



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

"Kosovo-Krieg: 15 Jahre danach PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten traumatischen Erlebnissen und der Einfluss von Defeat & Entrapment"

Verfasserin

Karina Neuhofer

gemeinsam mit

Florian Kuschnigg, Ardiana Idrizi

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Psychologie

Betreuerin:

Ass.-Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Abstract

(verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer)

Die langfristigen Auswirkungen des Kosovo-Kriegs auf die psychische Gesundheit der kosovo-albanischen Bevölkerung können vor allem an stetig hohen PTBS-Raten und steigender Suizidalität festgemacht werden. Anhand des *Schematic Appraisals Model* (SAMS) kann die Entwicklung von Suizidalität durch die zugrundeliegenden psychischen Konstrukte *Defeat & Entrapment*, Bewertung der eigenen Fähigkeiten und Eigenschaften und Bewertung der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung erklärt werden. Dies ist die erste Studie, die das SAMS-Modell zur Erklärung von Suizidalität sowie PTBS in einer Stichprobe von zivilen Kriegsopfern heranzog.

Es wurden Daten von 398 Studienteilnehmer/innen (199 im Kosovo, 199 in Österreich) mit zumindest einem traumatischen Erlebnis während des Kosovo-Kriegs erhoben. Zur Anwendung kamen Messverfahren zur Erhebung von Art und Ausmaß der Traumatisierung, PTBS, Suizidalität, komorbiden Störungen und den drei Faktoren des SAMS-Modells in der Operationalisierung als *Defeat & Entrapment* (D&E), *Core Self-Evaluations* (CSE) und Wahrgenommene Soziale Unterstützung (WSU).

Das SAMS-Modell konnte für die getestete Stichprobe nur in Teilen bestätigt werden. Die Regressionsanalyse zeigte, dass D&E als einzige der drei Variablen einen direkten Einfluss auf PTBS und Suizidalität hatte. Für CSE ergab sich ein hypothetischer indirekter Effekt über das Zusammenwirken mit D&E. Durch Hinzunahme weiterer Faktoren konnte 23.7% der Varianz von Suizidalität und 60% der Varianz von PTBS erklärt werden.

Die Ergebnisse liefern Evidenz für ein komplexes Wechselspiel einer Reihe von Faktoren, die bei der Entstehung von psychischen Symptomen und Störungen nach Kriegstraumatisierungen wirksam sind. Das SAMS-Modell liefert hierzu wichtige Anhaltspunkte und kann transdiagnostisch verwendet werden. Für die Traumaforschung ist es relevant, weitere Kontextfaktoren in das Modell aufzunehmen.

Keywords: PTBS, Suizidalität, Trauma, Krieg, Defeat & Entrapment, SAMS, Core Self-Evaluations, Wahrgenommene Soziale Unterstützung, Kosovo

Abstract

(verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer)

The long-term impact of the war in Kosovo on mental health of the Kosovo Albanian population can be determined particularly based on high rates of PTSD and increased suicidality. Based on Schematic Appraisals Model (SAMS) the development of suicidality can be explained by the underlying psychic constructs such as defeat & entrapment, appraisal of personal attributes and appraisal of availability of social resources. This is the first study that made use of the SAMS-Model to explain the suicidal tendencies and PTSD in a sample of civilian war victims.

The data from 398 study participants (199 in Kosovo, 199 in Austria), with at least one traumatic experience during the war in Kosovo, were evaluated. Measuring methods were put into place to evaluate the type and magnitude of traumata, PTDS, suicidal tendencies, comorbid disorders and the three factors of the SAMS-Model in the operationalization as defeat & entrapment (D&E), core self-evaluations (CSE) and perceived social support (WSU).

The SAMS-Model could only be confirmed in parts for the tested sample. The regression analysis showed that D&E was the only variable out of three that had a direct influence on PTDS and suicidal tendencies. For CSE there was a hypothetical indirect effect through the interaction with D&E. Through the addition of other collected factors, 23.7% of suicidal tendencies variance and 60% of PTDS variance could be explained.

The results provide evidence for a complex interaction between a range of factors that are effective in the genesis of psychological symptoms and disorders after war-related trauma. In this study, the SAMS-Model provides crucial indication, and can be used trans-diagnostically. It is relevant for trauma research to incorporate further contextual factors in the model.

Keywords: PTSD, suicidality, trauma, war, defeat & entrapment, SAMS, core self-evaluations, perceived social support, Kosovo

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

In erster Linie möchte ich mich bei allen Studienteilnehmer/innen bedanken. Danke allen für die Offenheit ihre Erfahrungen, Gefühle und Gedanken im Zuge diese Forschungsarbeit zu teilen. Und für ihre Bereitschaft die oftmals langwierige Befragung durchzuführen, und das Erinnern zuzulassen.

Mein Dank gilt meiner Kollegin Ardiana Idrizi und meinem Kollegen Florian Kuschnigg. Zu weiten Teilen haben wir diese Arbeit gemeinsam erstellt und ich bin ihnen sehr dankbar für die geduldige Zusammenarbeit. Ardiana Idrizi danke ich im Besonderen für die viele Vorarbeit, die sie schon vor Beginn unserer Zusammenarbeit geleistet hat, für ihren hohen qualitativen Anspruch, für die vielen motivierten gemeinsamen Arbeitsstunden und für die Freundschaft, die sich in dieser Zeit entwickelt hat.

Mein besonderer Dank gilt Frau Ass.-Prof. Priv. Doz. Dr. Lueger-Schuster für die Betreuung dieser Arbeit und für ihr inspirierendes Fachwissen auf dem Gebiet der Psychotraumatologie. Sie hat den Ehrgeiz in uns geweckt und stets qualitativ hochwertiges wissenschaftliches Arbeiten gefördert.

Sehr herzlich möchte ich mich bei Blerim Zeqiri bedanken, der die Erhebung im Kosovo gemeinsam mit meiner Kollegin Ardiana Idrizi durchgeführt hat und uns mit seinen albanischen Muttersprachkenntnissen auch in Österreich bei Bedarf unterstützt hat.

Ein herzliches Dankeschön geht an alle, die Teile dieser Arbeit Korrektur gelesen haben oder uns bei der Übersetzung geholfen haben. Anja Christensen, Christine Rothe, Mag. Ursula Scharinger, Mag. Katharina Strasser und Thomas Strasser, vielen Dank für eure tatkräftige Unterstützung.

Für ihr Fachwissen in Statistik, ihre geduldigen Erklärungen und ihre oftmals sehr kurzfristige Verfügbarkeit danke ich Mag. Klemens Weigl und Mag. Lisa Neuhofer.

Mein Dank gilt zu guter Letzt meinen Eltern, meinem Partner, meinen Wohnungskollegen/innen und allen Freunden/innen, die mir während meines Studiums und während der Zeit dieser Diplomarbeit zur Seite gestanden sind. Ohne eure motivierenden Worte, den mutmachenden Zuspruch, die Zeit und die Unterstützung, die ihr mir zukommen lassen habt, wäre dies alles nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

I.	Theoretischer Teil	9
1	Einleitung	9
1.1	Vorwort (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	9
1.2	Historischer Hintergrund (<i>verfasst von Ardiana Idrizi</i>)	10
1.3	Folgen des Kriegs (<i>verfasst von Ardiana Idrizi</i>)	12
1.4	Kosovo-Albaner/innen in Österreich (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	13
2	Kriegsbedingte traumatische Erlebnisse (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>).....	14
2.1	Allgemein.....	14
2.2	Schweregrad traumatischer Erfahrungen	15
2.3	Kumulative Traumata.....	16
2.4	Im Kosovo vorkommende Traumata.....	17
3	Auswirkungen kriegsbedingter Traumata.....	18
3.1	Posttraumatische Belastungsstörung (<i>verfasst von Ardiana Idrizi</i>)	18
3.1.1	Prävalenzraten	19
3.1.2	Komorbiditäten.....	20
3.1.3	Langzeitauswirkungen	21
3.1.4	Flucht und Migration.....	22
3.1.5	Risiko- und Schutzfaktoren.....	23
3.2	Suizidalität (<i>verfasst von Florian Kuschnigg</i>)	24
3.2.1	Allgemein.....	24
3.2.2	Risiko- und Schutzfaktoren.....	25
3.2.3	Suizidalität nach Traumata und bei PTBS	27
3.2.4	Prävalenzraten	29
3.2.5	Flucht und Migration.....	30
4	Modelle der Entwicklung von Suizidalität (<i>verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer</i>).....	31
4.1	Cry of Pain Modell (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	31
4.2	SAMS-Modell (<i>verfasst von Ardiana Idrizi</i>)	32
4.3	Arbeitsmodell (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	33

4.3.1	Defeat & Entrapment (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	35
4.3.2	Core Self-Evaluations (<i>verfasst von Ardiana Idrizi</i>)	38
4.3.3	Wahrgenommene Soziale Unterstützung (<i>verfasst von Florian Kuschnigg</i>) ...	40
II.	Empirischer Teil	42
5	Fragestellungen (<i>verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer</i>).....	42
6	Hypothesen (<i>verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer</i>)	42
6.1	Erklärung der PTBS	42
6.2	Erklärung der Suizidalität.....	43
6.3	Länderunterschiede	44
6.4	Defeat & Entrapment (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	45
7	Methode (<i>verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer</i>)....	46
7.1	Untersuchungsdesign	46
7.2	Stichprobe.....	47
7.3	Erhebungsinstrumente	48
7.3.1	HTQ – Harvard Trauma Questionnaire.....	48
7.3.2	HSCL-25 – Hopkins Symptoms Checklist.....	49
7.3.3	Q-SIB – Questionnaire on Suicide Ideation and Behaviour	49
7.3.4	Defeat & Entrapment Scale.....	50
7.3.5	CSES – Core Self-Evaluations Scale	50
7.3.6	Social Support Questionnaire.....	50
8	Ergebnisse	51
8.1	Deskriptivstatistik (<i>verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer</i>).....	51
8.1.1	Soziodemografische Daten.....	51
8.1.2	Traumatische Erlebnisse, Symptomatik und Prävalenz von Störungsbildern..	55
8.1.3	Dahinterliegende psychologische Konstrukte.....	57
8.2	Beantwortung der Fragestellungen.....	57
8.2.1	PTBS-Symptomatik (<i>verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer</i>).....	58
8.2.2	Suizidalität (<i>verfasst von Florian Kuschnigg</i>)	63
8.2.3	Länderunterschiede (<i>verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer</i>)	67

8.2.4	Defeat & Entrapment (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	71
9	Diskussion (<i>verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer</i>) .	75
9.1	Deskriptivstatistik.....	75
9.2	PTBS	77
9.3	Suizidalität.....	79
9.4	Länderunterschiede	83
9.5	Defeat & Entrapment (<i>verfasst von Karina Neuhofer</i>)	86
10	Limitationen (<i>verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer</i>)	88
11	Ausblick (<i>verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer</i>).....	90
12	Literaturverzeichnis	92
13	Abbildungverzeichnis	103
14	Anhang	105
14.1	Fragebogen (albanisch)	105
14.2	Fragebogen (deutsch) – soziodemografische Daten.....	117
14.3	Einverständniserklärung (albanisch)	119
14.4	Einverständniserklärung (deutsch).....	120
14.5	Notfallnummern-Blatt für den Kosovo	121
14.6	Notfallnummern-Blatt für Österreich.....	122
14.7	Lebenslauf	123

I. THEORETISCHER TEIL

1 Einleitung

1.1 Vorwort

(verfasst von Karina Neuhofer)

Der Bürgerkrieg im Kosovo hinterließ tiefe Einschnitte in der Zivilbevölkerung. Viele Menschen starben, etliche verloren ihr Eigentum und einige wissen noch immer nichts über den Verbleib ihrer vermissten Familienmitglieder.

Der Fund eines Massengrabes in der Nähe des serbischen Dorfes Rudnica im April 2014 (Dumbs, 2014) – 15 Jahre nach dem Krieg – konfrontierte die kosovarische Bevölkerung wieder direkt mit den Auswirkungen des Bürgerkriegs. Auch durch die schwierige wirtschaftliche Lage, Arbeitslosigkeit, Armut und mangelnde medizinische Versorgung würde die kollektive Aufarbeitung der Traumata im Kosovo dauerhaft behindert (Buwa & Vuori, 2007; Wenzel, Agani, Rushiti, Abdullahu & Maxhuni, 2006)

Wie ist die Lage der psychischen Gesundheit der kosovo-albanischen Bevölkerung 15 Jahre nach dem Krieg? Durch welche Faktoren können Traumafolgeerkrankungen erklärt werden?

Viele Menschen verarbeiteten Traumata erfolgreich ohne chronische Symptome auszubilden und den Herausforderungen in der veränderten Realität nach dem Krieg psychisch gesund entgegenzutreten (vgl. Bonanno, 2004). Kriegsbedingte traumatische Erfahrungen könnten jedoch auch zu psychischen Störungen, insbesondere Posttraumatischen Belastungsstörungen und Suizidalität führen (vgl. Ai, Tice, Whitsett, Ishisaka & Chim, 2007; Jankovic et al., 2013; Morina et al., 2010a; Neria, Besser, Kiper & Westphal, 2010; Turner, Bowie, Dunn, Shapo & Yule, 2003; Wenzel et al., 2009).

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel die psychische Gesundheit der Kosovo-Albaner/innen 15 Jahre nach dem Krieg zu beschreiben. Im Detail wurde untersucht, welchen Erklärungswert die Faktoren *Defeat & Entrapment* (D&E), *Core Self-Evaluations* (CSE) und Wahrgenommene Soziale Unterstützung (WSU) bei der Entwicklung von Suizidalität und PTBS nach kriegsbedingten traumatischen Erfahrungen haben.

Diese Diplomarbeit behandelt im Speziellen den Faktor *Defeat & Entrapment*. Zur detaillierten Nachlese der Wirkweise der Faktoren WSU und CSE werden die Diplomarbeiten der Kollegen/innen Ardiana Idrizi und Florian Kuschnigg empfohlen.

1.2 Historischer Hintergrund

(verfasst von Ardiana Idrizi)

Im Folgenden werden die historischen Entwicklungen vor und während des Kriegs im Kosovo umrissen.

Im Jahr 1912/13, nach dem Niedergang des Osmanischen Reiches auf dem Balkan, wurde Kosovo von Serbien gegen den Willen der mehrheitlich albanischen Bevölkerung annektiert. Dies führte zu einer Reihe bewaffneter Widerstandsbewegungen (Bekaj, 2010).

In den späten 1920er und in den 1930er Jahren – bereits nach der Gründung von Jugoslawien – kam es zur organisierten Aussiedelung von Albaner/innen und Ansiedelung serbischer Familien im Gebiet des heutigen Kosovos. Im Jahr 1938 vereinbarten Jugoslawien und die Türkei die Aufnahme von 40.000 albanischen Familien in türkisches Territorium (Kraja, 2003a; Malcom, 1998, zitiert nach Bekaj, 2010). Die Aussiedelung geriet durch den Ausbruch des Zweiten Weltkriegs ins Stocken. Dennoch wurde geschätzt, dass zwischen 1918 und 1941 bis zu 150.000 Albaner/innen aus dem Kosovo emigrierten (Bekaj, 2010).

Nach dem Zweiten Weltkrieg mussten weitere zehntausende Albaner/innen das Land verlassen, weil sie sich mit politischer Verfolgung konfrontiert sahen (Independent International Commission on Kosovo, 2000, zitiert nach Bekaj, 2010). Während dieser Zeit formierten sich immer wieder bewaffnete Widerstände der albanischen Bevölkerung. Zu kollektiven Rufen nach Freiheit und Rechten für die albanische Bevölkerung kam es 1968 bei großen Demonstrationen. Es wurde die Forderung nach einer eigenen Republik Kosovo laut (Malcom, 1998, zitiert nach Bekaj, 2010).

Im Jahr 1974 wurde dem Kosovo erstmals ein autonomer Status zuerkannt. In der jugoslawischen Verfassung wurde das Recht der Provinz auf direkte Vertretung in den wichtigsten Bundesorganen eingeräumt (Kraja, 2003a; Malcom, 1998, zitiert nach Bekaj, 2010) wobei ethnische Albaner/innen ihre eigenen Institutionen entwickeln durften (Bhaumik, Gang & Yun, 2006). Dennoch blieb die kosovo-albanische Bevölkerung eine

untergeordnete Entität innerhalb Jugoslawiens und trotz der positiven Veränderungen war weiter Unzufriedenheit vorhanden.

1981 kam es zu massiven studierendenorganisierten Protesten in Pristina. Es wurden gleiche Rechte für Albaner/innen gefordert. In diesem Zeitraum wurden Hunderte von Albanern/innen getötet und Tausende inhaftiert oder gefoltert (Bekaj, 2010; Krasniqi, 2009). Der autonome Status wurde im Jahr 1989 wieder aufgehoben (Bekaj, 2010; Bhaumik et al., 2006; Krasniqi, 2009). Die Situation für die albanische Bevölkerung verschlechterte sich wieder und albanischen Studenten/innen und Schüler/innen wurde der Zugang zu sekundärer und tertiärer Schulbildung verwehrt (Clark, 2000, zitiert nach Bekaj, 2010).

In den Jahren 1991 bis 1995 kam es im Zuge der Balkankriege zur Abspaltung von Slowenien, Kroatien und Bosnien/Herzegowina von der Republik Jugoslawien. Kosvo blieb Bestandteil Jugoslawiens unter serbischer Führung. Die Unzufriedenheit der Albaner/innen mit dem serbischen Regime führte in der Mitte der 90iger Jahre zur Bewaffnung der Zivilbevölkerung und letztlich zur Gründung der Kosovo Befreiungsarmee (UÇK), die in weiterer Folge einen Befreiungskampf führte (Bekaj, 2010; Krasniqi, 2009). Der Ausbruch des Bürgerkriegs wird mit Ende Februar 1998 datiert.

Nach wiederholten gescheiterten Bemühungen im Jahr 1998 und Anfang 1999 um eine diplomatische Lösung griff die North Atlantic Treaty Organization (NATO) am 24. März 1999 in den Krieg ein und flog militärische Luftangriffe gegen Jugoslawien (Bekaj, 2010; Krasniqi, 2009; Nardulli, Perry, Pirnie, Gordon & McGinn, 2002). Während der Zeit dieser Luftangriffe kam es zu einem rasanten Anstieg an Kriegshandlungen und Vertreibungen der albanischen Zivilbevölkerung (Bekaj, 2010; Krasniqi, 2009).

Bis Ende des Kriegs wurden 8662 Albaner/innen getötet, 1412 wurden vermisst (Krasniqi, 2009), 120.000 Häuser wurden geplündert, verbrannt und zerstört (Bekaj, 2010), 850.000 Kosovo-Albaner/innen wurden gezwungen, das Gebiet des heutigen Kosovo zu verlassen und in andere Zonen der Bundesrepublik Jugoslawien oder in die Nachbarländer (Albanien und Mazedonien) zu flüchten. Mehr als 130.000 suchten um Asyl in der Ländern der EU an, und mehr als 80.000 wurden in Drittländer evakuiert (Bekaj, 2010; United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2000). In Österreich suchten im Jahr 1998 6.600 Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien um Asyl an. Zum Großteil waren dies Albaner/innen aus dem Kosovo (USCRI, 1999).

Inklusive der Binnenflüchtlinge innerhalb des Kosovos wurde die Gesamtzahl der Flüchtlinge mit knapp 1,5 Millionen Menschen beziffert, was mehr als 80% der Gesamtbevölkerung des Kosovos entsprach (Grow, 2003, Tahiri, 2001, zitiert nach Bekaj, 2010; UNHCR, 2000).

Nach 78 Tagen Luftangriff konnte der Krieg am 12. Juni 1999 mit der Stationierung der NATO-Truppen (KFOR) und der United Nations Interim Administration Mission in Kosovo (UNMIK) beendet werden (Nardulli et al., 2002; Wenzel et al., 2006). Die jugoslawische Armee zog sich zurück.

1.3 Folgen des Kriegs

(verfasst von Ardiana Idrizi)

Nach dem Friedensabkommen kehrten viele Kosovo-Albaner/innen zurück. Sie sahen sich mit umfangreichen Schäden an ihren Häusern sowie ihrem Eigentum konfrontiert und mussten Verluste von Familienmitgliedern sowie traumatische Erfahrungen des Kriegs, der Gewalt und der Verfolgung bewältigen. Auch vor dem Krieg war es zu schweren Verletzungen der Menschenrechte, Verhaftungen, Arbeitsplatzverlusten, Schließung der Universität von Pristina und Trennung von Familien gekommen. Das Konglomerat aus diesen gesamtgesellschaftlich traumatisierenden Erfahrungen verursachte langfristige Belastungen für die große Mehrheit der albanischen Bevölkerung im Kosovo (Wenzel et al., 2009).

