurde die ganze Familie getötet, unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit der Mutter (Scherrer, 1997). Innerhalb der Familie wurden Ehefrauen gezwungen, ihre Ehemänner zu ermorden, Kinder mussten mit ansehen, wie ihre Eltern massakriert wurden, Kinder brachten sich gegenseitig um und Mädchen wurden meist über Wochen als „Sexsklaven“ benutzt. Es kam regelmäßig zu Massenvergewaltigungen. Ältere Menschen wurden in ihren Eigenheimen angezündet und Neugeborene wurden an die Hauswände geworfen (Scherrer, 1997). Priester und Geistliche versicherten tausenden Tutsis Zuflucht in den Kirchen, wo sie von Polizisten geschützt werden sollten. Dieses Vertrauen wurde missbraucht, in dem die Kirchen nach Ankunft der Tutsis verriegelt wurden, damit die Betroffenen gefoltert und getötet werden konnten (Gourevitch, 1999).

Ab Mitte Mai 1994 wurde gezielt versucht, diejenigen Tutsis zu vernichten, welche sich bis dahin verstecken konnten sowie Geistliche und Ärzte, die bisher aufgrund ihrer gesellschaftlichen Position verschont wurden (Des Forges, 2002). Das Morden wurde nicht sanktioniert, sondern durch die bestehende Straffreiheit begünstigt. Jeder hatte somit das Recht, Tutsis zu ermorden, ihr Eigentum zu stehlen und ihr Vieh zu schlachten. Ungefähr ein Viertel der Hutus, einschließlich Kinder und Frauen, nahm aktiv am Genozid teil (Scherer, 1997). Während des Völkermordes wurden die Opfer meist stundenlang gefoltert, vergewaltigt und verstümmelt, bevor die Täter sie töteten. Den Betroffenen wurden Körperteile abgehackt, um sie dann verbluten zu lassen. Die meisten Morde an Tutsis oder neutralen Hutus wurden mit Macheten, Knüppeln oder Schusswaffen verübt (Des Forges, 2002). Waren die Betroffenen finanziell in der Lage, konnten sie für ihren „bevorzugten“, also am wenigsten schmerzhaften Tod, wie beispielsweise einen Kopfschuss, bezahlen. Über 100.000 Zivilisten beteiligten sich insgesamt an den Massakern (Gourevitch, 1999).

4.3.3 Beendigung des Genozids

Zwischen 800.000 und 1.000.000 Menschen wurden zwischen April und Juli 1994 ermordet. Mit dem militärischen Sieg der FPR endete am 4. Juli 1994 der Genozid (Des Forges, 2002). Unter der Führung von Paul Kagame ernannte die FPR am 19. Juli 1994 Pasteur Bizimungu, Gründungsmitglied der FPR, zum Staatspräsident. Etwa zwei Millionen ruandische Staatsbürger die sich am Genozid beteiligten, flohen mit ihren Familien nach der Machtübernahme der FPR in die Nachbarländer, insbesondere in die Demokratische Republik Kongo und nach Tansania. Die internationale Versorgung der Flüchtlinge erwies sich als kompliziert und eine Hungersnot drohte. Es wurde vergeblich versucht, die Flüchtlinge zu einer Rückkehr nach Ruanda zu bewegen. Dies erwies sich als schwierig, da die Hutus zunehmende Angst vor Racheakten seitens der Tutsis hatten. Durch die Vereinten Nationen begann in Den Haag ab Juni 1995 die richterliche Ermittlung gegen die Organisatoren des Völkermordes (Meyers großes Taschenlexikon, 1998).

Im Jahr 2003 wurde Paul Kagame zum Staatspräsidenten gewählt. Die Präsidentschaftswahl stellte einen wichtigen Schritt zur Demokratisierung Ruandas dar (Auswertiges Amt, 2013). Die neue Regierung in Ruanda setzte sogenannte Gacaca-Gerichte in Kraft. Die mit dem Völkermord in Verbindung stehenden Verbrechen sollten mittels dieser Gerichte untersucht werden. Einige 100.000 des Genozids verdächtige Personen, sollten vor Gericht gestellt werden. Mehr als 15.000 Gacaca-Gerichte wurden daraufhin im Land

errichtet und mit Hilfe von 200.000 Laienrichtern durchgeführt. Die gesamte Bevölkerung Ruandas wurde in die richterlichen Verfahren involviert, sei es als Täter, Zeuge, Überlebender oder Angehöriger (Auswertiges Amt, 2013).

5. Psychotraumatologie

Da sich die vorliegende Arbeit mit Traumatisierungen durch den Völkermord in Ruanda befasst, soll zunächst der Begriff des psychologischen Traumas genauer erläutert werden und welche psychischen Gesundheitsfolgen dadurch entstehen können.

5.1 Das Trauma

Trauma bedeutet

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

Traumatisierung ist die Auswirkung eines „vitalen Diskrepanzerlebnisses zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (vgl. Fischer & Riedesser, 2009, S. 142).

5.1.1 Typisierung der Traumata

Aufgrund der Vielfalt traumatischer Erlebnisse wird nun ein Überblick über die verschiedenen Traumtypen gegeben. Die Dauer der traumatischen Geschehnisse, unterteilt Terr (1991) in verschiedenen Traumtypen (Typ I und Typ II). Der Traumtyp I bezieht sich auf Reaktionen des Traumas, welche durch ein unerwartetes Erlebnis ausgelöst werden können, dazu zählen unter anderem Katastrophen, Unfälle, Schusswechsel und Vergewaltigungen. Die Erlebnisse prägen sich im Gedächtnis der betroffenen Personen ein und es

kann folglich zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen. Der Trauma Typ I kann zu einem Trauma Typ II führen, falls der Betroffene mehrfache, wiederkehrende oder permanente Traumata erfährt. Dabei kann es sich um Kriegserleben, Geiselhaft bzw. wiederholte körperliche oder sexuelle Gewalt handeln. Es folgen Anpassungsprozesse, sogenannten dissoziative Abläufe, die eine Distanzierung zum Geschehen schaffen und die Umstände erträglicher machen. Laut Maercker (2009) führen die von Menschenhand verursachten Traumata, die über einen längeren Zeitraum anhalten und somit zum Trauma Typ II gehören, zu starken psychischen Problemen und Chronifizierung psychischer Störungen der Betroffenen. Die Überlebenden des Genozids in Ruanda mussten über einen Zeitraum von drei Monaten täglich solche menschlich verursachten Traumata erleiden. Maercker (2009) unterteilt die traumatischen Erlebnisse gemäß ihren Ursachen in sogenannte akzidentelle und interpersonelle Traumata. In Abbildung 2 werden Beispiele der traumatischen Ereignisse gemäß ihrer Typisierung zur besseren Übersicht dargestellt.

Einteilung nach Ursache

Einteilung nach Erstreckung	Einteilung nach Ursache	
	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
Einteilung nach Erstreckung	Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle Berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) Kurzdauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand) Langdauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmungen) Technische Katastrophen (z.B. Giftkatastrophen)
	Interpersonelle Traumata (man-made)	Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung) Kriminelle bzw. körperliche Gewalt Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall) Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Kriegserleben Geiselhaft Folter, politische Inhaftierung (z.B. KZ-Haft)

Abbildung 2. Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (aus Maercker, 2009, S. 15)

In Übereinstimmung mit Friedmann (2004) werden durch Krieg verursachte Gewalt sowie Bürgerkriegssituationen man-made-disasters zugeordnet. Bei diesen menschlich verursachten Traumata ist zu berücksichtigen, in welcher Beziehung das Opfer zu den jeweiligen Tätern stand. Ferner muss die Intensität des Traumas Berücksichtigung finden und inwiefern das ursprüngliche Basisvertrauen zerstört wurde. Physische und sexuelle Übergriffe innerhalb der Familie, Verlust der Rechtssicherheit, Folter, Krieg und Massenvernichtungen stellen hier Beispiele dar. Bei Naturkatastrophen oder Verkehrsunfällen kommt dagegen der Stärke des unerwarteten Auftretens eine entscheidende Rolle zu. Die traumatischen Erlebnisse der Überlebenden des Genozids in Ruanda 1994 gehören nach dieser Einteilung zu den menschlich verursachten Traumata.

5.1.2 Unterscheidung der Traumabetroffenen

Abgesehen von einer Unterteilung der traumatischen Ereignisse in interpersonell und akzidentell, unterscheidet Friedmann (2004) zwischen drei Arten von Traumabetroffenen. Die Arten von Traumabetroffenen werden als Primär-, Sekundär-, und Tertiäropfer bezeichnet. Demgemäß sind Primäropfer Betroffene, die das traumatische Geschehen unmittelbar erfahren (z.B. Opfer von Gewalt oder Hinterbliebene). Wenn eine Person direkt mit dem traumatischen Ereignis des Primäropfers in Berührung kommt, handelt es sich um Sekundäropfer (z.B. Augenzeuge oder Einsatzkraft). Im Vergleich zu Primär- und Sekundäropfer sind Tertiäropfer von keinem traumatischen Ereignis direkt betroffen, sondern Familie oder Freunde der Betroffenen.

5.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (engl. „posttraumatic stress disorder“) ist die am weitesten verbreitete und häufigste Folge von traumatischen Erlebnissen, insbesondere bei jenen, die als von Menschenhand verursacht eingestuft werden (De Jong et al., 2001; Steel et al., 2009). Jedoch entwickeln nicht alle Menschen, die solchen schweren Traumatisierungen ausgesetzt waren, als Folgeerscheinung eine PTBS (Markovic, Manderson, & Kelaher, 2002). In Kapitel 8 werden zugrundeliegende Risiko- und Schutzfaktoren der PTBS genauer erläutert.

5.2.1 Diagnostische Kriterien der PTBS nach DSM-IV und DSM-V

In der vorliegenden Studie wurden die PTBS-Symptome der Teilnehmer mit dem Harvard Trauma Questionnaire erhoben, die aus dem DSM-IV abgeleitet sind. Daher werden in diesem Abschnitt die diagnostischen Kriterien nach DSM-IV genauer erläutert. Gemäß DSM-IV wird eine PTBS diagnostiziert, wenn eine traumatische Situation erlebt wurde, die entweder die eigene körperliche Unversehrtheit bedrohte oder beobachtet wurde, wie die eines anderen bedroht wurde (Kriterium A1). Das Erlebnis muss bei der betroffenen Person zu einer intensiven Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen führen (Kriterium A2). Das Störungsbild der PTBS besteht aus folgenden drei Symptommustern: Intrusionen, wie beispielsweise wiederkehrende belastende Erinnerung an das traumatische Ereignis, Albträume sowie Nachhallerlebnisse (Kriterium B), Vermeidung traumarelevanter Reize, wie zum Beispiel Gedanken, Gefühle, Situationen oder Aktivitäten, die an das traumatische Geschehen erinnern (Kriterium C) sowie physiologische Übererregung, wozu Schlafstörungen oder erhöhte Reizbarkeit gehören (Kriterium D). Für die Diagnose der PTBS müssen die Symptome länger als ein Monat anhalten sowie ein bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Umfeld existieren (Kriterium E).

Das Klassifikationssystem DSM-IV unterscheidet zwischen einem akuten und chronischen Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Als akut wird eine Posttraumatische Belastungsstörung dann bezeichnet, wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern und als chronisch, wenn diese nach drei Monaten fortbestehen. Im Fall, dass der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem traumatischen Geschehen liegt, oder auch noch Jahre danach, wird von einer PTBS mit verzögertem Beginn gesprochen (Saß et al. 2001). Im DSM-IV fehlt jedoch die Diagnose einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (DESNOS), die durch Folter und/oder Misshandlung verursacht werden kann. Ferner steht die Definition einer partiellen PTBS aus und die Differenzierung zwischen man-made und nature-made disasters (Lueger-Schuster, 2004).

Die Posttraumatische Belastungsstörung wird im aktuellen Klassifikationssystem, dem DSM-V, nicht mehr im Kapitel der Angststörungen erwähnt, sondern bildet unter anderem zusammen mit der Akuten Belastungsstörung und der Anpassungsstörung das Kapitel Trauma- and Stressor- Related Disorders. Das Kriterium A1 wurde genauer ausgearbeitet. Beispielsweise wird Sexuelle Belästigung speziell erfasst. Das Kriterium A2 zum subjektiven Empfinden des Traumas wurde gestrichen. Das DSM-V richtet das Augenmerk

eher auf Verhaltenssymptome, die mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung einhergehen, und schlägt, im Gegensatz zu den drei Symptommustern im DSM-IV, folgende fünf vor: Intrusion, Vermeidung, negative Veränderungen in Gedanken, im Affekt sowie im Erregungszustand. Die Anzahl der zu diagnostizierenden Symptome hängt vom jeweiligen Symptommuster ab. Das DSM-V schreibt lediglich vor, dass die Symptome mehr als einen Monat andauern müssen und unterscheidet dabei nicht, wie im DSM-IV, zwischen einem akuten und chronischen Verlauf der PTBS. Ferner gibt es folgende zwei Unterkategorien: Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern unter sechs Jahren und PTBS mit auffälligen dissoziativen Symptomen (American Psychiatric Association, 2013).

5.2.2 Das kognitive Modell zur Entstehung der PTBS

Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Ehlers und Clark (2000) gehen davon aus, dass Personen, die mit einem traumatischen Erlebnis konfrontiert wurden und anschließend eine chronische PTBS entwickeln, dieses in der Weise verarbeiten, dass die Betroffenen ein permanentes Gefühl der Bedrohung verspüren, obwohl das traumatische Ereignis längst der Vergangenheit angehört (Abb. 3). Daher könnten auch Erlebnisse während des Genozids in Ruanda, welche über 19 Jahre zurückliegen, derartige Empfindungen verursachen.

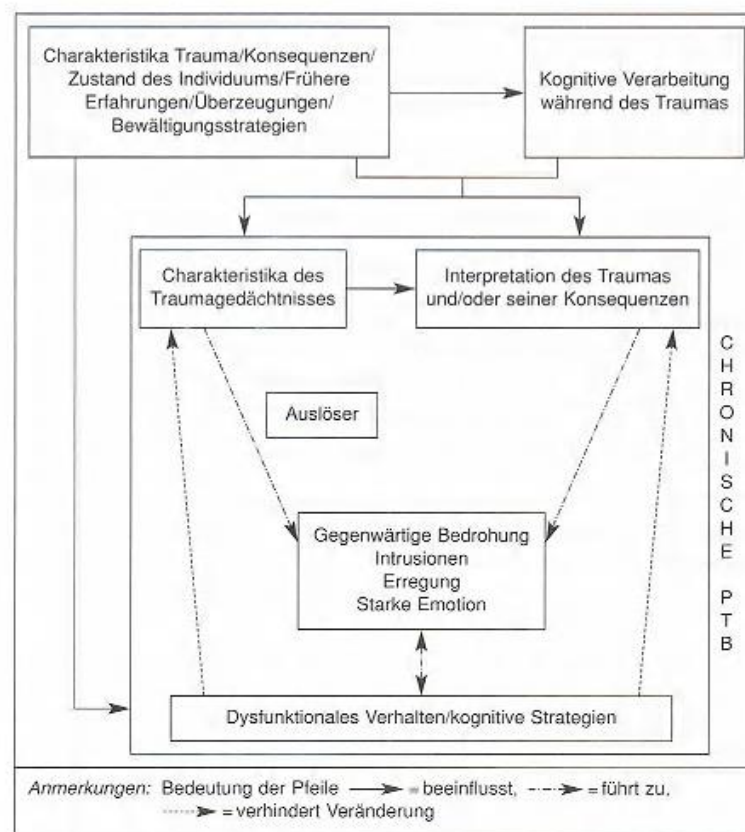


Abbildung 3. Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung
(aus Ehlers, 1999; S. 13)

Für dieses Empfinden sind gemäß Ehlers und Clark (2000) folgende zentrale Vorgänge verantwortlich:

1) Interpretation des Traumas und/oder seine Konsequenzen

Die Betroffenen nehmen das Trauma, die darauffolgenden PTBS-Symptome und die Reaktionen anderer Personen als globale negative Folge auf ihr Leben wahr. Es besteht die Unfähigkeit, das Trauma als ein zeitbegrenztes Geschehnis anzuerkennen. Es gibt subjektive Unterschiede in der Einschätzung des traumatischen Ereignisses und dessen Folgeerscheinungen. Subjektive Beurteilungen des Traumas setzen kognitive Erneuerungen und Reaktionen in Gang, welche anstelle einer abschwächenden Wirkung zu keiner Veränderung des permanenten Gefühls der Bedrohung führen.

2) Charakteristika des Traumagedächtnisses

Kennzeichnende Merkmale des Traumagedächtnisses sind die Probleme beim Abrufen der Erinnerung an konkrete Details oder die exakte Reihenfolge des Geschehnisses. Das Gegenteil hierzu sind die ungewollten, leicht auslösbaren Intrusionen traumatischer Erlebnisse. Die Ursachen für den problematischen Abruf dieser Erinnerungsverzerrungen liegen im autobiografischen Gedächtnis, wobei es zu einer unzureichenden Verarbeitung und Eingliederung des traumatischen Erlebnisses bei zeitlichen und örtlichen Gegebenheiten kommt (Ehlers & Clark, 2000). Die im Gedächtnis miteinander verknüpften traumarelevanten Inhalte und Reize sind ausschlaggebend für die Intrusionen der Betroffenen. Ein weiterer verursachender Faktor der Intrusionen ist das Priming² für traumabezogene Reize. Die Wahrnehmung vergangener Reize hat eine geringere Wahrnehmungsschwelle als die aktueller Reize. Daher werden vergangene Reize rasch von den Betroffenen erkannt.

5.2.3 Manifestation stressbedingter Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen

Da der Großteil der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der traumatischen Erlebnisse noch Kinder waren, wird an dieser Stelle erläutert, wie sich die durch Trauma ausgelösten Stressreaktionen im Kindesalter manifestieren. Traumatisierte Kinder haben im Vergleich zu Erwachsenen ein höheres Risiko, an gravierenderer PTBS-Symptomatik zu erkranken. Durch den Verlust von Sicherheit und des Vertrauens werden die emotionale Entwicklungsphase und der Prozess der Vertrauensbildung der betroffenen Kinder beeinträchtigt. Einerseits sind die nötigen kognitiven Fähigkeiten, um den Sinn von dem Geschehen zu ergründen, noch nicht gänzlich entwickelt und andererseits sind die Kinder noch nicht fähig, ihre Coping-Strategien zielbewusst einzusetzen (van der Kolk, 1987). Nach einem traumatischen Erlebnis weinen Kinder sehr häufig und sind verstört. Gerade dann brauchen sie Sicherheit und Schutz und es ist wichtig, sie rasch mit ihren Familienangehörigen zu vereinen (Yule, 2001). Nach dem Genozid in Ruanda war diese Art von emotionaler Unterstützung den meisten Kindern aufgrund der Zerstörung der eigenen Familien verwehrt.

² „Im ursprünglichen Sinn bezeichnet Priming den Effekt, dass ein wahrgenommener Reiz (prime) die Verarbeitung darauf folgender Reize (targets) beeinflusst. Der Effekt tritt allerdings nur auf, wenn die beiden Reize in einer Beziehung zueinander stehen“ (Küchler, 1991, S. 149).

Laut Yule (2001) wollen die betroffenen Kinder in den ersten Tagen ständig an der Seite ihrer Eltern sein, nicht alleine schlafen und häufig sind sie gereizt und schlecht gelaunt. Zahlreiche Kinder leiden nach dem traumatischen Erlebnis oft unter wiederkehrenden, intrusiven Gedanken. Eine weitere Folge ist das wiederholende Ausdrücken von bestimmten Erinnerungen an das Trauma. Furcht einflößende Träume ohne eindeutigen Zusammenhang oder eine Neuinszenierung des traumatischen Geschehens sind ebenfalls möglich. Insbesondere Kleinkinder leiden unter Schlafstörungen wie beispielsweise Alpträumen, Schlaflosigkeit und Schlafsprechen (Macksoud, Dyregrov, & Raundalen, 1993). Bei Kindern kann es ebenso zu kognitiven Veränderungen, wie Gedächtnisproblemen und Konzentrationsschwierigkeiten kommen (Yule, 2001).

Dyregrov et al. (2002) gehen davon aus, dass das Alter der Betroffenen einen Einfluss auf die posttraumatischen Stressreaktionen hat. Die Autoren kamen in einer Studie zu dem Ergebnis, dass jüngere Kinder geringere Symptombelastungen aufweisen als ältere Kinder (14–17 Jahre). Jedoch war bei den Folgerhebungen des ersten und zweiten Jahres eine signifikante Verringerung der Intrusionssymptome bei den älteren Studienteilnehmern im Vergleich zu den Jüngeren ersichtlich. Die Autoren begründen diesen Rückgang damit, dass ältere Kinder über wirksamere kognitive Strategien verfügen, um mit Stress umzugehen. Je älter die Kinder sind, desto besser können sie ihre intrusiven Gedanken verarbeiten und Kontrolle über diese erlangen. Ältere Kinder sind auch in der Lage, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen außerhalb der Familie besser einzusetzen.

Die Art und Weise, wie Eltern und Bezugspersonen mit den traumatischen Erfahrungen des Kindes umgehen, hat einen prägenden Einfluss auf die stressbedingten Reaktionen der Kinder (Macksoud et al., 1993). In einer Untersuchung mit irakischen, kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren fanden Dyregrov, Gjestad und Raundalen (2002) heraus, dass der Großteil der Studienteilnehmer nicht mit ihren Eltern über die Ereignisse und die Emotionen reden. Es scheint, als hätten die Erwachsenen den offenen Gefühlsausdruck und die Gedanken über die traumatischen Erlebnisse ihrer Kinder nicht bemerkt. Die Eltern waren der Meinung, dass ihre Kinder die traumatischen Erinnerungen vergessen sollten, um mit den Erfahrungen abschließen zu können. Dass Eltern mit ihren Kindern nicht über traumatische Erlebnisse reden, hat häufig mit der zugrunde liegenden Angst, sich gegenseitig zu verunsichern, zu tun (Smith, Perrin, Yule, Hacam, & Stuvland, 2002). Dies führt zu einer gegenseitigen Bestärkung, sich nicht mit dem Trauma auseinanderzusetzen. Ausgangspunkt dazu waren die hohen Korrelatio-

nen der Vermeidungswerte von Müttern und ihren Kindern, die eine Erklärung für die Aufrechterhaltung der Symptomatik darstellen (Smith et al., 2002). Auch in einigen von Krieg betroffenen afrikanischen Ländern wie beispielsweise Ruanda, Demokratische Republik Kongo, Sierra Leone und Sudan, sprechen die Eltern nicht mit ihren Kindern über emotionale Traumareaktionen. Die Kinder sind weitgehend von der Trauerarbeit ausgeschlossen, denn bis 12 Jahre gelten sie als zu jung, um Trauer und Verlustgefühle verstehen zu können (The Traumatic Stress Newsletter, 2004, zitiert nach Kaplan, 2005). Die hier beschriebenen Zusammenhänge machen deutlich, welche Bedeutung die Entstehungsbedingungen stressbedingter Reaktionen nach einem traumatischen Erlebnis haben.

5.2.4 Prävalenz der PTBS

Laut Friedmann (2004) beträgt je nach Art des traumatischen Ereignisses das Risiko der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung 9%. Die Lebenszeitprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1 und 14%. Die PTBS-Prävalenz für Risikopopulationen wie Kriegsveteranen, Opfer von Vulkanausbrüchen oder krimineller Gewalt liegt hingegen bei 3 bis 58% (Saß, Wittchen, & Kelaher, 2001). Bei 50% der Betroffenen entwickelt sich die PTBS im ersten Jahr nach Traumakonfrontation ohne Behandlung wieder zurück. Allerdings wird bei fast der Hälfte der Fälle eine chronische PTBS festgestellt. Diese ist umso wahrscheinlicher, je stärker die PTBS-Symptomatik zu Beginn war (vgl. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Perkonig et al., 2005).

Abhängig von der Traumaart und der Traumaschwere gibt es unterschiedliche Prävalenzen: Kessler et al. (1995) stellten anhand ihrer Untersuchung fest, dass 65% der Männer und 46% der Frauen, welche vergewaltigt wurden, eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelten. Kampfsituationen, Vernachlässigung und körperlicher Missbrauch im Kindesalter waren jene Ursachen von Traumata, die eine hohe PTBS-Prävalenz bei Männern verursachten (PTBS-Wahrscheinlichkeit von 39%, 24% und 22%). Bei Frauen wurde die hohe PTBS-Prävalenz durch Traumata wie sexuelle Belästigung, körperliche Überfälle, Bedrohung mit einer Waffe und körperlichen Missbrauch in der Kindheit erklärt (PTBS-Wahrscheinlichkeit von 27%, 21%, 33% und 49%).

5.2.5 Komorbide Störungen der PTBS

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung hängt häufig mit anderen Diagnosen zusammen, sogenannten komorbiden Störungen. Depressive Störungen, Angststörungen (Friedmann, 2004; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Maercker, 2009; Sack et al., 1994; Teegen & Meister, 2000), Suizidalität (Friedmann, 2004; Kessler et al., 1995; Maercker, 2009), Somatisierungsstörungen (Friedmann, 2004; Kessler et al., 1995; Maercker, 2009; Teegen & Meister, 2000), und Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit (Breslau, Davis, & Schultz, 2003; Friedmann, 2004; Kessler et al., 1995; Maercker, 2009) gehen oft mit einer PTBS einher. Dabei kommen defensive Abwehrstrategien wie beispielsweise Dissoziationen sowie Funktionsdefizite (z.B. Impulsdurchbrüche) zum Ausdruck (Ermann, 2007).

Mehrere Autoren fanden in ihren Untersuchungen heraus, dass die Mehrheit der PTBS-Fälle die Kriterien einer zusätzlichen psychischen Störung erfüllt (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001; Deering, Glover, Ready, Eddleman, & Alarcon, 1996; Kessler et al., 1995). Auch Ballenger et al. (2000) widmeten sich in ihrer Studie den komorbiden Störungen von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Der Studie zufolge begehen 19% der PTBS-Fälle einen Suizidversuch. Außerdem fanden die Autoren heraus, dass die Entwicklung einer komorbiden Störung von folgenden Ursachen abhängt: Schwere des Traumas, Reaktion auf die Posttraumatische Belastungsstörung und zusätzliche traumatische Erlebnisse. Marshall et al. (2001) gehen davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer komorbiden Störung linear mit der Häufigkeit der PTBS-Symptome steigt. Ferner belegt die Studie von Breslau et al. (2003), dass die Entwicklung einer PTBS die Wahrscheinlichkeit erhöht, an einer Nikotin- oder Drogenabhängigkeit zu erkranken. Die in Kapitel 5.2.5 erläuterten Studienergebnisse weisen auf eine hohe Wahrscheinlichkeit von Komorbiditäten bei einer diagnostizierten PTBS hin.

6. Kriegserlebnisse und Traumatisierungen

In diesem Kapitel wird das Augenmerk auf die Unterscheidung der Traumaarten und auf ausgewählte traumatische Erlebnisse sowie deren psychische Folgen gerichtet, welche die Überlebenden und somit auch die Untersuchungsteilnehmer der vorliegenden Studie während des Genozids in Ruanda erlebten.

6.1 Kriegsbezogene und zivile Traumata

Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) differenzieren zwischen kriegsbezogenen und zivilen Traumata. Zivile Traumata beinhalten beispielsweise Vergewaltigungen, physische Gewalt oder schwere Unfälle. Mit kriegsbezogenen Traumata meinen die Autoren direkte Kriegshandlungen, Ausbombung, Gefangenschaft oder Heimatvertreibung.

6.2 Akzidentelle und interpersonelle Traumata

Laut Friedmann (2004) zählen kriegsbezogene Gewalt und Bürgerkriegssituationen zu den man-made-disasters. Der Einteilung von Maercker und Michael (2009) zufolge gehört Kriegserleben zu den interpersonellen Traumata und stellt ein Typ-II Trauma, das heißt ein länger andauerndes oder sich wiederholendes Erleben von extremen Belastungen, dar. Diese Art des Traumas, zu der unter anderem Krieg, Folter oder politische Inhaftierung gehören, weist das höchste Risiko zur Entwicklung einer PTBS auf (Maercker & Michael, 2009). Beispiele für die Unterteilung der Traumaarten, lassen sich zum besseren Verständnis der Abbildung 2 (Kapitel 5.1.1) entnehmen.

6.3 Traumatische Erlebnisse während des Genozids

Die Überlebenden des Genozids in Ruanda mussten viele Gewalttaten über sich ergehen lassen. Sie waren Zeugen von Massaker sowie Opfer physischer und psychischer Gewalt. Zur Verdeutlichung wird an dieser Stelle auf zwei konkrete Ereignisse und zwar Folter und sexualisierte Kriegsgewalt, mit denen die Betroffenen während des Völkermordes häufig konfrontiert wurden, genauer eingegangen.

6.3.1 Folter

Die absolute Kontrolle des Täters über das Opfer und die damit einhergehende vollständige Abhängigkeit und Hilflosigkeit des Betroffenen verdeutlicht den zentralen Unterschied zwischen Folter und anderen Arten des Traumas (Moisander & Edston, 2003; Vesti & Kastrup, 1995). Folter wird in der Regel absichtlich sowie planmäßig durchgeführt und gehört zu der Kategorie man-made disaster (Maercker, 2009). Folter wird laut den Vereinten Nationen (1984) wie folgt definiert:

[...] jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen oder um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund, wenn diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis verursacht werden. (S.246)

Foltermethoden werden eingesetzt, um Personen aufgrund ihrer politischen Ausrichtung zu bestrafen, ihre Persönlichkeit zunichte zu machen sowie diese zu erniedrigen und zu entwürdigen (Maercker, 2009). Abgesehen von Individuen sind vor allem religiöse und ethnische Minderheiten die Zielgruppe von Folterern (Moisander & Edston, 2003). Menschen können auf unterschiedliche Weise gefoltert werden. Fischer und Gurr (2000) gliedern die verschiedenen Arten von Folter in psychische, physische, sexuelle und pharmakologische Folter auf. Die Autoren weisen auf folgende Auswirkungen von Folter hin: „Das betroffene Individuum gerät durch sie in eine Situation von extremer Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, die über kurz oder lang dazu führt, dass wichtige emotionale, kognitive oder behaviorale Funktionen zusammenbrechen“ (S.468). Außerdem kann es zu Beeinträchtigungen psychischer und physischer Funktionen kommen (UN, 1999; zitiert nach Birck, 2004). Die Betroffenen leiden häufig unter Angstzuständen, Gedächtnis-, Konzentrations- und Schlafstörungen, geringem Selbstvertrauen und Vertrauen gegenüber anderen Personen, Depressionen, Phobien etc. (Alleweldt, 1996). Die Folteropfer weisen teilweise noch zwischen 10 und 20 Jahre nach dem Trauma psychische Symptome auf (Keller, 1981). Die Prävalenzen der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Folter liegen zwischen 14% (Bradley & Tawfiq, 2006) und 88% (Mollica et al., 1998).

Während des Völkermordes in Ruanda wurden die Opfer psychisch und physisch gefoltert. Eine häufig angewandte Foltermethode während des Genozids in Ruanda bestand darin, die Tutsis zu zwingen, ihre eigenen Kinder oder Ehefrauen zu ermorden (Gourevitch, 1999). Den Betroffenen wurden außerdem oft Körperteile abgeschnitten, wie bei-

spielsweise Nasen und Finger, deren Beschaffenheit als kennzeichnend für die Tutsis gesehen wurde (Des Forges, 2002).