Um eine Aufarbeitung zu ermöglichen, wäre ein funktionierendes Gesundheitssystem von Nöten gewesen, welches jedoch im Kosovo durch die Auswirkungen des Kriegs beinahe gänzlich zerstört war (Bolderson & Simpson, 2004; Wenzel et al., 2009). UNMIK verlangte noch im Jahr 2005, kranke oder verletzte Kosovo-Albaner/innen nicht aus den Asylländern abzuschieben. Die psychische Gesundheit nach dem Krieg wurde als langfristige Herausforderung für die Zukunft beschrieben (De Vries & Klazinga, 2006).

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lagen die Suizidraten der kosovarischen Bevölkerung vor dem Krieg am unteren Ende der statistischen Norm in der Vergleichsgruppe Europa (World Health Organization [WHO], 2008, zitiert nach Wenzel et al., 2009). Offiziellen Statistiken aus dem Jahr 2013 zufolge zeigten die Suizidraten im Kosovo eine steigende Tendenz seit dem Krieg (Kosovo Agency of Statistics, 2013).

1.4 Kosovo-Albaner/innen in Österreich

(verfasst von Karina Neuhofer)

Laut den Bundesgesetzblättern für die Republik Österreich vom 27. April 1999 und vom 17. Dezember 1999 erhielten kriegsvertriebene Kosovo-Albaner/innen ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht für Österreich bis zum 31. Dezember 1999, welches aus humanitären Gründen längstens bis 31. Juli 2000 ausgedehnt werden konnte. Dieses Recht galt für alle Kosovo-Albaner/innen, die kein anderes Aufenthaltsrecht geltend machen konnten und es wurden bevorzugt Personen aufgenommen, die bereits Familienangehörige in Österreich hatten (Republik Österreich, 1999a, 1999b).

Überdies gab es die Möglichkeit, einen Asylantrag nach der Genfer Konvention zu stellen. Als Flüchtling wird jemand bezeichnet der/die

[...] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtung nicht in Anspruch nehmen will [...] (UNHCR, 1951, S. 2)

Da diese Definition nach Beendigung des Kriegs im Mai 1999 auf Kriegsflüchtlinge nicht mehr zutraf, wurden Asylanträge nur in besonderen Fällen (Deserteure, Volksgruppe der Goranen) positiv beschieden.

Die rechtlichen Grundlagen, auf denen der Aufenthalt von Kosovo-Albaner/innen in Österreich heute gründet, sind vielfältig. Wie bereits erwähnt, haben einige wenige den Status eines Flüchtlings. Andere wiederum kommen als internationale Studierende oder als Hilfsarbeiter/innen oder Saisonarbeiter/innen für eine begrenzte Zeit. Viele Kosovo-Albaner/innen kamen bereits ab 1966 nach Abschluss des Anwerbeübereinkommens mit dem ehemaligen Jugoslawien als Gastarbeiter/innen nach Österreich (Brickner, 2014). Viele dieser Arbeitskräfte blieben langfristig in Österreich und holten während und nach dem Krieg ihre Familien durch Familienzusammenführungen nach Österreich.

Berry (2006) bezeichnete in seiner Arbeit nur Asylsuchende und Flüchtlinge als *forced migrants*, alle übrigen Formen von Migration würden freiwillig erfolgen. Auch wenn heute

kaum Menschen aus dem Kosovo Asylsuchende sind oder Flüchtlingsstatus haben, wird es ihrer Situation nicht gerecht, sie als freiwillige Immigranten/innen zu bezeichnen.

In der vorliegenden Arbeit wird im Weiteren der Begriff *Migranten/innen* für alle in Österreich lebenden Kosovo-Albaner/innen verwendet. Dabei ist anzumerken, dass die persönlichen Immigrationgeschichten sehr unterschiedlich waren und angenommen werden muss, dass sich viele Kosovo-Albaner/innen nicht freiwillig außerhalb ihres Heimatlandes begaben. Sie sahen sich durch den Krieg und dessen soziale, politische und wirtschaftliche Auswirkungen gezwungen, ihr Leben andernorts weiterzuleben.

2 Kriegsbedingte traumatische Erlebnisse

(verfasst von Karina Neuhofer)

2.1 Allgemein

Der deutsche Schriftsteller Heinrich Böll schrieb in der Nachkriegszeit, dass der Krieg nicht zu Ende sein würde, solange die Wunden noch bluteten (Böll, Savill & Bednall, 1950). Physische Wunden, die in einem Krieg verursacht werden, sind offensichtlich. Der Augenblick, in dem sie einem zugefügt werden, ist ebenfalls meist nachvollziehbar. Psychische Wunden hingegen verwehren sich oftmals dieser Nachvollziehbarkeit und Offensichtlichkeit.

Welche Momente und Situationen während eines Kriegs können potenziell langanhaltende psychische Wunden hinterlassen? Im Diagnostischen und Statistischen Manual für psychische Störungen (DSM IV) wurden traumatische Erlebnisse als persönliches Erleben oder Beobachten von Situationen definiert, die mit dem Tod, der Androhung des Todes, schweren Verletzungen oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun haben. Darüber hinaus wurde das Miterleben von unerwarteten oder gewaltsamen Todesfällen, schweren Leids oder die Androhung Familienmitglieder zu töten oder zu verletzen als potentiell traumatisierend erachtet (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998).

Fischer und Riedesser (2009, s. 84) beschrieben ein traumatisches Erlebnis als "[...] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe

einhergeht und so dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt." und bezogen somit die erlebende Person in die Beschreibung mit ein.

Die erlebten Traumata seien in ihrer Art und ihrem Ausmaß sehr unterschiedlich. Grundsätzlich würden *man-made* und *nature-made-disaster* unterschieden (vgl. Friedmann, Hofmann, Lueger-Schuster & Vyssoki, 2004) – wobei nahezu alle in einem Krieg vorkommenden Traumata zur ersteren Kategorie zählten. Nach Maercker (2009) seien die Traumata, die am stärksten zu Beeinträchtigungen und chronischen psychischen Folgen führten, diejenigen, die durch Menschen verursacht würden und länger andauerten.

Im Weiteren wird aufgezeigt, welche unterschiedlichen kriegsbedingten Traumata vorkommen, wie sie zu Gruppen zusammengefasst werden können und in welchem Ausmaß ein kumulativer Effekt beschrieben werden kann.

2.2 Schweregrad traumatischer Erfahrungen

Traumata zu messen und deren Schweregrad zu bestimmen, sei laut Jankovic et al. (2013) sehr komplex. Es erscheint dennoch angebracht, eine Einteilung im Sinne der Schwere vorzunehmen, da unterschiedliche Traumata in unterschiedlichem Maße zur Ausbildung von psychiatrischen Symptomen und Störungen beitragen (vgl. Panagioti, Gooding, Dunn & Tarrier, 2011; Strauss, Dapp, Anders, von Renteln-Kruse & Schmidt, 2011).

Fischer und Riedesser (2009) beschrieben Folter und andere Situationen fortwährender Lebensbedrohung als *Extremtraumatisierungen*. Im DSM IV wurden Folterung und Vergewaltigung als schwerwiegende "Belastungsfaktoren" beschrieben (Saß et al., 1998). Auch wenn situative Komponenten von traumatischen Erfahrungen beschrieben werden können, kann der Schweregrad letztlich nur an den Auswirkungen – den psychischen Symptomen und Störungen – festgemacht werden.

In früheren Forschungsarbeiten stand erhöhte PTBS-Symptomatik in direktem Zusammenhang mit Gefangenschaft, Missbrauch (Steel, Silove, Bird, McGorry & Mohan, 1999), Kampfsituationen, dem Tod nahe sein, erzwungene Isolation von anderen, Krankheit ohne Zugang zu Versorgung (Eytan et al., 2004), erzwungene Separation von der Familie (Cardozo, Vergara, Agani & Gotway, 2000; Eytan et al., 2004) Zeuge/in des Mordes oder Todes an der Familie oder einem/r Freund/in sein (Cardozo et al., 2000; Eytan et al., 2004; Priebe et al., 2010b), Folter und nicht-sexueller oder sexueller Überfall von einem/r

Unbekannten (Priebe et al., 2010b). In Zusammenhang mit Suizidalität wurden im Speziellen Gefangenschaft, Kampfhandlungen, schwere körperliche Verletzungen und die Zeugenschaft von einem Überfall, Mord oder Tod genannt (Jankovic et al., 2013).

Weiters kann es aufschlussreich sein, Traumata in Gruppen einzuteilen und deren spezifische Auswirkungen zu erforschen. Steel et al. (1999) bildeten in ihrer Studie Traumagruppen auf der Grundlage einer Faktorenanalyse. Von den drei vorgefundenen Gruppen *Gefangenschaft & Menschenrechtsverletzungen*, *Traumatischer Verlust* und *Konfliktexposition* hatte nur erstere einen direkten Effekt auf PTBS-Symptome. Diese Gruppe inkludierte Folter, Gefangenschaft, Vergewaltigung und andere Formen von sexuellem Missbrauch, erzwungene Isolation, Entzug medizinischer Versorgung, Todesnähe und erzwungene Separation von Familienmitgliedern und deckt sich großteils mit der eben angeführten Zusammenfassung schwerer Traumata in den Forschungsarbeiten von Cardozo et al. (2000), Eytan et al. (2004), Priebe et al. (2010b) und Steel et al. (1999).

Priebe et al. (2010b) konnten hingegen keinen spezifischen Einfluss der Traumagruppe "Menschenrechtsverletzungen" auf PTBS feststellen – die Gruppenzusammenfassung erfolgte hier jedoch theoriegeleitet und nicht faktorenanalytisch.

Basıoğlu und Paker (1995) plädierten dafür, Art und Ausmaß der Erfahrungen gemeinsam zu betrachten, wenn es darum ginge, einen Schweregrad-Index traumatischer Erfahrungen zu ermitteln.

2.3 Kumulative Traumata

Fischer und Riedesser (2009) beschrieben, dass die Stärke der Situationsfaktoren einzelner Traumaerlebnisse die Wahrscheinlichkeit erhöhe, keine ausreichenden Ressourcen zu deren Bewältigung zu besitzen. Jankovic et al. (2013) fügten dem hinzu, dass nicht nur die Qualität der einzelnen Traumata, sondern auch deren Quantität entscheidend sei.

Die Existenz eines kumulativen Effekts oder Dosis-Wirkungs-Zusammenhangs zwischen der Anzahl der Traumata und PTBS wurde in unterschiedlichen Studien bestätigt (vgl. Bramsen & van der Ploeg, 1999; Eytan et al., 2004; Johnson & Thompson, 2008). Jankovic et al. (2013) berichteten einen ebensolchen Effekt auf Suizidalität und Strauss et al. (2011) auf allgemeine psychologische Maladaptation. Bramsen und van der Ploeg (1999) führten weiter aus, dass ein Dosis-Wirkungs-Zusammenhang auch 50 Jahre nach der

Traumatisierung noch gegeben sei. Je mehr Traumata im zweiten Weltkrieg erlebt worden waren, umso höher war das Risiko einer PTBS.

Neben der Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der einzelnen traumatischen Erfahrungen, dürfte es noch weitere Komponenten im Erleben der betroffenen Person während des Traumas geben, welche die psychischen Folgen beeinflussen. Panagioti et al. (2011) führten die wahrgenommene Bedrohung des eigenen Lebens als entscheidend an, Başoğlu und Paker (1995) die wahrgenommene Schwere der jeweiligen traumatischen Situation und Neria, Solomon und Dekel (2000) die psychische Reaktion während des Traumas.

2.4 Im Kosovo vorkommende Traumata

Wie Wenzel et al. (2009) anmerkten, war eine große Mehrheit der albanischen Bevölkerung im Kosovo den Belastungen während des Kriegs und den Auswirkungen nach dem Krieg ausgesetzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine große Mehrheit der albanischen Bevölkerung mindestens eine traumatische Erfahrung im Zuge des Kriegs erlebte.

Unterschiedlichen Studien im Kosovo und im ehemaligen Jugoslawien zufolge, erlebten die Menschen im Krieg im Durchschnitt 4.2 bis 10.6 Traumata (Cardozo et al., 2000; Jankovic et al., 2013; Morina, Ford, Risch, Morina & Stangier, 2010b; Priebe et al., 2010b). Jene Menschen, die zu Flüchtlingen wurden, erlebten durchschnittlich 6.8 bis 15 potentiell traumatische Ereignisse (Ai, Peterson & Uebelhor, 2002; Cardozo et al., 2000; Jankovic et al., 2013).

Die häufigsten Traumata während des Kosovo-Kriegs waren: dem Tod nahe sein (Cardozo et al., 2000), Kampfhandlungen (Cardozo et al., 2000; Morina & Ford, 2008; Morina et al., 2010b), Wasser- und Nahrungsmangel (Cardozo et al., 2000; Morina et al., 2010b) und erzwungene Evakuierung unter gefährlichen Bedingungen (Cardozo et al., 2000; Morina & Ford, 2008; Morina et al., 2010b). Darüber hinaus wurden folgende Traumata oft genannt: Mord oder Tod eines Familienmitgliedes oder Freundes/Freundin, Separation von der Familie, Hausdurchsuchungen, Obdachlosigkeit, Mangel an medizinischer Versorgung und Gefangenschaft (Morina & Ford, 2008).

3 Auswirkungen kriegsbedingter Traumata

3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

(verfasst von Ardiana Idrizi)

Im Weiteren wird nochmals näher auf die Posttraumatische Belastungsstörung als spezifische Folgestörung von traumatischen Erlebnissen eingegangen.

Der Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelte sich erst über die Zeit. Traumafolgestörungen wurden nach dem Ersten Weltkrieg als Kriegsneurose, traumatische Neurose, Zweck- oder Schreckneurose und/oder Shell-Schock bezeichnet. Diese Diagnosen durften ab Juni 1917 nicht mehr vergeben werden, stattdessen wurde die Bemerkung *NDY(N) – Not Yet Diagnosed (?Nervousness)* verwendet (Ruggenberger, 2007, zitiert nach Maercker, 2009). Im Jahr 1941 wurden Traumafolgen vom amerikanischen Psychiater Kardiner als *physioneurosis* bezeichnet (Kardiner, 1941, zitiert nach Maercker, 2009).

Nach dem 2. Weltkrieg wurde festgestellt, dass nicht nur Kriegsoffer, sondern auch die Überlebenden von anderen traumatischen Ereignissen derartige Symptome aufwiesen. Dies führte zu der Annahme, dass nach Erleben von verschiedenen Extremsituationen ähnliche psychische Auswirkungen entstünden und zu einer gemeinsamen klinischen Diagnose zusammengefasst werden könnten. Der Weg war geebnet für die Posttraumatische Belastungsstörung als Diagnose nach potentiell traumatisierenden Ereignissen (Maercker, 2009). Im Jahr 1980 wurde PTBS erstmals als DSM III angeführt (Ford, 2009).

Im DSM IV wurde PTBS als eine Angststörung, die nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis entstehe, definiert. Die Symptome einer PTBS umfassten Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen, anhaltendes Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern, Übererregbarkeit und Beeinträchtigung in sozialen und beruflichen Bereichen. Um eine PTBS-Diagnose stellen zu können, müssten die Symptome länger als ein Monat bestehen (Saß et al., 1998). Die vorliegende Arbeit bezieht sich im Weiteren auf die Definition laut DSM IV. Die erneuerte fünfte Auflage des Diagnostischen Statistischen Manuals für psychische Störungen wird hier nicht angeführt, da sich die Fragebögen des Empirieteils auf die vierte Auflage beziehen.

Im Vergleich dazu wurde im ICD-10 die Posttraumatische Belastungsstörung wie folgt definiert: „Eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine

Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (Dilling & Freyberger, 2012, S. 173).

Potentiell traumatisierende Ereignisse kommen sehr häufig vor. Studien zeigten, dass 21.0% - 89.6% der allgemeinen Bevölkerung mindestens ein Mal in ihrem Leben irgendeinem Trauma ausgesetzt waren (vgl. Breslau et al., 1998; Breslau, Reboussin, Anthony & Storr, 2005; Perrin et al., 2014). Diese traumatischen Ereignisse konnten langfristige negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Ehlers & Clark, 2000) und PTBS, Depression, Angst und andere psychische Störungen hervorrufen (Kashdan, Morina & Priebe, 2009; Matanov et al., 2013). In der Allgemeinbevölkerung betrug die Lebenszeitprävalenz einer PTBS 5% (Perrin et al., 2014) bis 9.2% (Breslau et al., 1998). In Postkonfliktgesellschaften war die Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen erheblich höher (Cardozo et al., 2000; Priebe et al., 2010a).

Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, führen bestimmte Traumata mit höherer Wahrscheinlichkeit zu PTBS. Figley (1985) hob im Besondern hervor, dass die Schwere der Gefahr und des Verlustes während des Traumas Auswirkungen auf den Schweregrad der PTBS hätten.

3.1.1 Prävalenzraten

Dass Kriegstraumatisierungen zur Entwicklung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) führen können, ist weitgehend belegt (vgl. Cardozo et al., 2000; Eytan, Guthmiller, Durieux-Paillard, Loutan & Gex-Fabry, 2011; Farhood, Dimassi & Lehtinen, 2006; Morina & Ford, 2008; Priebe et al., 2010b). Die Prävalenzraten variierten jedoch in unterschiedlichen Studien in Abhängigkeit von der Stichprobengröße, Untersuchungsinstrumenten, Untersuchungsdesigns und vom Zeitpunkt der Erhebung. Studien, die unmittelbar oder wenige Jahre nach dem Krieg durchgeführt wurden, zeigten eine höhere Prävalenzrate (vgl. Cardozo et al., 2000; Morina & Ford, 2008; Priebe et al., 2013) als solche, die mehrere Jahre nach Traumaerlebnissen durchgeführt wurden (Bramsen & van der Ploeg, 1999).

In zeitlicher Nähe zum Kosovo-Krieg lagen die PTBS-Raten bei 17.1% – 25.5% (Cardozo et al., 2000; Morina & Ford, 2008; Wenzel et al., 2006). In der Querschnittstudie von Cardozo et al. (2000), die mit Kosovo-Albanern/innen unmittelbar nach dem Krieg

durchgeführt wurde, lag die PTBS-Prävalenz beispielsweise bei 17.1%. Morina und Ford (2008) und Wenzel et al. (2006) fanden hingegen etwas höhere PTBS-Raten von 25.5% beziehungsweise 22%.

Unterschiedliche Konflikte und kriegsrische Auseinandersetzungen bringen unterschiedliche traumatische Erfahrungen mit sich (Steel, Z., persönliche Korrespondenz, 4. Oktober 2014). Darüber hinaus ist jeder Konflikt vor seinem spezifischen historischen und kulturellen Hintergrund zu sehen. So gab es große Unterschiede in den PTBS-Prävalenz-Raten in unterschiedlichen Ländern und in unterschiedlichen Studien. Basoglu et al. (2005) fanden PTBS-Raten von 22% - 33% in ehemaligen jugoslawischen Ländern. De Jong et al. (2001) untersuchten 4 Postkonfliktländer mit niedrigem Einkommen und fanden 37.4% PTBS-Prävalenz in Algerien, 28.4% in Kambodscha, 15.8% in Äthiopien und 17.8% im Gazastreifen. In einer Studie, die die Prävalenz von PTBS und allgemeiner psychiatrischer Morbiditäten in der Zivilbevölkerung im Südlibanon untersuchte, fanden die Forscher eine PTBS-Rate von 29.3% (Farhood et al., 2006).

3.1.2 Komorbiditäten

Neben der PTBS als direkte traumareaktive Störung können Betroffene nach Kriegserfahrungen auch andere psychische Störungen ausbilden. Laut früheren Forschungsarbeiten erfüllten 80% der Personen mit PTBS die Kriterien für mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose (vgl. Breslau et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000).

Depression und Angststörungen gelten als die häufigsten komorbiden Störungen einer PTBS (vgl. Kashdan et al., 2009; Morina & Ford, 2008). Kashdan et al. (2009) fanden, dass 20% der Personen mit PTBS im Kosovo auch komorbide Angststörungen und 65% Depressionen aufwiesen. In der Studie von Eytan et al. (2011) erfüllten 80% der Personen mit einer PTBS auch die Kriterien für eine Major Depression. Bei Cardozo et al. (2000) hingegen konnte nur eine 10%-ige Komorbidität von PTBS und Depression festgestellt werden. Die Faktoren, die ein gemeinsames Auftreten von PTBS und Depression begünstigten, waren laut Wenzel et al. (2006) Arbeitslosigkeit, Verlust von nahestehenden Personen während des Kriegs und kumulative Traumata.

Auch andere Störungen oder Krankheiten wie Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Somatisierungsstörungen, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen traten laut Maerker (2009) komorbid auf.

3.1.3 Langzeitauswirkungen

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde angenommen, dass sich Personen, die einen Krieg erlebt hatten, nach einiger Zeit von diesen Erfahrungen erholten. In den 1950er und 1960er Jahren wurde jedoch klar, dass solche Traumata langanhaltende Folgen haben konnten (Archibald, Long, Miller & Tuddenam, 1962, Bastiaans, 1957, Eitinger, 1964, zitiert nach Bramsen & van der Ploeg, 1999; Strauss et al., 2011). Symptome und Störungen nach Kriegserlebnissen heilen nicht spontan, können viele Jahre dauern und Mehrgenerationseffekte haben (vgl. Kellermann, 2001; Wenzel et al., 2006) je nachdem wie sich Überlebende nach dem Trauma anpassen können (vgl. Ford, 2009). Bramsen und van der Ploeg (1999) untersuchten in ihrer Studie die langanhaltende Wirkung des Kriegs auf die psychische Gesundheit bei einer Stichprobe der Weltkriegsüberlebenden, die eine Vielzahl von kriegstraumatischen Ereignissen wie Bombenangriffe, Verfolgung, Widerstand, Kampf und auch andere Gewalt erlebt hatten. 50 Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg erfüllten 4,6% der gesamten Stichprobe die Kriterien einer PTBS, wobei die höchsten Raten bei Verfolgten gefunden wurden (13%), gefolgt von Veteranen (7%) und zivilen Kriegsopfern (4%).

Die Studie von Klarić, Klarić, Stevanovic, Grković und Jonovska (2007) an Frauen aus Bosnien und Herzegovina – die langfristigen und extremen Kriegstraumata ausgesetzt waren – zeigte, dass auch 10 Jahre nach dem Krieg psychische Symptome vorhanden waren. Die PTBS-Prävalenz betrug in dieser Stichprobe 28,3%.

In zwei aufeinanderfolgenden Studien stellten Eytan et al. (2004) und Eytan et al. (2011) fest, dass im Jahr 2007 die PTBS-Prävalenz im Kosovo niedriger war als im Jahr 2001. Die Prävalenz lag 2 Jahre nach dem Krieg bei 23,2% und 8 Jahre danach bei 14,5%. Hierbei lag die Remissionsrate der 2001 diagnostizierten PTBS-Fälle bei 77,3%. In der Folgestudie wurden 12,1% der Studienteilnehmer/innen erstmals mit PTBS diagnostiziert. Steel et al. (1999) wiesen darauf hin, dass mit zeitlichem Abstand zu den Traumaerlebnissen hauptsächlich chronische und nicht remittierende PTBS-Fälle aufgedeckt wurden. Die eben

genannten Ergebnisse von Eytan et al. (2011) deuten jedoch auf die Existenz von Late-Onset-PTBS nach dem Kosovo-Krieg hin.

3.1.4 Flucht und Migration

Viele Studien, die sich mit Flüchtlingen von Kriegsgebieten beschäftigten, fanden sehr hohe PTBS Raten unter den Teilnehmern/innen. Kriegsbedingte traumatische Erfahrungen hatten eine Auswirkung auf die Anpassungsstrategien bei Flüchtlingen (vgl. Dahl et al., 1998, Plante et al., 2002, zitiert nach Knipscheer & Kleber, 2006), die Anpassung ihrerseits hatte einen Einfluss auf die psychische Gesundheit.

Die PTBS-Raten bei Migranten/innen und Flüchtlingen mit kriegsbezogenen Erlebnissen lagen Roth, Ekblad und Agren (2006) zufolge bei bis zu 63%. Bosnische Flüchtlinge in Australien wiesen zum Beispiel zu 63% PTBS auf (Momartin, Silove, Manicavasagar & Steel, 2003), kongolesische Flüchtlinge in Nakivale zu 61.7% (Ssenyonga, Owens & Olema, 2013) und kosovarische Flüchtlinge in Amerika zu 60.5% (Ai et al., 2002). Die Studie von Ai et al. (2002) mit Flüchtlingen aus dem Kosovo in Amerika unmittelbar nach der Umsiedlung zeigte, dass die Studienteilnehmer/innen eine große Anzahl von Traumata erlebt hatten. 90% berichteten von 10 oder mehr traumatischen Erfahrungen. Die 60.5% der Befragten mit einer PTBS zeigten die Symptome von Wiedererleben zu 74.4%, von Vermeidung zu 45% und von Erregung zu 73.6%.

Eytan et al. (2004) zeigten, dass die PTBS-Prävalenz bei ehemaligen Flüchtlingen höher war, als bei Personen, die ihre Heimat nicht verlassen mussten, obwohl sie gewissen traumatischen Ereignissen wie Kampfhandlungen und Konfrontation mit dem Tod anderer nicht so häufig ausgesetzt waren. In ihre Studie wurden Personen miteinbezogen, die während des Kriegs den Kosovo nicht verlassen hatten und solche, die in der Schweiz als Asylsuchende waren.

Kashdan et al. (2009) fanden, dass Flüchtlinge eher zu komorbiden Störungen neigten als Personen, die innerhalb des Heimatlandes flüchten mussten (intern Vertriebene). 80% der Flüchtlinge wurden mit Angststörungen diagnostiziert und 66% mit Depressionen. Die intern Vertriebenen hatten im Gegensatz dazu zu 20% Angststörungen und zu 34% Depressionen. In Australien lebende bosnische Flüchtlinge hatten zu 40% eine komorbide Depression (Momartin, Silove, Manicavasagar & Steel, 2004).

Generell muss angemerkt werden, dass Studien mit Flüchtlingen mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Meist ist es so, dass Asylsuchende die Sprache des Landes nicht beherrschen, und eine/n professionelle/n Dolmetscher/in oder Angehörige für die Übersetzung benötigen. Der Einsatz von Übersetzer/innen beeinflusst die Berichterstattung traumatischer Ereignisse und psychischer Symptome (Eytan et al., 2002). In der Studie von Eytan et al. (2002) berichteten Teilnehmer/innen mit Angehörigen als Übersetzer/innen weniger Symptome, Trauer und Alpträume als jene mit ausgebildeten Dolmetscher/innen. Darüber hinaus sei eine Übertreibungstendenz der Traumaerlebnisse und PTBS Symptome von Asylsuchenden bekannt (vgl. Johnson & Thompson, 2008).

3.1.5 Risiko- und Schutzfaktoren

Traumatische Erlebnisse sind eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung um PTBS zu entwickeln. Gewisse Risiko- und Schutzfaktoren spielen eine bedeutende Rolle (vgl. Ford, 2009).

3.1.5.1 *Geschlecht*

Frauen erleben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit traumatische Ereignisse als Männer. Die Studie von Breslau et al. (1998) zeigte, dass Frauen zwei Mal mehr gewalttätige Erfahrungen machten und auch zwei Mal eher PTBS entwickelten. Ford (2009) gab an, dass einer von zwanzig Männern und eine von zehn Frauen irgendwann in ihrem Leben von PTBS betroffen seien. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in den PTBS-Raten erwiesen sich auch in Studien, die sich auf Kriegstraumatisierungen bezogen, als gegeben (vgl. Ai et al., 2002; Cardozo et al., 2000; Eytan et al., 2004; Roth et al., 2006; Ssenyonga et al., 2013; Strauss et al., 2011).

3.1.5.2 *Alter*

Das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von PTBS. Die Studie von De Jong et al. (2001) in den vier Postkonfliktländern Algerien, Kambodscha, Äthiopien und dem Gazastreifen zeigte, dass nur Studienteilnehmer/innen, die nach dem zwölften Lebensjahr konfliktbezogenen traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, PTBS entwickelten. Traumatische Ereignisse vor dem zwölften Lebensjahr korrelierten nicht signifikant mit PTBS.

Cardozo et al. (2000), Eytan et al. (2004) und Priebe et al. (2010a) fanden, dass höheres Alter mit einer höheren Prävalenz von PTBS assoziiert werden kann. 44.4% der über 65-Jährigen wurden mit PTBS diagnostiziert (Eytan et al., 2004). Farhood et al. (2006) eruierten auch in einer Stichprobe von Kriegsüberlebenden aus dem Südlibanon, dass Personen, die älter als 40 Jahre waren, eher PTBS entwickelten als jüngere. Sie begründeten diesen Altersunterschied damit, dass ältere Personen mehrere traumatische Ereignisse während ihres Lebens erlebt haben dürften, als jüngere. Sowohl Ai et al. (2002) als auch Momartin et al. (2003) konnten in Flüchtlingsstichproben keinen solchen Alterseffekt nachweisen.

3.1.5.3 Ausbildung

Der Zusammenhang zwischen Ausbildung und PTBS wurde mehrfach bestätigt (Farhood et al., 2006; Priebe et al., 2010a). De Jong et al. (2001) fanden heraus, dass Personen die ein niedriges Bildungsniveau hatten eher zu PTBS neigten. In der Studie von Eytan et al. (2002) hatte das Bildungsniveau hingegen nur einen Einfluss auf die Entwicklung von Major Depression, nicht aber auf PTBS. Momartin et al. (2003) konnte auch keinen Einfluss des Bildungsniveaus auf PTBS bei Flüchtlingen finden.

3.1.5.4 Weitere Faktoren

Andere Faktoren, die einen Einfluss auf die Entwicklung von PTBS nach erlebten Traumata haben können, sind vorherige psychiatrische Erkrankungen, chronische Krankheiten (Cardozo et al., 2000), Arbeitslosigkeit, unverheiratet zu sein (Farhood et al., 2006; Priebe et al., 2010b; Wenzel et al., 2006), das Heimatland während des Kriegs verlassen zu haben (Eytan et al., 2004) und der Landbevölkerung anzugehören (Wenzel et al., 2006). Auch dem dauerhaften Aufenthalt in einem Postkonfliktland konnte in der Forschungsarbeit von Priebe et al. (2009) eine PTBS-fördernde Rolle zugeschrieben werden.

3.2 Suizidalität

(verfasst von Florian Kuschnigg)

3.2.1 Allgemein

Berzewski und Pajonk (2012) fassten unter dem Überbegriff Suizidalität im Wesentlichen zwei wichtige Komponenten zusammen. Sie beschrieben Suizidalität als Summe aller Denkweisen (suicidal ideation) und Verhaltensweisen (suicidal behaviour), mit der Absicht

den eigenen Tod herbeizuführen. Gedanken und Handlungen ohne Todesabsicht (z.B. selbstverletzendes Verhalten ohne entsprechende Absichten), werden bei Nock (2010) vom Begriff Suizidalität ausgeschlossen. Das *Cry of Pain* Modell von Williams (1997, siehe Kapitel 4.1) inkludiert jedoch selbstverletzendes Verhalten ohne direkte Todesabsicht. Selbstverletzendes Verhalten werde im Rahmen des *Cry of Pain* Modells als Reaktion verstanden, einer Stresssituation nicht entkommen zu können (Rasmussen et al., 2010). Selbstverletzendem Verhalten wurde nicht per se die Absicht zu sterben zugeschrieben. Dennoch wurde es in den Arbeiten von Rasmussen et al. (2010) und Williams (1997) als *Cry of Pain* – also als Schmerzensschrei – verstanden und somit mit Suizidalität in Verbindung gebracht. Suizidalität im Allgemeinen wurde ebenfalls als Reaktion auf Stresssituationen gesehen, wobei die Wahrnehmung von *defeat* (siehe Kapitel 4.3.1.), Ausweglosigkeit und die fehlende Aussicht auf Rettung das Suizidrisiko erhöhen würden.

Selbstmord zu begehen wurde als der letzte Ausweg beschrieben, wenn alle übrigen Optionen erschöpft seien (Williams, 1997). Hierbei führten Suizidgedanken häufig, jedoch nicht zwingend zur Suizidplanung und zur Durchführung eines Suizidversuchs. Nock et al. (2008b) zeigten, dass es bei 60% der Menschen mit Suizidgedanken innerhalb eines Jahres zu einem Suizidversuch kam. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden Suizidgedanken und Suizidversuche unter dem Überbegriff Suizidalität subsumiert. Suizidraten beziehen sich hingegen auf durchgeführte Suizide und sind nicht Teil des Überbegriffs *Suizidalität*.

3.2.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Zusammenhänge zwischen Suizidalität und psychischen Störungen konnten mehrfach in Studien gezeigt werden (vgl. Spijker, Graaf, ten Have, Nolen & Speckens, 2010; Wolfersdorf, 2008).

Laut Wolfersdorf (2008) wiesen bis zu 89% der Suizidopfer eine depressive Störung auf, bis zu 56% Alkoholmissbrauch. Mit 62% würden über die Hälfte der Suizidopfer an einer Persönlichkeitsstörung leiden. Die Prävalenz psychischer Störungen im Allgemeinen würde zwischen 70% und 100% liegen. Menschen mit affektiven Erkrankungen hätten das höchste Risiko suizidales Verhalten zu zeigen.

Spijker et al. (2010) verglichen Daten der gesamten Strichprobe einer niederländischen Gesundheitsstudie mit jenen Personen, welche psychische Störungen aufwiesen. Das Risiko Suizidalität aufzuweisen war bei Personen mit zwei oder mehr depressiven Symptomen um

das 3.6-fache erhöht. Lag eine bipolare Störung vor, war die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Suizidalität 13.2-mal so hoch wie in der gesamten Stichprobe. Im Vergleich dazu beschrieben Marshall et al. (2001) eine Erhöhung des Risikos für Suizidgedanken um beinahe das Vierfache (3.91), sofern eine Depression vorlag.

Geschlechtsunterschiede bei Suizidalität wurden in mehreren Studien gefunden. Männer begingen häufiger Suizid, Frauen würden jedoch öfter Suizidgedanken haben und Suizidversuche unternehmen (Wolfersdorf, 2008). Suizidgedanken und –handlungen führten bei Männern häufiger zum Selbstmord als bei Frauen (Plener, Straub, Kapusta, Fegert & Spröber, 2012).

Laut Berzewski und Pajonk (2012) erhöhe sich die Suizidrate mit steigendem Alter. Der höchste Anstieg wäre bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 35 Jahren festzustellen. Auch Wolfersdorf (2008) beschrieb mit dem Alter steigende Suizidraten. Suizidversuche würden jedoch weniger oft unternommen je älter eine Person sei. Diese Darstellung wurde von Nock et al. (2008a) in einer länderübergreifenden Studie bekräftigt, wo das Risiko für suizidales Verhalten mit steigendem Alter abnahm. Am höchsten war das Risiko für Suizidalität in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren. In dieser Altersgruppe wiesen Personen 9.5-mal häufiger Suizidgedanken auf, hatten knapp über 10-mal so oft Suizidplanungen durchgeführt und über 12-mal so oft Suizidversuche unternommen. Innerhalb dieser Altersgruppe stieg die Prävalenz von Suizidgedanken mit dem Alter an, wie Nock et al. (2008b) in einer weiteren Untersuchung zeigten.

Im Vergleich mit anderen Todesarten, hatten Suizidopfer eher ein hohes Bildungsniveau (Pompili et al., 2013). Die Autor/innen erklärten dies durch eine möglicherweise erhöhte Erwartungshaltung an sich selbst. Nock et al. (2008b) konnten einen positiven Zusammenhang zwischen Suizidalität und Bildungsgrad zeigen. Personen mit universitärem Bildungsniveau waren am stärksten betroffen.

Zu den Risikofaktoren für Suizidalität zählte Wolfersdorf (2008) unter anderem Partnerverlust, Kriminalität sowie Verlust des sozialen, kulturellen und politischen Lebensraumes. Eine positive Sicht der eigenen Zukunft sowie soziale Unterstützung könnten dieses Risiko verringern (Williams, 1997). Drevinja, Berisha, Serreqi, Statovci und Haxhibeqiri (2013) konnten bei einer Erhebung im Kosovo 80% der Suizidalität durch Faktoren wie Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen, niedriges Alter, Anstieg des Drogenkonsums, niedriges Budget für das psychische Gesundheitswesen, Umsiedlung der

Bevölkerung vom Land in die Stadt, Schulden, häusliche Gewalt, die große Anzahl an vermissten Menschen und Kriegstraumatisierungen erklären. Bei Berzewski und Pajonk (2012) zählte ein vorausgegangener Suizidversuch zu den wichtigsten Risikofaktoren.

3.2.3 Suizidalität nach Traumata und bei PTBS

Traumata welche Menschen während Kriegen erleben, können in der Folge zur Ausbildung psychischer Störungen führen (siehe Kap. 3.1).

Besonders wenn mehr als ein traumatisches Ereignis erlebt wurde, war dies ein Risikofaktor für Suizidalität (Farhood et al., 2006). Laut Betts, Williams, Najman und Alati (2013) korrelierte die Anzahl erlebter Traumata unabhängig vom Vorhandensein einer PTBS mit Suizidalität. Bestimmte Traumata erwiesen sich im Besonderen als suizidfördernd. Die kriegsbedingten Traumata, welche bei Jankovic et al. (2013) am meisten mit Suizidalität korrelierten, waren wie bereits in Kapitel 2.2 angemerkt Gefangenschaft, Kampfhandlungen, schwere Verletzungen und Zeugenschaft von Angriffen, Mord oder Tod. Die Anzahl und die Art der Kriegstraumatisierungen können somit als direkte Einflussfaktoren auf Suizidalität gesehen werden.

Zahlreiche Studien konnten Zusammenhänge zwischen Suizidalität und PTBS zeigen (vgl. Guerra & Calhoun, 2011; Jakupcak et al., 2010; Krysinska & Lester, 2010; Marshall et al., 2001; Mihaljević et al., 2011; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2013; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2014).

In einem Review einiger Studien über PTBS und Suizidalität wurden die Zusammenhänge zwischen PTBS und Suizidalität durch komorbide psychische Störungen moderiert (Krysinska & Lester, 2010). Ein direkter Zusammenhang zwischen PTBS und Suizidalität war auch nach Berücksichtigung von Komorbiditäten vorhanden. Insgesamt wurden 51 Studien mit einbezogen, davon wiesen 10 Studien einen Bezug zu Kriegstraumata auf. Acht dieser 10 Studien konnten einen Zusammenhang von PTBS mit Suizidalität zeigen.

Suizidversuche und Suizidgedanken standen bei Mazza (2000) mit PTBS in Zusammenhang. Von den Teilnehmer/innen berichteten 67% über Suizidgedanken, jene Personen mit PTBS berichteten in allen Fällen von Suizidgedanken. Nach eigener Aussage unternahmen 31% der befragten Personen einen Suizidversuch in der Woche vor der Erhebung. Bei Vorhandensein einer PTBS berichteten sogar 86% von einem Suizidversuch. Mihaljević et al. (2011) fanden bei kroatischen Teilnehmer/innen ebenfalls einen

Zusammenhang von PTBS mit Suizidversuchen. Von den Befragten gaben 53% der Personen mit PTBS an, einen Suizidversuch unternommen zu haben. Personen ohne PTBS hingegen unternahmen laut eigenen Aussagen keinen Suizidversuch. Die Stichprobengröße dieser Studie war mit nur 17 Teilnehmer/innen allerdings gering. Floen und Elklit (2007) konnten bei psychiatrischen Patient/innen ebenfalls eine Korrelation zwischen PTBS und Suizidgedanken zeigen, jedoch nicht von PTBS mit vorangegangenen Suizidversuchen.

Marshall et al. (2001) befassten sich mit dem Zusammenhang von Suizidalität mit Symptomen der PTBS bei Personen, die nicht das Ausmaß einer vollen PTBS erfüllten. Die Daten stammten aus einem nationalen Screening in Bezug zu Angststörungen in den USA. Waren keine PTBS-Symptome vorhanden, so berichteten 9% der Teilnehmer/innen von Suizidgedanken. Waren zumindest vier Symptome von PTBS vorhanden, stieg die Prävalenz von Suizidgedanken bereits auf 33% an. Personen mit PTBS-Symptomatik berichteten im Vergleich zur gesamten Stichprobe 1.73-mal so oft von Suizidgedanken. Obwohl bei diesen Teilnehmer/innen das Ausmaß der Symptomatik nicht für eine PTBS-Diagnose ausreichte, gaben die Autor/innen an, dass die Korrelation mit jener bei vorhandener PTBS-Diagnose vergleichbar wäre.