6.3.2 *Sexualisierte Kriegsgewalt*

Durch sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen fühlen sich die zumeist weiblichen Betroffenen stark erniedrigt und gedemütigt. Daher stellt sexualisierte Kriegsgewalt, neben multiplen Kriegstraumata wie beispielsweise Bombenkriege, Heimatverlust oder Todesfälle von Angehörigen, eine zusätzliche Traumakonfrontation dar (Hauser & Joachim, 2003). Sexualisierte Kriegsgewalt wird häufig als Waffe und Werkzeug der Kriegsführung verwendet und wurde vor allem bei Kriegen in Afrika, Osteuropa oder Asien angewendet (Gingerich & Leaning, 2004). In einer Studie mit 68 bosnischen Frauen, die den Krieg in Jugoslawien erlebten, zeigte sich, dass 44 der betroffenen Frauen mehr als einmal und häufig von unterschiedlichen Tätern vergewaltigt wurden. Fast ein Drittel der betroffenen Frauen wurde unter Zwang Zeuge davon, wie sich die Täter an ihren Müttern, Schwestern oder Nachbarinnen sexuell vergingen. Die Mehrheit der Frauen erlitt während der sexuellen Übergriffe verbale Drohungen und körperliche Folter, die sich in Schneiden, Schlagen, Würgen und Verbrennen äußerten. 21 Frauen erfüllten die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (Loncar, Medved, Jovanović, & Hotujac, 2006).

Auch in Ruanda kam es während des Genozids 1994 zu Vergewaltigungen und Mordritualen mit sexuellen Absichten (Smith, 1998). Mädchen wurden meist über Wochen als „Sexsklaven“ benutzt (Scherrer, 1997). Sexuelle Gewalt, genitale Verstümmelung und Ansteckung mit HIV wurden gezielt als Kriegswaffe bei Frauen und Mädchen eingesetzt. Die Täter folterten ihre weiblichen Opfer oft körperlich, während sie diese vergewaltigten oder bevor sie sie massakrierten (Des Forges, 2002). Die Täter „schnitten ihnen die Brüste ab, durchbohrten ihre Vagina mit Speeren, Pfeilen oder angespitzten Stöcken“ (Des Forges, 2002, S. 259). Die verheerenden psychischen Folgen von sexualisierter Gewalt während des Genozids zeigt auch die Berichtserstattung des Nationalen Traumazentrums in Ruanda drei Jahre nach dem Genozid. Hierbei zeigte sich, dass überwiegend Frauen (80%) unter 25 Jahren Beratung aufsuchten, von denen die Hälfte (50%) vergewaltigt wurde (Musonera, 1999).

6.4 Prävalenz der PTBS nach Konfrontation mit organisierter Gewalt

Die Themen Prävalenz und Komorbidität der PTBS wurden bereits allgemein erklärt. Da es sich in der vorliegenden Stichprobe um Überlebende des Völkermordes in Ruanda handelt, werden diese Aspekte in den folgenden Abschnitten in Zusammenhang mit organisierter Gewalt genauer dargestellt.

Das Erleben von organisierter Gewalt hat tiefgreifende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Weisæth & Eitinger, 1993). Durch die Konfrontation mit organisierter Gewalt wird die Auffassung der Betroffenen über Sicherheit, Selbstwertgefühl, den Sinn des Lebens und der Welt angezweifelt oder sogar zerstört (Janoff-Bulman, 1985). Erfahrungen durch organisierte Gewalt sind äußerst traumatisch, da die Verletzungen den Opfern in der Regel mutwillig entgegengebracht werden. Die damit einhergehenden Demütigungen und der Verlust des Selbstwerts der Betroffenen führen zu einem erhöhten Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung, Depression oder Angststörung zu entwickeln. Studienergebnisse bestätigen auch, dass PTBS im Zusammenhang mit Hass und Rachegefühlen steht (Lopes Cardozo, Kaiser, Gotway, & Agani, 2003).

6.4.1 PTBS-Prävalenz nach Kriegserlebnissen bei Erwachsenen

De Jong et al. (2001) zeigten in ihrer Studie, dass die Konfrontation mit Kriegserlebnissen zu hohen PTBS-Prävalenzen führt. Die Befragung wurde mit erwachsenen Personen aus vier unterschiedlichen Ländern durchgeführt, die organisierter Gewalt in Form von Krieg, Massengewalt oder konfliktbesetzten Situationen ausgesetzt waren. Die PTBS-Lebenszeitprävalenzen waren dabei folgende: 37% in Algerien, 28% in Kambodscha, 18% in Gaza und 16% in Äthiopien. In einer Studie von Pham, Weinstein und Longman (2004) erfüllten 25% der erwachsenen Personen acht Jahre nach dem Völkermord in Ruanda die PTBS-Diagnosekriterien. Bei Flüchtlingen aus neun unterschiedlichen Ländern, die mit Kriegssituationen konfrontiert wurden und bereits acht Jahre im Exil verbrachten, wiesen die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer eine schwere Posttraumatische Belastungsstörung auf (Hermansson, Timpka, & Thyberg, 2002). Lopes Cardozo, Vergara, Agani und Gotway (2000) berichteten in einer Studie, die im Jahre 1999 mit Kosovo-Albanern im Kosovo durchgeführt wurde, dass 17% der Studienteilnehmer die Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten. Dabei waren Frauen mit rund 20% stärker betroffen, als Männer mit 12%.

6.4.2 PTBS-Prävalenz nach Kriegserlebnissen bei Kindern und Jugendlichen

Laut UNICEF (1995) wurden während der achtziger Jahre zwei Millionen Kinder durch kriegsrische Auseinandersetzungen ermordet, vier bis fünf Millionen dabei verstümmelt, über eine Million wurden zu Waisenkindern und 10 Millionen erlitten ein psychisches Trauma. In der Untersuchung von Thabet et al. (2004) mit palästinensischen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 9 und 15 Jahren wurde bei rund 74% eine Posttraumatische Belastungsstörung mit milder Schwere diagnostiziert. Beinahe 24% wiesen eine starke PTBS auf. Allwood, Bell-Dolan und Husain (2002) untersuchten 791 bosnische Kinder im Alter von 6 und 16 Jahren. Die Mehrheit der Kinder erlebte den Tod oder die Verwundung eines Familienmitgliedes, wobei viele der Kinder mehreren Extrembelastungen innerhalb kurzer Zeit ausgesetzt waren. 41 % der Kinder zeigten eine Posttraumatische Belastungsstörung.

Verschiedene Autoren stellten fest, dass einige Betroffene mehrere Jahre nach den traumatischen Erlebnissen noch unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Trappler, Braunstein, Moskowitz und Friedman (2002) diagnostizierten in ihrer Studie bei 74% der Überlebenden des Zweiten Weltkriegs auch noch 50 bis 55 Jahre nach den Kriegsgeschehnissen erhebliche PTBS-Symptome. Auch Teegen und Meister (2000) zeigten in ihrer Untersuchung an erwachsenen Personen die lang andauernden Folgen durch Kriegserfahrungen in der Kindheit auf. Bei den Betroffenen handelte es sich um Personen, die gegen Ende des Holocaust als circa 15-jährige deutsche Flüchtlinge Traumatisierungen erlitten. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass 62% der Befragten 50 Jahre nach dem traumatischen Erlebnis intrusive Symptome aufwiesen, 5% unter dem Vollbild einer PTBS und 25% unter einer partiell ausgeprägten PTBS litten. In der Studie von Kinzie, Sack, Angell, Manson und Rath (1986) wurden Kinder und Jugendliche aus Kambodscha untersucht, die in die USA eingewandert sind. Diese wurden im Alter von 6 und 12 Jahren mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert. Die Hälfte der betroffenen Jugendlichen, die in der Regel 17 Jahre alt waren, litt unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Mittels einer 12 Jahre andauernden Folgerhebung fanden Sack, Him und Dickason (1999) heraus, dass die Punktprävalenz acht Jahre nach den traumatischen Erlebnissen bei 48% lag, beinahe genauso hoch wie vier bis fünf Jahre nach der Traumakonfrontation mit 50%. 11 Jahre danach lag die Punktprävalenz bei 38% und nach 17 Jahren noch bei 35%. 18% der Betroffenen wiesen erst fünf bis acht Jahre nach den traumatischen Erlebnissen eine PTBS-Diagnose auf. Die in diesem Kapitel erläuterten Studien zeigen, dass Kinder und Jugendli-

che die mit traumatischen Kriegserlebnissen konfrontiert wurden, hohe PTBS-Prävalenzen aufweisen und diese noch über mehrere Jahre hinweg bestehen können. Demzufolge ist anzunehmen, dass auch der Genozid in Ruanda langanhaltende Folgen haben wird, da die traumatischen Situationen mit den in diesem Kapitel zitierten Studien vergleichbar sind.

6.5 Komorbiditäten der PTBS bei kriegsbedingten Traumatisierungen

Die meisten Untersuchungen, die sich mit PTBS-Komorbiditäten in Folge einer Kriegstraumatisierung befassten, stammen aus dem US-amerikanischen Sprachraum. Die Stichproben setzten sich in der Regel aus Kriegsveteranen aus dem Vietnamkrieg und dem Zweiten Weltkrieg zusammen, wobei die Betroffenen spezifische Besonderheiten psychiatrischer Symptomatik zeigten. Dabei wiesen amerikanische Kriegsveteranen vermehrt Substanzabhängigkeit sowie Somatisierungsstörungen infolge von körperlicher Gewalt auf (Deering et al., 1996). Hermansson et al. (2002) untersuchten Flüchtlinge aus neun verschiedenen Ländern, die während des Krieges verwundet wurden. Dabei zeigte sich, dass die Teilnehmer nach acht Jahren im Exil, abgesehen von einer diagnostizierten Posttraumatischen Belastungsstörung, zusätzlich unter Angststörungen (34%) und Depressionen (36%) litten. In einer Untersuchung von Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin und Sundbom (1998) waren über die Hälfte (57%) der PTBS-diagnostizierten Flüchtlinge von Suizidversuchen betroffen. Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einer komorbiden Depression berichteten zwar öfter über Suizidgedanken, Personen mit einer PTBS ohne diagnostizierte Depression jedoch über doppelt so viele Suizidversuche. In einer Studie von Hendin und Haas (1991) wurde ein signifikanter Effekt der Schwere der Posttraumatischen Belastungsstörung auf die Wahrscheinlichkeit eines begangenen Suizidversuchs festgestellt. 19% der PTBS-Fälle unternahm den Ergebnissen zufolge schon mindestens einen Suizidversuch und 15% der Befragten wiesen suizidale Gedanken oder Absichten auf.

In einer Untersuchung mit kambodschanischen Jugendlichen stellten Sack et al. (1994) einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und Depression fest. Es zeigte sich, dass die PTBS diagnostizierten Fälle eine 4,3mal höhere Wahrscheinlichkeit hatten, an einer Depression zu erkranken sowie eine 3,5mal höhere Wahrscheinlichkeit, von einer Angststörung betroffen zu sein als Personen ohne PTBS. Auch bei Thabet et al. (2004) ergab sich bei einer Untersuchung an Kindern aus Palästina eine hohe Komorbidität von PTBS mit Depressionen. Bedeutsame Zusammenhänge von

Depressionen zeigten sich unter anderem bei Schlaf- und Somatisierungsstörungen, vermindertem Affekt und Konzentrationsproblemen.

6.6 Kinder im Krieg

Die Befragten in der vorliegenden Untersuchung überlebten den Genozid in Ruanda meist als Kinder oder Jugendliche. In Hinblick auf die traumatischen Erlebnisse, ist es wichtig, diese nicht als einzelne, unabhängige Erlebnisse zu betrachten, sondern als einen Prozess. Aufbauend auf dieser Annahme, soll nun das Konzept der sequentiellen Traumatisierung näher beschrieben werden.

Keilson (1992, 1999) nahm Untersuchungen über die Erlebnisse jüdischer Kriegswaisenkinder aus den Niederlanden während der NS-Verfolgung des Zweiten Weltkriegs vor und führte den Begriff der sequentiellen Traumatisierung ein. Unter dem sequentiellen Prozess versteht man, dass die Traumatisierung nicht mit dem Erleben des traumatischen Geschehens beendet ist, sondern in einigen aufeinander folgenden Prozessen verläuft. Dabei kommt dem Reifungs- und Entwicklungsprozess des Kindes eine große Bedeutung zu. Keilson (1999) untersuchte die Beziehungen zwischen dem Alter, in dem das traumatische Erlebnis stattfand, dem Traumaschweregrad und Persönlichkeitsstörungen bei erwachsenen Personen. Im Zuge seiner Untersuchung ging er von folgenden drei Phasen der Traumatisierung aus (Keilson 1999, S. 113):

1. Die erste traumatische Sequenz (Vorkriegsperiode) beinhaltet die feindliche Besetzung der Niederlande und den beginnenden Terror gegen die jüdische Bevölkerung.
2. Die zweite traumatische Sequenz (Kriegsperiode) ist durch direkte Verfolgung, Deportation von Eltern und Kindern beziehungsweise Trennung von Mutter und Kind, Versteck in improvisierten Kriegspflegefamilien, Aufenthalt in Konzentrations- und Vernichtungslagern charakterisiert.
3. Die dritte traumatische Sequenz (Nachkriegsperiode) ist die Zeit nach dem Krieg.

Keilson (1992) stellte fest, dass die Nachkriegszeit (dritte traumatische Sequenz) der überlebenden Kinder erheblichere und beeinträchtigendere psychische Folgen nach sich zog als die Kriegsperiode. Wer nach den traumatischen Erlebnissen weiter mit Stigmatisierung, geringer Unterstützung und Ausgrenzung zu kämpfen hatte, litt intensiver unter Folgeer-

scheinungen der Posttraumatischen Belastungsstörung, als jene, die durch ein freundliches und stützendes Klima aufgenommen wurden.

7. Aktueller Forschungsstand zur Situation in Ruanda

Die Täter, welche die Opfer während des Genozids in Ruanda in ihren örtlichen Gemeinden töteten, waren den Opfern meist bekannt (Des Forges, 2002). Die Überlebenden mussten Morde sowie Verwüstungen ihrer Häuser mit ansehen und wurden häufig gezwungen von Zuhause zu fliehen und sich zu verstecken, um die Bluttaten zu überleben. Die Art und die Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse waren die Ursache für ein hohes Risiko der Überlebenden, langfristige psychische Symptome sowie eine PTBS zu entwickeln (Green, 1994). Nachdem der Völkermord in Ruanda vorüber war, wurden unterschiedliche Studien in Ruanda durchgeführt, um die verheerenden Folgen des Völkermordes zu erfassen. In einigen Studien wurde belegt, dass das Ausmaß traumatischer Erfahrungen von Überlebenden des Genozids außergewöhnlich hoch ist (Bolton, 2001; Gishoma, 2005; Neugebauer et al., 2009; Schaal & Elbert, 2006).

Bolton, Neugebauer und Ndogoni (2002) beschreiben in ihrer Untersuchung die wahrgenommenen psychischen Auswirkungen der Betroffenen des Genozids in Ruanda. Insgesamt wurden 41 Personen nach den Hauptbelastungen infolge des Völkermordes befragt. Die Befragten wiesen einige psychische und emotionale Belastungen auf, welche den DSM-IV Diagnosekriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen. Die meistgenannten Belastungen waren folgende: Armut, Nahrungsmittelmangel, Verluste von nahestehenden Personen, Misstrauen den Nachbarn gegenüber, hoher Anteil an Waisenkindern und Witwen, Verluste des Eigentums, körperliche Krankheiten und psychisches Trauma. Das psychische Trauma umfasst laut den befragten Personen Gefühle wie seinen Verstand verlieren, Isolation, Suizidgefühle, nicht vorhandene Liebe, Hoffnungslosigkeit, keinen Sinn mehr im Leben finden, Gefühle, als wäre man tot, sowie der Gedanke, dass es schöner wäre, zu sterben. Fast 59% der Befragten erwähnten, dass sie keinen Gesprächspartner haben, um über ihre Belastungen zu reden. Auch Dyregrov, Gupta, Gjestad und Mukanoheli (2000) befragten 13 Monate nach dem Völkermord insgesamt 3030 ruandische Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 19 Jahren zu ihren Erlebnissen und Reaktionen während des Völkermordes. 90% der Befragten glaubten, sterben zu müssen, knapp 80% versteckten sich, um zu überleben, und 16% mussten sich unter Leichen verstecken.

87% sahen Leichen oder Körperteile, 70 % wurden davon Zeuge, wie jemand verletzt oder getötet wurde, 53% mussten ein Massaker mit ansehen, 13% wurden körperlich verletzt und 31% vergewaltigt oder sexuell belästigt. Dabei wiesen 79% der Betroffenen ein Jahr nach dem Genozid PTBS-Symptome auf. Auch Schaal und Elbert (2006) untersuchten in ihrer Studie traumatische Erfahrungen von ruandischen Jugendlichen und Erwachsenen sowie deren PTBS-Prävalenz zehn Jahre nach dem Genozid. Bei den Befragten handelte es sich um 68 ruandische Vollwaisen zwischen 13 und 23 Jahren, die ihre Eltern aufgrund des Genozids verloren. Mit folgenden traumatischen Erlebnissen wurden die Betroffenen während des Genozids konfrontiert: 97% sahen Leichen oder verstümmelte Personen, 77% sahen den Mord einer Person, 57% waren Zeugen, wie Personen in Massakern getötet wurden, 41% sahen, wie Mutter oder Vater ermordet wurden. 88% glaubten, sterben zu müssen, und fast alle Interviewten (91%) versteckten sich, um zu überleben. Mehr als ein Drittel der Befragten versteckte sich unter Leichen. 44% der Jugendlichen und Erwachsenen wiesen Symptome auf, die eine PTBS-Diagnose nach den Kriterien des DMS-IV rechtfertigen würden.

In einer Untersuchung an 150 Personen zwischen 7 und 21 Jahren erfüllten 11 Jahre nach dem Genozid insgesamt 30% die PTBS-Diagnosekriterien laut DSM-IV (Gishoma, 2005). Weitaus höhere PTBS-Prävalenzen wurden von Cohen et al. (2011) bestätigt, die eine Kohortenstudie 11 Jahre nach dem Genozid über einen Zeitraum von 18 Monaten an ruandischen Frauen durchführten. Dabei wiesen 61% der befragten 698 Frauen eine Posttraumatische Belastungsstörung auf. Sezibera, Van Broeck und Philippot (2009) ermittelten 12 Jahre nach dem Völkermord eine PTBS-Prävalenz bei den 15- bis 18- jährigen ruandischen Waisenkindern von 72%. Bislang gibt es kaum Studien, welche die Posttraumatische Belastungsstörung innerhalb der ruandischen Bevölkerung fast zwei Jahrzehnte nach dem Genozid untersuchten. Die Autoren untersuchten meist ruandische Waisenkinder oder Witwen, jedoch wurden Überlebende des jungen und mittleren Erwachsenenalters sowie im Speziellen Studenten kaum berücksichtigt.

8. Schutz- (Resilienz-) und Risikofaktoren der PTBS

Dieses Kapitel bezieht sich auf den Schwerpunkt der vorliegenden Studie, die Resilienz- und Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung. In den folgenden Abschnitten wird der Fokus zunächst auf das Konstrukt der Resilienz sowie den zugrundeliegenden

theoretischen Hintergrund gelegt. Anschließend wird Resilienz im Kontext von Kultur und Gesellschaft sowie Trauma und PTBS ausführlich beschrieben.

8.1 Einleitung

Bisherige Forschungen zeigen, dass Menschen häufig mit traumatischen Erlebnissen konfrontiert werden. Einer Untersuchung an Personen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren zufolge, erlebt der Großteil der Befragten zumindest einmal im Laufe ihres Lebens ein Trauma (Kessler et al., 1995). Die Betroffenen leiden in der Regel nur für kurze Zeit unter den posttraumatischen Belastungssymptomen wie Schreckhaftigkeit, Vermeidung trauma-relevanter Reize und/-oder ungewollte belastende Erinnerungen, jedoch ohne daran zu erkranken (Maercker & Michael, 2009; Teegen & Cizmic, 2003). Nur die Minderheit der Personen, die ein traumatisches Erlebnis erfahren, weisen eine PTBS auf (American Psychiatric Association, 2000; Teegen & Cizmic, 2003). Dem Großteil der Betroffenen gelingt es, das Trauma ohne Einbußen ihres Funktionsniveaus zu bewältigen (Bonanno, 2004). Somit ist ein Trauma nicht immer die einzige Ursache für die Entwicklung einer PTBS. Positive oder negative Faktoren können die Bewältigung des Traumas beeinflussen.

8.2 Resilienz

Psychosoziale Forschungsansätze definieren Resilienz als einen Prozess der erfolgreichen Anpassung an Not und Trauma, Tragödien, Androhungen von Leid und Einflüsse von Stress. Resilienz übernimmt dabei eine Mediatorfunktion, so dass Traumata nicht immer psychische Erkrankungen als Folge haben (Yehuda & Flory, 2007). Bonanno (2004) definiert Resilienz wie folgt:

Resilience is the ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event, such as the death of a close relation or a violent or life-threatening situation, to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning [...] resilience is more than the simple absence of psychopathology [...] as well as the capacity for generative experiences and positive emotions. (S. 20–21)

Insofern ist Resilienz die Fähigkeit erwachsener Personen, ihre physische und psychische Funktionsfähigkeit nach Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen aufrechtzuerhalten. Dementsprechend steht Resilienz im Widerspruch mit der Annahme, dass Belastungen

durch traumatische Ereignisse negative Auswirkungen mit sich tragen müssen (Yehuda & Flory, 2007). Connor und Davidson (2003) betonen, dass Resilienz erlernbar ist und darüber hinaus die Möglichkeit besteht, diese durch Psychotherapie zu verstärken.

8.2.1 Theoretischer Hintergrund

Der Begriff Resilienz tauchte erstmals in den 1950er Jahren auf (Kolar, 2011) und hat seinen Ursprung in der Entwicklungspsychologie (Rutter, 1985, 1987; Werner, 1996, 2009). Forschungsergebnisse der Entwicklungspsychologie zeigten, dass Resilienz in der Kindheit das Ergebnis aus einigen sich gegenseitig beeinflussenden genetischen, personen- und umweltbedingten Risiko- und Schutzfaktoren ist (Rutter, 1999; Werner, 1995). Die Forschungen über Resilienz waren Auslöser für einen Perspektivenwechsel in der Psychologie (Wasner, 2008). Bis Ende der 1970er Jahre setzte sich in der Gesundheitsforschung der klassisch pathogenetisch orientierte Forschungsansatz durch. Dieser Ansatz fokussierte sich auf verursachende Faktoren, die für die Entwicklung einer Erkrankung ausschlaggebend sind, sowie auf Risikofaktoren, die diese Erkrankung aufrechterhalten oder begünstigen. Infolgedessen standen negative Auswirkungen im Vordergrund.

Norman Garmezy, ein Pionier der frühen Resilienzforschung in den 1970er Jahren, trug wesentlich zur Verbreitung des Resilienzkonzepts bei. Sein Forschungsschwerpunkt lag auf Wachstum, Resistenz und erfolgreicher Anpassung (Kolar, 2011). Einige Forschungsarbeiten folgten diesem Paradigmenwechsel von einer negativen Entwicklung zu einer positiven Adaption (Werner, 2005) und legen ihren Schwerpunkt aktuell auf Ressourcen und Schutzfaktoren, die eine gesunde Weiterentwicklung trotz belastender Umstände ermöglichen (Reimann & Pohl, 2006). Nach Bonanno (2005) lautet die grundsätzliche Frage der heutigen Resilienzforschung: Warum bleiben Personen trotz negativer Lebensumstände gesund und dem entgegen erkranken andere Personen unter denselben Umständen? Das Konzept der Resilienz entspricht dem der Salutogenese von Antonovsky (1987), das sich auf persönliche Ressourcen und Schutzfaktoren konzentriert, sowie auf eine umfassende Auseinandersetzung mit Faktoren, die die psychische Gesundheit fördern.

8.2.2 Definitionen der Resilienz

Resilienz kann verschiedene Dimensionen und Konstrukte mit einschließen (Tran, Glück, & Lueger-Schuster, 2013). Dazu zählen beispielsweise persönliche bzw. psychologische Faktoren, wie Selbstwert, Humor, Religiosität oder Hardiness (Bonanno, Galea, Bucciarel-

li, & Vlahov, 2007; Connor, Davidson, & Lee, 2003a; Connor, 2006; Tran et al., 2013). Weiter gibt es demographische Faktoren, wie Beziehungsstatus, Bildung und Einkommen sowie den Faktor soziale Unterstützung (Bonanno et al., 2007; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Tran et al., 2013).

Mit zunehmender Bedeutung der Resilienzforschung treten gleichzeitig Probleme wie Unvollständigkeiten bei der Definition, der Operationalisierung und den entsprechenden Messmethoden zur Erfassung der Resilienz auf. Es existieren immer noch unterschiedliche Definitionen und Terminologien, die folglich zu Unklarheiten unter Forschern, Laien und politischen Führungskräften führen (Kolar, 2011). Zum Beispiel gibt es Meinungsverschiedenheiten darüber, ob Resilienz ein Personenmerkmal ist, welches trotz stressbedingter Umstände eine positive Entwicklung ermöglicht, oder Personen in Stresssituationen besondere Fähigkeiten entwickeln, die eine Anpassung unter stressbedingten Situationen erst ermöglicht (Kolar, 2011). Kontroversen gibt es außerdem über die Stressintensität, mit der eine Person konfrontiert sein muss, um sie bei positiver Entfaltung als resilient zu beschreiben (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010). In einer Studie von Bonanno, Galea, Bucciarelli und Vlahov (2006) wurde Resilienz mit der „Abwesenheit von PTBS“ nach einem traumatischen Erlebnis definiert bzw. operationalisiert. Hingegen führten Palmieri, Canetti-Nisim, Galea, Johnson und Hobfoll (2008) eine Studie durch, wobei sie Resilienz mittels folgender Faktoren bestimmen: Posttraumatisches Wachstum, soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit. King, King, Fairbank, Keane und Adams (1998) verwendeten Fragebögen zur Ermittlung der Variablen Hardiness, funktionale soziale Unterstützung und strukturierte soziale Unterstützung. Resilienz wies in dieser Untersuchung einen negativen Zusammenhang mit der PTBS-Symptomatik auf. Ahmed (2007) unterteilt Resilienz in internale und externale Variablen. Internale Variablen beinhalten beispielsweise Vertrauen, Verfügbarkeit von Ressourcen, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Selbstgenügsamkeit, sichere Bindung, Humor, Optimismus, Problemlösefähigkeiten, Impulskontrolle, zwischenmenschliche und soziale Fähigkeiten. Zu externalen Variablen gehören unter anderem Religionszugehörigkeit, stabile Beziehungen, positive Vorbilder, Sicherheit und Verständnis. Auch andere Autoren betonen, dass psychologische, biologische, soziale und viele weitere Faktoren zur Resilienz beitragen und sich wechselseitig beeinflussen. Erst aus dem Zusammentreffen der jeweiligen vom Individuum abhängigen Faktoren, resultiert die Resilienz einer Person (Kolar, 2011; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003). Trotz der Tatsache, dass es bis heute noch keine allgemein gültige Defini-

tion der Resilienz gibt, soll diese als ein multidimensionales Konstrukt anerkannt werden, welches erlernbare Verhaltensweisen, Denkmuster und Handlungen eines Individuums mit einschließt (White, Driver, & Warren, 2008).

8.2.3 Resilienz im Kontext von Kultur und Gesellschaft

Es gibt große individuelle Differenzen in den angeborenen oder angeeigneten Fähigkeiten, sowie darin, wie Personen auf unterschiedliche Arten von Stressoren reagieren. Trotzdem soll das Konstrukt der Resilienz nicht auf individuelle Aspekte reduziert, sondern auf kultureller und gemeinschaftlicher Ebene, samt der daraus resultierenden Interaktion zwischen Individuum und Gemeinschaft, beleuchtet werden (Davydov et al., 2010). Um nachvollziehen zu können, wie es Personen trotz Schicksalsschlägen gelingt, sich positiv zu entfalten, ist es wichtig, Resilienz als eine duale Entwicklung, verankert in einem kulturellen Kontext, zu betrachten. Für das eigene Wohlergehen sollte daher, abgesehen von der Forcierung eigener, sozialer, kultureller und körperlicher Potentiale, die Möglichkeit vorhanden sein, diese Potentiale individuell und in der Gemeinschaft einzusetzen und auf kultureller Ebene erfahren zu können (Ungar, 2011).

8.2.4 Resilienz im Kontext von Trauma und PTBS

Resilienz wurde zunehmend im Bereich akuter Traumata wie beispielsweise Kampfhandlungen, Angriffe, Unfälle oder Naturkatastrophen erforscht. Der Forschungsfokus der Posttraumatischen Belastungsstörung liegt insbesondere auf den sogenannten Risikofaktoren. Diese liefern einen Erklärungsansatz für die Entwicklung einer PTBS aufgrund eines Traumas, obwohl die Mehrheit der traumatisierten Menschen nicht an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt. Resiliente Personen sind diejenigen, die zwar einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, daraufhin allerdings keine PTBS entwickeln (Hoge, Austin, & Pollack, 2007).

Es besteht eine erhebliche Variabilität in der Art, Schwere und Dauer eines Traumas (American Psychiatric Association, 2000). Circa 5 bis 10% der traumatisierten Personen leiden an einer PTBS (Kessler, 1995). Hoge et al. (2007) gehen davon aus, dass persönliche, psychologische und biologische Variablen die Rolle einer Schutzfunktion bei der Entwicklung von psychischen Erkrankungen nach traumatischen Erlebnissen übernehmen. Zwar reagieren resiliente Personen auf ein traumatisches Erlebnis mit kurzfristigen, körperlichen und emotionalen Dysregulationen, jedoch sind diese verhältnismäßig kurz, und

es kommt zu keinen erheblichen Einbußen ihres Funktionsniveaus (Bonanno et al., 2007). Die Autoren weisen darauf hin, dass resiliente Personen unter gering vorhandenen oder sogar keinen psychischen Belastungen leiden und in der Lage sind, ein selbsterfüllendes Leben zu führen sowie neue Herausforderungen zu bejahen (Bonanno et al., 2007). Bonanno et al. (2007) untersuchten sechs Monate nach dem Terroranschlag des 11. Septembers 2001 auf das World Trade Center Einwohner aus New York City. Die Autoren fanden heraus, dass unter anderem folgende Variablen die Wahrscheinlichkeit der Resilienz voraussagen: Erhalt sozialer Unterstützung, keine früheren traumatischen Erlebnisse, geringere direkte Konfrontationen während dem Terroranschlag, das Ausbleiben zusätzlicher Traumata nach dem 11. September und weniger Stressfaktoren. Gemäß Tran et al. (2013) fördern unter anderem folgende Faktoren die Resilienz: Positive Emotionen (Fredrickson, 2004), Selbstwirksamkeit (Benight & Bandura, 2004), Religiosität/Spiritualität (Connor, Davidson, & Lee, 2003), Optimismus (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010), Humor (Connor, 2006) und Coping (Bonanno, 2004; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Spiritualität stellt auch laut den Ergebnissen von Klasen et al. (2010) einen Schutzfaktor der Resilienz dar. Die Autoren befragten dazu 330 ehemalige Kindersoldaten aus Uganda im Alter von 11 und 17 Jahren.

King et al. (1998) kamen in einer Studie mit Vietnam-Veteranen zu der Feststellung, dass die zugrunde liegenden Resilienzfaktoren, soziale Unterstützung und Hardiness, einen erheblichen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik haben. Zudem führt wahrgenommene und strukturelle soziale Unterstützung (z.B. Mitgliedschaft in Organisationen) bei den Betroffenen dazu, dass sie seltener unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Auch Pietrzak et al. (2010) konzentrierten sich in ihrer Untersuchung auf Kriegsveteranen. Die Autoren gingen der Frage nach, ob soziale Unterstützung und Resilienz die Rolle einer Schutzfunktion übernehmen. Den Ergebnissen zufolge wiesen Resilienz und PTBS einen negativen Zusammenhang auf. Bei Betroffenen einer PTBS ließ sich eine geringere Resilienzausprägung erkennen und darüber hinaus erhielten sie weniger soziale Unterstützung als Personen ohne PTBS-Symptomatik.