Waren Personen von Kriegserlebnissen traumatisiert, ging das Krankheitsbild der PTBS mit erhöhtem Suizidrisiko einher (Guerra & Calhoun, 2011). Dies war laut den Ergebnissen sowohl bei Personen mit als auch ohne Komorbiditäten der Fall. Im Vergleich zur gesamten Stichprobe hatten Personen mit vorangegangenem Suizidversuch ein 5.4-mal so hohes Risiko Suizidalität aufzuweisen. Bei Personen mit PTBS betrug der Multiplikator 4.9. War zusätzlich zu PTBS auch eine Depression vorhanden, so erhöhte sich das Risiko für Suizidalität auf das 8.9-fache. Diese Erkenntnisse seien laut Guerra und Calhoun (2011) jedoch nicht ohne weiteres auf Flüchtlinge zu übertragen. Wie im Kapitel 3.2.4 beschrieben wird, wiesen Studien mit Flüchtlingen heterogene Prävalenzraten auf (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2009). Die Ergebnisse der Untersuchung von Jakupcak et al. (2010) zeigten einen noch deutlicheren Effekt. Personen mit 3 oder mehr Suizidgedanken oder –handlungen wurden der Gruppe mit erhöhter Suizidalität zugeordnet. Teilnehmer/innen mit PTBS hatten ein 10.5-mal so hohes Risiko dieser Gruppe zugeteilt zu werden.

Besonders zwei Symptomgruppen der PTBS korrelierten laut den Ergebnissen von Ben-Ya'acov und Amir (2004) mit Suizidalität. Vermeidung und erhöhte Erregung standen bei der Studie mit Männern ohne bekannte Psychopathologie in Zusammenhang mit Suizidalität.

3.2.4 Prävalenzraten

3.2.4.1 *Suizidalität*

Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin und Sundbom (1998) untersuchten suizidales Verhalten bei Flüchtlingen in Schweden. Die Hälfte der 149 Teilnehmer/innen berichtete von suizidalem Verhalten. Bei Vorhandensein einer PTBS zeigten 57% Suizidalität, im Vergleich zu 43% bei Personen ohne PTBS. Laut einer Metastudie von Panagioti et al. (2009) war die Prävalenz von Suizidversuchen bei Veteranen mit PTBS-Diagnose im Bereich zwischen 24% und 40% einzuordnen. Laut den Ergebnissen stand PTBS mit erhöhtem Vorkommen von Suizidgedanken in Zusammenhang, wobei sowohl bei Suizidversuchen, als auch bei Suizidgedanken, Komorbiditäten diese Zusammenhänge verstärkten. Eine Verbindung von suizidalem Verhalten mit PTBS bei Flüchtlingen war zwar vorhanden, die Prävalenzraten waren in den einzelnen Studien jedoch unterschiedlich. Die Raten reichten von 14% bis 79%, wobei die meisten Studien Prävalenzraten von über 50% bei vorhandener PTBS aufzeigten (Panagioti et al., 2009). In Bezug auf Flüchtlinge lässt sich somit zwar ein Zusammenhang zwischen PTBS und Suizidalität herstellen, die heterogenen Prävalenzraten lassen jedoch andere Einflussfaktoren vermuten, welche diesen Zusammenhang moderieren.

3.2.4.2 *Suizid*

Nach Angaben der WHO starben weltweit jährlich mehr als 800.000 Personen durch Suizid. Das entspricht einer Suizidrate von 11.4 pro 100.000 Einwohner. Somit waren 1.4% aller Todesfälle als Suizide deklariert. Hiervon kamen 75% in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen vor. Die Dunkelziffer könnte sehr viel höher gewesen sein, da Verfälschungen durch Falschklassifizierung als Unfälle sowie ungenügende Angaben durch Prozeduren der Registrierung möglich gewesen wären (World Health Organisation, 2012).

Länder in welchen es zu Kriegshandlungen kam, wiesen in der Folge steigende Suizidraten in der Bevölkerung auf (vgl. Selakovic-Bursic, Haramic & Leenaars, 2006; Tomlinson, 2012). Ein solcher Anstieg konnte auch im Kosovo beobachtet werden. Bis zum Jahr 2012 war die Anzahl der Selbstmordfälle im Kosovo vergleichsweise erhöht. Vor dem Krieg waren die Suizidraten noch deutlich niedriger als in anderen europäischen Ländern (vgl. Drevinja et al., 2013; Wenzel et al., 2009). Im Jahr 2009 lag die Rate mit 4 Selbstmorden pro 100.000 Einwohner/innen deutlich über jener vor dem Krieg (Gesundheitsministerium Kosovo, 2009).

Die Kosovo Agency of Statistics (2012) gab an, dass es von 2010 auf 2011 einen Anstieg der Rate von 48 auf 58 Suizidfälle gab, ein Anteil von zirka 16% aller gewaltsamen Todesfälle. Dies entsprach in etwa 2.6 (2010) bzw. 3.2 (2011) Selbstmorden pro 100.000 Einwohner/innen. In den Jahren 1999 bis 2012 bezifferte die kosovarische Polizei die registrierten Selbstmordfälle mit insgesamt 786 (IASP, 2013).

3.2.5 Flucht und Migration

In der Studie von Jankovic et al. (2013) wiesen zirka 10% der Migranten/innen in westeuropäischen Ländern hohe Werta an Suizidalität auf. Diese Prävalenz war höher als bei Studienteilnehmer/innen, die in ihren Herkunftsländern am Balkan verblieben waren (3.5%). Diese Ergebnisse können durch eine erhöhte Anzahl an traumatischen Erlebnissen bei den Flüchtlingen erklärt werden.

Goosen et al. (2011) untersuchten Suizide und in Krankenhäusern behandelte Suizidalität bei Asylwerbern/innen in den Niederlanden. Im Vergleich zur niederländischen Bevölkerung wiesen männliche Asylwerber eine wesentlich höhere Suizidrate auf. Es fanden sich 25.6 Suizide pro 100.000 Personen bei männlichen Asylwerbern in Relation zu 15.7 Suiziden in der niederländischen Bevölkerung. Asylwerber aus Osteuropa zeigten mit 32 Suiziden pro 100.000 Personen eine in etwa doppelt so hohe Rate als die allgemeine Bevölkerung.

Bei Migrant/innen in Europäischen Ländern zeigte sich laut Bursztein Lipsicas et al. (2012), dass bei größeren Migranten/innen-Gruppen generell eine höhere Rate an Suizidversuchen vorlag als beim jeweiligen Gastgeberland. Insgesamt waren die Suizidversuchsrate bei 27 von 56 Migranten/innen-Gruppen höher als jene des Gastgeberlandes. Sofern bei verschiedenen Migranten/innen des gleichen Herkunftslandes Daten aus mehreren Ländern vorhanden waren, wurden die einzelnen Migranten/innen-Gruppen auf Unterschiede hinsichtlich der Suizidversuchsrate in verschiedenen Gastgeberländern untersucht. Die Anzahl an Suizidversuchen pro 100.000 Personen lag bei Migranten/innen aus Russland und osteuropäischen Ländern zwischen 44 (Rumänien) und 154.3 (Russland). In 14 von 19 Fällen korrelierten Suizidversuchsrate von Migranten/innen mit der Prävalenz tatsächlicher Suizide des jeweiligen Heimatlandes. Die Autor/innen schlossen aus den Ergebnissen, dass großteils ähnliche Suizidversuchsrate darauf hinwiesen, dass der kulturelle Hintergrund der Migranten/innen wichtiger sei als das Gastgeberland.

4 Modelle der Entwicklung von Suizidalität

(verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer)

Williams (1997) beschrieb, dass mehr als 90% der Patienten/innen, die Suizid begingen, eine psychiatrische Störung hatten. Jankovic et al. (2013) diskutierten, dass traumatische Erfahrungen zu psychiatrischen Störungen führten und diese wiederum Suizidalität erhöhten. Panagioti et al. (2009) stellten zur Debatte, ob die Posttraumatische Belastungsstörung direkt zu erhöhter Suizidalität führte, oder ob weitere Faktoren eine entscheidende Rolle spielten und der Einfluss daher nur indirekt sei. Laut Williams (1997) sei es essentiell, andere auslösende Faktoren als das Vorhandensein von psychischen Störungen zu untersuchen. Die Wirkmechanismen, die letztlich zu Suizidalität führten, seien durch psychische Störungen nicht hinreichend erklärt (Williams, 1997). Die weitere Erforschung der zugrundeliegenden psychischen Architektur wäre sehr hilfreich für die Identifikation von Risikopatienten/innen und für die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten (Panagioti et al., 2009).

Jankovic et al. (2013) führten an, dass der Entwicklungspfad von Suizidalität nach traumatischen Erlebnissen nach wie vor weitgehend unerforscht sei. Die weitere empirische Testung psychologischer Modelle von Suizidalität könnte Aufschluss darüber geben (Panagioti et al., 2009).

4.1 Cry of Pain Modell

(verfasst von Karina Neuhofer)

Wie bereits in Kapitel 3.2.1 angemerkt, entwickelte Williams (1997) das *Cry of Pain* Modell um Suizidalität zu erklären. Er beschrieb, dass Suizidalität am besten als ein Schmerzensschrei verstanden werden könne. Der Schmerz bestünde darin, dass man sich in einer Situation befände, mit der man nicht umgehen könne und aus der man auch nicht entfliehen könne. Die Komponenten, die diese Situation zu einer unerträglichen machten, seien laut Williams (1997) und Williams, Crane, Barnhofer und Duggan (2005) der *Fluchtwunsch*, die erlebte *Ausweglosigkeit* (Unfähigkeit zur Flucht) und das Gefühl, dass es *keine Rettung* gäbe. Gemeinsam wurden sie als *arrested flight* bezeichnet und führten laut Gilbert (2006) zu einer chronischen Stressaktivierung – auch lange nach der auslösenden Situation – und einer Beeinträchtigung des positiven Affekts.

Williams (1997) gab an, dass die *Ausweglosigkeit* als *Defeat* und *Entrapment* operationalisiert werden könne. Wobei *Defeat* als sozialer Rangverlust und *Entrapment* als das Gefühl in einer Situation gefangen zu sein, gesehen würde. *Keine Rettung* in Aussicht zu haben, wurde mit fehlender oder wahrgenommener fehlender sozialer Unterstützung in Verbindung gebracht (Johnson, Gooding & Tarrier, 2008a; Williams, 1997).

4.2 SAMS-Modell

(verfasst von Ardiana Idrizi)

Das SAMS-Modell (Schematic Appraisals Model of Suicide) von Johnson et al. (2008a) stellte eine Weiterentwicklung des *Cry of Pain* Modells (Williams, 1997) dar. Johnson et al. (2008a) honorierten die Grundlagenarbeit von Williams (1997), merkten jedoch an, dass das Modell Limitationen in der Operationalisierbarkeit aufwies.

Johnson et al. (2008a) hatten die folgenden sechs Komponenten im *Cry of Pain* Modell identifiziert: das Vorhandensein von Stressoren, die Einschätzung der Stressoren im Sinne von *Defeat*, fehlerhafte Informationsverarbeitung und Problemlösung (negative Selbstwahrnehmung, negative Reaktionen auf andere und auf die Umstände), welche zu Erhöhung von *Entrapment* führen, *arrested flight*, wahrgenommene Abwesenheit von Rettungsfaktoren (soziale Unterstützung) und Verfügbarkeit von Suizidvorbildern und Suizidmethoden.

Sie extrahierten die wichtigsten Faktoren der Arbeit von Williams (1997) und schlugen ein neues erweitertes Konzept vor. Die Grundlage ihres Modells bildeten drei Komponenten: *verzerrte Informationsverarbeitung*, *Suizidschemata* welche Selbstmord als Fluchtstrategie aktivieren und andere geeignetere Schemata hemmen, sowie *Überzeugungen und Bewertungen* (engl.: *appraisals*) der aktuellen Situation, der historischen Fakten und der Zukunft. Allen genannten *Appraisals* lägen die *Bewertungen der eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten* (Selbstwert, Selbstbild und Selbstkritik) und die *Bewertung der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung* zugrunde. Die Gefühle von *Defeat & Entrapment* ergäben sich nach Annahme der Autoren aus diesen fehlerhaften *Appraisals* (Johnson et al., 2008a). Im *Cry of Pain* Modell (Williams, 1997), wie auch im SAMS-Modell (Johnson et al., 2008a) wurde *Defeat & Entrapment* als das zentrale Konzept zur Erklärung von Suizidalität beschrieben.

Taylor, Wood, Gooding und Tarrier (2010b) operationalisierten in einer Studie weitere Komponenten des SAMS-Modell. Es wurden die beiden *Appraisals* Selbstwertgefühl im Bezug auf die eigene Problemlösefähigkeit und wahrgenommene soziale Unterstützung untersucht. Weiter wurde der Einfluss dieser Bewertungen auf Gefühle von *Defeat & Entrapment* und auf Suizidalität untersucht. In dem aufgestellten Modell konnten die *Appraisals* 54% der Varianz von *Defeat & Entrapment* erklären und *Defeat & Entrapment* erklärte wiederum 32% der Varianz von Suizidalität.

Johnson, Gooding, Wood und Tarrier (2010) testeten das SAMS-Modell, indem Sie untersuchten, ob positive Selbstbewertung die Entstehung von Suizidalität gegenüber belastenden Lebensereignissen moderierte. Sie kamen zu dem Schluss, dass Menschen mit mäßigen oder hohen positiven Selbstbewertungen, auch bei erhöhtem Niveau von Stress, keine erhöhte Suizidalität erlebten.

Panagioti et al. (2013) maßen das Subsystem der wahrgenommenen sozialen Unterstützung des SAMS-Modells. Sie zeigten, dass wahrgenommene soziale Unterstützung einen moderierenden Einfluss auf den Zusammenhang von PTBS-Symptomatik und Suizidalität hatte.

4.3 Arbeitsmodell

(verfasst von Karina Neuhofer)

Im Weiteren bezieht sich diese Arbeit auf die Ausarbeitung des SAMS-Modells in der Arbeit von Taylor et al. (2010b). Es werden direkte und indirekte Effekte der Komponenten *Bewertungen der eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten*, *Bewertung der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung* und *Defeat & Entrapment* auf Suizidalität geprüft (siehe Abbildungen 1 und 2). In der Operationalisierung werden diese drei Variablen im Weiteren als *Core Self-Evaluations* (CSE), *Wahrgenommene Soziale Unterstützung* (WSU) und *Defeat & Entrapment* (D&E) bezeichnet. Darüber hinaus wird die von Taylor et al. (2010b) angesprochene transdiagnostische Aussagekraft des Modells erforscht und der Einfluss der Variablen im Speziellen auf PTBS untersucht (siehe Abbildung 3).

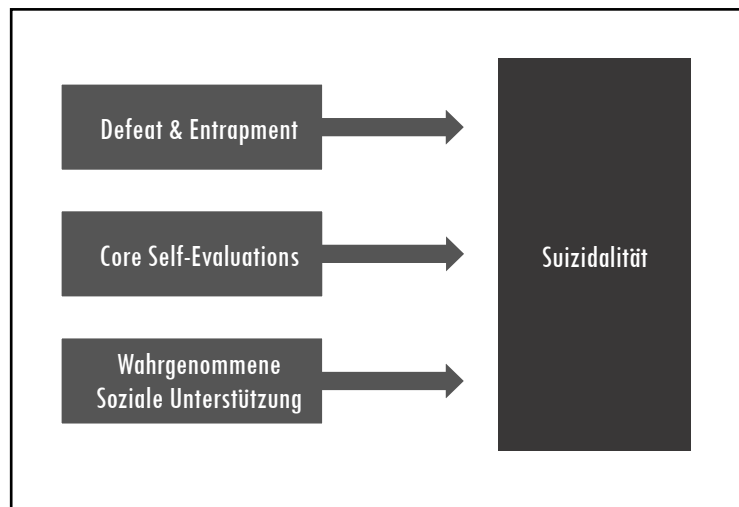


Abbildung 1. Arbeitsmodell zur Erklärung der Suizidalität.

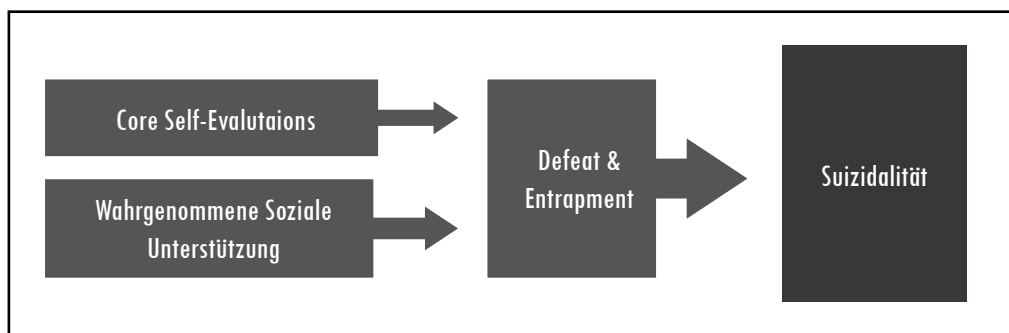


Abbildung 2. Arbeitsmodell zur Erklärung der Suizidalität – Indirekte Effekte.

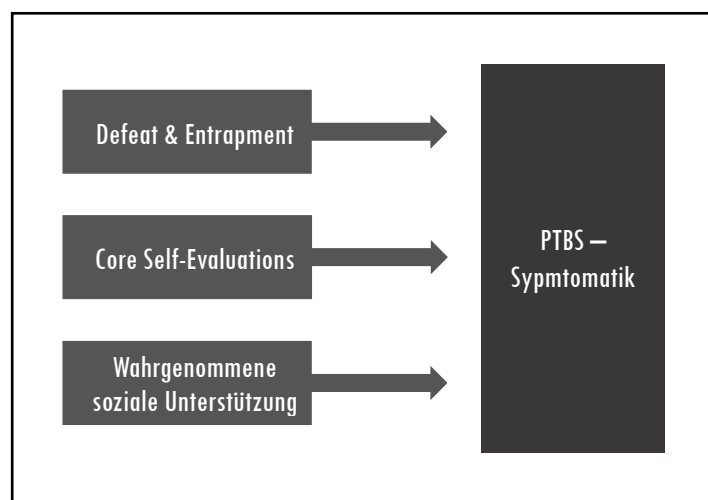


Abbildung 3: Arbeitsmodell zur Erklärung der PTBS-Symptomatik.

4.3.1 Defeat & Entrapment

(verfasst von Karina Neuhofer)

Die theoretische Fundierung des Konstrukts *Defeat & Entrapment* bezog sich wesentlich auf Ergebnisse aus der Evolutionsforschung und somit der Forschung an Tieren (Carvalho et al., 2013; Gilbert, 2006; Williams et al., 2005). Den theoretischen Rahmen bildete die soziale Rangtheorie, die die Evolution von sozialen Hierarchien und die Auswirkungen von Rang- und Statusverlusten untersuchte (Gilbert & Allan, 1998). Die Übersetzung der Annahmen der Evolutionsforschung auf menschliche Individuen erfolgte in den bisherigen Forschungsarbeiten meist in Zusammenhang mit Depression (Gilbert, 2006; Gilbert & Allan, 1998). Die klinische Bedeutsamkeit von *Defeat & Entrapment* auch für andere Störungsbilder wurde bereits mehrfach bestätigt (vgl. Dixon, 1998; Ehlers, Maercker & Boos, 2000; O'Conno, 2003; Panagioti, Gooding, Taylor & Tarrier, 2012a; Panagioti, Gooding & Tarrier, 2012b; Taylor et al., 2010a; Taylor et al., 2010b; Williams, 1997).

4.3.1.1 Defeat

In den Arbeiten von Gilbert und Allan (1998) beschrieb *Defeat* das Gefühl, den sozialen Rang zu verlieren und mit dem eigenen Bemühen gescheitert zu sein. Dixon (1998) bezeichnete dies als Verlust der sozialen Aufmerksamkeit. Ehlers et al. (2000) verwendeten den Begriff *Mental Defeat* und verstanden diesen sehr viel umfassender und tiefgreifender als Gilbert und Allan (1998) den Terminus *Defeat*. *Mental Defeat* charakterisierten sie als das Gefühl des Verlusts jedweder psychologischer Autonomie. Betroffene Personen wären nicht mehr in der Lage in ihrer Vorstellung ihre Identität und Existenz als menschliche Wesen aufrechtzuerhalten. Ehlers et al. (2000) führten weiter aus, dass das Gefühl des *Mental Defeat* immer einen Aspekt des Aufgebens enthielte. Erst wenn alle Bemühungen aufgegeben würden, die eigene Identität oder Integrität aufrechtzuerhalten, trete dieses Gefühl auf.

Defeat könne durch Situationen hervorgerufen werden, in denen sich Menschen gedemütigt fühlen (Ehlers et al., 2000), ihren sozialen Status verlieren, oder das Gefühl haben, gescheitert zu sein (Gilbert & Allan, 1998).

Der Empfindung von *Defeat* könne neben einer auslösenden Funktion für psychische Symptome und Störungen, auch eine aufrechterhaltende zugeschrieben werden. So zeigten beispielsweise Opfer von Vergewaltigung eine erhöhte Therapieresistenz, wenn sie während des Übergriffs *Defeat* verspürt hatten (Ehlers et al., 1998).

4.3.1.2 *Entrapment*

Die Wahrnehmung von *Entrapment* könne entstehen, wenn Personen aus einer Situation entfliehen möchten, aber nicht dazu fähig seien (Trachsel, Krieger, Gilbert & Grosse Holtforth, 2010). Der Fluchtwunsch entstünde für gewöhnlich, weil die Situation aversiv sei und die betroffene Person Verlust, Erniedrigung, Schmach, oder das eben beschriebene Gefühl *Defeat* erlebt habe (Trachsel et al., 2010; Williams et al., 2005). Das Gefühl *Entrapment* sei somit die Fortführung von *Defeat*, wenn kein Entkommen aus der misslichen Situation möglich scheine (Trachsel et al., 2010).

Mac Lean (1990, zitiert nach O'Conno, 2003) zeigte auf, dass in Forschungen an Tieren evident wurde, dass erst die Empfindung von *Entrapment* gefährlich für die Gesundheit war und nicht die von *Defeat*. Wenn ein Tier, das besiegt wurde, flüchten konnte, hatte das meist kaum Auswirkungen auf die Gesundheit. Wenn die Flucht jedoch blockiert wurde, und es in der misslichen Lage verbleiben musste, blieb die Motivation zu flüchten sehr hoch und das Tier blieb hoch aktiviert. Dieses hohe *Arousal* hatte negative Auswirkungen auf die Stimmung (Carvalho et al., 2013; Williams et al., 2005).

4.3.1.3 *Defeat & Entrapment*

Defeat und *Entrapment* werden im Weiteren als ein gemeinsames Konstrukt verwendet, wie von Taylor et al. (2010b) vorgeschlagen und von Griffiths, Wood, Maltby, Taylor und Tai (2014) faktorenanalytisch bestätigt. Auch Panagioti et al. (2012b) sprachen sich klar für einen unidimensionalen Ansatz in der Verwendung von *Defeat & Entrapment* aus, da sich die beiden Prozesse konzeptuell überschneiden würden. Sie würden beide die Wahrnehmung erfassen, keinen Weg nach vorne zu haben und aus denselben kognitiven Prozessen hervorgehen. Dem entspricht auch der Begriff *arrested flight*, den Dixon (1998) beschrieb und welcher ebenfalls beide Konzepte miteinschließt.

Wie bereits in Kapitel 4.3.1 beschrieben, zeugen die Ergebnisse der bisherigen Forschung zu *Defeat & Entrapment* von hoher klinischer Relevanz des Konstrukts (Carvalho et al., 2013). Es besteht Evidenz für einen Zusammenhang mit unterschiedlichen Symptomgruppen und Störungsbildern wie Depression, Angst, Schizophrenie, PTBS und Suizidalität (vgl. Dixon, 1998; Ehlers et al., 2000; O'Conno, 2003; Panagioti et al., 2012a; Panagioti et al., 2012b; Taylor et al., 2010a; Taylor et al., 2010b; Williams, 1997). Gilbert (2006) führte hierzu aus, dass *arrested flight* zu einer chronisch erhöhten Stressaktivierung

führe und diese eine Abwärtsspirale der Gefühle in Gang setze. Je nach Vulnerabilität der betreffenden Person führe dies zur Ausprägung unterschiedlicher Störungen.

Johnson und Thompson (2008) kritisierten, dass das Konstrukt aus der Evolutionsforschung nicht eins zu eins auf den Menschen übertragbar sei und die Definition sowie die Messmethoden unklar blieben. Darüber hinaus sei die Anwendung für die Praxis noch nicht ausgereift.

4.3.1.4 *Defeat & Entrapment im Kontext von Trauma und PTBS*

Eine erhöhte Ausprägung von *Defeat & Entrapment* nach erlebten Traumata ging in früheren Forschungsarbeiten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer PTBS einher (Ehlers et al., 2000; Panagioti et al., 2012b).

In der Studie von Ehlers et al. (2000) an ehemaligen politischen Gefangenen der DDR konnte anhand des erlebten *Mental Defeat* während der Gefangenschaft und den dort vorkommenden Misshandlungen klar zwischen Menschen mit und ohne PTBS unterschieden werden. Darüber hinaus korrelierte das Maß an *Mental Defeat* mit der Schwere der PTBS-Symptomatik. Die Patienten/innen tendierten außerdem zu einer negativistischen Sicht ihrer selbst. Sie glaubten, nicht mit Stress umgehen zu können, keine wertvolle Person zu sein oder dauerhaft durch das Trauma geschädigt zu sein (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers et al., 2000). Panagioti et al. (2012b) erläuterten, dass Studienteilnehmer/innen mit PTBS signifikant mehr *Defeat & Entrapment* aufwiesen als jene ohne PTBS nach erlebten Traumata.

In den genannten Studien konnten keine Rückschlüsse auf die Kausalität des Zusammenhangs zwischen *Defeat & Entrapment* und PTBS gezogen werden (Ehlers et al., 2000). Panagioti et al. (2009) und Panagioti et al. (2012b) nahmen an, dass dysfunktionale negative Bewertungen der PTBS-Symptomatik und komorbider Symptomatiken zu Gefühlen von *Entrapment* führten und diese wiederum suizidale Gedanken und Handlungen förderten. Die Ergebnisse der Längsschnittstudie von Griffiths et al. (2014) bestätigten diese Annahme nicht für PTBS jedoch für Depression und Angst. Sie konnten zeigen, dass sich ein Wechselwirkungskreislauf mit D&E ergab. Die Störungen – welche durch erhöhte D&E Werte erklärt werden konnten - förderten ihrerseits das Gefühl gefangen zu sein und nicht entkommen zu können und führten so zu einer Abwärtsspirale des Funktionsniveaus.

4.3.1.5 *Defeat & Entrapment und Suizidalität*

Es gibt Evidenz, dass *Defeat & Entrapment* im Besonderen zur Erklärung von Suizidalität bei unterschiedlicher Populationen herangezogen werden kann (vgl. O'Conno, 2003; Panagioti et al., 2009; Panagioti et al., 2012b; Rasmussen et al., 2010; Taylor et al., 2010b).

O'Conno (2003) führte eine Untersuchung an 30 Personen mit vorangegangem suizidalen Verhalten und einer Kontrollgruppe mit 30 Personen ohne eine derartige Vorgeschichte durch. Die Gruppe mit suizidalem Verhalten zeigte signifikant höhere Ausprägungen von *Defeat* (gemessen durch 4 Items zu *Defeat*, Zurückweisung, Verlust und Scheitern) und geringere Ausprägungen von *Escapability* (gemessen durch 2 Items zu Möglichkeiten zu Entkommen/Entfliehen und Kontrollverlust) als die Kontrollgruppe. Die Messung von *Escapability* deckte sich nur im ersten Item mit dem Konstrukt *Entrapment*. O'Conno (2003) verwendete für seine Studie nicht die von Gilbert und Allan (1998) entwickelten Skalen zur Messung von D&E, empfahl deren Verwendung jedoch für weitere Forschungen.

Rasmussen et al. (2010) verwendeten die *Defeat & Entrapment* Skalen (Gilbert & Allan, 1998) um in einer Patienten/innenstudie Probanden/innen mit mehrmaligem selbstverletzenden Verhalten von solchen mit einmaligem oder mit keinem solchen Verhalten zu unterscheiden. Die Ergebnisse zeigten, dass D&E zwischen den Gruppen differieren konnte und ein wichtiges Konstrukt im suizidalen Prozess darstellte (Rasmussen et al., 2010).

Suizidales Verhalten stand in der Studie von Panagioti et al. (2012b) sowohl in der Trauma-Gruppe, als auch in der Trauma-PTBS-Gruppe in Zusammenhang mit erhöhten D&E Werten. Es wurde angenommen, dass *Defeat & Entrapment* zu Suizidalität führte, weil dessen Wahrnehmung die betroffenen Individuen glauben ließ, Schwierigkeiten im Leben nicht lösen zu können und dadurch alternative Lösungswege gesucht wurden (Panagioti et al., 2012b). In Suizidalität wurde der letzte Ausweg gefunden, von sich selbst und der Welt loszukommen (Baumeister, 1990).

4.3.2 Core Self-Evaluations

(verfasst von Ardiana Idrizi)

Core Self-Evaluations beinhaltet vier Konstrukte: Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung und Neurotizismus. Judge, Erez, Bono und Thoresen (2003) merkten

an, dass es zu einer Unterschätzung des Einflusses der einzelnen Konstrukte kommen könne, wenn sie getrennt voneinander verwendet würden. Deshalb wurde vorgeschlagen, in weiteren Studien die Konstrukte nicht einzeln zu testen sondern in einem breiteren Konzept zu sehen. *Core Self-Evaluations* bezögen sich hierbei auf die grundlegende unterbewusste Konklusion, die Personen über sich selbst, andere Menschen und die Welt machten (Judge et al., 1997, zitiert nach Judge, Locke, Durham & Kluger, 1998). Personen die einen höheren Wert bei der CSES erreichten, seien Personen die positiv eingestellt, selbstbewusst und selbstwirksam seien. Sie hätten ein allgemeines positives Selbstgefühl (Judge et al., 2003; Judge et al., 1998). Die Skala zur Messung von CSE wurde bislang nur in einer Studie in der Traumaforschung verwendet, deshalb werden die Konstrukte und deren Relevanz im Weiteren einzeln betrachtet.

Bonanno, Field, Kovacevic und Kaltman (2002) fanden in einer Stichprobe mit Kriegsüberlebenden aus Bosnien und Herzegowina, dass erhöhtes Selbstwertgefühl als Puffer gegen extrem aversive Ereignisse dienen konnte. Morina und von Collani (2006) fanden, dass Selbstwertgefühl einen negativen Zusammenhang mit traumatischem Stress hatte. Geringes Selbstwertgefühl erhöhte die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Depressionen und PTBS nach traumatischen Erlebnissen. Andererseits könnten Depressionen und PTBS zur Senkung des Selbstwertgefühls führen (Adams & Boscarino, 2006; Bradley, Schwartz & Kaslow, 2005). Geringeres Selbstwertgefühl wurde als ein Prädiktor sowohl für Suizidgedanken und -versuche als auch für Depressionen gesehen (Eskin, Ertekin, Dereboy & Demirkiran, 2007; Stein, Leslie & Nyamathi, 2002).

In unterschiedlichen Studien hatte niedrige Selbstwirksamkeit ebenfalls negative Folgen auf die psychische Gesundheit bei Personen die ein Trauma erlebt hatten. Ein erhöhtes Risiko bestand für Suizidalität (Thompson, Kaslow, Short & Wyckoff, 2002), wiederholte Suizidversuche (Dieserud, Røysamb, Braverman, Dalgard & Ekeberg, 2003) und für Stress und Depressionen (Benight & Bandura, 2004).

Studien zeigten, dass internale Kontrollüberzeugungen einen negativen Zusammenhang mit der Intensität von PTBS, Depression und Angst hatten (vgl. Cheng, Cheung, Chio & Chan, 2013; Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988). Lauer, de Man, Marquez und Ades (2008) zeigten in ihrer Studie, dass externale Kontrollüberzeugungen als Prädiktor für Suizidalität fungierten. Suizidversuche kamen öfter bei Personen vor, die davon überzeugt waren, dass ihr Leben vom Zufall kontrolliert wurde.

Kriegstraumatische Erfahrungen führten zur Entwicklung negativer Ansichten oder Schemata über die Welt und könnten bestimmte Aspekte der Persönlichkeit verändern. Vor allem das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus sei davon betroffen (Bramsen, van der Ploeg, van der Kamp & Adèr, 2002). In der Studie von Bunce, Larsen und Peterson (1995) zeigten Personen, die Traumata erlebt hatten, höhere Neurotizismus-Werte. Im Gegenzug sagten höhere Neurotizismuswerte vor und nach Traumata die Stärke von PTBS Symptomen (Bramsen et al., 2002; Engelhard, Hout & Lommen, 2009; Engelhard, van den Hout & Kindt, 2003) und Suizidalität voraus (Brezo, Paris & Turecki, 2006).

4.3.3 Wahrgenommene Soziale Unterstützung

(verfasst von Florian Kuschnigg)

Wahrgenommene Soziale Unterstützung (engl.: "perceived social support") könne als die Einschätzung verlässlicher Verbindungen zu anderen verstanden werden (Barrera, 1986) und beziehe sich somit auf die subjektiven Komponenten sozialer Unterstützung, bzw. des sozialen Umfeldes.

Zusammenhänge mit mentaler Gesundheit, beispielsweise mit Depression und Angst, fanden sich in zahlreichen Studien (vgl. Dour et al., 2014; Stice, Rohde, Gau & Ochner, 2011; Teo, Choi & Valenstein, 2013; Xueting, Hong, Bin & Taisheng, 2013). Schweitzer, Melville, Steel und Lacherez (2006) beschrieben einen Zusammenhang von Wahrgenommener Sozialer Unterstützung mit Angstsymptomatik bei Flüchtlingen.

Höhere soziale Unterstützung ging in einigen Studien mit geringerer Suizidalität einher (vgl. Jakupcak et al., 2010; Johnson, Wood, Gooding, Taylor & Tarrier, 2011; Kleiman & Riskind, 2013; Panagioti et al., 2014; Pietrzak et al., 2010). Diese Studien wurden nicht mit Flüchtlingen bzw. traumatisierten Kriegsoptionen durchgeführt, jedoch zeigte sich in o.g. Studien mit unterschiedlichen Zielpopulationen eine Gemeinsamkeit hinsichtlich negativer Korrelation von sozialer Unterstützung mit Suizidalität.

Es zeigte sich in verschiedenen Studien, dass höhere soziale Unterstützung mit geringerer Symptomausprägung sowie geringerer Anzahl an PTBS-Diagnosen in Zusammenhang stand (vgl. Besser & Neria, 2010; Gilbar, Plivazky & Gil, 2010; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Bei kosovarischen zivilen Kriegsoptionen und Flüchtlingen des Kosovo-Kriegs beschrieben Morina und Ford (2008) eine Verbindung von Wahrgenommener

Sozialer Unterstützung mit PTBS-Symptomatik. Allerdings zeigten die Ergebnisse der Untersuchung von Ai et al. (2007) keinen signifikanten Zusammenhang mit PTBS-Diagnosen.

Die Ergebnisse, von Panagioti et al. (2014), stützen das SAMS-Modell (Johnson et al., 2008a), da ein moderierender Einfluss der Variable WSU auf den Zusammenhang zwischen Suizidalität und PTBS gegeben war. Jakupcak et al. (2010) untersuchten, ob PTBS den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Suizidalität moderiert. Hohe Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung verringerte die Wahrscheinlichkeit in der Risikogruppe für Suizidalität zu sein um 49%. Bei vorhandener PTBS war das Risiko noch um 39% geringer, lag keine PTBS vor wurde eine Reduktion des Risikos um 80% festgestellt. Im Zeitraum des Verfassens dieser Arbeit waren keine Untersuchungen, welche die Rolle Wahrgenommener Sozialer Unterstützung im Kontext kriegsbezogener Traumata bei zivilen Opfern eines Kriegs hinsichtlich der Verbindung von PTBS mit Suizidalität erforschten, auffindbar. Jedoch wiesen Panagioti et al. (2014) auf eine Verallgemeinerbarkeit ihrer Ergebnisse, über den psychopathologischen Bereich hinaus, hin.

II. EMPIRISCHER TEIL

5 Fragestellungen

(verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer)

- (1) Welche der erhobenen Faktoren können das Ausmaß der PTBS-Symptomatik nach kriegsbedingten Traumata erklären? Welchen Erklärungswert hat das SAMS-Modell im Bezug auf PTBS-Symptomatik?
- (2) Welche der erhobenen Faktoren können die Entstehung von Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata erklären? Welchen Erklärungswert hat das SAMS-Modell im Bezug auf Suizidalität?
- (3) Ist es für die PTBS-Symptomatik und die Suizidalität von Bedeutung, ob die Studienteilnehmer/innen in Österreich oder im Kosovo leben, oder ob sie während des Kriegs flüchten mussten?
- (4) Wie verhält sich die Variable *Defeat & Entrapment* im Bezug auf die erhobenen Faktoren? Welche Rolle kommt *Defeat & Entrapment* bei der Erklärung von PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten traumatischen Erlebnissen zu?

6 Hypothesen

(verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer)

6.1 Erklärung der PTBS

1.01 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Anzahl erlebter Traumata und PTBS-Symptomatik.

1.01 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Anzahl erlebter Traumata und PTBS-Symptomatik.

1.02 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Erleben schwerer Traumata und PTBS-Symptomatik.

1.02 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Erleben schwerer Traumata und PTBS-Symptomatik.

1.03 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Depression und PTBS-Symptomatik.

1.03 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Depression und PTBS-Symptomatik.

PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata

1.04 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Angst und PTBS-Symptomatik.

1.04 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Angst und PTBS-Symptomatik.

1.05 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und PTBS-Symptomatik.

1.05 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und PTBS-Symptomatik.

1.06 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen CSE und PTBS-Symptomatik.

1.06 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen CSE und PTBS-Symptomatik.

1.07 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen WSU und PTBS-Symptomatik.

1.07 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen WSU und PTBS-Symptomatik.

1.08 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Alter und PTBS-Symptomatik.

1.08 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Alter und PTBS-Symptomatik.

1.09.a H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und PTBS-Symptomatik.

1.09.a H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und PTBS-Symptomatik.

1.09.b H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich PTBS-Diagnose.

1.09.b H1: Es gibt einen Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich PTBS-Diagnose.

1.10 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Ausbildung und PTBS-Symptomatik.

1.10 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Ausbildung und PTBS-Symptomatik.

1.11 H0: Die Variablen D&E, WSU, CSE stellen nicht das beste Modell zur Erklärung der PTBS-Symptomatik nach kriegsbedingten Traumata dar.

1.11 H1: Die Variablen D&E, WSU, CSE stellen das beste Modell zur Erklärung der PTBS-Symptomatik nach kriegsbedingten Traumata dar.

6.2 Erklärung der Suizidalität

2.01 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter Traumata und Suizidalität.

2.01 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter Traumata und Suizidalität.

2.02 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Erleben schwerer Traumata und Suizidalität.

2.02 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Erleben schwerer Traumata und Suizidalität.

2.03 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität.

2.03 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Depression und Suizidalität.

2.04 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Angst und Suizidalität.

2.04 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Angst und Suizidalität.

PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata

2.05 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik und Suizidalität.

2.05 H1: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik und Suizidalität.

2.06 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und Suizidalität.

2.06 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und Suizidalität.

2.07 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen CSE und Suizidalität.

2.07 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen CSE und Suizidalität.

2.08 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen WSU und Suizidalität.

2.08 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen WSU und Suizidalität.

2.09 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Alter und Suizidalität.

2.09 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Alter und Suizidalität.

2.10 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Suizidalität.

2.10 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Suizidalität.

2.11 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Ausbildung und Suizidalität.

2.11 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Ausbildung und Suizidalität.

2.12 H0: Die Variablen D&E, WSU, CSE stellen nicht das beste Modell zur Erklärung der Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata dar.

2.12 H1: Die Variablen D&E, WSU, CSE stellen das beste Modell zur Erklärung der Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata dar.

6.3 Länderunterschiede

3.1 H0: Die Gruppen *im Kosovo lebend* und *in Österreich lebend* unterscheiden sich nicht hinsichtlich der PTBS-Symptomatik.

3.1 H1: Die Gruppen *im Kosovo lebend* und *in Österreich lebend* unterscheiden sich hinsichtlich der PTBS-Symptomatik.

3.2 H0: Die Gruppen *im Kosovo lebend* und *in Österreich lebend* unterscheiden sich nicht hinsichtlich Suizidalität.

3.2 H1: Die Gruppen *im Kosovo lebend* und *in Österreich lebend* unterscheiden sich hinsichtlich Suizidalität.

3.3 H0: Flüchtlinge unterscheiden sich nicht von Nicht-Flüchtlingen hinsichtlich der PTBS-Symptomatik.

3.3 H1: Flüchtlinge unterscheiden sich von Nicht-Flüchtlingen hinsichtlich der PTBS-Symptomatik.

3.4 H0: Flüchtlinge unterscheiden sich nicht von Nicht-Flüchtlingen hinsichtlich der Suizidalität.

3.4 H1: Flüchtlinge unterscheiden sich von Nicht-Flüchtlingen hinsichtlich der Suizidalität.

6.4 Defeat & Entrapment

(verfasst von Karina Neuhofer)

4.01 H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Ausprägung von *Defeat & Entrapment*.

4.01 H1: Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Ausprägung von *Defeat & Entrapment*.

4.02 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Alter und D&E.