Betancourt et al. (2011) untersuchten Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 17 Jahren und deren Familien in Ruanda. Der Schwerpunkt dieser Studie lag auf den traumatischen Erfahrungen durch den Genozid sowie HIV im Zusammenhang mit Resilienz. Folgende fünf Schutzfaktoren erwiesen sich dabei als besonders effektiv: Beharrlichkeit, Selbstwertgefühl/Selbstbewusstsein, Familiengemeinschaft/Vertrauen in die Familie, gute

Kindererziehung und kollektive/gemeinschaftliche Unterstützung. Da bisherige Forschungsbemühungen in Ruanda dem Thema Resilienz insbesondere bei Erwachsenen kaum Aufmerksamkeit schenken, soll in der vorliegenden Studie der Fokus stärker auf den Einfluss der Resilienz bei der Bewältigung der Posttraumatischen Belastungsstörung gerichtet werden.

8.3 Psychologische Erklärungsmodelle

Es gibt in der Literatur verschiedene psychologische Erklärungsmodelle, die sich den Ursachen von Traumafolgestörungen widmen. Im folgenden Abschnitt soll das multifaktorielle Rahmenmodell (Maercker, 2009) genauer beschrieben werden, welches Faktoren erklärt, die die Entstehung und den Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung wesentlich bestimmen können.

8.3.1 Multifaktorielles Rahmenmodell

Das multifaktorielle Rahmenmodell geht der Frage nach, warum nur ein Teil der Personen die mit einem Trauma konfrontiert wurden, unter psychischen Einbußen leiden und eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, wohingegen Andere ohne solche Schäden bleiben. Dieses Modell betont dabei bestimmte Faktoren, die dafür verantwortlich sind, ob Personen nach einem Trauma psychische Symptome entwickeln oder nicht. Das Modell nach Maercker (2009) beinhaltet fünf ätiologische Faktoren:

- 1) Risiko- bzw. Schutzfaktoren
- 2) Ereignisfaktoren
- 3) Aufrechterhaltungsfaktoren
- 4) Gesundheitsfördernde Faktoren
- 5) Posttraumatische Prozesse

1) Risiko- und Schutzfaktoren

Brewin, Andrews und Valentine (2000) identifizierten folgende Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer PTBS zu erkranken:

- frühere traumatische Erlebnisse in der Kindheit
- geringe Bildung und Intelligenz

- weibliches Geschlecht
- junges Alter zum Zeitpunkt der Traumas

2) Ereignisfaktoren (Maercker, 2009)

- Traumaschwere (Traumadauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad, Anzahl der Toten)
- Initiale Reaktion (Bedeutung der Fähigkeit, sich während eines Traumas nicht aufzugeben und das Gefühl der Autonomie, um die psychischen Auswirkungen einer PTBS gering zu halten)

3) Aufrechterhaltungsfaktoren (Maercker, 2009)

- Posttraumatische Lebensbelastungen (familiäre, berufliche, medizinisch-körperliche und materiell-finanzielle Belastungen können die Wahrscheinlichkeit eines chronischen Verlaufs der PTBS begünstigen)
- Kognitiv-emotionale Veränderungen (veränderte Gedanken gegenüber sich selbst und gegenüber der Welt sowie Schuldgefühle)

4) Ressourcen oder gesundheitsfördernde Faktoren

Nach Maercker (2009) begünstigen folgende Faktoren die Bewältigung von Belastungen:

- Kohärenzsinn (die Fähigkeit, das Erlebte mental einzuordnen, zu verstehen und ihm einen Sinn verleihen)
- Interpersonell-soziokognitive Faktoren (z.B. Anerkennung als Traumabetroffene oder Traumabetroffener sowie Disclosure, d.h. Kommunikation über das Geschehene)

5) Posttraumatische Prozesse und Resultate

Mögliche Auswirkungen einer Traumatisierung können einerseits Gedächtnisveränderungen oder neurobiologische Veränderungen sowie andererseits psychische Erkrankungen wie beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen und dissoziative Störungen sein. Außerdem kann es zu psychosozialen Einbußen (Karrierebrüchen, Trennungen, Erziehungsschwierigkeiten, etc.) kommen (Maercker, 2009). Ein weiteres Resultat nach einem traumatischen Erlebnis ist der Posttraumatische

Reifungsprozess. Dieser beschreibt die subjektiv positive Veränderung als Folge des Bewältigungsprozesses nach einem erlebten Trauma, die ebenfalls als Möglichkeit für weitere persönliche Entwicklung erlebt wird (Maercker, 2009).

8.4 Entwicklungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren der PTBS

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung ist im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen an die Voraussetzung gebunden, dass eine Ursachenbeschreibung für die Traumatisierung vorliegen muss. Abgesehen davon tragen noch weitere Faktoren zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PTBS bei (Maercker & Michael, 2009). Ferner weisen Yehuda und McFarlane (1995) darauf hin, dass das Traumageschehen an sich zwar eine notwendige, jedoch keine ausreichende Erklärung für die Erkrankung an einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist. Daher sollen einerseits Risikofaktoren, welche die Entwicklung einer PTBS fördern, und andererseits Schutzfaktoren ermittelt werden, die bei der Bewältigung traumatischer Ereignisse unterstützend wirken können (Maercker, 2009). Durch die Erforschung unterschiedlicher Resilienzfaktoren besteht die Möglichkeit, wesentliche Aussagen darüber zu treffen, wie Resilienz und Traumabewältigung unterstützt werden können (Yehuda & Flory, 2007).

8.4.1 Schutzfaktoren der PTBS

Gesundheitsfördernde Faktoren bzw. Schutzfaktoren ermöglichen den traumatisierten Personen einen förderlichen Umgang bei der Bewältigung und Integrierung ihrer traumatischen Erfahrungen (Maercker, 2009). Im Folgenden werden nun verschiedene Schutzfaktoren genauer erläutert. In der vorliegenden Studie wird der Schwerpunkt auf Coping-Strategien, Glaube bzw. Spiritualität und Soziale Unterstützung, gelegt.

1) Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist die Fähigkeit einer Person, Belastungen aus eigener Kraft adäquat zu überwinden. Der betroffenen Person gelingt es dadurch, ihr Leben strukturiert und kontrollierbar wahrzunehmen sowie den Geschehnissen einen Sinn zu geben (Lindstrom, 2005). Das Vorhandensein eines sehr ausgeprägten Kohärenzgefühls ermöglicht eine innerlich zusammenhängende und sinnvolle Sichtweise auf die eigenen Tätigkeiten und das Leben an sich (Maercker, 2009). Kuwert et al. (2008) führten eine Studie über Kohärenz-

gefühl und Lebensqualität an ehemaligen deutschen Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges durch. Dabei zeigten ehemaligen Kindersoldaten im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, die keine Kindersoldaten waren, sichtbar höhere Werte im Kohärenzgefühl, wohingegen es bei der Lebensqualität keine Unterschiede gab. Demnach leistet das Kohärenzgefühl einen unterstützenden Beitrag zur Resilienz.

2) Disclosure

Disclosure meint das Offenlegen und sich mitteilen über traumatische Erlebnisse, was das gesundheitliche Wohlbefinden begünstigt (Maercker, 2009). Verschiedene Untersuchungen bestätigten die gesundheitsförderlichen Resultate von Kommunikation über vergangene Geschehnisse (vgl. Müller & Maercker, 2006; Pennebaker, Barger, & Tiebout, 1989). Müller und Maercker (2006) zeigten in einer Studie, dass die Variablen Offenlegung traumatischer Erfahrungen (Disclosure) und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung die PTBS-Symptomatik beeinflussen. Den größten Einfluss hatte dabei der Faktor Disclosure. Die subjektiv wahrgenommene emotionale Reaktion bei der Offenlegung des Traumas war ein entscheidender Prädiktor bei der Traumaverarbeitung.

3) Hardiness

Laut Bonanno (2004) stellt Hardiness einen wesentlichen Resilienzfaktor bei Traumatisierungen dar. Die Persönlichkeitseigenschaft Hardiness wirkt unterstützend, extreme Belastungssituationen abzuwehren. Personen mit diesem Charakterzug nutzen soziale Unterstützung und sind imstande effektivere Bewältigungsmechanismen einzusetzen. Nach Bonanno (2004) beinhaltet Hardiness drei Dimensionen:

- a) Die Fähigkeit, eine Sinnhaftigkeit im Leben zu entdecken
- b) Die Überzeugung, die eigene Umwelt und den Ausgang von Ereignissen bestimmen zu können
- c) Der Glaube, dass Personen von positiven wie negativen Erfahrungen lernen und daran wachsen können

Laut Edwards, Sakasal und van Wyk (2005) haben widerstandsfähige Personen das Gefühl, Kontrolle über ihr Schicksal zu haben und sind imstande, Veränderungen im Leben

als Herausforderung und neue Wachstumsmöglichkeit zu sehen. Hardiness reduziert die negativen Folgen von Belastungen und kann auf körperliche und psychische Erkrankungen positiv wirken. Einige Studien belegen, dass Hardiness mit verringerter PTBS-Symptomatik einhergeht (vgl. King et al., 1998; Zakin, Solomon, & Neria, 2003).

4) Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit ist „die individuell unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann. Dieses Gefühl einer Person bezüglich ihrer Fähigkeit, beeinflusst ihre Wahrnehmung, ihre Motivation und ihre Leistung auf vielerlei Weise“ (Zimbardo, Gerrig, & Hoppe-Graff, 2003, S. 543).

Selbstwirksamkeitserwartungen bestehen in der Erwartung, Schwierigkeiten mit eigenen Fähigkeiten erfolgreich bewältigen zu können. Nach traumatischen Ereignissen wie Terroranschlägen oder Naturkatastrophen übernehmen die Selbstwirksamkeitserwartungen der Betroffenen eine moderierende Funktion bei der Verarbeitung des Traumas. Demzufolge haben Betroffene mit einem schlecht ausgeprägten Selbstvertrauen, eine geringe Chance, sich nach einem belastenden Erlebnis vollständig zu regenerieren (Benight & Bandura, 2004). Heinrichs et al. (2005) stellten fest, dass eine gering ausgeprägte Selbstwirksamkeit einen Risikofaktor für PTBS, Ängstlichkeit und Depression darstellt.

5) Optimismus und Humor

Scheier und Carver (1992) stellten in einem Review durch bisherige Studien fest, dass Optimismus einen unterstützenden Beitrag zur Resilienz leistet. Optimistische Personen versuchen immerzu das Bestmögliche aus den Umständen herauszuholen, sind engagierter und ihr Ehrgeiz hilft ihnen auf der Suche nach Lösungen. Ihre Anpassungsfähigkeit ermöglicht ihnen Veränderungen von Lebensumständen oder neue Situationen anzunehmen. Optimismus schafft also die Fähigkeit, Bewältigungsstrategien der Situation entsprechend anzuwenden und daher besser mit Stress umzugehen.

Wie Optimismus tragen auch Humor und Lachen zur Gesundheitsförderung bei (vgl. Connor, 2006; Martin, 2004). Tran et al. (2013) kamen in ihrer Studie an Überlebenden des Zweiten Weltkrieges zu dem Ergebnis, dass die Betroffenen trotz traumatischer Vergangenheit stressbedingte Situationen im Alltag mit Humor bewältigen. So stellt Hu-

mor einen resilienzfördernden Faktor dar. Diese Ansicht teilte auch Agaibi (2005) in ihrem Review über Resilienz in Zusammenhang mit Traumata und Posttraumatischer Belastungsstörung.

6) Coping-Strategien

Der Einsatz von Coping-Strategien hat eine resilienzfördernde Wirkung (vgl. Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth (2001). Die erfolgreiche Bewältigung eines in der Vergangenheit liegenden traumatischen Erlebnisses erwies sich in mehreren Studien als Schutzfaktor gegen die Entwicklung zukünftiger Posttraumatischer Belastungsstörungen (Bryant, Mayou, Wiggs, Ehlers, & Stores, 2004; Goenjian et al., 2001; Martini, Ryan, Nakayama, & Ramenofsky, 1990). Laut Tran et al. (2013) wird adäquates Coping bei belastenden Erlebnissen unter anderem von den bereits erwähnten Faktoren wie Optimismus, Humor und Glaube begünstigt. Dies lässt auf den starken Einfluss individueller Persönlichkeitszüge, welche die Resilienz unterstützen, schließen.

Die Literatur unterscheidet zwischen verschiedenen Arten und Stilen von Coping-Strategien. Einige Coping-Strategien beinhalten problem- oder emotionsbezogene Aspekte (Folkman & Lazarus, 1985; Scheier & Carver, 1992). Schnider, Elhai und Gray (2007) unterscheiden zwischen problembezogenen, aktiven emotionalen und vermeidenden emotionalen Bewältigungsstilen. Problembezogene Coping-Strategien werden von Personen verwendet, die aktiv nach einer Lösung suchen oder sich in einer bestimmten Verhaltensweise üben, um die stressverursachenden Probleme zu bewältigen (Folkman & Lazarus, 1985). Emotionale Strategien beschreiben hingegen den Versuch, die eigenen Gefühle zu regulieren und beinhalten aktive oder vermeidende Verhaltensweisen (Holahan & Moos, 1987). Aktive emotionale Coping-Strategien, wie beispielsweise das Ausleben von emotionalen Belastungen oder die kognitive Umstrukturierung der Stressursache, werden als adaptive emotionale Strategien angesehen (Folkman & Lazarus, 1985). Vermeidende emotionale Bewältigungsstrategien beschreiben dabei maladaptive Verhaltensweisen wie Verleugnung oder Ablenkung. Zwar helfen vermeidende Bewältigungsversuche dabei, den Alltag nach einer Krise wieder rasch zu bewältigen, längerfristig gesehen kann deren Anwendung allerdings zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit führen (Holahan & Moos, 1987). Jedoch betonen Bonanno und Mancini (2008) sowie Bonanno (2004), dass vermeidendes Verhalten in gewisser Hinsicht auch nützlich sein kann. Gemäß Bonanno

(2004) reagieren Personen, die negative Emotionen, Erinnerungen und Gedanken vermeiden, in anstrengenden Situationen seltener mit Stress. Obwohl sie teilweise häufiger körperliche Beschwerden aufweisen, welche jedoch langfristig gesehen wieder abklingen, geben sie den Anschein, Probleme erfolgreicher zu bewältigen. Darum sollte in Hinblick auf Coping-Strategien der jeweilige Kontext in Betracht gezogen werden, da eine allgemeingültige Bewertung ausgeschlossen ist (Bonanno, 2004).

7) Glaube bzw. Spiritualität

Spiritualität meint die Suche nach geistigem Wachstum und Selbstverwirklichung und kann, muss aber nicht, in einer Beziehung zu einer höheren Macht (z.B. Gott) stehen (Oser & Bucher, 2005). Der Glaube verhilft Betroffenen beim Umgang mit belastenden Schicksalsschlägen und deren Akzeptanz (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000). Religion bzw. Spiritualität als Resilienzfaktor ist damit assoziiert, einen Sinn im Leben zu haben und soziale Unterstützung sowie einen umfassenden Zugang zu Ressourcen aufgrund von regelmäßigen Kirchenbesuchen zu erhalten (Fredrickson, 2002). Wenn Personen mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert werden, sind sie anschließend oftmals auf der Suche nach einem neuen Sinn und Ziel in ihrem Leben. Spiritueller oder religiöser Glaube und seine Ausübung sind wichtige Bestandteile fast aller Kulturen. Religiosität und Spiritualität beruhen sehr stark auf dem persönlichen Bestreben, entscheidende Fragen über Leben, Sinnhaftigkeit und Aspekte wie Heiligkeit und Transzendenz zu verstehen (Moreira-Almeida & Koenig, 2006). Die sinngebende Wirkung des Glaubens, hat eine unterstützende Funktion auf den Gesundheitszustand (Maddi, 2006).

Die Literatur beschreibt unterschiedliche Einflüsse von Resilienz. Beispielsweise fanden Klasen et al. (2010) in ihrer Befragung von ehemaligen Kindersoldaten aus Uganda heraus, dass Spiritualität eine resilienzfördernde Schutzfunktion übernimmt. Hingegen betonen Connor et al. (2003), dass Spiritualität zu geringerer Resilienz führt. Mehrere Autoren fanden heraus, dass Spiritualität nicht unbedingt einen Schutzfaktor gegen eine Post-traumatische Belastungsstörung oder einen schlechten Gesundheitszustand darstellt, sondern vielmehr die Rolle einer Coping-Strategie bei Personen übernimmt, die starken Stressoren oder einer schlechten Gesundheit ausgesetzt sind (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000; King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999; Lam & Grossman, 1997; Park, Cohen, & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996; Waysman, Schwarzwald, & Solomon, 2001).

8) Soziale Unterstützung

Der Mangel an sozialer Unterstützung wurde häufig in Verbindung zur Posttraumatischen Belastungsstörung untersucht (vgl. Brewin et al., 2000; Gold et al., 2000; King et al., 1998; Kuwert et al., 2008; Pietrzak, Johnson, Goldstein, Malley, & Southwick, 2009). Gemäß Brewin et al. (2000) fördert der Erhalt sozialer Unterstützung die Bewältigung von traumatischen Ereignissen und deren Auswirkungen erheblich. Demzufolge übernimmt wahrgenommene soziale Unterstützung eine wesentliche Schutzfunktion. Dass wahrgenommene soziale Unterstützung das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand begünstigt, belegten auch Bonanno et al. (2007). Dabei ist nicht die Anzahl der zur Verfügung stehenden Personen eines sozialen Umfeldes relevant, sondern die Qualität der Unterstützung, das heißt die Art und Weise wie dem Betroffenen geholfen wird. Somit gelingt es denen, die ihr soziales Netzwerk als funktionierend und befriedigend beschreiben, besonders gut, ihre Traumatisierungen zu bewältigen (Maercker, 1998).

King, King, Foy, Keane und Fairbank (1999) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass soziale Unterstützung mit einem geringeren Risiko einhergeht, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Zu ähnlichen Feststellungen kamen auch Pietrzak et al. (2009) in einer Untersuchung an 272 Kriegsveteranen. Stärker wahrgenommene soziale Unterstützung war dabei negativ mit Posttraumatischer Belastungsstörung assoziiert und stellte sich als Schutzfaktor vor einer PTBS heraus. In Hinblick auf die Posttraumatische Belastungsstörung fanden auch King et al. (1998) heraus, dass wahrgenommene sowie auch strukturelle (Mitgliedschaft in Organisationen, etc.) soziale Unterstützung das Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, senkt. Bei Kindern und Jugendlichen stellte sich in einigen Studien ebenfalls heraus, dass soziale Unterstützung einen relevanten Schutzfaktor vor einer Posttraumatischen Belastungsstörung darstellt (Broberg, Dyregrov, & Lilled, 2005; Greenberg & Keane, 2001; Keppel-Benson, Ollendick, & Benson, 2002; La Greca, Silverman, Vernberg, & Prinstein, 1996).

8.4.2 Risikofaktoren der PTBS

Risikofaktoren sind Kriterien, welche die Entwicklung einer Krankheit negativ beeinflussen und daher die Wahrscheinlichkeit, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, erhöht (Maercker, 2009). Gemäß Tran et al. (2013) wirken Risikofaktoren auf den Umgang mit stressbedingten Begebenheiten und deren Auswirkungen ein. Risikofak-

toren können stabil (Geschlecht) oder variabel (Alter) sein. Ein kausaler Zusammenhang existiert dann, wenn das Risiko für ein bestimmtes Resultat durch die Manipulation eines Faktors beeinflusst wird. Stellt der Faktor nicht die Ursache des Resultats dar, wird er als Folge bzw. Begleiterscheinung betrachtet. Mehrere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass folgende Faktoren das Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhöhen (Brewin et al., 2000; Green, 1994; Meichenbaum, 1994; Ozer et al., 2003):

1) Objektive Risikofaktoren

- Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses
- wiederholte Traumakonfrontation
- Auftreten körperlicher Verletzungen
- menschlich verursachte Traumata
- absichtlich verursachtes Trauma (z.B. Folter)
- Irreversibilität der traumatischen Verluste
- Ausmaß der materiellen Schäden
- immer wiederkehrende Gedanken an das Ereignis

2) Subjektive Risikofaktoren

- unerwartetes Eintreten des traumatischen Erlebnisses
- geringes Ausmaß an Einflussnahme am Traumageschehen
- Schuldgefühle
- Fehlen fremder Hilfe während der traumatischen Situation

3) Individuelle Risikofaktoren

- junge oder alte Personen
- Mitglied einer sozialen Randgruppe
- niedriger sozioökonomischer Status
- Ausbleiben sozialer Unterstützung
- frühere seelische oder körperliche Erkrankungen
- frühere Traumatisierungen innerhalb der Familie

Auch unterschiedliche demographisch bedingte Faktoren, welche im folgenden Abschnitt dargestellt werden, tragen dazu bei, das Risiko der Posttraumatischen Belastungsstörung zu erhöhen. Mit Bezug auf das Geschlecht belegen mehrere Studien, dass Frauen im Gegensatz zu Männern eher an einer PTBS erkranken (Ai, Peterson, & Uebelhor, 2002; Brewin et al., 2000; DiGrande et al., 2008; Eytan et al., 2004; Galea et al., 2002; Pham et al., 2004; Schaal & Elbert, 2006; Thapa & Hauff, 2005). Dass das weibliche Geschlecht einen klar erkennbaren Risikofaktor der Posttraumatischen Belastungsstörung darstellt, wurde auch bei Kindern und Jugendlichen bestätigt (Kruczek & Salsman, 2006; Ostrov, Offer, & Howard, 1989). Dabei fanden Kruczek und Salsman (2006) heraus, dass sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Ausmaß oder in der Anzahl der jeweiligen Symptome, sowie in der Traumaart, der kognitiven Bewertung nach dem traumatischen Erlebnis zeigen. Darüber hinaus unterscheiden sich männliche und weibliche Betroffene in der Art und Weise wie sie Symptome ausdrücken (Ostrov et al., 1989).

Unter Berücksichtigung des Alters stellte sich heraus, dass Betroffene, die traumatische Situationen im Jugendalter oder mittleren Erwachsenenalter erlebten, mit erhöhter Wahrscheinlichkeit unter einer PTBS leiden (Flatten et al., 2004; Friedmann, 2004; Gold et al., 2000; King et al., 1999). Auch in einer Studie von Dahl, Mutapcic und Schei (1998) an bosnischen Frauen, zeigten die Teilnehmerinnen über 25 Jahre, eine höhere Wahrscheinlichkeit an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken als jüngere Untersuchungsteilnehmerinnen. Die Ergebnisse aus einer Studie mit ehemaligen Kriegsgefangenen des Korea Krieges zeigten, dass die Resilienzfaktoren Bildung und Alter effiziente PTBS-Prädiktoren sind (Gold et al., 2000). Auch Galea et al. (2002) fanden heraus, dass der jeweilige Bildungsstand der Befragten einen Risikofaktor der PTBS darstellt. Demzufolge haben Personen mit geringem Bildungsgrad sowie geringem sozioökonomischem Status eine höhere Wahrscheinlichkeit, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken. Die Autoren zeigten auch, dass Betroffene, die nach einer Traumakonfrontation weniger soziale Unterstützung erhalten, ein erhöhtes PTBS-Risiko haben.

In einer Studie an Kriegsveteranen, die den Zusammenhang von demographischen Variablen mit PTBS untersuchte, kamen Magruder et al. (2004) zu folgenden Ergebnissen: Personen, die in einer Partnerschaft lebten, wiesen geringere posttraumatische Belastungssymptome auf als Alleinstehende. Des Weiteren wiesen Berufstätige weniger PTBS-Symptome auf als Arbeitslose. Abgesehen von diesen demographischen Variablen trägt auch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit zu einem erhöhten PTBS-Risiko

bei. Die Symptome der PTBS sind von längerer Dauer als bei Angehörigen einer ethnischen Mehrheit (Rabalais, Ruggiero, & Scotti, 2002).

9. Zielsetzung der Studie

Bisherige Studien in Ruanda untersuchten hauptsächlich die PTBS-Symptomatik sowie komorbide Störungen bei Überlebenden, insbesondere bei Waisenkindern und Witwen nach dem Genozid 1994 (Cohen et al., 2011; Dyregrov et al., 2000; Gishoma, 2005; Neugebauer et al., 2009; Schaal, Dusingizemungu, Jacob, & Elbert, 2011; Schaal & Elbert, 2006; Sezibera et al., 2009). Trotz des extrem hohen Ausmaßes an traumatischen Erlebnissen während des Genozids in Ruanda (Bolton, 2001; Gishoma, 2005; Neugebauer et al., 2009; Schaal & Elbert, 2006) wurde dem Einfluss von Resilienz bei jungen Erwachsenen bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

In der vorliegenden Untersuchung wird der Fokus auf den Einfluss von Resilienz bei der Bewältigung der Posttraumatischen Belastungsstörung am Beispiel ruandischer Studenten, 19 Jahre nach dem Genozid, gelegt. Ziel der Studie ist es, das Ausmaß von Resilienz und den Zusammenhang mit PTBS bei ruandischen Studenten zu erfassen, die sich momentan im frühen und mittleren Erwachsenenalter befinden und den Genozid im Kindesalter überlebten. Hierzu werden Schutzfaktoren untersucht, die zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse beitragen und das Risiko der Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung senken. Durch die Erforschung unterschiedlicher Resilienzfaktoren, besteht die Möglichkeit, wesentliche Aussagen darüber zu treffen, wie Resilienz und Traumabewältigung unterstützt werden können (Yehuda & Flory, 2007). Gleichzeitig sollen Risikofaktoren ermittelt werden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer PTBS zu erkranken.

Zunächst soll der Einfluss von Geschlecht, Familienstand und psychischer Belastung auf die Posttraumatische Belastungsstörung untersucht werden (vgl. Brewin et al., 2000; Magruder et al., 2004; Pham et al., 2004; Schaal & Elbert, 2006). Unter Berücksichtigung der Schutzfaktoren soll der Schwerpunkt in der vorliegenden Studie vor allem auf soziale Unterstützung (vgl. Bonanno et al., 2007; Brewin et al., 2000; Gold et al., 2000; King et al., 1998; Kuwert et al., 2008; Pietrzak et al., 2009), Glaube bzw. Spiritualität (vgl. Connor et al., 2003; Klasen et al., 2010) und adaptiven Coping-Strategien (vgl. Bryant et al., 2004; Compas et al., 2001; Goenjian et al., 2001; Martini et al., 1990) gelegt werden. Ob die Art des Traumas sowie die Traumahäufigkeit die Resilienzausprägung beeinflusst,

soll anschließend untersucht werden. Zuletzt wird das Augenmerk auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Resilienzausprägung und der PTBS gelegt.

9.1 Fragestellungen

Mit Hilfe der bereits erläuterten theoretischen Erkenntnisse, lassen sich folgende Fragestellungen ableiten.

a) Geschlecht

Sind Frauen häufiger von einer Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen als Männer?

b) Familienstand

Stellt das Leben in einer Partnerschaft einen Schutzfaktor vor einer PTBS dar?

c) Psychische Belastung

Wirkt sich das Ausmaß der psychischen Belastung auf die PTBS-Symptomatik aus?

d) Glaube bzw. Spiritualität

Stellt Glaube bzw. Spiritualität einen Schutzfaktor vor einer PTBS dar?

Fördert Glaube bzw. Spiritualität die Resilienz der Betroffenen?

e) Soziale Unterstützung

Stellt der Erhalt sozialer Unterstützung einen Schutzfaktor vor einer PTBS dar?

Fördert der Erhalt sozialer Unterstützung die Resilienz der Betroffenen?

f) Coping-Strategien

Stellt die Anwendung adaptiver Coping-Strategien einen Schutzfaktor vor einer PTBS dar?

Fördert die Anwendung adaptiver Coping-Strategien die Resilienz der Betroffenen?

g) Traumaart und Traumahäufigkeit

Wirkt sich die Art und Häufigkeit des erlebten Traumas auf die Resilienzausprägung aus?

h) Resilienz und PTBS

Sind Personen mit hoher Resilienzausprägung weniger gefährdet eine PTBS zu entwickeln?

9.2 Hypothesen

In diesem Abschnitt werden die Nullhypothesen (H0) und Alternativhypothesen (H1) der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

1. **H0:** Frauen sind nicht häufiger von einer PTBS betroffen als Männer.
H1: Frauen sind häufiger von einer PTBS betroffen als Männer.
2. **H0:** Personen, die in einer Partnerschaft leben, weisen keine geringere PTBS-Symptomatik auf als Alleinstehende.
H1: Personen, die in einer Partnerschaft leben, weisen eine geringere PTBS-Symptomatik auf als Alleinstehende.
3. **H0:** Das Ausmaß der psychischen Belastung hat keinen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik.
H1: Je stärker die psychische Belastung der Betroffenen, desto mehr PTBS-Symptome zeigen sie.
4. **H0:** Personen, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, weisen keine geringere PTBS-Symptomatik auf.
H1: Personen, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, weisen eine geringere PTBS-Symptomatik auf.
5. **H0:** Personen, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, haben keine höhere Resilienzausprägung.
H1: Personen, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, haben eine höhere Resilienzausprägung.
6. **H0:** Personen, die soziale Unterstützung erhalten, weisen keine geringere PTBS-Symptomatik auf.
H1: Personen, die soziale Unterstützung erhalten, weisen eine geringere PTBS-Symptomatik auf.

7. **H0:** Personen, die soziale Unterstützung erhalten, haben keine höhere Resilienzausprägung.
H1: Personen, die soziale Unterstützung erhalten, haben eine höhere Resilienzausprägung.
 8. **H0:** Personen, die adaptive Coping-Strategien anwenden, weisen keine geringere PTBS-Symptomatik auf.
H1: Personen, die adaptive Coping Strategien anwenden, weisen eine geringere PTBS-Symptomatik auf.
 9. **H0:** Personen, die adaptive Coping-Strategien anwenden, haben keine höhere Resilienzausprägung.
H1: Personen, die adaptive Coping-Strategien anwenden, haben eine höhere Resilienzausprägung.
 10. **H0:** Die Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse hat keinen Einfluss auf die Resilienzausprägung.
H1: Je größer die Anzahl der traumatischen Erlebnisse, desto geringer ist die Resilienz ausgeprägt.
 11. **H0:** Die Art der traumatischen Erlebnisse hat keinen Einfluss auf die Resilienzausprägung.
H1: Die Resilienzausprägung unterscheidet sich bei Personen, die unterschiedliche Arten von traumatischen Ereignissen erlebten.
- (Die traumatischen Erlebnisse der Betroffenen werden in der vorliegenden Studie zu folgenden Traumaarten zusammengefasst: materielle Deprivation, kriegsähnliche Zustände, Körperverletzungen, unter Zwang eingesperrt oder genötigt werden, gezwungen werden, andere zu verletzen, Verschwinden, Tod oder Verletzung von nahestehenden Menschen, Zeuge von Gewalt an anderen)
12. **H0:** Personen mit hoher Resilienzausprägung weisen keine geringere PTBS-Symptomatik auf.
H1: Personen mit hoher Resilienzausprägung weisen eine geringere PTBS-Symptomatik auf.

10. Methode

Im folgenden Kapitel wird auf die praktische Durchführung der Fragestellungen eingegangen. Es erfolgt zunächst die Beschreibung des Studiendesigns sowie des Untersuchungsablauf, die Beschreibung der verwendeten Untersuchungsinstrumente und anschließend die Beschreibung der Stichprobe.