4.02 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Alter und D&E.

4.03 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Ausbildung und D&E

4.03 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Ausbildung und D&E

4.04 H0: Die Gruppen Kosovo und Österreich unterscheiden sich nicht in Bezug auf D&E

4.04 H1: Die Gruppen Kosovo und Österreich unterscheiden sich in Bezug auf D&E

4.05 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und Traumaanzahl

4.05 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und Traumaanzahl

4.06 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und Erleben schwerer Traumata

4.06 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und Erleben schwerer Traumata

4.07 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und Depression.

4.07 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und Depression

4.08 H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und Angst.

4.08 H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und Angst.

4.09.a H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und PTBS-Symptomatik bzw. PTBS-Diagnose

4.09.a H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und PTBS-Symptomatik bzw. PTBS-Diagnose

4.09.b H0: D&E kann keinen signifikanten Anteil der Varianz von PTBS-Symptomatik erklären.

4.09.b H1: D&E kann einen signifikanten Anteil der Varianz von PTBS-Symptomatik erklären.

4.10.a H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen D&E und Suizidalität

4.10.a H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen D&E und Suizidalität

4.10.b H0: D&E kann keinen signifikanten Anteil der Varianz von Suizidalität erklären.

4.10.b H1: D&E kann einen signifikanten Anteil der Varianz von Suizidalität erklären.

4.11 H0: Es gibt keinen Zusammenhang von D&E mit den Variablen CSE und WSU.

4.11 H1: Es gibt einen Zusammenhang von D&E mit den Variablen CSE und WSU.

4.12 H0: WSU und CSE können keinen signifikanten Anteil der Varianz von D&E erklären.

4.12 H1: WSU und CSE können einen signifikanten Anteil der Varianz von D&E erklären

7 Methode

(verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer)

7.1 Untersuchungsdesign

In einem Querschnittsstudiendesign wurden im Erhebungszeitraum von Februar bis Juni 2014 im Kosovo und in Österreich jeweils Kosovo-Albaner/innen befragt, die den Kosovo-Krieg zwischen 1998 und 1999 erlebt hatten. Die Befragung erfolgte persönlich mittels einer voll- beziehungsweise semistrukturierten Fragebogenbatterie. Der Fragebogenteil zu den demografischen Daten wurde zum Teil laut vorgelesen und von der befragenden Person verschriftlicht. Den übrigen Fragebogen füllten die Studienteilnehmer/innen selbstständig aus. Nur in Ausnahmefällen (Leseschwierigkeiten der Studienteilnehmer/innen) wurde auch dieser Teil in der oben genannten Manier vorgelesen und erfasst.

Die Erhebung fand je nach Möglichkeit in den privaten Haushalten der Studienteilnehmer/innen oder in geeigneten Untersuchungsräumlichkeiten statt. Es wurden bis zu vier Personen parallel befragt.

Die Untersuchung dauerte zwischen 50 und 120 Minuten je nach Verständnis der Fragen und dem Ausmaß der emotionalen Reaktionen der Testpersonen.

Die Fragebogenbatterie wurde im Kosovo zur Gänze in albanischer Sprache vorgegeben. In Österreich wurde der Teil zur Erfassung der demografischen Daten in deutscher Sprache vorgegeben. Die Kontaktaufnahme erfolgte je nach Sprachkenntnissen der Diplomanden/innen auf deutsch oder albanisch.

Vor dem Beginn der Befragung wurde jeweils eine Einverständniserklärung auf deutsch oder albanisch vorgelegt, welche die Studienteilnehmer/innen über die Studie aufklärte und dann von ihnen unterschrieben wurde. Nach der Befragung stand ein Dokument mit Notfall-Kontakten zur Verfügung, welches die Diplomanden/innen im Bedarfsfall an die Studienteilnehmer/innen übergaben.

7.2 Stichprobe

Für die gesamte Stichprobe war es von Bedeutung, dass die teilnehmenden Personen zum Erhebungszeitpunkt älter als 26 Jahre waren, sodass sie zum Zeitpunkt des Kriegs ein Alter von 12 Jahren nicht unterschritten. Dies war relevant, um eine Konfundierung mit Kindheitstraumata zu vermeiden (De Jong et al., 2001; Maercker, Michael, Fehm, Becker & Margraf, 2004; Perkonigg et al., 2000).

Für die Stichprobe der in Österreich lebenden Kosovo-Albaner/innen galt im Besonderen, dass sie zwischen 1998 und 2008 nach Österreich gekommen waren, so dass sie zumindest seit 5 Jahren in Österreich lebten. Die Erhebung im Kosovo erfolgte durch nicht angekündigte Hausbesuche in fünf verschiedenen Regionen, sowohl in Städten als auch am Land. Bei der Rekrutierung der Stichprobe in Österreich wurde ein Schneeballsystem angewandt, wobei die Ausgangspunkte persönliche Kontakte der Diplomanden/innen sowie Vereinsobmänner verschiedener kosovo-albanischer Vereine waren. Die erste Kontaktaufnahme mit potentiellen Studienteilnehmer/innen erfolgte telefonisch.

Im Kosovo wurden 200 Personen befragt. In Österreich konnte eine Stichprobe von 203 Personen befragt werden. Für die Datenanalyse wurden 4 Personen ausgeschlossen, da das Kriterium *mindestens ein erlebtes Kriegstraumata* nicht erfüllt war.

Die Anzahl der durchgeführten Befragungen je Diplomanden/in ist in Tabelle 1 einsehbar.

Tabelle 1

Die durchgeführten Befragungen je Diplomanden/in

Diplomand/in	Untersuchungsland	Vorgegebene Fragebögen
Ardiana Idrizi	Kosovo	200
	Österreich	89
Florian Kuschnigg	Österreich	33
Karina Neuhofer	Österreich	81

7.3 Erhebungsinstrumente

Die Fragebogenbatterie setzte sich aus einem Datenblatt zur Erfassung der soziodemografischen Daten und den folgenden 6 Fragebögen zusammen.

7.3.1 HTQ – Harvard Trauma Questionnaire

Das Harvard Trauma Questionnaire ist ein Screening-Fragebogen für die Messung von Folter, Trauma und PTBS in verschiedenen Populationen und Kulturen (Oruc et al., 2008). Der HTQ erfasst die Art und die Anzahl traumatischer Ereignisse sowie posttraumatische Reaktionen darauf. Die Genauigkeit des HTQ für die Vorhersage von psychischen Störungen variiert stark zwischen verschiedenen Populationen, Kulturen und Rahmenbedingungen (Oruc et al., 2008). Oruc et al. (2008) haben die Version für Bosnien und Herzegowina validiert sowie den von Mollica et al. (1992) vorgeschlagenen Cut-Off-Wert von 2.50 auf 2.00 abgeändert und so die Sensitivität und Spezifität des HTQ für dieses Setting maximiert. In Anlehnung an die Begründung von Wenzel et al. (2009) wird die Version des HTQ von Oruc et al. (2008), die aus drei Teilen besteht, für diese Untersuchung verwendet. Die in Bosnien und Herzegowina erlebten Traumata haben mehr Ähnlichkeiten mit jenen im Kosovo-Krieg, als diejenigen der Version von Mollica et al. (1992). Die interne Konsistenz liegt in der Studie von Wenzel et al. (2009) bei einem Alpha von 0.94.

Im ersten Teil des HTQ, welcher insgesamt 45 Items beinhaltet, werden die traumatischen Ereignisse während des Kriegs erfasst. Die Teilnehmer/Innen sollen eine von vier Antwortmöglichkeiten wählen. Es wird gefragt ob sie die traumatischen Ereignisse selbst erlebt haben, Zeuge/in davon waren, von anderen davon gehört haben oder nichts davon auf sie zutrifft. Im zweiten Teil sollen die Teilnehmer/innen die schmerzhaftesten oder

schrecklichen Ereignisse genauer beschreiben. Es soll genau angegeben werden wo und wann dieses Ereignis passiert ist. Teil drei beinhaltet insgesamt 30 Items. Hier werden die Symptome der PTBS mittels vier Abstufungen abgefragt (Überhaupt nicht, Wenig, Genügend und Sehr).

7.3.2 HSCL-25 – Hopkins Symptoms Checklist

Die HSCL-25 ist eine klinische Symptom-Checkliste zur differenzierten Erfassung von Angst und Depression sowie daraus resultierender globaler psychischer Belastung. Der Fragebogen besteht aus 15 Items für die Erhebung depressiver Symptome und 10 Items für Angstsymptomatik. Es stehen 4 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung (niemals, manchmal, „oft“ und „immer“) welche mit Werten von 0 (niemals) bis 4 (immer) kodiert werden. Die Summe der einzelnen Werte der Skala für Depression bewegt sich im Bereich von 0 bis 60. Jene der Skala für Angst im Bereich 0 bis 40. Die jeweilige Summe wird durch die Anzahl der Items dividiert. Daraus ergibt sich ein, für beide Teile vergleichbarer Gesamtscore, mit Werten zwischen 0 und 4. Je höher der Wert für den Gesamtscore ist, desto höher ist die Belastung bzw. desto stärker ist die Symptomatik. Die interne Konsistenz ist hoch, die Validität in Bezug auf Depression und Angst in verschiedenen Flüchtlingsgruppen und Kriegsüberlebenden ist gegeben (Ventevogel et al., 2007; Wenzel et al., 2009).

7.3.3 Q-SIB – Questionnaire on Suicide Ideation and Behaviour

Q-SIB wurde entwickelt um den gesamten Prozess von Suizidverhalten und beitragenden Einflussfaktoren zu erfassen (Marusic, Roskar, Sceticic & Zorko, 2006, zitiert nach Arénliu, 2009). Q-SIB ist ein semi-strukturierter Fragebogen welcher aus 11 dichotomen Ja-Nein-Items besteht. Die ersten 5 Items dienen der Erfassung von Suizidgedanken. Die Fragen betreffen passive suizidale Gedanken sowie aktive Suizidgedanken zu Durchführung und Planung des Suizids. Vier weitere Fragen befassen sich mit dem Suizidverhalten. Die letzten beiden Fragen betreffen die Familienhistorie in Bezug zu Suizid. Wurde mindestens ein Item der ersten 9 Items mit Ja beantwortet, liegt Suizidalität im Sinne dieser Studie vor.

7.3.4 Defeat & Entrapment Scale

Die *Defeat & Entrapment Scale* (Gilbert & Allan, 1998) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erhebung des Gefühls der Niederlage und Verlust des sozialen Rangs sowie des Gefühls, in einer misslichen Lage eingesperrt zu sein und nicht entfliehen zu können. Die Befragten sollen auf einer 5-Punkt-Skala beantworten, inwiefern die Items ihre Gedanken und Gefühle repräsentieren. Die Reliabilität der Unterskalen ist mit einem Cronbach alpha von 0.88 beziehungsweise 0.94 ausreichend gegeben (Gilbert & Allan, 1998). Die *Entrapment*-Skala wurde von Trachsel et al. (2010) als deutsche Version validiert. Eine albanische Version stand zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit nicht zur Verfügung, daher wurde die Originalversion von Gilbert und Allan (1998) übersetzt und rückübersetzt.

7.3.5 CSES – Core Self-Evaluations Scale

Die *Core Self-Evaluation Scale* von Judge et al. (2003) ist eine 12-Item Skala, die aus einer Gruppe von 65 Items entwickelt wurde. CSES basiert auf dem Konzept der *Core Self-Evaluations* als ein Konstrukt bestehend aus Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung und Neurotizismus. Es gibt fünf Antwortmöglichkeiten von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 5 (stimme voll zu). Die interne Konsistenz beträgt einem Alpha von 0.84 und die Retest-Reliabilität von 0.81 (Judge et al., 2003). Die Skala wurde für die Verwendung in der Studie von Morina und Ford (2008) durch den ersten Autor, dessen Muttersprache Albanisch ist, übersetzt und von zweisprachigen Personen rückübersetzt. Die interne Konsistenz lag bei 0.76 in der Studie von Morina und Ford (2008).

7.3.6 Social Support Questionnaire

Das *Social Support Questionnaire* ist eine Skala zur Erfassung der subjektiven Einschätzung von Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (Broadhead, Gehlbach, de Gruy & Kaplan, 1988). Die interne Konsistenz der albanischen Version mit 5 Items war bei der Studie von Morina und Ford (2008) ausreichend gegeben ($\alpha = 0.71$). Die Skala besteht aus fünf Items wobei je 5 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen (1 = gar nicht bis 5 = immer). Die Fragen betreffen die Möglichkeit sich jemandem anvertrauen zu können und etwas Freudvolles mit jemandem unternehmen zu können. Ebenso wird erhoben, ob ein guter Rat in Zeiten der

Krise verfügbar ist, ob Hilfe bei alltäglichen Dingen oder im Krankheitsfall vorhanden ist sowie ob es im sozialen Umfeld Personen gibt mit welchen eine enge emotionale Bindung besteht.

8 Ergebnisse

8.1 Deskriptivstatistik

(verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer)

8.1.1 Soziodemografische Daten

Im Weiteren wird die Stichprobe beschrieben. Die soziodemografischen Daten werden jeweils für die gesamte Stichprobe und nach aktuellem Aufenthaltsland (Kosovo/Österreich) getrennt angegeben. Darüber hinaus wird angeführt, ob sich die beiden Gruppen signifikant voneinander unterscheiden. Dieser Unterschied wurde jeweils mittels Mann-Whitney-U-Test geprüft.

8.1.1.1 Alter

Die Teilnehmer/innen der Studie waren zwischen 27 und 83 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter 40 Jahre betrug. Der Altersdurchschnitt der beiden Gruppen war statistisch unterschiedlich ($z = -9.48, p < .001$). Im Kosovo waren die Teilnehmer/innen mit durchschnittlich 47 Jahren erheblich älter als jene in der Österreichgruppe mit 34 Jahren (siehe Abbildung 4 und 5). In Bezug auf das Geschlecht war die Altersverteilung unterschiedlich ($z = 2.36, p = .018$)

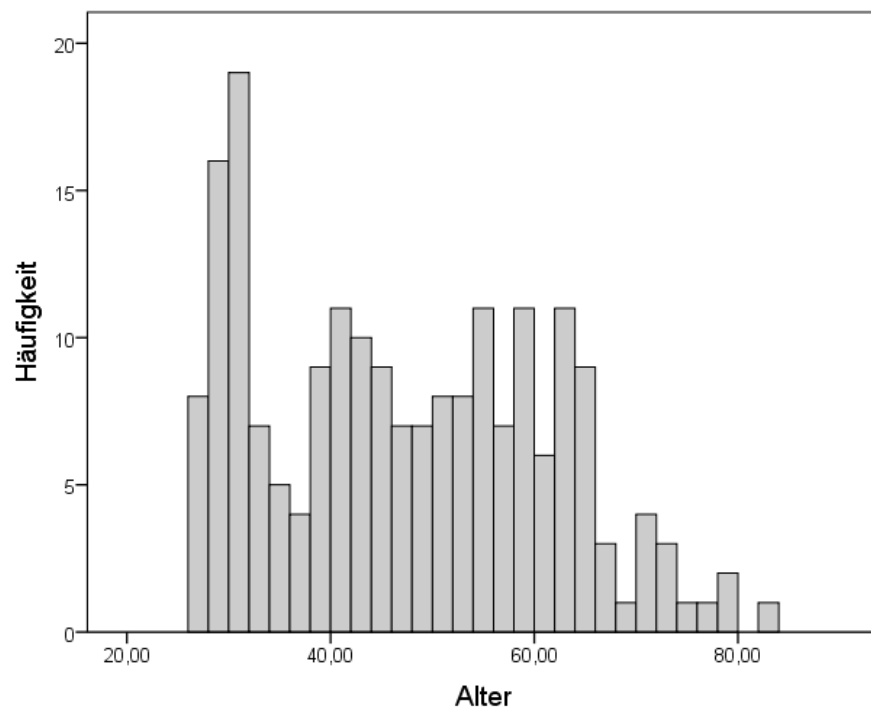


Abbildung 4. Prozentuale Altersverteilung der Kosovostichprobe.

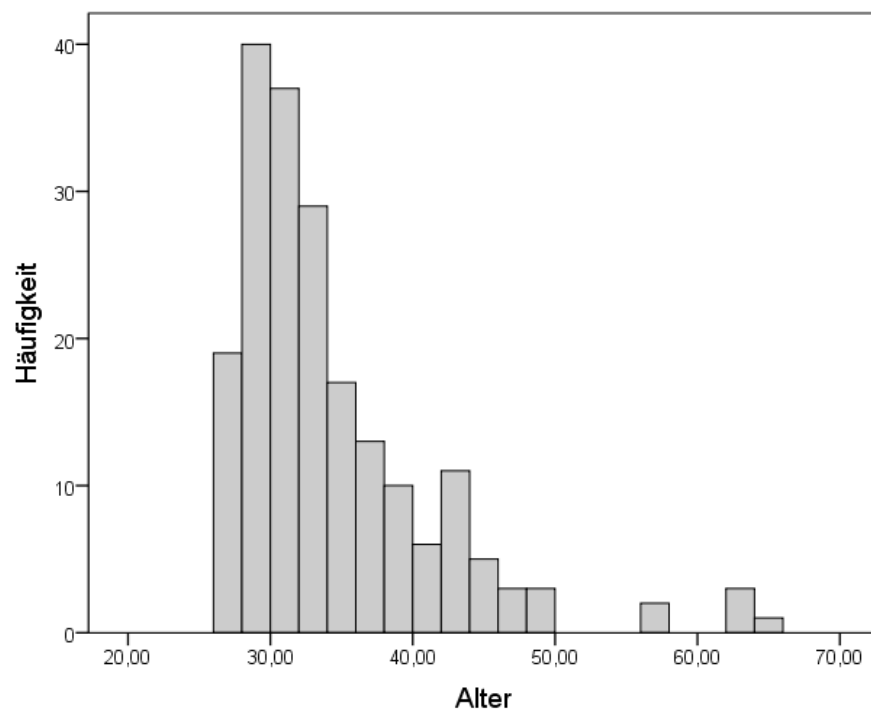


Abbildung 5. Prozentuale Altersverteilung der Österreichstichprobe.

8.1.1.2 *Geschlecht*

Die Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe war mit 60.1% männlichen Teilnehmern und 39.9% weiblichen nicht ausgeglichen. Im Kosovo wurden 56.3% männliche und 43.7% weibliche Teilnehmer/innen erfasst. Bei der Gruppe aus Österreich waren 63.8% der Teilnehmer/innen männlich und 36.2% weiblich. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung unterschieden sich die beiden Stichproben statistisch nicht voneinander ($z = -1.53, p = .125$).

8.1.1.3 *Ausbildung*

In beiden Gruppen gaben jeweils nur zwei Teilnehmer/innen an, keine Ausbildung zu haben. Im Kosovo hatte eine Vielzahl der Studienteilnehmer/innen eine Primärschule oder eine Mittlere Schule absolviert. Die Hälfte der Studienteilnehmer/innen aus Österreich gab an einen Universitätsabschluss zu haben. Die unterschiedliche Verteilung der Ausbildung in den beiden Gruppen kann in Tabelle 2 eingesehen werden und ergab einen statistisch signifikanten Unterschied ($z = -7.88, p < .001$).

Tabelle 2

Ausbildungsgrad nach Wohnort

Ausbildung	Kosovo	Österreich	Gesamt
kein Abschluss	2	2	4
Primärschule	62	10	72
Mittlere Schule	78	72	150
Höhere Schule	25	14	39
Universität	32	101	133
Gesamt	199	199	398

8.1.1.4 *Religion*

96.6% der befragten Personen gaben an, muslimisch zu sein, doch nur 34% von ihnen praktizierten ihren Glauben regelmäßig. Die übrigen Personen waren zu 2.3% katholisch (56% praktizierend), zu 0.8% ohne Bekenntnis und zu 0.3% Anhänger/innen anderer Glaubensrichtungen.

8.1.1.5 Familienstand

Laut der Angaben waren 71.9% der Teilnehmer/innen der Gesamtstichprobe verheiratet, 16.1% ledig und 9% in einer Beziehung. Die restlichen Teilnehmer/innen waren entweder geschieden oder verwitwet. In Österreich waren verhältnismäßig mehr Personen in einer Beziehung als in der Gruppe aus dem Kosovo (siehe Tabelle 3). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war statistisch signifikant ($z = -3.77, p < .001$).