10.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung mit einem nicht-experimentellen Design und einem Erhebungszeitpunkt (vgl. Bortz & Döring, 2005).

10.2 Untersuchungsablauf

Die Durchführung der vorliegenden Studie wurde angesichts ethischer Voraussetzungen, von Seiten des Bildungsministeriums in Ruanda am 11. Juni 20013 genehmigt. Vor Beginn der Studie wurde Kontakt zu Dr. Sezibera, Psychologe und Leiter der Klinischen Abteilung für Psychologie der Nationaluniversität von Ruanda, aufgenommen, der später auch die Verantwortung als Supervisor übernahm. Dr. Sezibera übernahm auch die Rekrutierung der Teilnehmer, welche alle Studenten der ruandischen Nationaluniversität waren und arrangierte für den Erhebungszeitraum zwei männliche Übersetzer, für den Fall von Verständnisproblemen während der Testungen. Bei den Übersetzern handelte es sich ebenfalls um Studenten, die fließend Englisch, Französisch und Kinyarwanda, die Nationalsprache und Muttersprache von fast allen Ruandern, sprachen.

Die Erhebung wurde im Juli 2013 in Kigali, der Hauptstadt von Ruanda, durchgeführt. Die Räumlichkeiten für die Gruppentestungen, an denen in der Regel zwischen fünf und acht Studenten teilnahmen, wurden von dem Bildungsinstitut in Kigali zur Verfügung gestellt. Vor Beginn der einzelnen Testungen wurde der jeweilige Übersetzer über die Prinzipien der Vertraulichkeit, Neutralität und Empathie aufgeklärt. Den Testpersonen wurde einmalig eine englisch-sprachige Fragebogenbatterie in Papier-Bleistiftform vorgegeben. Die durchschnittliche Testdauer belief sich auf 80 Minuten pro Teilnehmer. Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie waren eine Einverständniserklärung und ein Mindestalter von 23 Jahren. Des Weiteren mussten sich die Teilnehmer während des Genozids 1994 in Ruanda aufgehalten haben.

Nach einer Vorstellung der Autorin wurde den Teilnehmer das Ziel der Studie vorgestellt sowie auf die Freiwilligkeit und die Anonymität bei Beteiligung an der Untersuchung hingewiesen. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass jederzeit die Möglichkeit bestehe, ohne Angaben von Gründen die Untersuchung abubrechen. Im Falle einer Verschlechterung des Wohlbefindens wegen starken Erinnerungen an den Genozid sowie bei weiteren Fragen zur Studie bekamen die Teilnehmer die Kontaktdaten der Autorin und des Supervisors, Dr. Sezibera. Da für die meisten Teilnehmer Transportkosten entstanden, um zum Bildungsinstitut in Kigali zu gelangen, erhielt jede befragte Person nach Abgabe der Fragebogenbatterie 4.000 Ruandische Francs, was ungefähr 4,30 Euro entspricht.

10.3 Untersuchungsinstrumente

Die Fragebogenbatterie setzte sich aus folgenden sechs Verfahren zusammen:

- 1) Soziodemographischer Fragebogen
- 2) Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
- 3) Enrichd Social Support Inventory (ESSI)
- 4) Brief Cope Inventory (BCI)
- 5) Brief Sympto Inventory (BSI)
- 6) Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

In den nächsten Abschnitten werden, der Reihenfolge ihrer Vergabe nach, die zum Einsatz kommenden Erhebungsinstrumente genauer beschrieben.

10.3.1 Soziodemographischer Fragebogen

Damit unvorhergesehene Einflussfaktoren auf die abhängigen Variablen berücksichtigt wurden, wurden neben dem Alter und dem Geschlecht folgende personengebundene Merkmale im soziodemographischen Fragebogen erhoben: Familienstand, Kinderanzahl, Studienfach und höchster Studienabschluss. Fragen zu der jeweiligen ethnischen Zugehörigkeit der Teilnehmer konnten nicht mit eingeschlossen werden, da die derzeitige ruandische Regierung jegliche Erwähnung der Volksgruppen (Hutu/Tutsi) verbietet, um die Förderung des nationalen Zugehörigkeitsgefühls der Ruander nicht zu gefährden.

Die Faktoren soziale Unterstützung, Glaube bzw. Spiritualität und adaptive Coping-Strategien wurden in der vorliegenden Studie als relevante Schutzfaktoren herangezogen. Zur Messung der Coping-Strategien wurde der Fragebogen Brief Cope Inventory vorgegeben. Die soziale Unterstützung wurde einerseits mit einem speziellen Fragebogen, dem Enrichd Social Support Inventory, und andererseits durch folgende Aspekte des soziodemographischen Fragebogens erhoben: Inanspruchnahme psychologischer Hilfe nach dem Genozid, Vorhandensein eines Gesprächspartners, um über Erlebnisse des Genozids sowie momentane Gefühle zu sprechen, und Erhalt sozialer Unterstützung verschiedener Institutionen (Kirche, Gemeinde, Regierung, Nichtregierungsorganisationen, *AERG*³ und *FAR*⁴). Der Schutzfaktor Glaube setzte sich aufgrund der Dauer und psychischen Belastung der Fragebogenbatterie nicht aus einem speziellen Verfahren zusammen, sondern aus Aspekten des soziodemographischen Fragebogens wie Religionszugehörigkeit, Wichtigkeit von Glaube bzw. Spiritualität im Alltag und der Anzahl der Besuche von religiösen Veranstaltungen bzw. Gottesdiensten (abgesehen von z.B. Hochzeit und Beerdigung).

³ AERG (Association of Students and Raised Survivors of the Genocide) ist eine Organisation, die 1996 von überlebenden Studenten der ruandischen Nationaluniversität gegründet wurde. Mittlerweile ist AERG landesweit an mehreren Universitäten und Schulen vertreten. Die Hauptaufgabe von AERG liegt darin, alle Studenten zu vereinigen und zu unterstützen, deren Eltern und Verwandte während des Genozids ermordet wurden. Die Unterstützung durch die Organisation erfolgt einerseits durch die Aufnahme von Betroffenen in Ersatzfamilien sowie durch die Bereitstellung finanzieller Mittel und psychologischer Hilfe. Das Ziel von AERG ist die Bekämpfung der Genozid-Ideologie sowie die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen, Obdachlosigkeit und finanziellen Schwierigkeiten (Genocide Survivors Students Association, 2014).

⁴ Die Organisation FAR (Genocide Survivors Support and Assistance Fund) wurde 1998 von der ruandischen Regierung gegründet, um die bedürftigsten Überlebenden des Genozids zu unterstützen, bis diese dasselbe sozioökonomische Niveau wie die übrigen Ruander wiedererlangt haben. Die vier wichtigsten Interventionsbereiche von FAR sind Bildung, Unterbringung, Gesundheitsvorsorge und Gründung von kleinen einkommensfördernden Projekten zugunsten der Betroffenen (Erika, 2012).

10.3.2 Connor Davidson Resilience Scale

Einer der heute am häufigsten verwendeten Fragebogen zur Messung der Resilienz ist die Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC) von Connor und Davidson (2003). Es handelt sich dabei um einen Fragebogen, der das Empfinden einer Person innerhalb des letzten Monats misst. Die CD-RISC besteht aus 25 Items, welche mittels einer fünfstufigen Skala beantwortet werden ((0) = *trifft überhaupt nicht zu*, (1) = *trifft eher nicht zu*, (2) = *weder noch*, (3) = *eher zutreffend* und (4) = *trifft voll und ganz zu*). Der Fragebogen erfasst folgende fünf Faktoren: Kompetenzwahrnehmung, Vertrauen in eigene Instinkte, Toleranz negativer Effekte, Akzeptanz von Veränderungen, sichere Beziehungen, Kontrolleinflüsse und Spiritualität. Die Durchführungsdauer beträgt 5 bis 10 Minuten. Es sind insgesamt Werte von 0 bis 100 zu erreichen, wobei höhere Ergebnisse einer stark ausgeprägten Resilienz entsprechen. Bei einem Vergleich mit 19 anderen Messinstrumenten zur Erhebung der Resilienz, erwies sich der CD-RISC als valides Erhebungsinstrument (Windle, Bennett, & Noyes, 2011). Auch Connor und Davidson (2003) bestätigten durch ihre Studie eine gute interne Konsistenz (Cronbach $\alpha = .89$) und Retest-Reliabilität ($r_{tt} = .87$) des CD-RISC, wodurch dieser auch in der geplanten Untersuchung Anwendung findet.

10.3.3 Enrichd Social Support Inventory

Das Enrichd Social Support Inventory (ESSI; Mitchell et al., 2003) dient zur Erfassung wahrgenommener sozialer Unterstützung. Der Fragebogen besteht aus sieben Items, deren Beantwortung folgende fünfstufige Skala zugrunde liegt: (1) = *nie*, (2) = *selten*, (3) = *manchmal*, (4) = *meistens* und (5) = *immer*. Das Enrichd Social Support Inventory umfasst eine Bearbeitungsdauer von drei Minuten. Die interne Konsistenz liegt bei .86 (Mitchell et al., 2003). Auch Vaglio et al. (2004) belegten durch ihre Studie eine interne Konsistenz mit einem Cronbachs α von .88 sowie eine Restest-Reliabilität r_{tt} von .94 des Enrichd Social Support Inventory.

10.3.4 Brief Cope Inventory

Das Brief Cope Inventory (Carver, 1997) stellt die Kurzform der vollständigen Version des Cope Inventory (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) dar. Mit dem Brief Cope Inventory können verschiedene Bewältigungsstile beim Umgang mit schwierigen oder stressbedingten Situationen einer Person erfasst werden. Der Fragebogen umfasst 14 Skalen mit insgesamt 28 Items. Die Items werden jeweils auf einer vierstufigen Skala beantwortet ((1) =

gar nicht, (2) = *kaum*, (3) = *wahrscheinlich* und (4) = *sehr wahrscheinlich*). Die 14 Skalen entsprechen folgenden Bewältigungsstilen: Ablenkung, Verleugnung, Emotionale Unterstützung, Verhaltensrückzug, Positive Umdeutung, Humor, Aktive Bewältigung, Alkohol/Drogen, Instrumentelle Unterstützung, Ausleben von Emotionen, Planung, Akzeptanz, Selbstbeschuldigung und Religion. Die Durchführungsdauer beträgt ungefähr acht Minuten. Da jede der 14 Skalen nur zwei Items beinhaltet, wurde bei der internen Reliabilität ein Minimum von .50 akzeptiert. Die interne Konsistenz liegt bei einem Cronbach α von .50 bis .90 (Carver, 1997).

10.3.5 Brief Symptom Inventory

Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist ein 53 Item langes Screeningverfahren, welches die Kurzform der Symptom Checklist-90 (Derogatis & Melisaratos, 1983) darstellt. Mittels der neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) kann eine Erfassung wahrgenommener psychischer und physischer Beeinträchtigungen erfolgen. Die Beantwortung der Fragen bezieht sich auf die Intensität der Symptomatik der letzten sieben Tage. Es ist möglich, den Global Severity Index (GSI) zur Einschätzung des allgemeinen psychischen Belastungsgrades einer Person zu ermitteln, wobei alle Items mit einbezogen werden. Zur Beantwortung der Items steht eine fünfstufige Skala zu Verfügung ((1) = *trifft überhaupt nicht zu*, (2) = *trifft eher nicht zu*, (3) = *weder noch*, (4) = *eher zutreffend* und (5) = *trifft voll und ganz zu*). Die Durchführungsdauer beträgt 15 Minuten. Die Retest-Reliabilität beläuft sich auf r_{tt} von .73 bis .92 und die interne Konsistenz weist ein Cronbach α zwischen .63 bis .85 auf (Franke & Derogatis, 2000).

10.3.6 Harvard Trauma Questionnaire

Mit dem Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) werden die Art und die Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse sowie die PTBS-Symptomatik der Betroffenen erfasst (Mollica et al., 1992). Der HTQ erfüllt die Gütekriterien der Validität und Sensitivität und findet kulturübergreifende Verwendung im Kontext von Folter, Trauma und posttraumatischen Belastungssymptomen bei Flüchtlingen (Maercker & Bromberger, 2005). Im ersten Teil des Fragebogens wird das Auftreten von 45 traumatischen Ereignissen (z.B. Mangel an Nahrungsmitteln, Ermordung von Familienmitgliedern, Vergewaltigung) während des Krieges mittels dichotomen Antwortformat (Ja/Nein) erfasst. Anschließend gibt es eine Frage zu

beängstigenden oder lebensgefährlichen Situationen, welche zuvor nicht erfragt wurden. Dafür steht den Befragten ein offenes Antwortformat zur Verfügung. Zuletzt werden traumabezogene Symptome (z.B. wiederkehrende Alpträume, wiederkehrende Gedanken oder Erinnerungen an die schmerzlichen Erlebnisse, Konzentrationsprobleme) mittels 40 Items erfasst, welche auf einer vierstufigen Skala ((1) = *gar nicht*, (2) = *ein wenig*, (3) = *stark*, (4) = *sehr stark*) beantwortet werden können. Der HTQ wurde erfolgreich in verschiedenen Studien über kambodschanische Flüchtlinge, bosnische Kriegsüberlebende und Traumaüberlebende in Afrika und Lateinamerika eingesetzt (Basoglu, Jaranson, Mollica, & Kastrup, 2001). Für Studien des asiatischen Raumes, wie beispielsweise Vietnam, Kambodscha, Japan, Indochina und Tibet, wurde in der Regel ein Cut-Off-Wert von 2.5 verwendet, um diejenigen zu identifizieren, die eine Posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen (Choi, Mericle, & Harachi, 2006; Ichikawa, Nakahara, & Wakai, 2006; Lhewa, Banu, Rosenfeld, & Keller, 2007; Mollica et al., 1992; Silove et al., 2007). In der vorliegenden Studie wird ein geringerer Cut-Off-Wert von 2.0 pro Item verwendet, um eine höhere Sensitivität im Gegensatz zu einer höheren Spezifität zu erreichen. Schließlich ist es in dieser Untersuchung von größerer Bedeutung, Personen ausfindig zu machen, welche unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, als solche, die keine klinischen Symptome aufweisen. Infolgedessen können Aussagen über potentielle Risikofaktoren getroffen werden (Hollifield et al., 2002; Mollica, McDonald, Massagli, & Silvore, 2004). Die ursprüngliche Version des HTQ wurde für vietnamesische, laotische und kambodschanische Flüchtlinge entwickelt. Dabei zeigte die Berechnung der traumatischen Erlebnisse eine hohe Interraterreliabilität ($r = .93$), interne Konsistenz (Cronbach $\alpha = .90$) und Stabilität ($r_{tt} = .89$). Bei der Ermittlung der Trauma-Symptomatik wurde eine Stabilität von $r_{tt} = .92$ ermittelt (Maercker & Bromberger, 2005; Mollica et al., 1992). Der Harvard Trauma Questionnaire wird seitens der Studienteilnehmer gut akzeptiert und die neutrale Gestaltung des Fragebogens verhilft den Befragten, sich besser auf die Fragen einzulassen (Mollica et al., 1992).

10.4 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen dieser Studie wurden insgesamt 130 Studenten der ruandischen Nationaluniversität rekrutiert, wobei die Datensätze von 12 Teilnehmern nicht verwendet wurden, da diese mangelhaft ausgefüllt waren. Insgesamt waren also 118 Fragebögen verwertbar.

10.4.1 Demographische Merkmale

An der Studie nahmen Studenten im Alter von 23 bis 43 Jahren teil. Das durchschnittliche Alter der Stichprobe lag bei 25.85 (SD = 2.80). 55 (47%) der untersuchten Personen waren männlich und 63 (53%) Personen weiblich. Insgesamt waren 113 (96%) der Studenten ledig, drei (3%) Personen in einer Beziehung und zwei (2%) verheiratet. Keine Teilnehmer waren geschieden oder verwitwet. Die Mehrheit der befragten Personen (96%) war kinderlos. Weiter antworteten 57 (48%) Personen, dass sie katholischen Glaubens waren, 48 (41%) bezeichneten sich als Protestanten, weitere zehn (8%) gaben an, dass sie einer adventistischen Kirche angehörten. Eine (1%) befragte Person war Muslim und zwei (2%) Personen bekannten sich zu einer anderen Religion. Hingegen bekannte sich keiner der Studenten zu keiner Religion. Die demographischen Daten der Studienteilnehmer sind in Tabelle 1 zur besseren Übersicht dargestellt.

Tabelle 1

Demographische Daten der Stichprobe

	Stichprobe ($n = 118$)
Alter in Jahren M (SD)	25.85 (2.80)
Geschlecht n (%)	
Männlich	47
Weiblich	53
Beziehungsstatus n (%)	
Single	96
Beziehung	3
Verheiratet	2
Geschieden	0
Verwitwet	0
Höchste abgeschlossene Ausbildung n (%)	
Hochschule	39
Bachelor	61
Master	0

	Stichprobe ($n = 118$)
Doktorat	0
Religionszugehörigkeit n (%)	
Katholisch	48
Evangelisch	41
Muslimisch	1
Adventisten	8
Andere	2
Keine	0

11. Statistische Auswertung

Für die Analyse der Hypothesen wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ festgelegt. Die statistische Auswertung der gesammelten Daten erfolgte durch das Softwareprogramm IBM SPSS Statistics 21. Im Folgenden werden die zur Anwendung gekommenen statistischen Verfahren in Anlehnung an Field (2009) beschrieben.

11.1 Prüfung der Voraussetzungen

Vor der Anwendung der statistischen Verfahren zur Überprüfung der Hypothesen wurden der Kolmogorov-Smirnov-Test mit Lillyfors-Korrektur zur Prüfung auf Normalverteilung und der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen berechnet. Bei Verletzung der Voraussetzungen für parametrische Verfahren – Normalverteilung und Homogenität der Varianzen – wurden verteilungsfreie statistische Tests angewendet.

11.2 χ^2 -Test als Homogenitätstest der Verteilungen

Mit diesen parameterfreien Verfahren wurde überprüft, ob sich die Verteilungen der soziodemographischen Variablen innerhalb der Stichprobe zwischen Männern und Frauen unterscheiden. Dies geschah, um mögliche störende Einflüsse durch diese Faktoren auf die Antworten vor der Datenanalyse festzustellen.

11.3 t-Test für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney Test (U-Test)

Zur Berechnung eines möglichen Unterschiedes zwischen zwei Gruppen wurde entweder das parametrische Verfahren t-Test für unabhängige Stichproben oder das parameterfreie Verfahren Mann-Whitney Test (U-Test) verwendet, der zuvor eine Rangskalierung der Daten vornahm.

11.4 Pearson-Korrelationen und Spearman-Korrelationen

Anhand der Pearson-Korrelationen bzw. der nicht-parametrischen Entsprechung wurden mögliche Zusammenhänge zwischen den einzelnen erhobenen Parametern ermittelt. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Pearson-Korrelation wurde mittels Kolmogorov-Smirnov Test mit Lilliefors-Korrektur zur Erfassung der Normalverteilung sowie mit Levene-Statistik zur Erfassung der Homogenität der Varianzen überprüft. Bei Verletzung der Voraussetzungen wurde auf die parameterfreie Entsprechung, die Spearman-Korrelation, zurückgegriffen.

11.5 Multiple lineare Regressionsanalyse

Aufgrund dieses Verfahrens bestand die Möglichkeit, aus mehreren Einflussfaktoren (UV) jene zu ermitteln, welche die Faktoren der zu untersuchenden abhängigen Variablen beeinflussen (Fromm, 2008). In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Variablen gleichzeitig in die Berechnung mit einbezogen. Die Voraussetzung für die Durchführung einer multiplen linearen Regressionsanalyse ist das Vorliegen eines Intervallskalenniveaus für die abhängige sowie für die unabhängige Variable. Bei den unabhängigen Variablen ist für kategoriale Variablen der Gebrauch einer dichotomisierten Dummy-Variable möglich. Weitere Voraussetzungen sind Janssen und Laatz (2007) zufolge die Homoskedastizität (Homogenität der Varianzen), Normalverteilung der Residuen, keine Autokorrelationen der Residuen und keine Kollinearität (lineare Abhängigkeit zwischen den UV). Jedoch können kleinere Verletzungen der Voraussetzungen zu „tolerierbaren Verzerrungen in der inferenzstatistischen Absicherung der Regressionsgleichung“ führen (Bortz, 2005; S. 192). Davon abgesehen gilt, dass aufgrund des zentralen Grenzsatzes bei einer Stichprobe $n > 30$ die Bedingungen für eine Normalverteilung als gegeben angenommen werden (vgl. Bortz & Döring, 2005; Field, 2009). Demzufolge galten die Voraussetzungen für die Überprüfung der Hypothesen 3 bis 9 und 11 mittels multipler linearer Regressionsanalyse als gegeben.

11.6 Binäre logistische Regressionsanalyse

Die logistische Regression hat Ähnlichkeit zur multiplen Regression, allerdings handelt es sich bei der abhängigen Variable um kategoriale Daten. Wenn die unabhängigen Variablen aus exakt zwei Kategorien bestehen, ist die Rede von einer binären logistischen Regression. Bei diesem Verfahren wird die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Ereignisses als abhängig von den unabhängigen Variablen vorhergesagt. Die Prüfgröße χ^2 und der entsprechende Signifikanzwert geben die Größe und Wichtigkeit der Modellveränderung bei Hinzufügen der UV(s) an. Bei der *Wald*-Statistik handelt es sich um eine χ^2 -Verteilung. Der betreffende Signifikanzwert gibt Hinweise darauf, ob die UV(s) einen Erklärungswert zur Vorhersage der abhängigen Variable geben (Field, 2009).

11.7 Effektstärken

Zum besseren Verständnis und zur Interpretation der Ergebnisse sowie zu deren Vergleichbarkeit mit Ergebnissen anderer Studien wurden Effektgrößen berechnet. Diese deskriptive Analyse bezieht sich auf die Stärke der Beziehung zwischen den Variablen. In Tabelle 2 findet sich die Auflistung der Effektgrößen, welche zur Differenzierung kleiner, mittlerer und großer Effekt dient (Cohen, 1992).

Tabelle 2

Effektgrößen nach Cohen (1992)

	Klein	Mittel	Groß
Pearson-Korrelation r	.10	.30	.50
Cohen's d	.20	.50	.80
Cohen's f^2	.02	.15	.35
Bestimmtheitsmaß R^2	.0196	.13	.26

12. Ergebnisse

In den nächsten Abschnitten werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt. Zuerst werden die Ergebnisse der deskriptiven Analyse vorgestellt, anschließend folgt die Hypothesenprüfung.

12.1 Deskriptive Analyse der verwendeten Fragebögen

12.1.1 Religionsspezifische Merkmale

Mittels soziodemographischem Fragebogen wurden insgesamt drei Fragen zur religiösen Einstellung der Studenten gestellt. Die deskriptiven Werte zur Frage der Religionszugehörigkeit sind in Kapitel 10.4.1 (Demographische Merkmale) dargestellt. Anhand der anderen beiden Fragen zeigt sich, dass für 97 (82%) Studenten Glaube bzw. Spiritualität *sehr wichtig* im täglichen Leben ist, für weitere 17 (14%) ist Glaube bzw. Spiritualität *einigermaßen von Bedeutung* und für nur vier Teilnehmer (4%) ist Glaube bzw. Spiritualität *wenig bis gar nicht wichtig*. 49 (42%) der Befragten dieser Stichprobe gaben an, *mehrmals pro Woche* religiöse Dienste bzw. Gottesdienste zu besuchen, 48 (41%) gaben *einmal pro Woche* an. Fünf (4%) der Teilnehmer besuchen *ein bis zweimal pro Monat* religiöse Dienste bzw. Gottesdienste und nur 16 (14%) gehen *ein paar Mal pro Jahr*.

12.1.2 Merkmale der sozialen Unterstützung

Der Faktor soziale Unterstützung wurde einerseits mit dem Enrichd Social Support Inventory und andererseits mit drei speziellen Fragen des soziodemographischen Fragebogens erhoben. Die Berechnung des Enrichd Social Support Inventory ergab für die Gesamtstichprobe einen Mittelwert von $M = 2.72$ ($SD = .68$). Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Mittelwerte des Enrichd Social Support Inventory ($U = 1495$; $p = .198$). Anhand der mittleren Ränge lässt sich dennoch ein höherer Wert bei den Frauen feststellen ($MR_m = 55.17$, $MR_w = 63.28$). Demzufolge erhalten weibliche Studienteilnehmerinnen mehr soziale Unterstützung als männliche Teilnehmer.

Die Ergebnisse der drei Fragen des soziodemographischen Fragebogens zeigen, dass 55% der Teilnehmer *psychologische Hilfe nach dem Genozid* in Anspruch nahmen. Dabei gibt es einen signifikanten Geschlechtsunterschied ($\chi^2(1) = 7.328$, $p = .007$). Frauen (67%) erhielten somit häufiger psychologische Hilfe als Männer (42%). 86% der Betroffe-

nen haben einen *Gesprächspartner*, mit dem sie über Erlebnisse des Genozids sowie momentane Gefühle sprechen. Hierbei traten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede auf ($\chi^2(1) = .061, p = .805$). Ferner erhalten 86% der Stichprobe Unterstützung durch *FARG*, weitere 61% werden von *AERG* unterstützt und 24% gaben an, dass sie von der *Regierung* Hilfe bekommen. Nur 8% der Befragten nannten die *Kirche* als Unterstützer, Hilfeleistung durch *Nichtregierungsorganisationen* oder die *Gemeinde* nannten 2% der Studienteilnehmer. Unterstützung durch *andere Organisationen* erhalten 3% der Befragten. Beim Erhalt institutioneller Unterstützung sind keine Geschlechtsunterschiede vorhanden: Kirche ($\chi^2(1) = .050, p = .822$), Nichtregierungsorganisation ($\chi^2(1) = 2.33, p = .127$), Gemeinde ($\chi^2(1) = 1.776, p = .183$) AERG ($\chi^2(1) = .348, p = .555$), FARG ($\chi^2(1) = 1.878, p = .171$), Regierung ($\chi^2(1) = 1.637; p = .201$) und andere Organisationen ($\chi^2(1) = .019, p = .89$).

12.1.3 Resilienz

Der durchschnittliche Gesamtwert der Resilienz bei Männern und Frauen liegt bei $M = 68.07$ ($SD = 11.99$). Der höchste Wert beträgt 91.30 und der niedrigste Wert 35.42, von möglichen 100 Punkten. Der Gesamtwert der Resilienz weist keinen signifikanten Geschlechtsunterschied auf ($U = 1265, p = .265$). Anhand der mittleren Ränge der Resilienzskala lässt sich jedoch ein höherer Wert bei den Männern feststellen ($MR_m = 58.18, MR_w = 51.44$). Das Alter der Befragten wies einen signifikanten Zusammenhang mit der Resilienz auf ($r_s = -.239, p = .013$). Je älter die Personen sind, desto geringer ist ihre Resilienzausprägung.

Für die fünf Dimensionen, welche durch die Connor Davidson Resilience Scale erfasst wurden, ergeben sich folgende deskriptiven Kennzahlen: *Persönliche Kompetenz* ($M = 2.83; SD = .61$), *Vertrauen in eigene Instinkte* ($M = 2.56; SD = .54$), *Positive Akzeptanz gegenüber Veränderungen* ($M = 2.48; SD = .58$), *Kontrolle* ($M = 2.96; SD = .83$) und *Spirituelle Einflüsse* ($M = 3.11; SD = .86$). Die Ergebnisse der einzelnen Skalen können Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3

Ergebnisse der Resilienzskalen des CD-RISC

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Personal competence	2.83	.61
Trust in own intuition	2.56	.54
Acceptance of change	2.48	.58
Control	2.96	.83
Spiritual influences	3.11	.86
Gesamtwert der Resilienz	68.07	11.99

12.1.4 Coping-Strategien

Die am häufigsten angewandte Coping-Strategie der Studienteilnehmer ist *Aktive Bewältigung* ($M = 3.11$), gefolgt von *Akzeptanz* ($M = 2.99$) und *Instrumentelle Unterstützung* ($M = 2.97$). *Verleugnung* ($M = 2.18$), *Humor* ($M = 2.15$) und *Alkohol/Drogen* ($M = 1.30$) sind die am wenigsten angewandten Coping-Strategien. In Tabelle 4 können die Mittelwerte und Standardabweichungen der 14 Subskalen des Brief Cope Inventory entnommen werden. Bei den einzelnen Coping-Strategien weisen *Ablenkung* ($U = 1170$, $p = .002$, $r = .61$), *Alkohol/Drogen* ($U = 1403$, $p = .014$, $r = -.20$), *Emotionale Unterstützung* ($U = 1329$, $p = .026$, $r = .72$) und *Instrumentelle Unterstützung* ($U = 1256$, $p = .009$, $r = .75$) einen signifikanten Geschlechtsunterschied auf. Anhand der mittleren Ränge ist ersichtlich, dass Frauen häufiger die Bewältigungsstile *Ablenkung* ($MR_w = 68.43$, $MR_m = 49.27$), *Emotionale Unterstützung* ($MR_w = 65.90$, $MR_m = 52.16$) und *Instrumentelle Unterstützung* ($MR_w = 67.06$, $MR_m = 50.84$) einsetzen. Männer wenden hingegen eher die Coping-Strategie *Alkohol/Drogen* ($MR_w = 54.26$, $MR_m = 65.50$) an.

Tabelle 4

Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen des BCI

Subskala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Subskala	<i>M</i>	<i>SD</i>
Active Coping	3.11	.73	Venting	2.58	.71
Acceptance	2.99	.69	Self-distraction	2.46	.70
Use of instrumental support	2.97	.75	Self-blame	2.35	.84
Planning	2.86	.65	Behavioral Disengagement	2.34	.78
Use of emotional Support	2.81	.71	Denial	2.18	.74
Positive reframing	2.79	.64	Humor	2.15	.84
Religion	2.71	.68	Substance use	1.30	.66

12.1.5 BSI - Symptombelastung und Empfinden

Die psychische Gesamtbelastung (GSI – Global Severity Index) der Stichprobe ($n = 118$) hat einen Mittelwert von $M = 2.39$ ($SD = .67$) auf. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf den GSI ($U = 1534$, $p = .284$). Anhand der mittleren Ränge weisen Frauen allerdings einen höheren Wert auf ($MR_m = 55.89$, $MR_w = 62.65$). Die Subskalen *Zwanghaftigkeit* ($M = 2.77$) und *Paranoides Denken* ($M = 2.73$) haben die höchste Ausprägung. Darauf folgen die Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt* ($M = 2.62$), *Psychotizismus* ($M = 2.62$), *Phobische Angst* ($M = 2.61$) und *Depressivität* ($M = 2.59$). *Somatisierung* ($M = 2.56$), *Ängstlichkeit* ($M = 2.50$) und *Aggressivität/Feindseligkeit* ($M = 2.49$) sind verhältnismäßig gering ausgeprägt. Die Mittelwerte der neun Subskalen des BSI werden zur besseren Übersicht in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5

Mittelwerte und Standardabweichung der Subskalen des BSI

Subskala	<i>M</i>	<i>SD</i>
Somatization	2.56	.90
Obsessive-compulsive	2.77	.94
Interpersonal Sensitivity	2.62	.88
Depression	2.59	.94
Anxiety	2.50	.86
Hostility	2.49	.87
Phobia	2.61	.84
Paranoia	2.73	.77
Psychoticism	2.62	.81
GSI (Global Severity Index)	2.39	.67

12.1.6 Traumatische Erlebnisse während des Genozids

Traumatische Ereignisse während des Genozids wurden mit dem Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) erfasst. Dieser beinhaltet 45 verschiedene traumatische Situationen. Der Untersuchung zufolge erlebten die Studienteilnehmer zumindest zwei traumatische Ereignisse. Das Maximum liegt bei 46 Ereignissen. Der Durchschnitt traumatischer Erlebnisse liegt bei 25.5 (*SD* = 13.1). 25% der Teilnehmer erlebten mehr als 35 traumatische Situationen. Die Ereignisse wurden anschließend in Fünfer-Gruppen zusammengefasst. Demnach erlebten 5% der Personen 1 bis 5 Ereignisse, 11% erlebten 6 bis 10 Ereignisse, 10% nennen zwischen 11 und 15 traumatisierende Erlebnisse. 19% der Stichprobe geben an, 41

oder mehr Ereignisse erlebt zu haben. Die Verteilung der zusammengefassten Ereignisse ist in Abbildung 4 dargestellt.

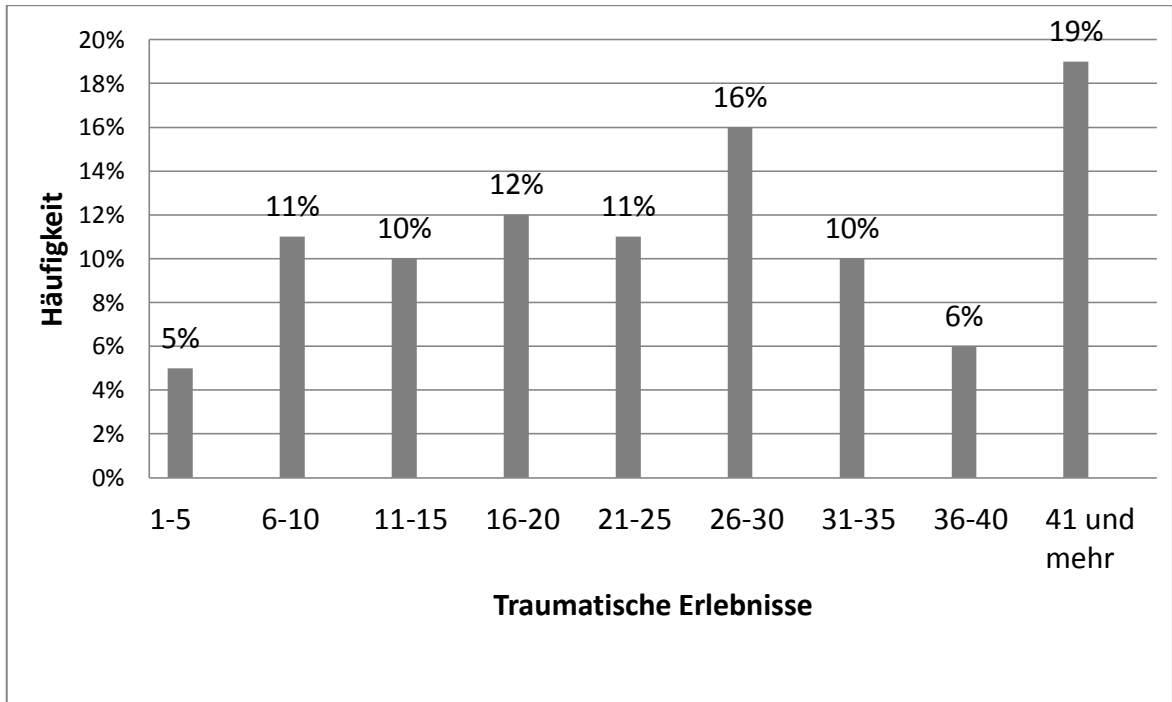


Abbildung 4. Einteilung der Traumaanzahl in Fünfer-Gruppen

Zu den am häufigsten genannten Erlebnissen zählen folgende: 99 (84%) der befragten Studienteilnehmer mussten die *Beschlagnahmung oder Zerstörung persönlichen Eigentums* miterleben. Weitere 90 (76%) Personen hatten während des Genozids *kein Dach über dem Kopf*. 89 (75%) waren *krank, ohne Zugang zu medizinischer Versorgung* zu haben, 88 (75%) Betroffene litten unter *Wasser- oder Nahrungsmittelmangel* und 85 (72%) Befragte mussten *körperliche Schläge* über sich ergehen lassen. In Tabelle 6 sind weitere traumatische Ereignisse nach absteigender Häufigkeit zur besseren Veranschaulichung sortiert dargestellt.

Tabelle 6

Übersicht der 45 traumatischen Ereignisse

Ereignis	n (%)	Ereignis	n (%)
Confiscation or destruction of personal property	99 (84%)	Forced to physically harm family member or friend	59 (50%)

Ereignis	n (%)	Ereignis	n (%)
Lack of shelter	90 (76%)	Disappearance or kidnapping of other family member	59 (50%)
Ill health without access to medical care	89 (75%)	Forced to desecrate or destroy the bodies or graves of deceased persons	58 (49%)
Lack of food or water	88 (74%)	Extortion or robbery	58 (49%)
Beating to the body	85 (72%)	Serious physical injury from combat or landmine	57 (48%)
Enforced isolation from others	85 (72%)	Disappearance or kidnapping of son or daughter	56 (48%)
Other forced separation from family members	83 (70%)	Kidnapped	55 (47%)
Forced evacuation under dangerous conditions	83 (70%)	Forced labour (like animals or slave)	55 (47%)
Confined to home because of danger outside	81 (69%)	Knifing or axing (being injured by knife or axe)	55 (47%)
Combat situation (e.g. shelling and grenade attacks)	79 (67%)	Murder or death due to violence of other family member or friend	55 (47%)
Forced to hide	77 (65%)	Forced to betray family member or friend, placing the at risk of death or injury	54 (46%)
Torture	77 (65%)	Forced to physically harm someone who is not family	54 (46%)
Serious physical injury of family member or friend due to combat situation/landmine	77 (65%)	Forced to betray someone who is not family member or friend, placing them at risk of death or injury	52 (44%)
Present while someone searched for people or things in your home	76 (64%)	Forced to destroy someone else's property or possessions	51 (43%)
Witness beatings to head or body	74 (63%)	Witness rape or sexual abuse	50 (42%)
Witness torture	74 (63%)	Forced to sing songs you did not want to sing	50 (42%)

Ereignis	n (%)	Ereignis	n (%)
Used as a human shield	70 (59%)	Disappearance or kidnapping of spouse	48 (41%)
Someone was forced to betray you and place you at risk of death or injury	69 (59%)	Murder or death due to violence or spouse	44 (37%)
Exposure to frequent and unrelenting sniper fire	64 (54%)	Murder or death due to violence of son or daughter	43 (36%)
Witness killing or murder	63 (53%)	Imprisonment	42 (36%)
Forced to find and bury bodies	62 (53%)	Rape	42 (36%)
Prevented from burying someone	61 (52%)	Other types of sexual abuse or sexual humiliation	40 (34%)
Brainwashing	60 (51%)		

12.1.7 PTBS

Nach Erhebung der traumatischen Ereignisse wurden die posttraumatischen Belastungssymptome der Befragten ebenfalls mittels Harvard Trauma Questionnaire untersucht. Das meistgenannte Item ist *Das Gefühl, als ob das Ereignis noch einmal passiert* ($M = 2.82$, $SD = .99$), gefolgt von *Tätigkeiten vermeiden, die an das traumatische oder schmerzvolle Ereignis erinnern* ($M = 2.65$, $SD = 1.01$), *Konzentrationschwierigkeiten* ($M = 2.58$, $SD = 1.00$), *plötzliche gefühlsmäßige oder körperliche Reaktionen bei Erinnerungen an das schmerzvolle oder traumatische Ereignis* ($M = 2.58$, $SD = .91$) und *Vermeidung von Gefühlen oder Gedanken, die an das traumatische Ereignis erinnern* ($M = 2.54$, $SD = .98$). Der Gesamtmittelwert über alle Items liegt bei $M = 2.35$ ($SD = .60$).

Die Berechnung der drei Subskalen der Posttraumatischen Belastungsstörung zeigten folgende Ergebnisse: Der Mittelwert für die Subskala *Intrusionen* liegt bei $M = 2.40$ ($SD = .72$), für *Vermeidung traumarelevanter Reize* bei $M = 2.43$ ($SD = .66$) und für *physiologische Übererregung* bei $M = 2.43$ ($SD = .78$). Ferner wurden die Teilnehmer nach einem Cut-Off-Wert von 2.0 in eine Gruppe mit PTBS-Symptomatik und ohne PTBS-Symptomatik eingeteilt. Die Ergebnisse zeigen, dass 80 (68%) Studenten die Kriterien der

Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV erfüllen. Dabei weisen 76 (64%) Männer und 84 (71%) Frauen eine PTBS auf.

Tabelle 7

PTBS-Symptomatik nach DSM-IV

	Gesamtstichprobe ($n = 118$)	Männer	Frauen
PTBS n (%)	80 (68%)	76 (64%)	84 (71%)
M	2.35	2.28	2.41
SD	.60	.62	.57

13. Inferenzstatistische Analyse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der inferenzstatistischen Hypothesenprüfung dargestellt. Für die verwendeten Verfahren wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ gewählt.

13.1 Hypothese 1

Hypothese 1 bezog sich auf die Frage, ob Frauen häufiger von einer PTBS betroffen sind als Männer. Da keine Normalverteilung der Daten innerhalb der Stichprobe vorlag, wurde ein Mann-Whitney Test (U-Test) berechnet. Der Geschlechterunterschied fiel für die PTBS-Symptomatik nicht signifikant aus ($U = 1508$, $p = .225$). Dennoch zeigte sich bei den mittleren Ränge ein höherer PTBS-Wert bei den Frauen ($MR = 63.07$) als bei den Männern ($MR = 55.41$). Ferner wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen den PTBS-Gruppen (PTBS vorhanden/nicht vorhanden) und dem Geschlecht festgestellt ($\chi^2(1) = .817$, $p = .366$). Die Alternativhypothese 1 wird nicht angenommen.

13.2 Hypothese 2

In einer zweiten Hypothese wurde untersucht ob Personen, die in einer Partnerschaft leben, eine geringere PTBS-Symptomatik aufweisen als Alleinstehende. Diese Hypothese wurde aufgrund der zu geringen Anzahl der Personen, welche sich in einer partnerschaftlichen Beziehung (3%) befanden bzw. verheiratet (2%) waren, nicht überprüft. Ein Vergleich mit alleinstehenden Personen (96%) der Stichprobe wäre nicht aussagekräftig gewesen.

13.3 Hypothese 3

Anhand der vorliegenden Hypothese wurde untersucht ob das Ausmaß der psychischen Belastung einen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik hat. Die Auswertung der Hypothese 3 erfolgte mittels multipler linearer Regression, wobei die PTBS-Symptomatik die abhängige Variable und die einzelnen Subskalen des Brief Symptom Inventory die unabhängigen Variablen darstellten. Bei der Vorhersage der PTBS durch die Symptombelastung ergab sich ein signifikantes Regressionsmodell ($F(9,108) = 12.177, p < .001, f^2 = 1$). Mit diesem Regressionsmodell konnten 50% der Varianz erklärt werden. Wurden die unabhängigen Variablen getrennt voneinander betrachtet, zeigte sich, dass lediglich die Symptome *Ängstlichkeit* ($\beta = .32, p = .019$) und *Aggressivität/Feindseligkeit* ($\beta = .33, p = .006$) signifikant mit PTBS zusammenhängen. Je häufiger die Personen unter einem dieser beiden Symptome leiden, desto ausgeprägter ist ihre PTBS-Symptomatik.

Tabelle 8

Multiple lineare Regressionsanalyse: Symptombelastung (UV) und PTBS (AV)

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	.99	.16	
Somatization	.01	.09	.02
Interpersonal Sensitivity	.02	.08	-.03
Depression	.03	.09	-.05
Anxiety	.22	.09	.32*

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Hostility	.23	.08	.33**
Phobia	.11	.11	.15
Paranoia	.00	.09	.00
Psychoticism	.02	.08	.02
Obsessive-compulsive	.01	.08	-.01

Anmerkung. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Zur Berechnung des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Symptombelastungen und den PTBS-Gruppen (PTBS vorhanden/nicht vorhanden) wurde eine binäre logistische Regression verwendet. Die abhängige Variable war dabei die PTBS-Gruppeneinteilung und die unabhängigen Variablen waren die neun verschiedenen Symptome. Die Modellprüfung fiel signifikant aus ($\chi^2(9) = 48.59, p < .001$). Die Regressionskoeffizienten selbst waren nicht signifikant. Mittels der unabhängigen Variablen konnten rund 47% der Varianz erklärt werden (Nagelkerkes $R^2 = .472$). Die Hypothese wird bestätigt. Das Ausmaß der psychischen Belastung hat einen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik. Je stärker die psychische Belastung der Betroffenen ist, desto größer ist das Ausmaß der PTBS-Symptomatik.

13.4 Hypothese 4

Die dritte Hypothese bezog sich auf die Frage, ob der Glaube bzw. die Spiritualität einen Schutzfaktor vor einer PTBS darstellt. Für die Auswertung wurde eine multiple lineare Regression gewählt. Die abhängige Variable war dabei die PTBS und zu den unabhängigen Variablen gehörten *Religionszugehörigkeit*, *Bedeutung von Glaube bzw. Spiritualität im alltäglichen Leben* und *Häufigkeit der Kirchenbesuche*, welche dem soziodemographischen Fragebogen entnommen wurden sowie die *Coping-Strategie Religion* aus dem Brief Cope Inventory und die Subskala *Spirituelle Einflüsse* der Connor Davidson Resilience Scale. Für die Auswertung wurden die Variablen *Religionszugehörigkeit*, *Häufigkeit der Kirchenbesuche* und *Wichtigkeit der Religion* dichotomisiert. Bei der Religionszugehörigkeit wurden zwei Dummy-Variablen gebildet (Katholisch und

Protestantisch), die anderen Religionen waren die Referenzkategorie. Die Faktoren *Häufigkeit der Kirchenbesuche* und *Bedeutung von Glaube bzw. Spiritualität* wurden in jeweils eine Dummy-Variable zerlegt. Somit wurden die Antwortkategorien *mehrmals pro Woche* und *einmal pro Woche* der Variable *Häufigkeit der Kirchenbesuche* mit 1 und die Übrigen mit 0 kodiert. Die Antwortmöglichkeiten *sehr wichtig* und *wichtig* der Variable *Bedeutung von Glaube bzw. Spiritualität* wurden mit 1 und die verbleibenden Antwortmöglichkeiten mit 0 kodiert. Das multiple lineare Regressionsmodell war nicht signifikant ($F(6,111) = .964, p = .453$). Wurden die Regressionskoeffizienten separat voneinander betrachtet, waren ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge zu finden.

Tabelle 9

Multiple lineare Regressionsanalyse: Glaube/Spiritualität (UV) und PTBS (AV)

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	1.95	.37	
Katholisch	.13	.19	.11
Protestantisch	- .01	.19	-.01
Häufigkeit der Kirchenbesuche	.04	.15	.03
Bedeutung von Glaube/Spiritualität	.02	.16	.02
Coping-Strategie Religion	.16	.08	.18
Resilienz: Spirituelle Einflüsse	-.05	.07	-.07

Um zu überprüfen, ob Glaube bzw. Spiritualität im Zusammenhang mit PTBS-Gruppen (PTBS vorhanden/nicht vorhanden) steht, wurde eine binäre logistische Regression berechnet. Die abhängige Variable war dabei die PTBS-Gruppeneinteilung und die unabhängigen Variablen waren dieselben, wie auch schon oben beschrieben. Die Modellprüfung war auch hierbei nicht signifikant ($\chi^2(6) = 5.585, p = .471$). Die vierte Alternativhypothese wird verworfen. Personen, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, weisen keine geringere PTBS-Symptomatik auf.

13.5 Hypothese 5

Hypothese 5 bezog sich auf die Frage, ob Personen, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, eine höhere Resilienzausprägung aufweisen. Die Auswertung dieser Hypothese erfolgte wiederum mittels multipler linearer Regressionsanalyse. Die abhängige Variable war der Gesamtwert der Resilienz und die unabhängigen Variablen waren folgende: *Religionszugehörigkeit*, *Bedeutung von Glaube bzw. Spiritualität*, *Häufigkeit der Kirchenbesuche* sowie die *Coping-Strategie Religion*, welche wie in Hypothese 3 beschrieben, entsprechend kodiert wurden. Das zugrundeliegende Regressionsmodell war nicht signifikant ($F(5,102) = .766, p = .576$). Auch bei den einzelnen unabhängigen Variablen gab es keine signifikanten Zusammenhänge. Die Alternativhypothese wird daher verworfen. Personen, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, haben keine höhere Resilienzausprägung.

Tabelle 10

Multiple lineare Regressionsanalyse: Glaube/Spiritualität (UV) und Resilienz (AV)

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	70.71	6.57	
Katholisch	- 4.57	4.17	-.19
Protestantisch	-3.28	4.26	-.14
Häufigkeit der Kirchenbesuche	-3.96	3.22	-.13
Bedeutung von Glaube	-.30	3.26	-.01
Coping-Strategie Religion	1.65	1.76	.09

13.6 Hypothese 6

Anhand der sechsten Hypothese wurde überprüft ob Personen, die soziale Unterstützung erhalten, eine geringere PTBS-Symptomatik aufweisen. Diese Hypothese wurde mittels multipler linearer Regression analysiert. Die abhängige Variable stellte dabei die PTBS-Symptomatik dar. Die unabhängigen Variablen setzten sich einerseits aus dem Fragebogen *Enrichd Social Support Inventory* und andererseits aus Aspekten des *soziodemographischen Fragebogens* (Inanspruchnahme psychologischer Hilfe, Vorhandensein eines Gesprächspartners und Unterstützung durch Institutionen) zusammen. Das Regressionsmodell

war signifikant ($F(7,110) = 2.643$, $p = .015$, $f^2 = .17$). Die erklärte Varianz des Modells ($R^2 = .144$) betrug rund 14%. Soziale Unterstützung beeinflusste somit die Ausprägung der PTBS-Symptomatik. Personen, die soziale Unterstützung erhalten, weisen eine geringere PTBS-Symptomatik auf. Die Alternativhypothese wird angenommen. Lediglich die Variable *Unterstützung durch die Regierung* wies als einzelner Regressionskoeffizient einen signifikanten Effekt auf ($\beta = -.31$, $p = .002$). Wenn die Studenten Unterstützung durch die Regierung erhalten, so ist deren PTBS-Symptomatik geringer ausgeprägt.

Tabelle 11

Multiple lineare Regressionsanalyse: Soziale Unterstützung (UV) und PTBS (AV)

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	2.33	.28	
Inanspruchnahme psychologischer Hilfe	.15	.11	.13
Vorhandensein eines Gesprächspartners	.29	.18	.17
Enrichd Social Support Inventory	-.00	.01	-.01
Kirche	-.08	.20	-.04
AERG	.08	.12	.07
FARG	-.25	.16	-.15
Regierung	-.44	.14	-.31**

Anmerkung. Institutionelle Unterstützung durch Gemeinde und NGOs wurden wegen sehr geringer Nennungen im Modell nicht berücksichtigt. ** $p < .01$.

Zur Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und den PTBS-Gruppen (PTBS vorhanden/nicht vorhanden) wurde eine binäre logistische Regression berechnet. Die abhängige Variable war dabei die PTBS-Gruppeneinteilung und die unabhängigen Variablen waren die einzelnen sozialen Unterstützungsfaktoren. Die Modellprüfung erwies sich als nicht signifikant ($\chi^2(7) = 12.94$, $p = .074$).

13.7 Hypothese 7

Hypothese 7 bezog sich auf die Frage ob Personen, die soziale Unterstützung erhalten, eine höhere Resilienzausprägung haben. Berechnung der Hypothese 7 wurde die multiple lineare Regressionsanalyse eingesetzt. Die abhängige Variable war der Gesamtwert der Resilienz und die unabhängigen Variablen waren die der sozialen Unterstützung wie bereits unter Hypothese 6 erläutert. Das multiple lineare Regressionsmodell war signifikant ($F(7,100) = 3.213, p = .004, f^2 = .23$). Die erklärte Varianz des Modells betrug $R^2 = .184$. Durch die soziale Unterstützung konnten rund 18% an Varianz der Resilienz erklärt werden. Die zugrunde liegende Hypothese wird angenommen. Personen, die soziale Unterstützung erhalten, weisen eine höhere Resilienzausprägung auf. Unter Berücksichtigung der einzelnen Regressionskoeffizienten wies nur der erreichte Score des *Enrichd Social Support Inventory* einen signifikanten Einfluss auf ($\beta = .28, p = .007$). Je höher die Werte in diesem Fragebogen sind, desto höher ist die Resilienzausprägung.

Tabelle 12

Multiple lineare Regressionsanalyse: Soziale Unterstützung (UV) und Resilienz (AV)

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	45.77	5.85	
Inanspruchnahme psychologischer Hilfe	-.04	2.37	.00
Vorhandensein eines Gesprächspartners	4.58	3.75	.12
Enrichd Social Support Inventory	5.01	1.82	.28**
Kirche	.66	4.10	.02
AERG	-2.71	2.45	-.11
FARG	5.89	3.25	.17
Regierung	3.96	2.73	.14

Anmerkung. Unterstützung durch Gemeinde und NGOs wurden wegen sehr geringer Nennungen im Modell nicht berücksichtigt. ** $p < .01$.

13.8 Hypothese 8

Anhand der zugrunde liegenden Hypothese wurde überprüft ob Personen, die adaptive Coping Strategien anwenden, eine geringere PTBS-Symptomatik aufweisen. Zur Überprüfung kam die multiple lineare Regressionsanalyse zum Gebrauch. Die abhängige Variable war die PTBS-Symptomatik und die unabhängigen Variablen waren die 14 Coping-Strategien des Brief Cope Inventory. Das Gesamtmodell der multiplen linearen Regressionsanalyse zeigte, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen den unabhängigen Variablen und der AV gab ($F(14,103) = 2.402, p = .006, f^2 = .33$). Die Coping-Strategien wiesen ein Bestimmtheitsmaß von $R^2 = .25$ auf und erklärten somit 25% Varianzanteil der PTBS-Symptomatik. Hiermit bestätigt sich die vermutete Hypothese. Wurden die Regressionskoeffizienten des Brief Cope Inventory getrennt voneinander betrachtet, so wiesen nur die Bewältigungsstrategien *Humor* ($\beta = -.22, p = .038$) und *Verleugnung* ($\beta = .24, p = .017$) einen signifikanten Zusammenhang mit der PTBS auf. *Humor* erweist sich dabei als Schutzfaktor. Je stärker diese Strategie angewendet wird, desto geringer ist die PTBS-Symptomatik. *Verleugnung* ist hingegen ein Risikofaktor. Je stärker diese Strategie Verwendung findet, desto höher ist die Ausprägung der PTBS-Symptomatik.

Tabelle 13

Multiple lineare Regressionsanalyse: Coping-Strategien (UV) und PTBS (AV)

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
(Konstante)	.67	.45	
Acceptance	.07	.09	.08
Active Coping	.02	.08	.02
Behavioral Disengagement	.13	.08	.17
Denial	.19	.08	.24*
Humor	-0.16	.08	-.22*
Planning	-.06	.09	-.07
Positive Reframing	.16	.10	.17

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Religion	.12	.08	.14
Self-Blame	.02	.07	.03
Self-Distraction	.11	.08	.13
Substance Use	.14	.09	.16
Using Emotional Support	-.04	.08	-.05
Using Instrumental Support	.08	.10	.11
Venting	-.08	.08	-.10

Anmerkung. * $p < .05$.

Um zu überprüfen, ob die Coping-Strategien mit der Einteilung der PTBS-Gruppen (PTBS vorhanden/nicht vorhanden) zusammenhängen, wurde eine binäre logistische Regression berechnet. Die abhängige Variable war die PTBS-Gruppeneinteilung und die unabhängigen Variablen waren die Coping-Strategien. Die Modellprüfung fiel signifikant aus ($\chi^2(14) = 25.50, p = .030$). Mittels der unabhängigen Variablen konnten rund 27% der Varianz erklärt werden (Nagelkerkes $R^2 = .272$). Auf der Grundlage der Wald-Statistik wurden *Emotionale Unterstützung* ($\chi^2(1) = 3.961, p = .047$) und *Ausleben von Emotionen* ($\chi^2(1) = 4.508, p = .032$) als signifikante Prädiktoren festgestellt.

13.9 Hypothese 9

Anhand der Hypothese 9 wurde überprüft ob Personen, die adaptive Coping-Strategien anwenden, eine höhere Resilienzausprägung haben. Die abhängige Variable stellte den Gesamtwert der Resilienz und die unabhängigen Variablen die 14 verschiedenen Coping-Strategien dar, welche bereits in der obigen Tabelle unter Hypothese 8 aufgeführt sind. Es ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Coping-Strategien und der Resilienz mittels multipler linearer Regressionsanalyse belegen ($F(14,93) = 2.980, p = .001, f^2 = .45$). Die Hypothese wird angenommen. Durch die Coping-Strategien konnten anhand des Bestimmtheitsmaßes von $R^2 = .31$ rund 31% Varianzanteil der Resilienz erklärt werden. In Hinblick auf die voneinander unabhängigen Bewältigungsstile wies nur die Subskala *Akti-*

ve Bewältigung ($\beta = .37, p < .001$) einen signifikanten Zusammenhang mit Resilienz auf. Je häufiger diese Strategie angewendet wird, desto stärker ist die Resilienz ausgeprägt.

13.10 Hypothese 10

Es wurde untersucht, ob die Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse die Resilienzausprägung beeinflusst. Die unabhängige Variable stellte dabei die Häufigkeit traumatischer Ereignisse dar und die abhängige Variable bezog sich auf die Resilienzausprägung. Da die Voraussetzungen (laut Kolmogorov-Smirnov-Test sind die Daten nicht normalverteilt) für die Pearson-Korrelation nicht gegeben waren, erfolgte die Auswertung mittels einer Spearman-Korrelation. Die Korrelation zwischen der Häufigkeit traumatischer Ereignisse und der Resilienzausprägung war nicht signifikant ($r_s = .024, p = .803$). Das bedeutet, dass die Anzahl der traumatischen Erfahrungen keinen Einfluss auf die Resilienzausprägung hat und die Alternativhypothese daher nicht angenommen wird.

13.11 Hypothese 11

Mittels der Hypothese 11 sollte überprüft werden, ob sich die Resilienzausprägung bei Personen, die unterschiedliche Traumaarten erlebten, unterscheidet. Zur Überprüfung der Hypothese wurde die multiple lineare Regressionsanalyse verwendet. Die abhängige Variable stellte dabei den Gesamtwert der Resilienz (erfasst durch die Connor Davidson Resilience Scale) und die unabhängigen Variablen stellten die Art der traumatischen Erlebnisse (erfasst mittels Harvard Trauma Questionnaire) dar. Zur besseren Übersicht und Berechnung wurden die 45 traumatischen Erlebnisse des HTQ sieben unterschiedlichen Dimensionen zugeteilt (vgl. Begic & McDonald, 2006; Mollica et al. 2004):

1. materielle Deprivation
2. kriegsähnliche Zustände
3. Körperverletzungen
4. unter Zwang eingesperrt oder genötigt werden
5. gezwungen werden, andere zu verletzen
6. Verschwinden, Tod oder Verletzung von nahestehenden Menschen
7. Zeuge von Gewalt an anderen

Das entsprechende Gesamtmodell war nicht signifikant ($F(7,100) = 1.528, p = .167$), weshalb die Alternativhypothese verworfen wird. Lediglich die Variable *Gezwungen werden, andere zu verletzen* ($\beta = .366, p = .029$) wies einen signifikanten Zusammenhang mit Resilienz auf. Personen, die diese Art des Traumas erlebten, weisen geringere Resilienzwerte auf.

Tabelle 14

Multiple lineare Regressionsanalyse: Traumaart (UV) und Resilienz (AV)

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	62.24	3.28	
Material Deprivation	1.83	1.39	.16
War-like Conditions	.36	.64	.10
Bodily Injury	-.14	1.13	-.02
Forced confinement and coercion	.35	1.06	.08
Being forced to harm others	-1.77	.80	-.37*
Disappearance, death, or injury of loved ones	-.11	.77	-.02
Witnessing violence to others	.38	1.07	.18

Anmerkung. * $p < .05$

13.12 Hypothese 12

Es wurde untersucht, ob Personen mit hoher Resilienzausprägung eine geringere PTBS-Symptomatik aufweisen. Für die Hypothese wurde die Pearson-Korrelation herangezogen. Dieses parametrische Verfahren wurde durch das Vorhandensein der nötigen Voraussetzungen (metrische Variablen, Normalverteilung, keine Ausreißer und homogene Varianzen) bzw. der Robustheit des Verfahrens gerechtfertigt. Diese Hypothese kann nicht bestätigt werden, dementsprechend stehen Resilienz und PTBS-Symptomatik in keinem signifikanten Zusammenhang ($r = .052, p = .591$). Auch bei der Einteilung der Teilnehmer in Gruppen (PTBS vorhanden/ nicht vorhanden) wurde kein Unterschied im Gesamtwert der Resilienz festgestellt ($t(106) = .655, p = .514$).

14. Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, das Ausmaß und mögliche Zusammenhänge von Resilienz und PTBS bei ruandischen Studenten 19 Jahre nach dem Genozid zu erfassen. Einerseits wurden Resilienz- bzw. Schutzfaktoren untersucht, welche zur Bewältigung einer Posttraumatischen Belastungsstörung beitragen. Im Zusammenhang mit der Resilienz wurden andererseits Risikofaktoren ermittelt, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer PTBS zu erkranken.

14.1 Traumatische Erlebnisse während des Genozids

Die Ergebnisse der vorliegenden in Ruanda durchgeführten Studie zeigen, dass die befragten Studenten, die zum Erhebungszeitpunkt zwischen 23 und 43 Jahre alt waren und sich während dem Völkermord 1994 in Ruanda aufhielten, einer Vielzahl traumatischer Situationen ausgeliefert waren. Die häufigsten genannten traumatischen Ereignisse waren *Beschlagnahme oder Zerstörung persönlichen Eigentums* (84%), *kein Dach über dem Kopf* (76%), *Krankheit, ohne Zugang zu medizinischer Versorgung* (75%), *Wasser- oder Nahrungsmittelmangel* (75%) und *körperliche Schläge* (72%). Mehr als die Hälfte der Teilnehmer wurde Opfer von *Folter* (65%) oder mussten mit *ansehen, wie andere gefoltert wurden* (63%). Über ein Drittel (36%) wurde während der Massaker *vergewaltigt*. Fast die Hälfte der Betroffenen (47%) *verlor einen nahestehenden Menschen*. Diese Resultate sind vergleichbar mit Studienergebnissen anderer Autoren, die ebenfalls Überlebende des Genozids in Ruanda untersuchten (vgl. Bolton et al., 2002; Schaal & Elbert, 2006; Smith, 1998).

Abgesehen von den extrem stressvollen Situationen erfuhren die Befragten eine hohe Anzahl von Traumata. Sie erlebten im Durchschnitt 25.5 ($SD = 13.1$) traumatische Ereignisse. Ein Viertel (25%) der Überlebenden wurde mit mehr als 35 Traumata konfrontiert, wohingegen 5% der Personen zwischen 1 bis 5 traumatischer Ereignisse erlebte. Vergleichbare Ergebnisse können durch frühere Studien in Ruanda belegt werden, wobei die Betroffenen aus Ruanda im Gegensatz zu Überlebenden anderer Kriege und Genozide ein überdurchschnittlich hohes Ausmaß traumatischer Erfahrungen während des Völkermordes erlebten (Bolton, 2001; Gishoma, 2005; Neugebauer et al., 2009; Schaal & Elbert, 2006). Die individuelle Bewältigungsfähigkeit der Betroffenen wurde durch die enormen Belas-

tungen überstrapaziert, wodurch letztendlich die Entwicklung posttraumatischer Reaktionen begünstigt wurde.