Tabelle 3

Familienstand nach Wohnort

Familienstand	%	
	Kosovo	Österreich
Ledig	12.6	19.6
In Beziehung	3.0	15.1
Verheiratet	81.4	62.3
Geschieden	0.5	2.5
Verwitwet	2.5	0.5
Gesamt	100.0	100.0

8.1.1.6 Wohnsituation

Teilnehmende Personen der Kosovostichprobe gaben in keinem Fall an, alleine zu leben. Alle Teilnehmer/innen lebten entweder mit Partner/in und Kindern oder mit jemand anderem. Die Antworten der Stichprobe aus Österreich ergaben, dass in etwa 82% der Personen entweder mit Partner/in und Kindern, bzw. mit jemand anderem lebten. Die beiden Gruppen unterschieden sich signifikant hinsichtlich ihrer Wohnsituation ($z = -7.75, p < .001$).

8.1.1.7 Beruf

Über die Gesamtstichprobe gaben 46% an, nicht berufstätig zu sein. In der Gruppe im Kosovo ergab sich eine Arbeitslosenrate von 63.1%, verglichen mit 29.6% Arbeitslosigkeit in der Gruppe aus Österreich. Die beiden Gruppen unterschieden sich statistisch voneinander hinsichtlich der Berufstätigkeit ($z = -6.74, p < .001$).

8.1.2 Traumatische Erlebnisse, Symptomatik und Prävalenz von Störungsbildern

8.1.2.1 *Anzahl erlebter Traumata*

Die getesteten Personen hatten im Mittel 13.1 verschiedene Traumata während des Kosovo-Kriegs erlebt. Die Anzahl verschiedener Traumata war in den beiden Gruppen signifikant unterschiedlich ($z = -2.07, p = .038$), wobei die mittlere Anzahl im Kosovo bei 13.9 lag und in Österreich mit 12.3 etwas geringer ausfiel. Jede Person wies zumindest ein traumatisches Erlebnis auf, somit ist das Minimum 1. Maximal wurden 41 verschiedene Kriegstraumata (von 45 möglichen) angegeben.

8.1.2.2 *Schwere Traumata*

60% der befragten Personen erlebten zumindest ein schweres Trauma. Die Gruppen unterschieden sich hierbei nicht signifikant, obwohl die Kosovo-Gruppe mit 63.6% mehr schwere Traumata erlebt hat als die Österreich-Gruppe mit 56.3% ($z = -1.48, p = .140$).

8.1.2.3 *Angstsymptomatik*

Die Verteilung der Angstsymptomatik war in beiden Gruppen ähnlich. Die meisten Personen gaben eine eher geringe bis mittlere Belastung durch Angstsymptome an, wobei sich der Mittelwert im Kosovo mit 1.77 signifikant von jenem aus Österreich mit 1.61 unterschied ($z = -3.06, p = .002$).

8.1.2.4 *Depressionssymptomatik*

Depressive Symptome waren in beiden Stichproben ähnlich verteilt. Es ergab sich jedoch ein statistisch signifikanter Unterschied mit einem Mittelwert von 1.77 für die Kosovo-Gruppe und 1.56 für die Österreich-Gruppe ($z = -3.94, p < .001$).

8.1.2.5 *PTBS-Symptomatik, Prävalenzraten*

Für die gesamte Stichprobe ergab sich eine PTBS-Symptomatik mit einem Mittelwert von 1.78 und eine PTBS-Rate von 10.3%. Das Ausmaß der PTBS-Symptomatik lag in der Kosovo-Gruppe durchschnittlich höher (1.84) als in der Österreich Gruppe (1.72). Ebenso war die Prävalenz der PTBS-Diagnosen im Kosovo mit 12.6% höher als in Österreich mit 8% (siehe Tabelle 4). Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen

ergab sich für die PTBS-Symptomatik ($z = -2.53$, $p = .011$), nicht jedoch für die PTBS-Diagnose ($z = -1.48$, $p = .138$).

Tabelle 4

PTBS-Symptomatik und -Diagnose

	<i>n</i>	Mittelwert	
		PTBS-Symptomatik	PTBS-Diagnose
Kosovo	194	1.84	12.6
Österreich	198	1.72	8.0
Gesamt	392	1.78	10.3

8.1.2.6 *Suizidalität*

In etwa ein Viertel der Befragten gab an, Suizidgedanken gehabt oder Suizidhandlungen ausgeführt zu haben. Statistisch ergab sich kein Unterschied zwischen den Gruppen ($z = -.55$, $p = .582$), wobei 26.3% der Befragten im Kosovo und 23.9% in Österreich Suizidalität berichteten (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

Suizidalität

	<i>n</i>	%
Kosovo	199	26.3
Österreich	199	23.9
Gesamt	398	

8.1.2.7 *Suizidalität und PTBS*

Die Prävalenz von Suizidalität bei Vorliegen einer PTBS-Diagnose lag bei 56.1%. Lag keine PTBS-Diagnose vor, sank die Prävalenz auf 21.5%. Der entsprechende Ländervergleich ist in Tabelle 6 dargestellt. Die Suizidalitätsrate bei vorliegender PTBS-Diagnose war in Österreich höher als im Kosovo.

Tabelle 6

Suizidalität und PTBS-Diagnose

	Suizidalität		<i>n</i>
	Keine PTBS-Diagnose	PTBS-Diagnose	
Kosovo	22.5%	52.0%	198
Österreich	20.4%	62.5%	197

8.1.3 Dahinterliegende psychologische Konstrukte

8.1.3.1 *Defeat & Entrapment*

Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich des Gefühls von *Defeat & Entrapment* ($z = -4.47, p < .001$). Im Mittel zeigten die Studienteilnehmer/innen einen Wert von 29.3 auf der D&E-Skala. Das Minimum lag bei 0, das Maximum bei 105 Punkten.

8.1.3.2 *Core Self-Evaluations*

Die Werte in der CSE-Skala unterschieden sich in den beiden Gruppen signifikant voneinander ($z = -3.90, p < .001$). Der Mittelwert war in der Österreich-Gruppe mit 3.82 höher als im Kosovo mit 3.59. Das Minimum betrug in beiden Gruppen 1.83 Punkte.

8.1.3.3 *Wahrgenommene Soziale Unterstützung*

Hinsichtlich der Wahrgenommenen Sozialen Unterstützung unterschieden sich die beiden Gruppen statistisch nicht voneinander ($z = -.01, p = .996$). Die Mittelwerte waren in beiden Gruppen hoch. In Österreich erreichten sie einen Wert von 3.82 und im Kosovo 3.59.

8.2 Beantwortung der Fragestellungen

Im Weiteren werden die Ergebnisse für die Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit (siehe Kapitel 5 und 6) angeführt. Die Auswertung der Fragestellungen erfolgte mittels IBM SPSS.20. Es wurde ein α -Niveau von .05 festgelegt, um den Typ-1-Fehler gering zu halten (Field, 2009).

8.2.1 PTBS-Symptomatik

(verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer)

Fragestellung 1: Welche der erhobenen Faktoren können das Ausmaß der PTBS-Symptomatik nach kriegsbedingten Traumata erklären?

Die erste Fragestellung bezieht sich auf die Entwicklung von PTBS-Symptomatik nach erlebten Traumata im Kosovo-Krieg. Zur Erklärung des Ausmaßes der PTBS-Symptomatik wurden in erster Linie *Defeat & Entrapment*, *Core Self-Evaluations* und Wahrgenommene soziale Unterstützung – die wesentlichen Faktoren dieser Arbeit – herangezogen. Hinzugezogen wurden darüber hinaus die komorbiden Störungen (Depression und Angst), die demografischen Daten (Alter, Geschlecht, Ausbildung), die Beschaffenheit der traumatischen Erfahrung (Traumaanzahl und Erleben schwerer Traumata) sowie Migrations- und Fluchterfahrung (Wohnort, *Internally Displaced* und KosovoVerlassen).

Es wurde untersucht ob die jeweiligen Faktoren einen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik haben und welches Interaktionsmodell den besten Erklärungswert hat. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde die gesamte Stichprobe herangezogen.

8.2.1.1 Zusammenhänge PTBS-Symptomatik

Die Voraussetzung der Normalverteilung für die Pearson-Korrelation konnte aufgrund der Stichprobengröße vernachlässigt werden (Field, 2009). Da die Hypothesen 1.01 und 1.03-1.08 (siehe Kapitel 6.1) intervallskalierte Variablen betreffen, wurde zur Berechnung der Zusammenhänge die Pearson-Korrelation herangezogen. Die Hypothesen 1.02, 1.09 und 1.10 mit nominal- oder kategorialskalierten Variablen wurden mittels Spearman-Korrelation überprüft.

Die PTBS-Symptomatik korrelierte signifikant mit der Anzahl erlebter Traumata ($r(384) = .344, p < .001$) sowie mit dem Erleben eines schweren Traumas ($r_s(387) = .281, p < .001$). Die beiden komorbiden Störungen Depression ($r(386) = .759, p < .001$) und Angst ($r(390) = .735, p < .001$) hatten ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit PTBS.

Für die Hauptvariablen dieser Untersuchung ergab sich folgendes Bild: D&E ($r(385) = .594, p < .001$) und CSE ($r(390) = .434, p < .001$) hatten jeweils einen signifikanten Zusammenhang mit der PTBS-Symptomatik, für WSU konnte ein Zusammenhang nicht bestätigt werden ($r(388) = -.076, p = .135$).

Die deskriptive Variable Geschlecht stand in keinem Zusammenhang mit PTBS-Symptomatik ($r_s(390) = .005, p = .918$). Mit höherem Alter stieg das Ausmaß der PTBS-Symptomatik an ($r(390) = .169, p = .001$). Die Höhe des Ausbildungsgrades stand in negativem Zusammenhang mit PTBS-Symptomen ($r_s(390) = -.259, p < .001$). Die Angaben können in Tabelle 7 und 8 abgelesen werden.

Tabelle 7

Korrelationen: PTBS-Symptomatik mit Trauma-Anzahl, Depression und Angst

		Trauma-Anzahl	Depressions-Symptomatik	Angst-Symptomatik
PTBS-Symptomatik	Korrelation			
	nach Pearson	.344*	.759*	.735*
	Sig. (2-seitig)	.000	.000	.000
	<i>n</i>	386	388	392

Anmerkung. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 8

Korrelationen: PTBS-Symptomatik mit D&E, CSE und WSU

		D&E	CSE	WSU
PTBS-Symptomatik	Korrelation			
	nach Pearson	.594*	-.434*	-.076
	Sig. (2-seitig)	.000	.000	.135
	<i>n</i>	387	392	390

Anmerkung. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

8.2.1.2 Erklärungsmodell – PTBS-Symptomatik

Zur Identifikation des besten Modells zur Erklärung von PTBS-Symptomatik in der Stichprobe der vorliegenden Studie wurde die lineare Regression Rückwärts herangezogen (Field, 2009).

Vorab wurden die Voraussetzungen für dieses Verfahren überprüft. Zur Überprüfung der Multikollinearität wurde im ersten Schritt eine Korrelationsmatrix für alle unabhängigen

Variablen des Regressionsmodells erstellt. Da die Korrelationen zwischen den Variablen D&E, CSE, Depression und Angst durchgehend hoch und nahe am kritischen Wert ($r = .8$) lagen, wurde in einem zweiten Schritt eine Multikollinearitätsdiagnostik für diese Variablen durchgeführt. Da der durchschnittliche VIF mit $\sim 1,78$ deutlich über 1 lag, wurde die Variable Depression (welche durchwegs hohe VIF-Werte aufwies) aus der Regression entfernt. Nach diesem Schritt betrug VIF $\sim 1,46$. Im Weiteren wurden die Normalverteilung der Residuen und die Homoskedastizität durch grafische Darstellungen überprüft. Dies kann in den Abbildungen 6 und 7 eingesehen werden (Field, 2009).

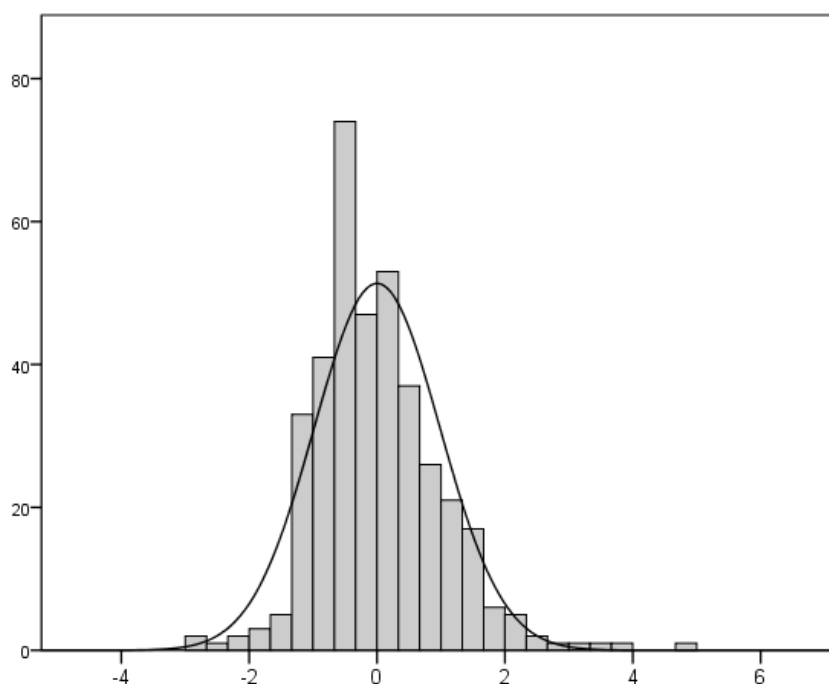


Abbildung 6. Normalverteilung der Residuen.

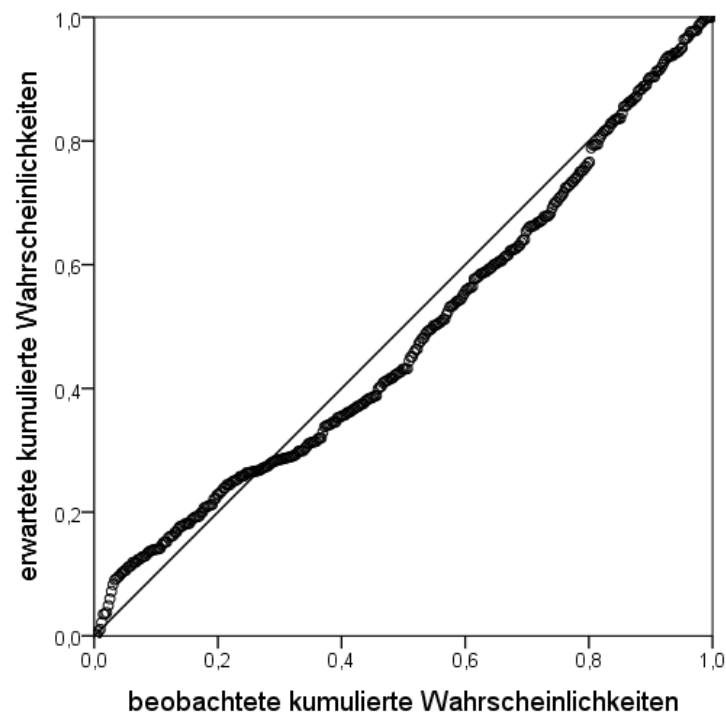


Abbildung 7. P-P-Diagramm der standardisierten Residuen.

Die Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik wurde mit der Variable PTBS-Symptomatik und den Variablen Alter, Geschlecht, Wohnort, Ausbildung, Kosovo verlassen, *Internally displaced*, Traumaanzahl, Erleben schwerer Traumata, Angst-Symptomatik, WSU, CSE und D&E gerechnet. Das Ergebnis zeigte 7 Schritte, wobei nach der Reihe folgende Variablen aus der Regressionsanalyse entfernt wurden: Kosovo verlassen, Alter, Erleben schwerer Traumata, WSU, Geschlecht und Wohnort (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9

Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.781 ^a	.609	.596	.32059
2	.779	.609	.598	.32016
3	.780	.609	.599	.31975
4	.780	.609	.599	.31941
5	.780	.609	.600	.31916
6	.780	.608	.600	.31899
7	.779 ^g	.606	.600	.31924

Anmerkung. a. Einflussvariablen : (Konstante), Schweres Trauma, WSU, Wohnort, Internally-Displaced, Kosovo Verlassen, Geschlecht, Angst-Symptomatik, Alter, CSE, Ausbildung, Traumaanzahl, D&E.

g. Einflussvariablen: (Konstante), Internally-Displaced, Angst-Symptomatik, CSE, Ausbildung, Traumaanzahl, D&E.

Das Modell ließ sich durch die Variablen Ausbildung ($\beta = -.106$, $p = .002$), *Internally displaced* ($\beta = .060$, $p = .074$), Traumaanzahl ($\beta = .157$, $p < .001$), Angst ($\beta = .529$, $p < .001$), CSE ($\beta = .086$, $p = .071$) und D&E ($\beta = .086$, $p < .001$) erklären und wies ein Bestimmtheitsmaß von .606 auf. Es erklärte somit 60% der Varianz von PTBS-Symptomatik.

In einem zweiten Schritt wurden die nicht signifikanten Variablen *Internally displaced* und CSE entfernt und erneut eine Regressionsanalyse gerechnet. Das Modell erklärte weiterhin 60% der Varianz (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10

Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik 2

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.776 ^a	.603	.592	.32231
2	.776	.603	.593	.32189
3	.776	.603	.594	.32148
4	.776	.603	.595	.32113
5	.776	.602	.596	.32079
6	.776	.602	.596	.32059
7	.774 ^g	.600	.595	.32104

Anmerkung. a. Einflussvariablen: (Konstante), Schweres Trauma, WSU, Wohnort, Kosovo Verlassen, Geschlecht, Angst-Symptomatik, Alter, Ausbildung, Traumaanzahl, D&E.

g. Einflussvariablen: (Konstante), Angst-Symptomatik, Ausbildung, Traumaanzahl, D&E.

Zur weiteren Überprüfung des hypothesierten Modells wurde eine Regressionsanalyse einzig mit den Komponenten des SAMS-Modells gerechnet (D&E, CSE, WSU). Auch in diesem Fall hatten WSU und CSE keinen signifikanten Erklärungswert. Die im dritten Schritt der Regressionsanalyse übrig gebliebene Variable D&E erklärte 35.4% der Varianz der PTBS-Symptomatik.

Zur weiteren Überprüfung des Einflusses der Variablen WSU und CSE wurde eine lineare Regression mit der Variable D&E gerechnet. Diese zeigte, dass WSU weiterhin keinen signifikanten Einfluss hatte und bei der Rückwärts-Methode aus dem Modell entfernt wurde. CSE blieb im Modell und erklärte 50.9% der Varianz von D&E.

8.2.2 Suizidalität

(verfasst von Florian Kuschnigg)

Welche der erhobenen Faktoren können die Entstehung von Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata erklären?

Durch die Hypothesen der zweiten Fragestellung soll die Entstehung von Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata im Kosovo erklärt werden. Die einbezogenen Variablen decken sich mit jenen in Kapitel 8.2.1, hinzu kommt die Variable PTBS-Symptomatik.

Es soll ebenfalls geklärt werden, ob die einzelnen Faktoren einen Einfluss haben und welche Variablen Suizidalität in einem gemeinsamen Modell am besten erklären können. Für die Berechnung kam die gesamte Stichprobe zur Anwendung.

8.2.2.1 Zusammenhänge Suizidalität

Aufgrund der Dichotomie der Variable Suizidalität, kam die Spearman-Korrelation für die Berechnung der Zusammenhangshypothesen zur Anwendung (Field, 2009).

Die beiden Trauma-Variablen zeigten ein differenziertes Bild. Ein kumulatives Trauma stand in Zusammenhang mit Suizidalität (r_s (385) = .168, p = .001), das Erleben schwerer Traumata jedoch nicht (r_s (390) = .039, p = .440). Die Symptomatiken der Störungen Depression (r_s (388) = .441, p < .001), Angst (r_s (392) = .328, p < .001) und PTBS (r_s (387) = .370, p < .001) korrelierten signifikant mit Suizidalität (siehe Tabelle 11).

D&E (r_s (388) = .424, p < .001) korrelierte positiv und CSE (r_s (393) = -.354, p < .001) negativ mit der Suizidalität. Für WSU zeigte sich kein Zusammenhang (r_s (391) = -.058, p = .247) (siehe Tabelle 12).

Die demografischen Daten Alter (r_s (393) = .038, p = .454) und Geschlecht (r_s (393) = .056, p = .271) standen nicht in Zusammenhang mit Suizidalität, Ausbildung hingegen schon (r_s (393) = -.102, p = .042).