14.2 Prävalenz der PTBS

Die PTBS-Prävalenz der vorliegenden Studie wurde mittels Harvard Trauma Questionnaire ermittelt und beträgt 68%. Grundsätzlich gibt es in Studien über Posttraumatische Belastungsstörungen nach Kriegserfahrungen bei Erwachsenen aus unterschiedlichen Ländern hohe Schwankungen in der PTBS-Prävalenz. Beispielsweise berichten verschiedene Autoren von PTBS-Prävalenzen zwischen 3% und 65% (de Jong, 2001; Kessler, 1995; Saß et al., 2001). Studien über Posttraumatische Belastungsstörungen in Ruanda fanden tendenziell höhere Prävalenzen. So stellten Cohen et al. (2011) elf Jahre nach dem Genozid in Ruanda bei 61% der weiblichen Erwachsenen eine PTBS fest. Zehn und elf Jahre nach der Konfrontation mit den Erlebnissen in Ruanda ermittelten unterschiedliche Forscher eine PTBS-Prävalenz von 30% bis 44% (Gishoma, 2005; Schaal, Elbert, & Neuner, 2009; Schaal & Elbert, 2006). Sezibera et al. (2009) fanden 12 Jahre nach dem Völkermord heraus, dass 72% der Studienteilnehmer, welche zum Traumazeitpunkt noch Kinder waren, eine Posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen. Die hohe PTBS-Prävalenz der vorliegenden Studie stimmt also mit den bisherigen Ergebnissen anderer Autoren überein, die ebenfalls hohe Werte bei ruandischen Studienteilnehmern ermittelten.

Wie in Kapitel 10.3.6 (Harvard Trauma Questionnaire) beschrieben, wurde die PTBS der Stichprobe mittels empfohlenem Cut-Off-Wert von 2.00 berechnet, um eine höhere Sensitivität zu erlangen (vgl. Hollifield et al., 2002; Mollica, Massagli, & Silvore, 2004). Dieser, im Vergleich zu anderen Studien niedrige Cut-Off-Wert ist auch ein weiterer Grund für die hohe PTBS-Prävalenz. Bei einem Cut-Off-Wert von 2.5 läge die PTBS-Prävalenz der untersuchten Teilnehmer bei 32%. Eine weitere Erklärung der hohen PTBS-Prävalenz 19 Jahren nach dem Genozid kann eine Chronifizierung der PTBS bei den Betroffenen sein. Auch bei Studien über den Zweiten Weltkrieg lag der Fokus auf möglichen Langzeiteffekten traumatischer Erlebnisse (Amir & Lev-Wiesel, 2003; Teegen & Meister, 2000; Trappler et al., 2002). Diesen Studien zufolge leiden die Betroffenen noch bis zu 50 und 55 Jahre nach den Kriegserlebnissen unter stark ausgeprägter PTBS-Symptomatik. Daher ist anzunehmen, dass die psychischen Belastungen durch den Völkermord in Ruanda über mehrere Jahre bestehen werden. Es gibt es einige Faktoren, welche die Aufrechterhaltung einer Posttraumatischen Belastungsstörung über einen Zeitraum von 19 Jahren

hinweg begünstigen. Mögliche Aufrechterhaltungsfaktoren werden im folgenden Abschnitt erläutert.

14.2.3 Aufrechterhaltungsfaktoren der PTBS

Der Großteil der ruandischen Bevölkerung trauert immer noch um die durch den Genozid verursachten Verluste nahestehender Personen (Bolton et al., 2002). Dabei kann die Ungewissheit, was mit ihren Angehörigen passiert ist, ob diese noch am Leben sind oder wo sich deren Leichnam befindet, die Aufrechterhaltung der PTBS-Symptomatik begünstigt haben. Zur Untersuchung der Verbrechen während des Genozids wurde die gesamte Bevölkerung Ruandas in die Gacaca-Prozesse involviert (Auswertiges Amt, 2013). Diese Gerichtsprozesse untersuchte Brounéus (2008) und verglich dabei Personen, die an den Gacaca-Prozessen teilnahmen sowie solche, die nicht teilnahmen. Dabei fand er heraus, dass die Teilnehmer doppelt so häufig an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Volkan (2005) weist auf die verheerenden Auswirkungen bei traumatisierten Betroffenen, durch erlebte Erniedrigung, Wut und Rache in Folge von menschlich verursachtem Leid, hin. Nur durch eine aktive Auseinandersetzung mit diesen Erniedrigungen seitens der Opfer kann eine transgenerationale Weitergabe des Gefühls gemeinschaftlicher Opferidentität innerhalb der Gesellschaft verhindert werden. Somit könnte die PTBS-Symptomatik der vorliegenden Stichprobe auch durch transgenerationale Weitergabe seitens der Eltern der Betroffenen verstärkt oder ausgelöst worden sein. Einige Studien bestätigen ein erhöhtes PTBS-Risiko bei Kindern, deren Väter Kriegsveteranen sind (Galovski & Lyons, 2004) sowie bei Kindern, deren Eltern gefoltert wurden und anschließend auf der Flucht waren (Daud, Skoglund, & Rydelius, 2005). Wenn beide Elternteile an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, weisen deren Kinder eine höhere PTBS-Symptomatik auf (Al-Turkait & Ohaeri, 2008; Sack, Clarke, & Seeley, 1995).

Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, dass die Betroffenen in den Jahren nach dem Genozid mit weiteren traumatischen Geschehnissen konfrontiert wurden. Beispielsweise leiden Überlebende nach den Massakern und Plünderungen noch lange Zeit unter Armut, die eine langfristige Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen (Eytan et al., 2004). Abgesehen von zusätzlichen Traumata weist Doná (2010) darauf hin, dass die ruandische Bevölkerung häufigen Reaktivierungen ihrer traumatischen Erinnerungen ausgeliefert ist. Durch die im ganzen Land vorzufindenden Massengräber, Gedenkstätten sowie auch durch die jährliche Gedenkfeier werden die Überlebenden immer

wieder an die Massaker erinnert. Der Genozid in Ruanda dauerte von April bis Juli 1994. Der Erhebungen der vorliegenden Studie fanden im Monat Juli statt, wodurch die Erinnerungen der Teilnehmer an den Genozid aufgrund der kurz vorher beendeten Gedenktage noch sehr präsent waren.

Da der Genozid in Ruanda 19 Jahre her ist, ist es möglich, dass es bei den befragten Personen durch eine retrospektive Berichterstattung zu Erinnerungsverzerrungen kam (vgl. Hondius, van Willigen, Kleijn, & van der Ploeg, 2000; Hurrelmann, 2002; Marshall, 2005; Miller, Worthington, Muzurovic, Tipping, & Goldman, 2002; Steel et al., 2009b; Steel, Silove, Bird, McGorry, & Mohan, 1999). Nichtsdestotrotz erwiesen sich retrospektive Studien als effektive Informationsquellen (Steel et al., 1999). Dabei sind jedoch die Auswirkungen des wiederholten retrospektiven Beschreibens von traumatischen Erlebnissen kritisch zu betrachten. Southwick, Morgan, Nicolaou und Charney (1997) sind der Meinung, dass es dadurch zu einer Dramatisierung der Erlebnisse und in Folge zu einer Beeinträchtigung des momentanen psychischen Gesundheitsstands kommen kann.

14.4 Geschlecht

Die Stichprobe der vorliegenden Studie besteht aus insgesamt 118 Personen, von denen 63 Frauen (53%) und 55 Männer (47%) untersucht wurden. Dabei wiesen 76 (64%) Männer und 84 (71%) Frauen eine PTBS auf. Durch die Hypothesenprüfung wurde kein signifikanter Geschlechtsunterschied im Zusammenhang mit der PTBS-Symptomatik gefunden. Dennoch zeigt sich ein tendenziell höherer PTBS-Wert bei weiblichen Personen. Dieses Ergebnis stimmt mit einigen Studien überein, wonach Frauen bei gleicher Exposition traumatischer Situationen, eine höhere PTBS-Vulnerabilität aufweisen als Männer (vgl. Brewin et al., 2000; DiGrande et al., 2008; Pham et al., 2004; Schaal & Elbert, 2006; Scholte et al., 2004; Teegen & Meister, 2000; Thapa & Hauff, 2005; Voges & Romney, 2003). Mehrere Autoren begründen die hohe PTBS-Prävalenz bei weiblichen Betroffenen damit, dass Frauen ein höheres Risiko haben, vergewaltigt zu werden (Kessler, 1995; Maercker, Michael, Fehm, Becker, & Margraf, 2004; Norris et al., 2003).

14.5 Familienstand

Die zweite Hypothese bezog sich auf die Frage, ob Personen in einer Partnerschaft eine geringere PTBS-Symptomatik aufweisen als Alleinstehende. Dabei ergab sich folgendes Bild: 113 Personen (96%) leben ohne einen Partner und 5 (5%) in einer partnerschaftlichen

Beziehung. Die Hypothese stützt sich auf die Ergebnisse von Magruder et al. (2004) und Pham et al. (2004). Die Autoren fanden heraus, dass Personen in einer Partnerschaft unter weniger PTBS-Symptomen leiden als Singles. Die Hypothese konnte wegen der zu geringen Anzahl derer, die sich in einer partnerschaftlichen Beziehung befinden, nicht überprüft werden. Ein Vergleich mit den alleinstehenden Personen (96%) der Stichprobe war dadurch nicht möglich. Es könnte sein, dass die Mehrheit der Studenten nicht zugeben wollte, in einer Beziehung zu leben, da sie noch nicht verheiratet sind. Die Mehrheit (89%) bekennt sich zu einer christlichen Glaubensgemeinschaft (katholisch bzw. evangelisch). Möglicherweise kann es aufgrund religions- und/oder kultur-bedingten Vorschriften in der konservativ geprägten ruandischen Gesellschaft für Personen in unehelichen Beziehungen zu Schwierigkeiten kommen.

14.6 Psychische Belastungen

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass das Ausmaß der psychischen Belastung einen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik hat. Im Einzelnen betrachtet gilt dies für die Symptome Ängstlichkeit und Aggressivität/Feindseligkeit. Je stärker die Betroffenen unter diesen Symptome leiden, desto höher ist das Ausmaß ihrer PTBS. Die gefundenen Ergebnisse sind somit mit denen anderer Studien vergleichbar. Mehrere Autoren stellten fest, dass Angststörung eine häufig vorkommende Komorbidität der PTBS ist (vgl. Ehlers, 1999; Friedmann, 2004; Ginzburg, Ein-Dor, & Solomon, 2010; Maercker, 2009). Beispielsweise fanden Hermansson et al. (2002) in einer Studie über kriegsverwundete Flüchtlinge aus neun verschiedenen Ländern heraus, dass 34% der PTBS-Fälle zusätzlich eine Angststörung aufwiesen. Eine mögliche Ursache der identifizierten Angststörungen der vorliegenden Stichprobe kann in den andauernden sozialen Unruhen in Ruanda liegen (vgl. Bolton et al. (2002). So fanden Hagengimana et al. (2003) heraus, dass die ruandische Bevölkerung unter stark ausgeprägter Hypervigilanz und Ängstlichkeit vor erneuten Kampfausbrüche zwischen Hutus und Tutsis leidet. Die ermittelte Symptomatik von Aggressivität bzw. Feindseligkeit in der vorliegenden Untersuchung könnte auch auf die Gacaca-Gerichte zurückzuführen sein. Die Gerichtsprozesse lösten immer wieder Wut auf die Täter aus. Gleiches galt für die Mitglieder der Hutu-Opposition, die sich zwar passiv am Genozid beteiligte, aber keine Personen ermordete. Durch die unzähligen Aussagen der Opfer über die Massaker fühlten sich die „passiven Hutu-Mitglieder“ ungerecht behandelt, da keine

Unterschiede zwischen ihnen und den Mördern gemacht wurden (Staub & Pearlman, 2006).

Allgemein stellt sich bei Komorbiditäten der PTBS die Frage, ob die bereits vorhandenen Symptombelastungen bei Betroffenen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung erst im Laufe der Krankheit entstanden oder sich schon vorab als Risikofaktoren manifestierten (vgl. Bromet, Sonnega, & Kessler, 1998; Creamer et al., 2001; Engdahl, Dikel, Eberly, & Blank, 1998; Ginzburg et al., 2010). Ferner sind die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Angststörung sehr ähnlich, was eine hohe Komorbidität zur Folge hat (vgl. Creamer et al., 2001; Deering et al., 1996; Kessler, 1995).

14.7 Glaube bzw. Spiritualität

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Glaube für den Großteil der Stichprobe (82%) eine hohe Bedeutung hat. Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Klasen et al. (2010) und Maddi (2006) weisen die Befragten der vorliegenden Studie, für die der Glaube bzw. die Spiritualität eine hohe Bedeutung hat, keine geringere PTBS-Symptomatik sowie keine höhere Resilienausprägung auf. In der Literatur gibt es hierzu unterschiedliche Ergebnisse. Vergleichbare Resultate mit der vorliegenden Studie zeigten auch Schaal et al. (2011). Die Autoren stellten bei der Untersuchung ruandischer Kinder und Erwachsener keinen Zusammenhang zwischen Glaube und PTBS-Symptomatik fest. Sie sind der Meinung, dass Glaube an sich nicht unbedingt einen Schutzfaktor der PTBS darstellt. Eine wichtigere Bedeutung kommt religiösen Aktivitäten bei der Bewältigung der PTBS zu, weil diese Tätigkeiten wiederum eine Hauptquelle sozialer Unterstützung darstellen. Mehrere Autoren gehen davon aus, dass Glaube bzw. Spiritualität nicht die Rolle einer Schutzfunktion bei Posttraumatischen Belastungssymptomen übernimmt, sondern vielmehr als Coping-Strategie zum Einsatz kommt (vgl. Calhoun et al., 2000; King et al., 1999; Lam & Grossman, 1997; Park et al., 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996; Waysman et al., 2001). Auch Smith et al. (2000) gehen davon aus, dass Glaube die Rolle einer Bewältigungsstrategie übernimmt. Die Autoren zeigten, dass positives religiöses Coping mit einer besseren körperlichen und seelischen Gesundheit bei traumatisierten Personen einhergeht.

Zur Erhebung von Glaube bzw. Spiritualität wurde kein spezieller Fragebogen, wie beispielsweise bei sozialer Unterstützung und Coping-Strategien, verwendet. Die Aussagekraft der Variable Glaube bzw. Spiritualität ist somit eingeschränkt. Der Großteil der befragten Personen ist sehr religiös und geht oft in die Kirche, wodurch Glaube bzw. Spiritu-

alität in der vorliegenden Studie letztendlich nicht als Schutzfaktor untersucht werden konnte. Auf Grund der homogenen Merkmalsverteilung war ein Vergleich mit Personen, die sich zu keiner Religion bekannten, nicht sinnvoll.

14.8 Soziale Unterstützung

In der Untersuchung zeigt sich wie vermutet, dass soziale Unterstützung mit einer höheren Resilienzausprägung sowie mit einer geringeren PTBS-Symptomatik assoziiert ist. Diese Forschungsergebnisse lassen sich durch einige frühere Studien bestätigen (vgl. Bonanno & Mancini, 2008; Brewin et al., 2000; King et al., 1998; Pietrzak et al., 2010). In einer qualitativen Studie von Schaal und Elbert (2006) zeigte sich, dass zwei Drittel der ruandischen Teilnehmer überhaupt zum ersten Mal die Gelegenheit wahrnahmen, über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Bolton (2001) stellte außerdem fest, dass über die Hälfte der ruandischen Befragten angaben, keinen Gesprächspartner zu haben. Die vorliegende Studie zeigt jedoch, dass 86% der Betroffenen einen Gesprächspartner haben, um über Erlebnisse des Genozids sowie momentane Gefühle zu sprechen. Ferner nahm mehr als die Hälfte der Stichprobe (55%) psychologische Hilfe in Anspruch. Zwischen dem vorliegenden Erhebungszeitraum und dem Genozid in Ruanda sind mittlerweile 19 Jahre vergangen sind. Die zitierten Studien dieser Arbeit wurden in der Regel bis zu 13 Jahre nach dem Genozid durchgeführt. Möglicherweise sind die Ruander heutzutage eher in der Lage, über ihre traumatischen Erfahrungen zu sprechen, als noch vor ein paar Jahren.

14.9 Coping-Strategien

Die Anwendung von adaptiven Coping-Strategien weist in der Stichprobe einen negativen Zusammenhang mit der PTBS-Symptomatik und einen positiven Zusammenhang mit der Resilienzausprägung auf. Diese Ergebnisse gehen mit vorherigen Forschungserkenntnissen einher. Beispielsweise fanden Compas et al. (2001) heraus, dass der Einsatz von Bewältigungsstrategien die Resilienz fördert. Mehrere Autoren zeigten, dass sich die erfolgreiche Bewältigung eines vergangenen Traumas als Schutzfaktor gegen die PTBS-Symptomatik erweist (Bryant et al., 2004; Goenjian et al., 2001; Martini et al., 1990). Unter Berücksichtigung der einzelnen Coping-Strategien des Brief Cope Inventory stellt sich in dieser Studie Humor als Schutzfaktor der PTBS heraus. Das bedeutet, dass ein Teil der Befragten trotz traumatischer Erfahrungen, stressvolle Alltagssituationen mit Humor bewältigt und somit unter einem geringeren Ausmaß an posttraumatischen Belastungssymptomen leidet.

Auch Tran et al. (2013) stellten bei Überlebenden des Zweiten Weltkrieges fest, dass Humor einen resilienzfördernden Faktor darstellt. Ferner kamen Connor (2006) und Martin (2004) in ihren Forschungen zu dem Ergebnis, dass Humor und Lachen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.

Die maladaptive Coping-Strategie Verleugnung stellt in der vorliegenden Studie einen Risikofaktor der Posttraumatischen Belastungsstörung dar. Je stärker diese Strategie von den Befragten angewendet wird, desto höher sind die Werte der PTBS. Einen Erklärungsansatz für dieses Ergebnis lässt sich den Studien von Greening und Stoppelbein (2007) sowie Street, Gibson und Holohan (2005) entnehmen. Demnach stellt Verleugnung eine vermeidungsorientierte Coping-Strategie dar und beeinflusst die Schwere der Posttraumatischen Belastungsstörung negativ. Die Anwendung vermeidungsorientierter Coping-Strategien hilft Betroffene in ihrem Alltag für kurze Zeit, ihre Schicksalsschläge zu bewältigen, doch führt deren langfristiger Gebrauch zu Problemen der psychischen Gesundheit (Holahan & Moos, 1987). Die Ursache für die Anwendung von vermeidungsorientierten Bewältigungsstrategien liegt möglicherweise in der Kindheit der Betroffenen. Einerseits gaben die Befragten im Kindesalter die Versuche, mit ihren Eltern über ihre traumatischen Erlebnisse und Gedanken zu sprechen, auf, weil sie das Gefühl hatten, dass diese kein Verständnis haben. Andererseits wurde den Kindern befohlen, ihre Erinnerungen zu vergessen. Zu dieser Erkenntnis kamen auch Dyregrov et al. (2002) in einer Studie über irakische Kinder, die den Golfkrieg miterlebten. In Hinblick auf die Resilienz war der Gebrauch der adaptiven Coping-Strategie Aktive Bewältigung mit einer höheren Resilienzausprägung in der vorliegenden Studie assoziiert. Dieses Ergebnis ist mit den Forschungsergebnissen von Olff, Langeland und Gersons (2005) vergleichbar.

14.10 Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse

Anhand der Stichprobe wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der erlebten Traumata und der Resilienzausprägung gefunden. Andere Studien kamen zu demselben Ergebnis (Schaal et al., 2011; Tayara, 2013). Aufgrund des hohen Ausmaßes an Traumatisierungen innerhalb der ruandischen Bevölkerung (vgl. Bolton, 2001; Gishoma, 2005; Neugebauer et al., 2009; Schaal & Elbert, 2006) wäre der sogenannte Grenzwert-Effekt eine vorstellbare Begründung für einen nicht signifikanten Zusammenhang der beiden Variablen. Dieser besagt, dass ab einer bestimmten Anzahl traumatischer Erlebnisse keine Effekte bei Betroffenen mehr festzustellen sind (Klasen et al., 2010).

14.11 Art der traumatischen Erlebnisse

Die Art des Traumas steht anders als erwartet in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Resilienz, lediglich die Variable *Gezwungen werden andere zu verletzen* erweist sich als signifikant. Personen, die mit diesem Trauma konfrontiert wurden, weisen geringere Resilienzwerte auf. Brewin et al. (2000) und Friedmann (2004) nehmen an, dass die Art des erlebten Traumas einen wichtigen Prädiktor der Posttraumatischen Belastungsstörung darstellt. Direkte Konfrontationen mit traumatischen Ereignissen erhöhen laut Galea et al. (2002) die PTBS-Symptomatik. Da die Form der Traumatisierung *Gezwungen werden andere zu verletzen* solch eine direkte Konfrontation darstellt, wäre es möglich, dass infolge dessen die erhöhte PTBS-Symptomatik mit einer geringeren Resilienzausprägung der untersuchten Teilnehmer einhergeht.

14.12 PTBS und Resilienz

Pietrzak et al. (2010) kamen in ihrer Untersuchung an Kriegsveteranen zu der Auffassung, dass Betroffene, die an einer PTBS erkrankten, weniger resilient sind. Auch Connor et al. (2003) fanden heraus, dass Resilienz einen positiven Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden hat und somit zu einer geringer ausgeprägten PTBS-Symptomatik führt. Entgegen der Vermutungen stehen in der vorliegenden Studie Resilienz und PTBS in keinem signifikanten Zusammenhang. Auch bei der Einteilung in PTBS-Gruppen zeigt sich keine geringere Resilienzausprägung in der Gruppe mit PTBS als in der Gruppe der Nichtbetroffenen. Suarez (2013a) kam in ihrer Studie über Frauen, die den peruanischen Krieg (1980-1995) im Kindesalter überlebten, zu ähnlichen Ergebnissen. Mittels der Connor Davidson Resilience Scale ermittelte sie einen fast identischen Durchschnittswert der Resilienz von $M = 68.08$ ($SD = 15.48$). Auch hier wurde kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Resilienz und der Posttraumatischen Belastungsstörung, die anhand des Harvard Trauma Questionnaire ermittelt wurde, gefunden. In einer weiteren Studie stellte Suarez (2013b) bei vorhandener PTBS-Symptomatik sowie gleichzeitig stark ausgeprägter Resilienz seitens der Studienteilnehmer wiederum keinen signifikanten Zusammenhang zwischen PTBS und Resilienz fest. Die Autorin sieht die Ursachen vor allem in den eingesetzten Fragebögen, da diese unpassend für den Kulturkontext der untersuchten Stichprobe sind. Weitere Gründe werden im Kapitel 16 (Einschränkungen der Studie) genauer erläutert.

Einige Autoren sind der Meinung, dass traumatische Erfahrungen einerseits gravierende Folgen für die psychische Gesundheit haben wie die Erkrankung an PTBS aber andererseits auch positive Folgen, wie posttraumatisches Wachstum, beinhalten können (Amir & Lev-Wiesel, 2003; Salter & Stallard, 2004). Dabei betonen die Autoren, dass Betroffene an einer PTBS erkranken und gleichzeitig posttraumatisches Wachstum aufweisen können. Das Konzept des Posttraumatischen Wachstums besagt, dass Betroffene nach einer extremen Traumakonfrontation bedeutsame positive Modifikationen der persönlichen Wahrnehmung, ihrer Lebensanschauung sowie in zwischenmenschlichen Beziehungen feststellen. Diese resultieren aus einer aktiven Beschäftigung mit dem traumatischen Erlebnis. Dabei entstehen Modifikationen, die bestmöglich als Wachstums- bzw. Reifungsprozesse wahrgenommen werden und zu einer optimistischeren Weltanschauung sowie einem positiveren Selbstbild führen (Fookan, 2009; Zöllner, Calhoun, & Tedeschi, 2006). Somit ließe sich die Koexistenz einer stark ausgeprägten PTBS-Symptomatik sowie einer hohen Resilienzausprägung innerhalb der ruandischen Stichprobe erklären.

Angesichts der Reihenfolge der Fragebogenvorgabe wurde in der vorliegenden Erhebung gezielt zuerst die Connor Davidson Resilience Scale und zuletzt der Harvard Trauma Questionnaire vorgegeben, um die Befragten nicht gleich zu Beginn auf die traumatischen Erlebnisse zu primen. Eventuell wäre die Resilienzausprägung geringer ausgefallen, wenn sich die Teilnehmer gleich zu Beginn mit den traumatischen Erlebnissen sowie bestehenden Symptombelastungen auseinandergesetzt hätten.

15. Einschränkungen der Studie

Aufgrund des nicht vorhandenen Zusammenhangs zwischen PTBS und Resilienz in der vorliegenden Studie soll hier auf mögliche Schwächen der jeweiligen Fragebögen eingegangen werden. Die Items des Harvard Trauma Questionnaire wurden durch den westlichen Kulturkontext beeinflusst (Flaherty et al., 1988). Dieser Aspekt sollte bei Vergleichen mit anderen Studien sowie bei Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Beispielsweise können die traumatischen Ereignisse der ursprünglichen kambodschanischen Fragebogenform des HTQ nicht mit den traumatischen Ereignissen des Genozids in Ruanda verglichen werden. Aus diesem Grund empfehlen Mollica et al. (2004), bei der Verwendung des HTQ, spezifische, vom kulturellen Kontext abhängige Items hinzuzufügen. Ferner ist das Diagnosekriterium der Intrusion in verschiedenen Kulturkreisen kein Krank-

heitsmerkmal. Das Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses in Form von Bildern, Gedanken und Träumen wird vielmehr als sprachliches Mittel verwendet, um mit Geistern und Ahnen zu kommunizieren. Auch die Frage nach dem Appetitverlust (siehe Brief Symptom Inventory) einer Person, die in einer Gesellschaft lebt, die eigentlich mit Hungersnot zu kämpfen hat, ist bei einer Depressionsdiagnose unpassend (Osterman & de Jong, 2007). Die in der vorliegenden Erhebung verwendeten Items können also für die ruandischen Teilnehmer teilweise unpassend gewesen sein oder sogar kulturell bedingte Tabus gebrochen haben.

Weitere Einschränkungen der Studie kamen durch den CD-RISC zustande. Ungar et al. (2008) kritisieren diesen Fragebogen aufgrund der unzureichenden zugrundeliegenden Resilienzdefinition, die stark kultur- und kontextabhängig ist. Zwar werden die Resilienzfaktoren in unterschiedlichen Ländern allgemein anerkannt, allerdings werden diese von den Befragten stets unterschiedlich wahrgenommen. Einige Personen der vorliegenden Studie hatten beispielsweise Interpretationsschwierigkeiten mit den insgesamt drei Items, die das Wort *Herausforderungen* beinhalteten, wie zum Beispiel „Ich mag Herausforderungen“. Die befragten Personen waren der Ansicht, dass eine Herausforderung ausschließlich negativ assoziiert sei. Der alleinige Gebrauch eines globalen Messinstruments individueller Resilienz reduziert auch die Aussagekraft der Ergebnisse, da Resilienz ein komplexes Konstrukt darstellt, welches individuelle und zwischenmenschliche Bereiche beinhaltet (Wright et al., 2005). Die begrenzte Sichtweise des CD-RISC auf individuelle Resilienzfaktoren, ist besonders in kollektiv geprägten Ländern, wie beispielsweise Ruanda, kritisch zu betrachten.

Es ist wahrscheinlich, dass es während der Untersuchung der Testpersonen zu Verfälschungen der Testergebnisse kam. In Befragungen und subjektiven Berichten kommt es immer wieder zu sozialer Erwünschtheit bei Beantwortung der Fragebögen (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2012), wodurch das Gütekriterium der Unverfälschbarkeit verletzt wird. In Ruanda gibt es folgendes Sprichwort: „People speak with two tongues - one when the door is open and another when it is closed“ (Brouneus, 2010, S. 427). Wenn die vorliegende Untersuchung den Anschein erweckte, von einer offiziellen Institution zu kommen, könnte dies die Antworttendenz der Teilnehmer beeinflusst haben. Möglicherweise wollten die Studenten mit ihrer Antworttendenz einen bestimmten Eindruck bei der Autorin hinterlassen. Unter Umständen wollten sie zeigen, dass sie immer noch unter erheblichen psychischen Belastungen leiden, um weiterhin professionelle psy-

chologische sowie finanzielle Unterstützung aus dem Ausland zu erhalten. Ähnlich hätte es sein können, dass sie nach 19 Jahren endlich mit ihrer traumatischen Vergangenheit und damit auch mit weiteren Forschungen über den Genozid abschließen möchten und sich deswegen besonders resilient zeigten.

Die Fragebogenbatterie bestand aus sechs Erhebungsinstrumenten und wurde den Testpersonen in englischer Sprache vorgegeben. Das Ausfüllen der Fragebögen gestaltete sich demnach als langwierig und anstrengend. Das Durchlesen der Fragen erforderte bei manchen Teilnehmern hohe Konzentration, weil der Testraum abends dunkel wurde und es kein Licht gab. Manche Studenten arbeiteten zugleich überaus gewissenhaft bei der Beantwortung der einzelnen Items. Möglicherweise wurden dadurch die Items nicht spontan beantwortet, wodurch es folglich zu Verfälschungen der Testergebnisse kam (vgl. Amelang & Schmidt-Atzert, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2012). Durch die Vorgabe englischer Fragebögen kam es bei den Studienteilnehmern zu Verständnisproblemen während der Testungen. Die Landessprache in Ruanda wurde erst im Jahr 2008 von Französisch auf Englisch geändert (Samuelson & Freedman, 2010), weshalb die englische Sprache immer noch mit Barrieren verbunden ist. Verständnisprobleme aufgrund der englischen Sprache zeigten sich insbesondere bei Antworten des Harvard Trauma Questionnaire. Dabei gaben manche Studienteilnehmer an, während des Völkermordes in Ruanda einen Ehepartner oder Kinder verloren zu haben, obwohl die Mehrheit der Betroffenen zum Traumazeitpunkt noch Kinder bzw. Jugendliche waren.

Zur Ermittlung der psychischen Symptombelastung sowie der Posttraumatischen Belastungssymptome wurden Fragebögen eingesetzt, wodurch jedoch nur ein Screening und keine exakte Diagnose möglich waren. Der Brief Symptom Inventory und der Harvard Trauma Questionnaire beruhen auf einer Selbsteinschätzung der Überlebenden. Durch qualitative Interviews wäre eine höhere Validität der Antworten gegeben. Außerdem bestünde die Möglichkeit, detailliertere Informationen über die traumatischen Geschehnisse zu erhalten. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Repräsentativität der Stichprobe aufgrund der freiwilligen Teilnahme an der Studie (Steel et al., 1999). Es ist es möglich, dass ein Teil der befragten Personen wusste, dass es eine finanzielle Aufwandsentschädigung geben würde und deswegen teilnahm. In der Regel haben der Einsatz von Fragebögen zur Selbsteinschätzung sowie nicht randomisierte Stichproben eine Überschätzung der psychischen Krankheitsbelastungen und relativ hohe Punktprävalenzen psychischer Störungen zur Fol-

ge (vgl. Steel et al., 2009a). Diese Aspekte schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein.

16. Zusammenfassung und Ausblick

Die Studie liefert wichtige und aufschlussreiche Einblicke über den Völkermord in Ruanda, den momentanen psychischen Gesundheitszustand der ruandischen Studenten sowie den Einfluss von Resilienz bei der Bewältigung der PTBS. Bislang gibt es nur wenige Studien, welche sich der komplexen Thematik der ruandischen Geschichte, des Traumas und insbesondere dem Bereich der Resilienz in Ruanda widmen. Wegen der psychologischen und geschichtlichen Aspekte kann dieser Studie große Bedeutung zugesprochen werden. Die Ergebnisse schaffen zunächst ein Bewusstsein über das Ausmaß der traumatischen Erlebnisse und die Folgen für den psychischen Gesundheitszustand der Betroffenen. Demnach haben frühere Traumatisierungen einen starken Einfluss auf das spätere Leben, führen aber nicht immer zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Es wurden Risiko- und Schutzfaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. Faktoren, welche die Resilienz positiv oder negativ beeinflussen, untersucht. Soziale Unterstützung und adaptive Coping-Strategien (insbesondere Aktive Bewältigung) wurden im Gegensatz zu Glaube bzw. Spiritualität als wichtige resilienzfördernde Faktoren identifiziert. Die Art des erlebten Traumas, *Gezwungen werden andere zu verletzen*, führt zu einer Verringerung der Resilienz. Auch soziale Unterstützung (vor allem durch die Regierung) und die adaptive Coping-Strategie *Humor* stellen in der vorliegenden Studie bedeutsame Schutzfaktoren der PTBS dar. Die Symptombelastungen (insbesondere Aggressivität/Feindseligkeit und Ängstlichkeit) und die maladaptive Coping-Strategie *Verleugnung* sowie tendenziell gesehen das weibliche Geschlecht erweisen sich als Risikofaktoren der PTBS.

Die Diagnosekriterien der PTBS laut DSM-IV beschränken sich auf eine Momentaufnahme, wodurch folgende Faktoren nicht berücksichtigt werden: Eigene, frühere traumatische Erfahrungen, zusätzliche Traumata (z.B. Armut, Arbeitslosigkeit, Gewalt), die individuelle und gesellschaftliche Wahrnehmung des Traumas, transgenerationale Traumatisierungen sowie die Familiengeschichte. Jedoch ist es wichtig, ein Trauma nicht als ein einmaliges Erlebnis zu verstehen, sondern als ein sich ständig ändernder Prozess. Um genauere Aussagen über zeitbedingte Veränderungen und Wechselwirkungen der Einflussfaktoren machen zu können, eignen sich Längsschnittstudien (vgl. Mooren, Knipscheer,

Kamperman, Kleber, & Kompoe, 2001). Abgesehen davon besteht ein enormer Bedarf an der Entwicklung bzw. an der Anpassung kulturell sowie bzgl. des Kontextes valider und reliabler Messinstrumente, um psychometrisch zuverlässig Annahmen über Resilienz- und Risikofaktoren überprüfen zu können. Eine umfassende Resilienzanalyse soll daher laut Betancourt und Khan (2008) den Schwerpunkt insbesondere auf Familie, Freunde, Schule, Gemeinschaft sowie kulturelle und politische Aspekte der Betroffenen legen. Dieser Forschungsansatz wäre vor allem in Hinblick auf das kollektiv geprägte Land Ruanda relevant, da eine bloße Erhebung individueller Resilienzfaktoren für aussagekräftige Interpretationen nicht ausreichen würde. Zur Gewährleistung der Validität, der zum Einsatz kommenden Erhebungsinstrumente, könnten im Vorhinein Untersuchungen vorgenommen werden, um kontextadaptive Cut-Off-Werte zu erhalten. So kann das Problem überschätzter Prävalenzen psychischer Erkrankungen umgangen werden (Plante, Simicic, Andersen, & Manuel, 2002; Turner, Bowie, Dunn, Shapo, & Yule, 2003), mit dem Ziel, erfolgreiche kultur- und kontextspezifische Behandlungsprogramme in Kraft zu setzen.

Einerseits ist es bedeutsam, Schutzfaktoren genauer zu erforschen, andererseits sollte dabei der bewusst oder unbewusst wahrgenommene Schmerz der ständigen Erinnerungen der Betroffenen des Völkermordes nicht außer Acht gelassen werden. Kaplan (2008) ist der Meinung, dass man in Ruanda als Außenstehender bzw. Nicht-Ruander das Gefühl hat, die Überlebenden des Genozids hätten ihr Leben gut im Griff, allerdings leiden sie noch immer unter psychischen Belastungen. Diese Erkenntnisse sollten im Interesse weiterer Resilienzforschung liegen. Durch die immer noch starken psychischen Belastungen der untersuchten Stichprobe stellt sich an dieser Stelle die Frage, inwiefern das ruandische Gesundheitssystem dabei in der Lage ist, flächendeckende und adäquate Hilfe in Form von Beratung und psychologischer Behandlung zu leisten. Hierzu werden weitere Forschungen zur Effektivität von Behandlungs- und Beratungsprogrammen benötigt. Durch die Überprüfung der Wirksamkeit öffentlicher Sensibilisierungskampagnen bestünde die Möglichkeit, betroffene Bevölkerungen vor negativen Folgen abzusichern bzw. bei Bedarf effiziente Hilfe zu gewährleisten (Mollica et al., 2004). Zwar wurde in dieser Studie bei der Mehrheit der Betroffenen eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt, jedoch weist Summerfield (1998) auf die Gefahr der Etikettierung durch eine PTBS-Diagnose hin. Deshalb soll im Forschungs- und Gesundheitsbereich darauf geachtet werden, Überlebende des Genozids nicht dauerhaft mit dieser Störung zu charakterisieren, um mögliche Ausgrenzungen oder Benachteiligungen der Betroffenen zu vermeiden. Die För-

derung sozialer Unterstützung auf individueller und kollektiver Ebene wäre dabei ein essentieller Schritt.

Brounéus (2008) weist auf das Risiko eines dauerhaften, von Krieg geprägten Teufelskreises solcher Länder hin, in denen seit vielen Jahren Konflikte herrschen. Der Autor betont die Wichtigkeit von Versöhnung, die „ein gesellschaftlicher Prozess, der gegenseitige Anerkennung früheren Leidens und eine Veränderung destruktiver Einstellungen und destruktiven Verhaltens zu konstruktiven Beziehungen in Richtung eines dauerhaften Friedens beinhaltet“ (Brounéus, 2008, S. 4). Nur durch die Beendigung der kriegerischen Konflikte und durch Erreichung gesellschaftlicher Versöhnung der ruandischen Ethnizitäten können dramatische Auswirkungen wie chronische PTBS-Erkrankungen, komorbide Störungen, zusätzliche Traumatisierungen, transgenerationale Übertragungen der Traumata sowie Hass und Schuldgefühle langfristig gesehen verringert werden.

17. Literaturverzeichnis

- Agaibi, C. E. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216. doi:10.1177/1524838005277438
- Ahmed, A. S. (2007). Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(5), 369–375. doi:10.1192/apt.bp.106.003236
- Ai, A. L., Peterson, C., & Ubelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 157–160. doi:10.1023/A:1014864225889
- Al-Turkait, F. A., & Ohaeri, J. U. (2008). Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf war. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 12. doi:10.1186/1753-2000-2-12
- Alleweldt, R. (1996). *Schutz vor Abschiebung bei drohender Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe*. Berlin, New York: Springer.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D., & Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 450–457. doi:10.1097/00004583-200204000-00018
- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer. Retrieved from <http://www.myilibrary.com?id=61793>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Auflage.). Washington, DC: Author.
- Amir, M., & Lev-Wiesel, R. (2003). Time does not heal all wounds: quality of life and psychological distress of people who survived the holocaust as children 55 years later. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 295–299. doi:10.1023/A:1023756326443
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well* (1st ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Auswertiges Amt. (2013). Retrieved from http://www.auswaertigesamt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01Nodes_Uebersichtsseiten/Ruanda_node.html
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C., ... Shalev, A. Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 5, 60–66.
- Basoglu, M., Jaranson, J. M., Mollica, R. F., & Kastrup, M. C. (2001). Torture and mental health: A research interview. In E. T. Gerrity, T. M. Keane, & F. Tuma (Eds.), *The mental health consequences of torture* (pp. 35–62). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Başoğlu, M., Kiliç, C., Salcioğlu, E., & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 133–141. doi:10.1023/B:JOTS.0000022619.31615.e8

- Begic, S., & McDonald, T. W. (2006). The Psychological Effects of Exposure to Wartime Trauma in Bosnian Residents and Refugees: Implications for Treatment and Service Provision. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(4), 319–329. doi:10.1007/s11469-006-9036-6
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129–1148. doi:10.1016/j.brat.2003.08.008
- Betancourt, T. S., & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 317–328. doi:10.1080/09540260802090363
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S., Stulac, S. N., Elizabeth Barrera, A., Mushashi, C., & Beardslee, W. R. (2011). Nothing can defeat combined hands (Abashize hamwe ntakibananira): Protective processes and resilience in Rwandan children and families affected by HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 73(5), 693–701. doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.053
- Birck, A. (2004). Politische Verfolgung und Folter - Folgen und Behandlungsansätze. In A. Friedmann, B. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer, & D. Vyssoki (Eds.), *Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung* (pp. 159–170). Wien: Springer.
- Böhm, T., & Kaplan, S. (2009). *Rache: zur Psychodynamik einer unheimlichen Lust und ihrer Zähmung*. Giessen: Psychosozial-Verl.
- Bolton, P. (2001). Local perceptions of the mental health effects of the Rwandan genocide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(4), 243–248.
- Bolton, P., Neugebauer, R., & Ndogoni, L. (2002). Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(9), 631–637. doi:10.1097/01.NMD.0000030568.45847.AE
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181–186. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682. doi:10.1037/0022-006X.75.5.671
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369–375. doi:10.1542/peds.2007-1648
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Wein: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

- Bradley, L., & Tawfiq, N. (2006). The physical and psychological effects of torture in Kurds seeking asylum in the United Kingdom. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 16(1), 41–47.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 289–294.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
- Broberg, A. G., Dyregrov, A., & Lilled, L. (2005). The Göteborg discotheque fire: posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(12), 1279–1286. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01439.x
- Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 353–361.
- Brouneus, K. (2010). The Trauma of Truth Telling: Effects of Witnessing in the Rwandan Gacaca Courts on Psychological Health. *Journal of Conflict Resolution*, 54(3), 408–437. doi:10.1177/0022002709360322
- Brounéus, K. (2008). *Rethinking reconciliation: concepts, methods, and an empirical study of truth telling and psychological health in Rwanda*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A., & Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological Medicine*, 34(2), 335–346.
- Bundeszentrale für Politische Bildung (Germany). (2004). *Menschenrechte: Dokumente und Deklarationen*. (L. Watzal, Ed.) (4., aktualisierte und erw. Aufl.). Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521–527. doi:10.1023/A:1007745627077
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Central Intelligence Agency's World Factbook. (2014). Landkarte von Ruanda. Retrieved from <http://www.weltkarte.com/afrika/ruanda/online-karte-ruanda.htm>

- Choi, Y., Mericle, A., & Harachi, T. W. (2006). Using Rasch analysis to test the cross-cultural item equivalence of the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist across Vietnamese and Cambodian immigrant mothers. *Journal of Applied Measurement*, 7(1), 16–38.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cohen, M. H., Shi, Q., Fabri, M., Mukanyonga, H., Cai, X., Hoover, D. R., ... Anastos, K. (2011). Improvement in Posttraumatic Stress Disorder in Postconflict Rwandan Women. *Journal of Women's Health*, 20(9), 1325–1332. doi:10.1089/jwh.2010.2404
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127.
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 2, 46–49.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. doi:10.1002/da.10113
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., & Lee, L.-C. (2003a). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487–494. doi:10.1023/A:1025762512279
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., & Lee, L.-C. (2003b). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487–494. doi:10.1023/A:1025762512279
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237–1247.
- Dahl, S., Mutapcic, A., & Schei, B. (1998). Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 137–145. doi:10.1023/A:1024417401973
- Daud, A., Skoglund, E., & Rydelius, P.-A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare*, 14(1), 23–32. doi:10.1111/j.1468-2397.2005.00336.x
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479–495. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.003
- De Jong, J. T. V. M. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *JAMA*, 286(5), 555. doi:10.1001/jama.286.5.555
- Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D., Eddleman, H. C., & Alarcon, R. D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 336–346. doi:10.1016/S0010-440X(96)90015-2
- Des Forges, A. (2002). *Kein Zeuge darf überleben: der Genozid in Ruanda*. Hamburg: Hamburger Ed.

- Destexhe, A. (1995). *Rwanda and genocide in the twentieth century*. New York: New York University Press.
- DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thalji, L., Murphy, J., Wu, D., ... Brackbill, R. M. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2–3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 264–273. doi:10.1002/jts.20345
- Doná, G. (2010). Collective suffering and cyber-memorialisation in post-genocide Rwanda. In M. Broderick & A. Traverso (Eds.), *Trauma, media, art: New perspectives* (pp. 16–35). New-castle: Cambridge Scholars Press.
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 15*(1), 59–68. doi:10.1023/A:1014335312219
- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjestad, R., & Mukanoheli, E. (2000). Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children. *Journal of Traumatic Stress, 13*(1), 3–21. doi:10.1023/A:1007759112499
- Edwards, D., Sakasal, P., & van Wyk, G. (2005). Trauma, resilience and vulnerability to PTSD: A review and clinical case analysis. *Journal of Psychology in Africa, 15*(2), 143–153.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319–345.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R., & Blank, A., Jr. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *The American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1740–1745.
- Erika, B. (2012). E-reconciliation in Rwanda (p. 466). ACM Press. doi:10.1145/2463728.2463821
- Ermann, M. (2007). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toscani, L., Deroo, L., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2004). Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(10), 664–671.
- Fassbender, B. (2006). Aufgaben des Völkerrechtes - Verhütung und Bestrafung des Völkermordes. *Die Politische Meinung, 434*, 57–63.
- Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., & Sundbom, E. (1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 103–112. doi:10.1023/A:1024461216994
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles; London: SAGE.
- Fischer, G., & Gurris, N. F. (2000). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In W. Senf & M. Broda (Eds.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (pp. 468–473). Stuttgart: Thieme.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4th ed.). München: Ernst Reinhardt.

- Flaherty, J. A., Gaviria, F. M., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J. A., & Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(5), 257–263.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., ... Petzold, E. R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170.
- Fookien, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (pp. 65–87). Heidelberg: Springer.
- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2000). *Brief symptom inventory: BSI (Kurzform der SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz Test.
- Fredrickson, B. L. (2002). How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients? *Psychological Inquiry*. *Psychological Inquiry*, 13(3), 209–213.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367–1377. doi:10.1098/rstb.2004.1512
- Friedmann, A. (2004). Allgemeine Psychotraumatologie. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer, & D. Vyssoki (Eds.), *Psychotrauma* (pp. 5–34). Vienna: Springer Vienna. Retrieved from http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-3-7091-0615-0_1
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346(13), 982–987. doi:10.1056/NEJMsa013404
- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 477–501. doi:10.1016/S1359-1789(03)00045-4
- Genocide Survivors Students Association. (2014). Retrieved from <http://www.aerg.org.rw/about-us/>
- Gingerich, T., & Leaning, J. (2004). The use of rape as a weapon of war in the conflict in Darfur, Sudan. Retrieved from <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/B119C9EFB7DCAA2DC1256F5F004FBEA9-hu-sud-31oct.pdf>
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 249–257. doi:10.1016/j.jad.2009.08.006
- Gishoma, D. (2005). Analyse de la situation du traumatisme psychique dans les ménages dirigés par les enfants au Rwanda. In S. Schaal (Ed.), *Erkrankungen des Traumaspektrums bei ruandischen Waisen des Genozids - Epidemiologie und Behandlung* (p. Doctoral Dissertation). Konstanzer Online-Publikation-System (KOPS).

- Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Alvarez, M. L., Goenjian, H. A., & Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *The American Journal of Psychiatry*, 158(5), 788–794.
- Gold, P. B., Engdahl, B. E., Eberly, R. E., Blake, R. J., Page, W. F., & Frueh, B. C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 36–42.
- Gourevitch, P. (2008). *Wir möchten Ihnen mitteilen, dass wir morgen mit unseren Familien umgebracht werden: Berichte aus Ruanda*. Berlin: Berliner-Taschenbuch-Verl.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7(3), 341–362. doi:10.1007/BF02102782
- Greenberg, H. S., & Keane, A. (2001). Risk factors for chronic posttraumatic stress symptoms and behavior problems in children and adolescents following a home fire. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18, 205–222.
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). Brief Report: Pediatric Cancer, Parental Coping Style, and Risk for Depressive, Posttraumatic Stress, and Anxiety Symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1272–1277. doi:10.1093/jpepsy/jsm057
- Hagengimana, A., Hinton, D., Bird, B., Pollack, M., & Pitman, R. K. (2003). Somatic panic-attack equivalents in a community sample of Rwandan widows who survived the 1994 genocide. *Psychiatry Research*, 117(1), 1–9.
- Hauser, M., & Joachim, I. (2003). Sind die Folgen sexualisierter Kriegsgewalt zu behandeln? Über die Arbeit mit kriegstraumatisierten Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. In M. Zielke, R. Meermann, & W. Hackhausen (Eds.), *Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen* (pp. 409–434). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L. M., Hellhammer, D. H., & Ehlert, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: a 2-year prospective follow-up study in firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2276–2286. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2276
- Hendin, H., & Haas, A. P. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry*, 148(5), 586–591.
- Hermansson, A., Timpka, T., & Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 374–380.
- Hoering, U. (1997). *Zum Beispiel Hutu und Tutsi*. Göttingen: Lamuv.
- Hoge, E. A., Austin, E. D., & Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 139–152. doi:10.1002/da.20175
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: a longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 3–13.

- Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J., ... Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(5), 611–621.
- Hondius, A. J. K., van Willigen, L. H. M., Kleijn, W. C., & van der Ploeg, H. M. (2000). Health problems among Latin-American and middle-eastern refugees in the Netherlands: Relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 619–634. doi:10.1023/A:1007858116390
- Hurrelmann, K. (2002). *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim; Basel: Beltz.
- Ichikawa, M., Nakahara, S., & Wakai, S. (2006). Cross-cultural use of the predetermined scale cutoff points in refugee mental health research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(3), 248–250. doi:10.1007/s00127-005-0016-2
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 15–35). New York: Brunner/Mazel.
- Janssen, J., & Laatz, W. (2007). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows: eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul exakte Tests ; mit 193 Tabellen*. Berlin: Springer.
- Johnson, D. (1997). Hetzmedien. In U. Hoering (Ed.), *Zum Beispiel Hutu und Tutsi – Der Völkermord hätte verhindert werden können, befand ein UN-Bericht* (pp. 39–41). Göttingen: Lamuv.
- Kaplan, S. (2005). *Children in Africa with experiences of massive trauma: a research review*. Stockholm: Sida.
- Kaplan, S. (2008). *Children in genocide: Extreme traumatization and affect regulation*. London: Karnac.
- Keilson, H. (1992). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. In G. Hardtmann (Ed.), *Spuren der Verfolgung. Seelische Auswirkungen des Holocaust auf die Opfer und ihre Kinder* (pp. 69–79). Gerlingen: Bleicher.
- Keilson, H. (1999). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch „man-made-disaster“. In A. Friedmann, E. Glück, & D. Vyssoki (Eds.), *Überleben der Shoa- und danach* (pp. 109–126). Wien: Picus.
- Keller, G. (1981). *Die Psychologie der Folter: die Psyche der Folterer, die Psycho-Folter, die Psyche der Gefolterten* (Originalausg.). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Keppel-Benson, J. M., Ollendick, T. H., & Benson, M. J. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43(2), 203–212.
- Kessler, R. C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.

- Khan, M. M. R. (1963). Das kumulative Trauma. In M. M. R. Khan (Ed.), *Selbsterfahrung in der Therapie: Theorie und Praxis* (pp. 50–70). München: Kindler.
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(1), 164–170.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(2), 420–434. doi:10.1037/0022-3514.74.2.420
- Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, R. H., Manson, S., & Rath, B. (1986). The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children: I. The Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*(3), 370–376. doi:10.1016/S0002-7138(09)60259-4
- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., & Adam, H. (2010). Posttraumatic Resilience in Former Ugandan Child Soldiers: Posttraumatic Resilience. *Child Development, 81*(4), 1096–1113. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01456.x
- Kolar, K. (2011). Resilience: Revisiting the Concept and its Utility for Social Research. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*(4), 421–433. doi:10.1007/s11469-011-9329-2
- Kruczek, T., & Salsman, J. (2006). Prevention and treatment of posttraumatic stress disorder in the school setting. *Psychology in the Schools, 43*(4), 461–470. doi:10.1002/pits.20160
- Küchler, E. (1991). Über elementare Vorhersagemechanismen in der menschlichen Informationsverarbeitung. In F. Klix, E. Roth, & E. van der Meer (Eds.), *Kognitive Prozesse und geistige Leistung* (pp. 148–168). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Kuwert, P., Knaevelsrud, C., Rosenthal, J., Dudeck, M., Freyberger, H., & Spitzer, C. (2008). Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kindersoldaten des Zweiten Weltkrieges. *Psychiatrische Praxis, 35*(08), 399–403. doi:10.1055/s-2008-1067499
- La Greca, A., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of post-traumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(4), 712–723.
- Lam, J. N., & Grossman, F. K. (1997). Resiliency and adult adaptation in women with and without self-reported histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress, 10*(2), 175–196. doi:10.1002/jts.2490100203
- Lhewa, D., Banu, S., Rosenfeld, B., & Keller, A. (2007). Validation of a Tibetan translation of the Hopkins Symptom Checklist 25 and the Harvard Trauma Questionnaire. *Assessment, 14*(3), 223–230. doi:10.1177/1073191106298876
- Lindstrom, B. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health, 59*(6), 440–442. doi:10.1136/jech.2005.034777
- Loncar, M., Medved, V., Jovanović, N., & Hotujac, L. (2006). Psychological consequences of rape on women in 1991-1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal, 47*(1), 67–75.

- Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C. A., & Agani, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 351–360. doi:10.1023/A:1024413918346
- Lopes Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 284*(5), 569–577.
- Lueger-Schuster, B. (2004). Trauma - aus der Sicht der Psychologie. In A. Friedmann, P. Hofmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer, & D. Vyssoki (Eds.), *Psychotrauma* (pp. 49–58). Vienna: Springer Vienna.
- Macksoud, M. S., Dyregrov, A., & Raundalen, M. (1993). Traumatic War Experiences and Their Effects on Children. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 625–633). Boston, MA: Springer US. Retrieved from http://link.springer.com/10.1007/978-1-4615-2820-3_52
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology, 1*(3), 160–168. doi:10.1080/17439760600619609
- Maercker, A. (1998). Extremlastungen ohne psychische Folgeschäden: Gesundheitspsychologische Konzepte und Befunde. In W. Schüffel, U. Brucks, R. Jochen, V. Köllner, F. Lamprecht, & U. Schnyder (Eds.), *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (pp. 341–350). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. Retrieved from <http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptiID=511030>
- Maercker, A., & Bromberger, F. (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*. Retrieved from http://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005_32_2.pdf
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt, 79*(5), 577–586. doi:10.1007/s00115-008-2467-5
- Maercker, A., & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 105–124). Berlin, Heidelberg: Springer. Retrieved from http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-3-540-79543-8_6
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S., & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 184*, 482–487.
- Magruder, K. M., Frueh, B. C., Knapp, R. G., Johnson, M. R., Vaughan, J. A., 3rd, Carson, T. C., ... Hebert, R. (2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress, 17*(4), 293–301. doi:10.1023/B:JOTS.0000038477.47249.c8
- Markovic, M., Manderson, L., & Kelaher, M. (2002). The health of immigrant women: Queensland women from the former Yugoslavia. *Journal of Immigrant Health, 4*(1), 5–15.

- Marshall, G. N. (2005). Mental Health of Cambodian Refugees 2 Decades After Resettlement in the United States. *JAMA*, 294(5), 571. doi:10.1001/jama.294.5.571
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1467–1473.
- Martin, R. A. (2004). Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor - International Journal of Humor Research*, 17(1-2), 1–19. doi:10.1515/humr.2004.005
- Martini, D. R., Ryan, C., Nakayama, D., & Ramenofsky, M. (1990). Psychiatric sequelae after traumatic injury: the Pittsburgh Regatta accident. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 70–75. doi:10.1097/00004583-199001000-00012
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(3), 211–222.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual: for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo, Ont., Canada: Institute Press: University of Waterloo.
- Miller, K. E., Worthington, G. J., Muzurovic, J., Tipping, S., & Goldman, A. (2002). Bosnian refugees and the stressors of exile: A narrative study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 341–354. doi:10.1037/0002-9432.72.3.341
- Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Norten, J., Ironson, G., Pitula, C. R., ... Berkman, L. F. (2003). A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICHD Social Support Inventory. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23(6), 398–403.
- Moisander, P. A., & Edston, E. (2003). Torture and its sequel - a comparison between victims from six countries. *Forensic Science International*, 137(2-3), 133–140.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Pham, T., Smith Fawzi, M. C., Murphy, E., & Lin, L. (1998). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 543–553.
- Mollica, R., McDonald, L., Massagli, M., & Silvore, D. (2004). *Measuring Trauma, Measuring Torture: Instruction and Guidance on the Utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*. Cambridge, MA: Harvard Program in Refugee Trauma.
- Mooren, T. T. M., Knipscheer, J. W., Kamperman, A., Kleber, R. J., & Kompoe, I. (2001). The Lowland Acculturation Scale: Validity of an adaption measure among migrants in the Netherlands. In T. T. M. Mooren (Ed.), *The impact of war* (pp. 49–70). Delft: Eburon.

- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life." *Social Science & Medicine* (1982), 63(4), 843–845. doi:10.1016/j.socscimed.2006.03.001
- Müller, J., & Maercker, A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTB bei Kriminalitätsoffern. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 35(1), 49–58. doi:10.1026/1616-3443.35.1.49
- Musonera, M. (1999). Le vécu psychologique des femmes et jeunes filles victimes de la violence sexuelle au cours du genocide d'avril à juillet 1994 au rwanda. In S. Schaal (Ed.), *Erkrankungen des Traumaspektrums bei ruandischen Waisen des Genozids - Epidemiologie und Behandlung* (p. Doctoral Dissertation). Retrieved from Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS).
- Neugebauer, R., Fisher, P. W., Turner, J. B., Yamabe, S., Sarsfield, J. A., & Stehling-Ariza, T. (2009). Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. *International Journal of Epidemiology*, 38(4), 1033–1045. doi:10.1093/ije/dyn375
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. de J. G. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646–656. doi:10.1037/0021-843X.112.4.646
- Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. P. R. (2005). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 974–982. doi:10.1016/j.psyneuen.2005.04.009
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1–11.
- Oser, F., & Bucher, A. (2005). Religiosität und Spiritualität. In S. H. Filipp & U. M. Staudinger (Eds.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (pp. 803–827). Göttingen: Hogrefe.
- Osterman, J. E., & de Jong, J. T. V. M. (2007). Cultural Issues and Trauma. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. M. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD, science and practice* (pp. 425–446). New York: Guilford Press.
- Ostrov, E., Offer, D., & Howard, K. I. (1989). Gender differences in adolescent symptomatology: a normative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(3), 394–398. doi:10.1097/00004583-198905000-00016
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73.
- Palmieri, P. A., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Hobfoll, S. E. (2008). The psychological impact of the Israel-Hezbollah War on Jews and Arabs in Israel: the impact of risk and resilience factors. *Social Science & Medicine* (1982), 67(8), 1208–1216. doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.030

- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71–105. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D., & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51(5), 577–589.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H.-U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1320–1327. doi:10.1176/appi.ajp.162.7.1320
- Pham, P. N., Weinstein, H. M., & Longman, T. (2004). Trauma and PTSD Symptoms in Rwanda: Implications for Attitudes Toward Justice and Reconciliation. *JAMA*, 292(5), 602. doi:10.1001/jama.292.5.602
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 188–192. doi:10.1016/j.jad.2009.04.015
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., & Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety*, 26(8), 745–751. doi:10.1002/da.20558
- Plante, T. G., Simicic, A., Andersen, E. N., & Manuel, G. (2002). Stress and coping among displaced Bosnian refugees: An explanatory Study. *International Journal of Stress Management*, 9, 31–41.
- Rabalais, A. E., Ruggiero, K. J., & Scotti, J. R. (2002). Multicultural issues in the response of children to disasters. In A. M. La Greca, E. M. Vernberg, W. K. Silverman, & M. C. Roberts (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism* (pp. 73–100). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reimann, S., & Pohl, J. (2006). Ressourcenorientierte Ansätze. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Eds.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 13–27). Heidelberg: Springer.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331.
- Sack, W. H., Clarke, G. N., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1160–1166. doi:10.1097/00004583-199509000-00013
- Sack, W. H., Him, C., & Dickason, D. (1999). Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1173–1179. doi:10.1097/00004583-199909000-00023

- Sack, W. H., McSharry, S., Clarke, G. N., Kinney, R., Seeley, J., & Lewinsohn, P. (1994). The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(7), 387–395.
- Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 335–340. doi:10.1023/B:JOTS.0000038482.53911.01
- Samuelson, B. L., & Freedman, S. W. (2010). Language policy, multilingual education, and power in Rwanda. *Language Policy*, 9(3), 191–215. doi:10.1007/s10993-010-9170-7
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Kelaher, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaal, S., Dusingizemungu, J.-P., Jacob, N., & Elbert, T. (2011). Rates of trauma spectrum disorders and risks of posttraumatic stress disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(0). doi:10.3402/ejpt.v2i0.6343
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten years after the genocide: Trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 95–105. doi:10.1002/jts.20104
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 298–306. doi:10.1159/000229768
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201–228. doi:10.1007/BF01173489
- Scherrer, C. P. (1997). *Ethnisierung und Völkermord in Zentralafrika: Genozid in Rwanda, Bürgerkrieg in Burundi und die Rolle der Weltgemeinschaft*. Frankfurt: Campus.
- Schnider, K. R., Elhai, J. D., & Gray, M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344–350. doi:10.1037/0022-0167.54.3.344
- Scholte, W. F., Olff, M., Ventevogel, P., de Vries, G.-J., Jansveld, E., Cardoso, B. L., & Crawford, C. A. G. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292(5), 585–593. doi:10.1001/jama.292.5.585
- Sezibera, V., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). Intervening on Persistent Posttraumatic Stress Disorder: Rumination-Focused Cognitive and Behavioral Therapy in a Population of Young Survivors of the 1994 Genocide in Rwanda. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(2), 107–113. doi:10.1891/0889-8391.23.2.107
- Silove, D., Manicavasagar, V., Mollica, R., Thai, M., Khiek, D., Lavelle, J., & Tor, S. (2007). Screening for depression and PTSD in a Cambodian population unaffected by war: comparing the Hopkins Symptom Checklist and Harvard Trauma Questionnaire with the structured clinical interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 152–157. doi:10.1097/01.nmd.0000254747.03333.70
- Smith, B. W., Pargament, K. I., Brant, C., & Oliver, J. M. (2000). Noah revisited: Religious coping by church members and the impact of the 1993 midwest flood. *Journal of Community Psy-*

- chology*, 28(2), 169–186. doi:10.1002/(SICI)1520-6629(200003)28:2<169::AID-JCOP5>3.0.CO;2-I
- Smith, D. N. (1998). The psychocultural roots of genocide: Legitimacy and crisis in Rwanda. *American Psychologist*, 53(7), 743–753. doi:10.1037/0003-066X.53.7.743
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 147–156. doi:10.1023/A:1014812209051
- Southwick, S. M., Morgan, C. A., 3rd, Nicolaou, A. L., & Charney, D. S. (1997). Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *The American Journal of Psychiatry*, 154(2), 173–177.
- Staub, E. (2000). Genocide and Mass Killing: Origins, Prevention, Healing and Reconciliation. *Political Psychology*, 21(2), 367–382. doi:10.1111/0162-895X.00193
- Staub, E., & Pearlman, L. A. (2006). Advancing healing and reconciliation. In L. Barbanel & R. Sternberg (Eds.), *Psychological interventions in times of crisis* (pp. 213–245). New York: Springer.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009a). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549. doi:10.1001/jama.2009.1132
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009b). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537. doi:10.1001/jama.2009.1132
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 421–435. doi:10.1023/A:1024710902534
- Street, A. E., Gibson, L. E., & Holohan, D. R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 245–252. doi:10.1002/jts.20026
- Suarez, E. B. (2013). The association between post-traumatic stress-related symptoms, resilience, current stress and past exposure to violence: a cross sectional study of the survival of Quechua women in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Conflict and Health*, 7(1), 21. doi:10.1186/1752-1505-7-21
- Suarez, E. B. (2013). Two decades later: The resilience and post-traumatic responses of Indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 200–210. doi:10.1016/j.chiabu.2012.09.011
- Summerfield, D. (1998). Children affected by war must not be stigmatized as permanently damaged. *British Medical Journal*, 317, 1249.

- Tayara, R. (2013). Resiliency and War Experiences: A Psychometric Study of the Lebanese Adolescent Experiences of War. *International Journal of Psychology and Behavioral Science*, 3, 23–33.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. doi:10.1007/BF02103658
- Teegen, F., & Cizmic, L.-D. (2003). Traumatische Lebenserfahrungen und heutige Belastungsstörungen pflegebedürftiger alter Menschen. *Zeitschrift Für Gerontopsychologie & -Psychiatrie*, 16(2), 77–91. doi:10.1024//1011-6877.16.2.77
- Teegen, F., & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift Für Gerontopsychologie & -Psychiatrie*, 13(3-4), 112–124. doi:10.1024//1011-6877.13.34.112
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20.
- Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 533–542. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00243.x
- Thapa, S. B., & Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 672–679. doi:10.1007/s00127-005-0943-9
- Tran, U. S., Glück, T. M., & Lueger-Schuster, B. (2013). Influence of personal and environmental factors on mental health in a sample of Austrian survivors of World War II with regard to PTSD: is it resilience? *BMC Psychiatry*, 13(1), 47. doi:10.1186/1471-244X-13-47
- Trappler, B., Braunstein, J. W., Moskowitz, G., & Friedman, S. (2002). Holocaust survivors in a primary care setting: fifty years later. *Psychological Reports*, 91(2), 545–552.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 444–448.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1–17. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x
- Ungar, M., Liebenberg, L., Boothroyd, R., Kwong, W. M., Lee, T. Y., Leblanc, J., ... Makhnach, A. (2008). The Study of Youth Resilience Across Cultures: Lessons from a Pilot Study of Measurement Development. *Research in Human Development*, 5(3), 166–180. doi:10.1080/15427600802274019
- UNICEF. (1995). *Zur Situation der Kinder in der Welt*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Vaglio, J., Jr, Conard, M., Poston, W. S., O’Keefe, J., Haddock, C. K., House, J., & Spertus, J. A. (2004). Testing the performance of the ENRICHD Social Support Instrument in cardiac patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 24. doi:10.1186/1477-7525-2-24

- Van der Kolk, B. A. (1987). The psychological consequences of overwhelming life experiences. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 1–30). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vereinte Nationen. Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984, BGBl, 1990 II 246 (1984). Retrieved from <http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/360814/publicationFile/3621/%C3%9CbereinkommenGegenFolter.pdf>
- Vesti, P., & Kastrup, M. (1995). Refugee Status, Torture, and Adjustment. In J. R. Freedy & S. E. Hobfoll (Eds.), *Traumatic Stress. From Theory to Practice* (pp. 213–235). New York: Plenum Press.
- Voges, M. A., & Romney, D. M. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(1), 4.
- Volkan, V. D. (2005). *Blindes Vertrauen: Grossgruppen und ihre Führer in Zeiten der Krise und des Terrors*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Wasner, M. (2008). Resilience among patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) and their caregivers. *Schweizer Archiv Für Neurologie, Neurochirurgie Und Psychiatrie*, 159, 500–505.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. (2001). Hardiness: an examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 531–548. doi:10.1023/A:1011112723704
- Weisæth, L., & Eitinger, L. (1993). Posttraumatic Stress Phenomena. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 69–77). Boston, MA: Springer US. Retrieved from http://link.springer.com/10.1007/978-1-4615-2820-3_6
- Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(S1), 47–51. doi:10.1007/BF00538544
- Werner, E. E. (2009). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5(04), 503. doi:10.1017/S095457940000612X
- Werner, E. (2005). Resilience Research: Past, Present and Future. In R. D. Peters, B. Leadbeater, & R. R. McMahon (Eds.), *Resilience in Children, Families and Communities, Linking Context to Practice and Policy* (pp. 3–12). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- White, B., Driver, S., & Warren, A.-M. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 9–17. doi:10.1037/0090-5550.53.1.9
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 8. doi:10.1186/1477-7525-9-8
- Yehuda, R., & Flory, J. D. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 435–447. doi:10.1002/jts.20260

- Zakin, G., Solomon, Z., & Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences*, 34(5), 819–829. doi:10.1016/S0191-8869(02)00073-9
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J., & Hoppe-Graff, S. (2003). *Psychologie: mit 70 Tabellen*. Berlin [u.a.]: Springer.
- Zöllner, T., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. In A. Margraf & A. Rosner (Eds.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (pp. 36–42). Stuttgart: Georg Thieme.

18. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Landkarte von Ruanda.....	9
Abbildung 2 Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse nach Maercker (2009).....	16
Abbildung 3 Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung nach Ehlers (1999).....	20
Abbildung 4 Einteilung der Traumaanzahl in Fünfer-Gruppen.....	68

19. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Demographische Daten der Stichprobe.....	59
Tabelle 2 Effektgrößen nach Cohen (1992)	62
Tabelle 3 Ergebnisse der Resilienzskala des CD-RISC.....	65
Tabelle 4 Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen des BCI.....	66
Tabelle 5 Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen des BSI.....	67
Tabelle 6 Übersicht der 45 traumatischen Ereignisse.....	68
Tabelle 7 PTBS-Symptomatik nach DSM-IV.....	71
Tabelle 8 Multiple lineare Regressionsanalyse: Symptombelastung (UV) und PTBS (AV).....	72
Tabelle 9 Multiple lineare Regressionsanalyse: Glaube/Spiritualität (UV) und PTBS (AV).....	74
Tabelle 10 Multiple lineare Regressionsanalyse: Glaube/Spiritualität (UV) und Resilienz (AV).....	75
Tabelle 11 Multiple lineare Regressionsanalyse: Soziale Unterstützung (UV) und PTBS (AV).....	76
Tabelle 12 Multiple lineare Regressionsanalyse: Soziale Unterstützung (UV) und Resilienz (AV).....	77

Tabelle 13 Multiple lineare Regressionsanalyse: Coping-Strategien (UV)

und PTBS (AV).....78

Tabelle 14 Multiple lineare Regressionsanalyse: Traumaart (UV)

und Resilienz (AV).....81

20. Anhänge**Anhang 1** Forschungsgenehmigung des Bildungsinstituts aus Ruanda.....117**Anhang 2** Einverständniserklärung.....119**Anhang 3** Fragebogenbatterie122**Anhang 4** Lebenslauf.....134

Anhang 1 Forschungsgenehmigung des Bildungsinstituts aus Ruanda

REPUBLIC OF RWANDA

Kigali, 22.12.2013

Réf. N°: 12.00/2013



MINISTRY OF EDUCATION
P.O.BOX 622 KIGALI

Ms. Gleixner Judith
Vienne University
Ullmannst. 10/13, 1150 Vienne
AUSTRALIA
Email: gleixnerjudith@hotmail.com

RE: Approval to conduct research in Rwanda under the project titled "19 years after Genocide: The impact of resilience to overcome post-traumatic stress disorder in a sample of Rwandan students".

I am pleased to attach a copy of research clearance which has been granted to you to conduct research on the above project title.

I wish to remind you that the research permit number should be cited in your final research report; the research should be carried under affiliation of National University of Rwanda-NUR under Supervisor Dr. SEZIBERA Vincent, Head of Department of Clinical Psychology email; vsezibera@nur.ac.rw, Tel 0788771289, NUR and a copy of the final research report will be given to the Ministry of Education of Rwanda.

I wish you success in your research.

Yours sincerely


Mr. Remy TWILINGIRIMANA
Acting Director General
Science, Technology and Research
Ministry of Education



Cc.

- Minister of Education
- Minister of State in Charge of Primary and Secondary Education
- Minister of State in charge of TEVT
- Permanent Secretary, Ministry of Education
- Advisor, Science and Technology, Ministry of Education
- Dr. SEZIBERA Vincent, Head of Department of Clinical Psychology, NUR

REPUBLIC OF RWANDA

Kigali, 11.06.2013
Ref: A3.53.../12.00/2013



MINISTRY OF EDUCATION
P.O BOX 622 KIGALI

Re: Permission to carry out research in Rwanda - No: MINEDUC/S&T/0136/2013

Permission is hereby granted to Ms. GLEIXNER Judith, Masters student in Psychology, Vienne, Australia, invited to be associated in research with National University of Rwanda (NUR) to carry out research on: **"19 years after Genocide: The impact of resilience to overcome post-traumatic stress disorder in a sample of Rwandan students"**. The research will be carried out in Huye District at NUR.

The research interviewees will be selected in a sample of 100-150 male and female students from the NUR who have experienced the Genocide 1994 and have at least 25 years or older.

The period of research requested is from **2nd July, 2013 to 30th August, 2013**.

Please provide Ms. Gleixner Judith any support she may require in the course of conducting this research.

Yours sincerely,

Mr. Remy TWILINGIYIMANA
Acting Director General,
Science, Technology and Research
Ministry of Education



Anhang 2 Einverständniserklärung



Information on the Study „the impact of resilience to overcome post-traumatic stress disorder in a sample of Rwandan students”

Purpose of the study

The aim of this study is to gain a greater understanding of different factors of resilience which help Rwandan genocide survivors to overcome the long term effects of post-traumatic stress disorder.

Who will be asked to participate?

Students from the National University of Rwanda who are survivors of the Genocide in 1994 will be asked to kindly participate in the study. The research aims to conduct interviews with at least 100 persons.

Procedure

If you agree to participate in this study, I will invite you for an interview and you will be asked questions about your genocide experiences and how you managed to go on with your normal functioning despite all that. At any time before, during and after the interview (before the study is printed) you can refuse to answer or ask to be withdrawn from the study. All information you give is confidential and will be treated anonymously.

The study is part of the requirements for a diploma-degree in psychology at the University of Vienna, Europe, and will be undertaken by me, Judith Gleixner, a Diploma-Student from the National University of Vienna, and supervised by Dr. Vincent Sezibera, senior lecturer of the National University of Rwanda, and Ass.- Prof. Dr. Lueger-Schuster at the University of Vienna.

What questions will be asked?

Questions will be on 1) personal information such as gender, age, family status etc., 2) history of traumatic events 3) mental health/ how you feel 4) social support 5) coping strategies and 6) factor of resilience. There are no wrong or right answers and your honesty in responding to the scales is important for the success of the study. It is important to complete the questionnaires independently in silence without consulting with your peers.

Risks and Discomforts

The interview may take about one hour. During the interview you might feel emotional discomfort while you answer questions about personal feelings and experiences, especially on war or trauma related topics. Be aware that you can always choose not to answer and or to stop the interview.

Benefits

Participating in this study will help researchers, professionals and other people who will read this study to get a better understanding of resilience to overcome post-traumatic stress disorder in Rwanda. The study also will help AERG to know the best way to help its member basic on empirical research findings.

There will be a “thank you package” for each participant in the amount of 3.500 RWF that you will receive immediately after your participation.

Confidentiality

Participating in the study all the information you give will be coded with a participant code insuring that your name will not be connected with the information. Your name will never be published anywhere and the information you give will be anonymous and evaluated together with the information of the other participants thus it will not be possible later to trace specific information back to you personally. Only the researcher will have access to your personal information records. Not pictures or audio records will be taken.

Voluntariness of study participation

Please know that your participation in the study is completely voluntary. If you change your mind you can withdraw from the study at any point without any negative consequences.

Whom to contact

If you have any questions about the study or on your rights in the study or if you feel this interview upset or affected you at some point you can contact:

Judith Gleixner

Diploma-Student of Psychology

Faculty of Psychology

University of Vienna, Austria, Europe

E-mail: a0804394@unet.univie.ac.at

Dr. Vincent Sezibera

Psychologist, Senior Lecturer

Head, Department of Clinical Psychology

National University of Rwanda

P.O.Box-117 Butare, Rwanda

E-Mail: vsezibera@nur.ac.rw

Statement of informed consent

I, as signed below, have read and received information about the study as well as its purpose. Potential risks and benefits associated with participation and my rights as a participant have been explained to me. I understand the confidential handling and use of my data and that I can choose decline and withdraw from the study at any time before the study is printed.

Participants Signature

Place and Date

Anhang 3 Fragebogenbatterien

Date of Birth: _____ Year _____ Month

Sex: ☐ female ☐ male

School or Faculty currently attended:

☐ School for Foundation Language Skills

☐ School of Public Health

☐ Faculty of Medicine

☐ Faculty of Economics and Management

☐ Faculty of Science

☐ Faculty of Agriculture

☐ Faculty of Law

☐ Faculty of Applied Sciences

☐ Other: _____

☐ Faculty of Arts, Media and Social Sciences

What is the highest degree you earned?

☐ High school diploma or equivalency

☐ Bachelor's degree

☐ Master's degree

☐ Doctorate

Marital Status:

☐ Single

☐ Married

☐ in a relationship

☐ Divorced

☐ Widowed

Do you have children:

☐ No

☐ Yes, how many: _____

Religion:

☐ Catholic

☐ Protestant

☐ Muslim

☐ no

☐ other: _____

In general, how important are religious or spiritual beliefs in your day-to-day life?

- ☐ 0 = Not Important
- ☐ 1 = Slightly Important
- ☐ 2 = Moderately Important
- ☐ 3 = Very Important

Apart from events such as weddings and funerals, how often do you attend religious services?

- ☐ Once a week
- ☐ More than once a week
- ☐ Once or twice a month
- ☐ A few times a year
- ☐ Never

Have you ever received professional psychological help after the Genocide 1994?

- ☐ Yes
- ☐ No

Do you have someone to talk about your experiences during the Genocide and your current emotions?

- ☐ Yes
- ☐ No

Do you get any kind of support (e.g. social, emotional, material or financial) from the following institutions?

- ☐ Church
- ☐ NGO (Non-Governmental Organisation). Which one: _____
- ☐ Community Support
- ☐ AERG (Association des élèves et Etudiants Rescapes du Genocide)
- ☐ FARG (Fond National d'Assistance au Rescapes du Genocide)
- ☐ Government
- ☐ Others: _____

Have you ever participated in a psychological research taken in Rwanda?

- ☐ Yes, it was about _____
- ☐ No

<u>RESILIENCE</u>	NOT TRUE AT ALL	RARELY TRUE	SOMETIMES TRUE	OFTEN TRUE	TRUE NEARLY ALL THE TIME
Please indicate how much you agree with the following statements as they apply to you <u>during the past month</u>. If a particular situation has not occurred recently, answer according to how you think you would have felt.					
1. I am able to adapt when changes occur.	0	1	2	3	4
2. I have at least one close and secure relationship which helps me when I am stressed.	0	1	2	3	4
3. When there are no clear solutions to my problems, sometimes fate or God can help.	0	1	2	3	4
4. I can deal with whatever comes my way.	0	1	2	3	4
5. Past successes give me confidence in dealing with new challenges and difficulties.	0	1	2	3	4
6. I try to see the humorous side of things when I am faced with problems.	0	1	2	3	4
7. Having to cope with stress can make me stronger.	0	1	2	3	4
8. I tend to bounce back after illness, injury, or other hardships.	0	1	2	3	4
9. Good or bad, I believe that most things happen for a reason.	0	1	2	3	4
10. I give my best effort, not matter what the outcome may be.	0	1	2	3	4
11. I believe I can achieve my goals, even if there are obstacles.	0	1	2	3	4
12. Even when things look hopeless, I don't give up.	0	1	2	3	4
13. During times of stress/crisis, I know where to turn for help.	0	1	2	3	4
14. Under pressure, I stay focused and think clearly.	0	1	2	3	4
15. I prefer to take the lead in solving problems, rather than letting others make all the decisions.	0	1	2	3	4
16. I am not easily discouraged by failure.	0	1	2	3	4
17. I think of myself as a strong person when dealing with life's challenges and difficulties.	0	1	2	3	4
18. I can make unpopular or difficult decisions that affect other people, if it is necessary.	0	1	2	3	4
19. I am able to handle unpleasant or painful feelings like sadness, fear and anger.	0	1	2	3	4
20. In dealing with life's problems, sometimes you have to act on a hunch, without knowing why.	0	1	2	3	4

<u>RESILIENCE</u>					
Please indicate how much you agree with the following statements as they apply to you <u>during the past month</u>. If a particular situation has not occurred recently, answer according to how you think you would have felt.	NOT TRUE AT ALL	RARELY TRUE	SOMETIMES TRUE	OFTEN TRUE	TRUE NEARLY ALL THE TIME
21. I have a strong sense of purpose in life.	0	1	2	3	4
22. I feel in control of my life.	0	1	2	3	4
23. I like challenges.	0	1	2	3	4
24. I work to attain my goals, no matter what roadblocks I encounter along the way.	0	1	2	3	4
25. I take pride in my achievements.	0	1	2	3	4

<u>SOCIAL SUPPORT</u>					
Please read the following questions and circle the response that most closely describes your current situation.	None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
1. Is there someone available to you whom you can count on to listen to you when you need to talk?	1	2	3	4	5
2. Is there someone available to give you good advice about a problem?	1	2	3	4	5
3. Is there someone available to you who shows you love and affection?	1	2	3	4	5
4. Is there someone available to help you with daily chores?	1	2	3	4	5
5. Can you count on anyone to provide you with emotional support (talking over problems or helping you make a difficult decision)?	1	2	3	4	5
6. Do you have as much contact as you would like with someone you feel close to, someone in whom you can trust and confide?	1	2	3	4	5
7. Are you currently married or living with a partner?	YES NO				

<u>COPING SKILLS</u>	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MEDIUM AMOUNT	A LOT
Please indicate what you did and how you felt when experiencing stressful events <u>during the past month</u>. Obviously, different events bring out somewhat different responses, but think about what you usually did when you were under stress.				
1. I turned to work or other activities to take my mind off things.	1	2	3	4
2. I concentrated my efforts on doing something about the situation I was in.	1	2	3	4
3. I said to myself „this isn't real“.	1	2	3	4
4. I used alcohol or other drugs to make myself feel better.	1	2	3	4
5. I tried to get emotional support from others.	1	2	3	4
6. I just gave up trying to deal with it.	1	2	3	4
7. I took action to try to make the situation better.	1	2	3	4
8. I refused to believe that it happened.	1	2	3	4
9. I said things to let my unpleasant feelings escape.	1	2	3	4
10. I got help and advice from other people.	1	2	3	4
11. I used alcohol or other drugs to help me get through it.	1	2	3	4
12. I tried to see it in a different light, to make it seem more positive.	1	2	3	4
13. I criticized myself.	1	2	3	4
14. I tried to come up with a strategy about what to do.	1	2	3	4
15. I got comfort and understanding from someone.	1	2	3	4
16. I gave up the attempt to cope.	1	2	3	4
17. I looked for something good in what is happened.	1	2	3	4
18. I made jokes about it.	1	2	3	4
19. I did something to think about it less, such as went to the movies, watched TV, read, daydreamed, slept, or went shopping.	1	2	3	4
20. I accepted the reality of the fact that it happened.	1	2	3	4
21. I learned to live with it.	1	2	3	4
22. I expressed my negative feelings.	1	2	3	4
23. I tried to find comfort in my religion or spiritual beliefs.	1	2	3	4
24. I tried to get advice or help from other people	1	2	3	4

<u>COPING SKILLS</u>				
Please indicate what you did and how you felt when experiencing stressful events <u>during the past month</u>. Obviously, different events bring out somewhat different responses, but think about what you usually did when you were under stress.	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MEDIUM AMOUNT	A LOT
about what to do.				
25. I thought hard about what steps to take.	1	2	3	4
26. I blamed myself for things that happened.	1	2	3	4
27. I prayed or meditated.	1	2	3	4
28. I made fun of the situation.	1	2	3	4

<u>SYMPTOMS</u>					
Below is a list of problems that people sometimes have. Please read each one carefully. Then circle the number that best describes how much that problem has distressed or bothered you during the past 7 days including today.	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
1. Nervousness or shakiness inside.	1	2	3	4	5
2. Faintness or dizziness.	1	2	3	4	5
3. The idea that someone else can control your thoughts.	1	2	3	4	5
4. Feeling others are to blame for most of your troubles.	1	2	3	4	5
5. Trouble remembering things.	1	2	3	4	5
6. Feeling easily annoyed or irritated.	1	2	3	4	5
7. Pains in heart or chest.	1	2	3	4	5
8. Feeling afraid in open spaces.	1	2	3	4	5
9. Thoughts of ending your life.	1	2	3	4	5
10. Feeling that most people cannot be trusted.	1	2	3	4	5
11. Poor appetite.	1	2	3	4	5
12. Suddenly scared for no reason.	1	2	3	4	5

<u>SYMPTOMS</u>	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
Below is a list of problems that people sometimes have. Please read each one carefully. Then circle the number that best describes how much that problem has distressed or bothered you during the past 7 days including today.					
13. Temper outbursts that you could not control.	1	2	3	4	5
14. Feeling lonely even when you are with people.	1	2	3	4	5
15. Feeling blocked in getting things done.	1	2	3	4	5
16. Feeling lonely.	1	2	3	4	5
17. Feeling blue.	1	2	3	4	5
18. Feeling no interest in things.	1	2	3	4	5
19. Feeling fearful.	1	2	3	4	5
20. Your feelings being easily hurt.	1	2	3	4	5
21. Feeling that people are unfriendly or dislike you.	1	2	3	4	5
22. Feeling inferior to others.	1	2	3	4	5
23. Nausea or upset stomach.	1	2	3	4	5
24. Feeling that you are watched or talked about by others.	1	2	3	4	5
25. Trouble falling asleep.	1	2	3	4	5
26. Having to check and double check what you do.	1	2	3	4	5
27. Difficulty in making decisions.	1	2	3	4	5
28. Feeling afraid to travel on buses, subways, or trains.	1	2	3	4	5
29. Trouble getting your breath.	1	2	3	4	5
30. Hot or cold spells.	1	2	3	4	5
31. Having to avoid certain things, places, or activities because they frighten you.	1	2	3	4	5
32. Your mind going blank.	1	2	3	4	5
33. Numbness or tingling in parts of your body.	1	2	3	4	5

<u>SYMPTOMS</u>	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
Below is a list of problems that people sometimes have. Please read each one carefully. Then circle the number that best describes how much that problem has distressed or bothered you during the past 7 days including today.					
34. The idea that you should be punished for your sins.	1	2	3	4	5
35. Feeling hopeless about the future.	1	2	3	4	5
36. Trouble concentrating.	1	2	3	4	5
37. Feeling weak in parts of your body.	1	2	3	4	5
38. Feeling tense or keyed up.	1	2	3	4	5
39. Thoughts of death or dying.	1	2	3	4	5
40. Having urges to beat, injure, or harm someone.	1	2	3	4	5
41. Having urges to break or smash things.	1	2	3	4	5
42. Feeling very self-conscious with others.	1	2	3	4	5
43. Feeling uneasy in crowds.	1	2	3	4	5
44. Never feeling close to another person.	1	2	3	4	5
45. Spells of terror or panic.	1	2	3	4	5
46. Getting into frequent arguments.	1	2	3	4	5
47. Feeling nervous when you are left alone.	1	2	3	4	5
48. Others not giving you proper credit for your achievements.	1	2	3	4	5
49. Feeling so restless you could not sit still.	1	2	3	4	5
50. Feelings of worthlessness.	1	2	3	4	5
51. Feeling that people will take advantage of you if you let them.	1	2	3	4	5
52. Feelings of guilt.	1	2	3	4	5
53. The idea that something is wrong with your mind.	1	2	3	4	5

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ): Traumatic Events

I would like to ask you about your experiences during the Genocide 1994. However, you may find some questions upsetting. If so, please feel free not to answer. All answers to the questions will be kept confidential. Please indicate whether you have experienced any of the following events by marking the box.

	YES	NO
1. Lack of shelter (when needed)		
2. Lack of food or water		
3. Ill health without access to medical care		
4. Confiscation or destruction of personal property		
5. Combat situation (e.g. shelling and grenade attacks)		
6. Used as a human shield		
7. Exposure to frequent and unrelenting sniper fire		
8. Forced evacuation under dangerous conditions		
9. Beating to the body		
10. Rape		
11. Other types of sexual abuse or sexual humiliation		
12. Knifing or axing (being injured by knife or axe)		
13. Torture (while in captivity you received deliberate and systematic infliction of physical or mental suffering)		
14. Serious physical injury from combat (e.g., shrapnel, burn, bullet wound, stabbing, etc.) or landmine		
15. Imprisonment		
16. Forced labour (like animal or slave)		
17. Extortion or robbery		
18. Brainwashing		
19. Forced to hide		
20. Kidnapped		
21. Other forced separation from family members		
22. Forced to find and bury bodies		
23. Enforced isolation from others		
24. Present while someone searched for people or things in your home (or the place where you were living)		

	YES	NO
25. Forced to sing songs you did not want to sing		
26. Someone was forced to betray you and place you at risk of death or injury		
27. Confined to home because of danger outside		
28. Prevented from burying someone		
29. Forced to desecrate or destroy the bodies or graves of deceased persons		
30. Forced to physically harm family member or friend		
31. Forced to physically harm someone who is not family or friend		
32. Forced to destroy someone else's property or possessions		
33. Forced to betray family member or friend, placing them at risk of death or injury		
34. Forced to betray someone who is not family or friend, placing them at risk of death or injury		
35. Murder or death due to violence of spouse		
36. Murder or death due to violence of son or daughter		
37. Murder or death due to violence of other family member or friend		
38. Disappearance or kidnapping of spouse		
39. Disappearance or kidnapping of son or daughter		
40. Disappearance or kidnapping of other family member or friend		
41. Serious physical injury of family member or friend due to combat situation/ land mine		
42. Witness beatings to head or body		
43. Witness torture		
44. Witness killing or murder		
45. Witness rape or sexual abuse		
46. Any other situation that was very frightening or in which you felt your life was in danger. Please specify all situations that have not been mentioned above.		

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ): PTSD Symptoms

The following are symptoms people sometimes have after experiencing hurtful or terrifying events in their lives. Please read each statement carefully and decide how much the symptoms bothered you during the last seven days.

	Not at all	A little	Quite a bit	Extremely
1. Recurrent thoughts or memories of the most hurtful or terrifying events	1	2	3	4
2. Feeling as though the event is happening again	1	2	3	4
3. Recurrent nightmares	1	2	3	4
4. Feeling detached or withdrawn from people	1	2	3	4
5. Unable to feel emotions	1	2	3	4
6. Feeling jumpy, easily startled	1	2	3	4
7. Difficulty concentrating	1	2	3	4
8. Trouble sleeping	1	2	3	4
9. Feeling on guard	1	2	3	4
10. Feeling irritable or having outbursts of anger	1	2	3	4
11. Avoiding activities that remind you of the traumatic or hurtful event	1	2	3	4
12. Inability to remember parts of the most hurtful or traumatic events	1	2	3	4
13. Less interest in daily activities	1	2	3	4
14. Feeling as if you don't have a future	1	2	3	4
15. Avoiding thoughts or feelings associated with the traumatic or hurtful event	1	2	3	4
16. Sudden emotional or physical reaction when reminded of the most hurtful or terrifying events	1	2	3	4
17. Feeling that you have less skills than you had before	1	2	3	4
18. Having difficulty dealing with new situations	1	2	3	4
19. Feeling exhausted	1	2	3	4
20. Bodily pain	1	2	3	4

	Not at all	A little	Quite a bit	Extremely
21. Troubled by physical problem(s)	1	2	3	4
22. Poor memory	1	2	3	4
23. Finding out or being told by other people than you have done something you cannot remember	1	2	3	4
24. Difficulty paying attention	1	2	3	4
25. Feeling as if you are split into two people and one of you is watching what the other is doing	1	2	3	4
26. Feeling unable to make daily plans	1	2	3	4
27. Blaming yourself for things that have happened	1	2	3	4
28. Feeling guilty for having survived	1	2	3	4
29. Feeling without hope	1	2	3	4
30. Feeling ashamed of the hurtful or traumatic events that have happened to you	1	2	3	4
31. Feeling that people do not understand what happened to you	1	2	3	4
32. Feeling that others are hostile to you	1	2	3	4
33. Feeling that you have no one to rely upon	1	2	3	4
34. Feeling someone you trusted betrayed you	1	2	3	4
35. Feeling humiliated by your experience	1	2	3	4
36. Feeling no trust in others	1	2	3	4
37. Feeling powerless to help others	1	2	3	4
38. Spending time thinking why these events happened to you	1	2	3	4
39. Feeling you are the only one who suffered these events	1	2	3	4
40. Feeling a need for revenge	1	2	3	4

Anhang 4 Lebenslauf

LEBENS LAUF

Name Judith Gleixner

AUSBILDUNG

Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien

Abitur Wirtschaftsgymnasium Waldshut, Deutschland, Juni 2008

ARBEITSERFAHRUNG

Forschungsprojekt zur Diplomarbeit in Ruanda, Juli - August, 2013

„19 Jahre nach dem Genozid: Resilienz bei der Bewältigung der Posttraumatischen Belastungsstörung am Beispiel ruandischer Studentinnen und Studenten“

Psychosomatisches Zentrum Eggenburg, Aug.- Sept., 2012

6–Wochen Praktikum auf den Stationen Trauma und Borderline–Persönlichkeitsstörung

„abc-Kinderbetreuung“ Akademie, September 2011

Ausbildung zur pädagogisch qualifizierten Person für Kinderbetreuung

Verein „Kind-Familie-Umwelt“ Wien, seit September 2011

Mitglied im Verein „Kind-Familie-Umwelt“; Verein zur Förderung und Therapie psychisch und psychosomatisch gefährdeter oder erkrankter Kinder und Jugendlicher g.V.

„Pro Mente“ Wien, Juli 2011 - Juli 2012

ehrenamtliche Sozialbegleiterin einer paranoid schizophrenen Klientin

Don Bosco Wien, Juli 2010 und Juli 2011

ehrenamtliche Betreuerin bei der interkulturellen Sommerwoche „Come 2gether“ im Don Bosco Haus, für Kinder und Jugendliche aus Österreich und Flüchtlingsfamilien

Psychotherapeutische Praxis „Safe Place“ Wien, April - September 2011

6- Wochen Praktikum, Begleitung bei der wöchentlichen Gruppentherapie von 9-bis 13 jährigen und Teilnahme an Intervisionsitzungen

Meeting Point & AVSI Uganda, Juli 2008 - Februar 2009

Volontärrarbeit mit HIV/AIDS- kranken Waisenkindern und traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten, Begleitung bei Notfalleinsätze mit Ärzteteams, Aufklärung für schwangere und HIV positive Mütter. Mitarbeit an verschiedenen Gesundheits- und Bildungsprojekten

PERSÖNLICHE FÄHIGKEITEN UND SONSTIGE KENNTNISSESprachkenntnisse

Muttersprache:	Deutsch
Englisch:	in Wort und Schrift
Französisch:	in Wort und Schrift

Computerkenntnisse

Gute Kenntnisse im Umgang mit SPSS und Microsoft-Office

Stressbewältigung durch Achtsamkeit

Teilnahme am 8-wöchigen MBSR-Kurs (Mindfulness Based Stress Reduction)