Tabelle 11

Korrelationen Suizidalität mit Angst, Depression und PTBS-Symptomatik

		Depressions- Symptomatik	PTBS- Symptomatik	Angst- Symptomatik
Spearman- Rho	Korrelations- koeffizient	.441*	.370*	.328*
	Sig. (2-seitig)	.000	.000	.000
	<i>n</i>	390	389	394

Anmerkung. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 12

Korrelationen: Suizidalität mit D&E, CSE und WSU

		D&E	CSE	WSU
Spearman- Rho	Korrelations- koeffizient	.424*	-.354*	-.058
	Sig. (2-seitig)	.000	.000	.247
	<i>n</i>	390	395	393

Anmerkung. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

8.2.2.2 Erklärungsmodell Suizidalität

Die logistische Regression wurde gewählt um zu erklären, welche der erhobenen Variablen Suizidalität am besten erklären. Um ein Modell mit möglichst hohem Erklärungswert zu erhalten, wurde die Methode Rückwärts LR gerechnet. Diejenigen Variablen, die der Reihe nach ausgeschlossen wurden, hatten jeweils den wenigsten zusätzlichen Erklärungswert (Field, 2009). Die Voraussetzung der Linearität wurde überprüft. Da keine Interaktion mit dem Logarithmus signifikant wurde, war die Linearität gegeben (Field, 2009).

Bei Überprüfung einer möglichen Multikollinearität wurde festgestellt, dass PTBS und Depression, PTBS und Angst, D&E und Depression sehr stark miteinander korrelieren. In der anschließend durchgeführten Multikollinearitätsdiagnostik zeigte sich ein hoher durchschnittlicher VIF von 1.82. Der Ausschluss der Variable Depression ergab einen geringeren durchschnittlichen VIF-Wert von 1.57, und somit wurde diese Variable nicht in die Regressionsanalyse mitaufgenommen.

Die Voraussetzung der Linearität wurde überprüft. Da keine Interaktion mit dem Logarithmus signifikant wurde, war die Linearität gegeben (Field, 2009).

Die Regressionsanalyse ergab ein Erklärungsmodell für Suizidalität durch die Variablen Geschlecht, Wohnort, Ausbildung, Traumaanzahl, D&E und Erleben schwerer Traumata. Das Modell konnte 24.4% der Varianz erklären ($R^2 = .244$). In 8 Schritten wurden der Reihe nach folgende Variablen ausgeschlossen: Kosovo Verlassen, Angst, CSE, WSU, Alter, PTBS, *Internally displaced*.

In einem weiteren Schritt wurde die nun nicht mehr signifikante Variable Geschlecht ausgeschlossen. Das neue Modell erklärte 23.7% der Varianz von Suizidalität. Die

verbleibenden Faktoren waren Wohnort, Ausbildung, Traumaanzahl, D&E und Erleben schwerer Traumata (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13

Variablen in der Gleichung bei Schritt 8: Erklärung Suizidalität

	Regressions- Koeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ausbildung			7.664	4	.105	
Ausbildung(1)	-20.775	18345.577	.000	1	.999	.000
Ausbildung(2)	1.279	.463	7.633	1	.006	3.592
Ausbildung(3)	.544	.366	2.207	1	.137	1.723
Ausbildung(4)	.560	.547	1.050	1	.306	1.751
Traumaanzahl	.080	.025	10.057	1	.002	1.083
D&E	.057	.008	58.322	1	.000	1.059
Schweres Trauma	.857	.371	5.324	1	.021	2.355
Wohnort	-.837	.347	5.825	1	.016	.433
Konstante	-4.532	.608	55.516	1	.000	.011

Anmerkung. In Schritt 1 eingegebene Variablen: Alter, Ausbildung, Kosovo Verlassen, Internally-Displaced, Traumaanzahl, PTBS-Symptomatik, Angst-Symptomatik, WSU, CSE, D&E, Schweres Trauma, Wohnort.

Auch für die Erklärung der Suizidalität wurde das SAMS-Modell weiter geprüft und die Regressionsanalyse für die drei Variablen WSU, D&E und CSE gesondert berechnet. Sie zeigte in 3 Schritten, dass nur D&E zur Varianzaufklärung beitragen konnte ($R^2 = .188$). Wie bereits gezeigt (siehe Kapitel 8.2.1) konnte CSE zur Erklärung von D&E herangezogen werden, WSU hingegen nicht.

8.2.3 Länderunterschiede

(verfasst von Ardiana Idrizi und Karina Neuhofer)

Fragestellung 3: Ist es für die PTBS-Symptomatik und die Suizidalität von Bedeutung, ob die Studienteilnehmer/innen in Österreich oder im Kosovo leben, oder ob sie während des Kriegs flüchten mussten

Im Zuge der dritten Fragestellung soll geklärt werden, welcher Einfluss Flucht und Migration zukommt. Es wurde erhoben, ob die Studienteilnehmer/innen aktuell im Kosovo leben oder nach Österreich emigrierten und ob sie während des Kriegs aus dem Kosovo flüchten mussten. Die Gesamtstichprobe wurde jeweils in die Gruppen Kosovo/Österreich und Flucht/Nicht-Flucht geteilt, um Unterschiede in Zusammenhang mit PTBS-Symptomatik und Suizidalität in den Gruppen zu berechnen.

Die Unterschiedshypothesen hierzu wurden aufgrund der nichtgegebenen Voraussetzungen für andere Testverfahren mit dem nichtparametrischen Verfahren Mann-Whitney-U-Test überprüft (Field, 2009). Zur Erklärung der Unterschiede wurden die Regressionsanalysen für PTBS-Symptomatik und Suizidalität getrennt für die Gruppen berechnet.

8.2.3.1 Unterschiede Kosovo/Österreich

Die Gruppen Kosovo und Österreich unterschieden sich signifikant hinsichtlich der PTBS-Symptomatik (siehe Kapitel 8.2.1). Die Verteilung der PTBS-Symptomatik je Gruppe kann in den Abbildungen 8 und 9 eingesehen werden.

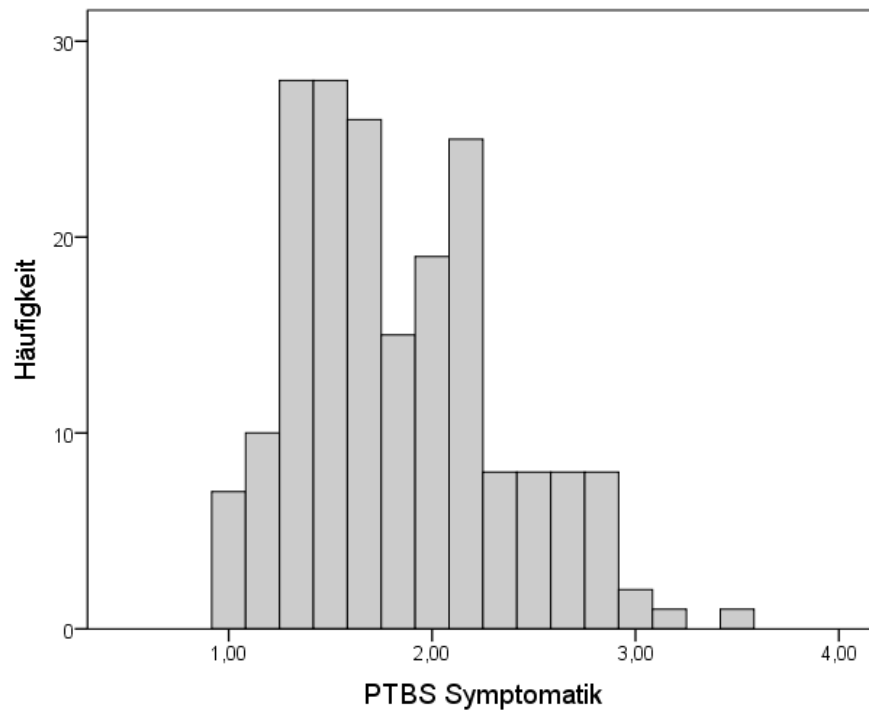


Abbildung 8. Verteilung der PTBS-Symptomatik in Österreich.

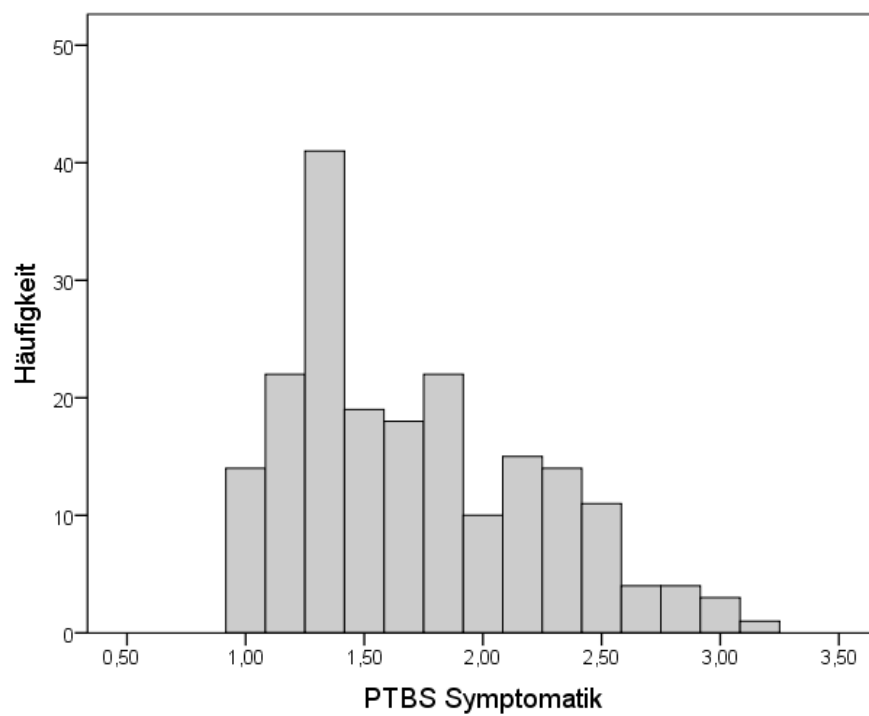


Abbildung 9. Verteilung der PTBS-Symptomatik im Kosovo.

Die Regressionsanalyse für die beiden Gruppen zeigte folgendes Bild.

Die PTBS-Symptomatik im Kosovo konnte am besten durch die Variablen Kosovo verlassen ($\beta = -.100, p = .049$), Traumaanzahl ($\beta = .195, p < .001$), Angst ($\beta = .465, p < .001$) und D&E ($\beta = .280, p < .001$) erklärt werden. Das Bestimmtheitsmaß betrug hierbei .535 (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14

Wohnort Kosovo: Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.742 ^b	.550	.525	.34627
2	.741	.550	.527	.34545
3	.741	.548	.528	.34503
4	.740	.547	.529	.34460
5	.738	.545	.529	.34455
6	.735	.541	.528	.34511
7	.731 ^h	.535	.525	.34624

Anmerkung. b. Einflußvariablen: (Konstante), Schweres Trauma, CSE, Kosovo Verlassen, Alter, Geschlecht, WSU, Ausbildung, Angst-Symptomatik, Traumaanzahl, D&E.

h. Einflussvariablen: (Konstante), Kosovo Verlassen, Angst-Symptomatik, Traumaanzahl, D&E.

Für die Gruppe Österreich konnte das Modell der Regressionsanalyse 69.3% der Varianz erklären. Die Variablen Ausbildung ($\beta = -.158, p < .001$), Kosovo Verlassen ($\beta = .114, p = .006$), Traumaanzahl ($\beta = .097, p = .025$), Angst ($\beta = .629, p < .001$), D&E ($\beta = .238, p = .001$) und CSE ($\beta = .097, p = .092$) waren im Modell integriert. Die Variable CSE war nicht signifikant und wurde in einem zweiten Schritt ausgeschlossen. Das erneut berechnete Modell erklärte 68.8%, und wurde als bestes Erklärungsmodell angenommen (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15

Wohnort Österreich: Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.832 ^b	.692	.677	.28328
2	.381	.691	.678	.28277
3	.381	.691	.679	.28227
4	.381	.690	.680	.28185
5	.829 ^f	.688	.680	.28196

Anmerkung. b. Einflußvariablen: (Konstante), Schweres Trauma, Kosovo Verlassen, Alter, Geschlecht, WSU, Ausbildung, Angst-Symptomatik, Traumaanzahl, D&E.

f. Einflußvariablen: (Konstante), Kosovo Verlassen, Ausbildung, Angst-Symptomatik, Traumaanzahl, D&E.

Die Interaktion von aktuellem Wohnort und Flucht während des Kriegs ist in Tabelle 16 einzusehen.

Tabelle 16

Mittelwerte der PTBS-Symptomatik nach Migration und Flucht

	Kosovo verlassen	Kosovo nicht verlassen
Kosovo	1.86	1.81
Österreich	1.67	1.80

Im Bezug auf die Hypothese 3.2 ergab sich kein Unterschied hinsichtlich der Suizidalität zwischen den beiden Gruppen (siehe Kapitel 8.1.2.6).

8.2.3.2 Unterschiede Flüchtlinge / Nicht-Fluchtlinge

Die beiden Gruppen Flüchtlinge und Nicht-Fluchtlinge unterschieden sich weder in der Ausprägung der PTBS-Symptomatik ($z = -1.08$, $p = .281$) noch in der Suizidalität ($z = -1.03$, $p = .305$). Jene Personen, die den Kosovo während des Kriegs verlassen hatten, zeigten zu 21.6% Suizidalität und einen Mittelwert von 1.86 für PTBS-Symptomatik. Die Angaben der Studienteilnehmer/innen, die den Kosovo nicht verlassen hatten, ergaben eine Suizidalitäts-Rate von 30.7% und einen Mittelwert von 1.81 in der PTBS-Symptomatik.

8.2.4 Defeat & Entrapment

(verfasst von Karina Neuhofer)

Fragestellung 4: Wie verhält sich die Variable Defeat & Entrapment im Bezug auf die erhobenen Faktoren? Welche Rolle kommt Defeat & Entrapment bei der Erklärung von PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten traumatischen Erlebnissen zu?

Im Weiteren wird zur Beantwortung der Hypothesen der Fragestellung 4 teilweise auf bereits angegebene Ergebnisse in den Kapiteln 8.1, 8.2.1 und 8.2.2 hingewiesen. Für die Berechnungen zur weiteren Klärung des Einflusses von D&E wurde die gesamte Stichprobe herangezogen. Es kamen Korrelationsberechnungen und Mann-Whitney-U-Tests zum Einsatz. Die Normalverteilung als Voraussetzung für die Pearson-Korrelation war für die Variable *Defeat & Entrapment* nicht gegeben (siehe Abbildung 10). Aufgrund der großen Fallzahl wurde diese Voraussetzung jedoch vernachlässigt (Field, 2009).

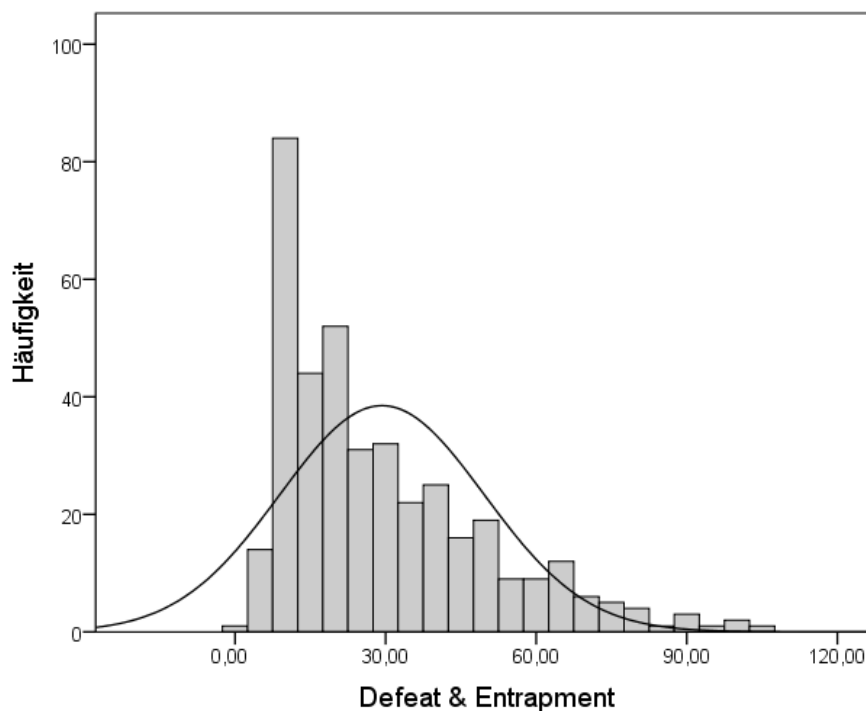


Abbildung 10. Normalverteilungskurve von D&E.

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Ausprägung von *Defeat & Entrapment* ($z = -1.08, p = .282$). Männer zeigten jedoch einen etwas höheren Mittelwert von 30.19. Derjenige von Frauen lag im Vergleich dazu bei 27.89.

In signifikantem Ausmaß hingen Gefühle von *Defeat & Entrapment* mit dem Alter zusammen ($r(391) = .117, p = .021$), wobei höheres Alter mit höherer Ausprägung der Variable einherging. Zur weiteren grafischen Analyse wurden Altersgruppen gebildet. Die Darstellung im Boxplot-Diagramm (Abbildung 11) veranschaulicht die geringe Streuung und den hohen Median in der Altersgruppe der über 70-Jährigen.

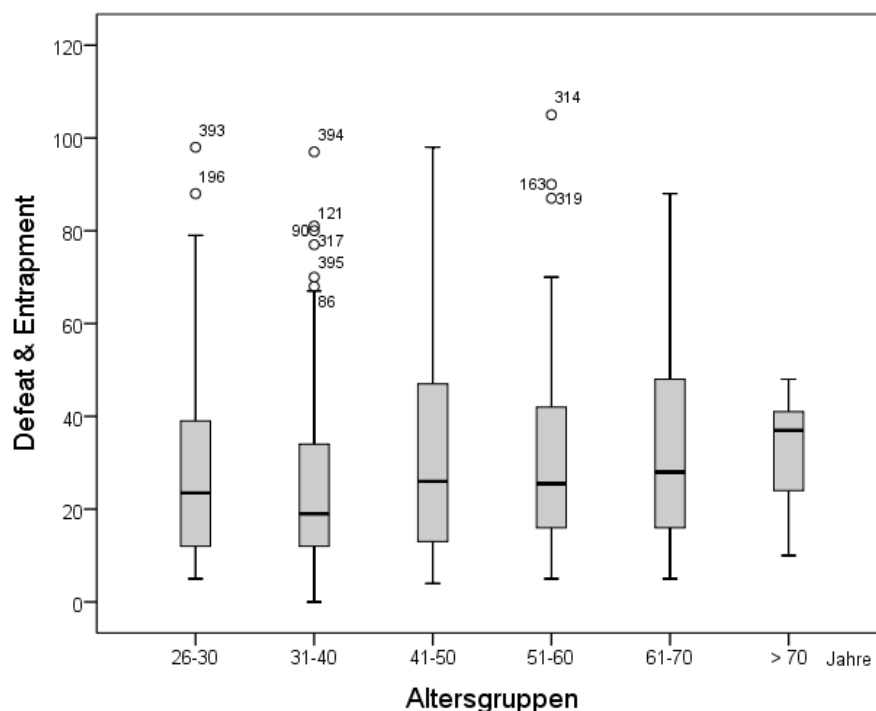


Abbildung 11. Boxplot-Diagramm für D&E-Werte je Altersgruppe.

Die Korrelation zwischen D&E und Ausbildung war negativ ($r_s(391) = -.136, p = .007$). Das bedeutet, dass mit steigendem Ausbildungsgrad die Ausprägung von D&E sinkt.

Die Gruppen Kosovo und Österreich unterschieden sich bei *Defeat & Entrapment* ($z = -4.47, p < .001$) insofern, dass die Studienteilnehmer/innen im Kosovo erhöhte Ausprägungen aufwiesen. Die Kosovo-Gruppe zeigte einen Mittelwert von 33.46, die Österreich-Gruppe wies einen Mittelwert von 25.05 auf.

Signifikante Korrelationen mit D&E ergaben sich auch für das Erleben schwerer Traumata ($r_s(388) = .137, p = .007$), die Anzahl der erlebten Traumata ($r(384) = .180, p < .001$), Depressionssymptomatik ($r(387) = .700, p < .001$) und Angstsymptomatik ($r(390) = .608, p < .001$).

Wie bereits in Kapitel 8.2.1.1 beschrieben, gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen D&E und PTBS-Symptomatik mit einem hohen Korrelationskoeffizient von .594. D&E konnte im gemeinsamen Regressionsmodell einen signifikanten Anteil der Varianz der PTBS-Symptomatik erklären. Der Zusammenhang zwischen D&E und PTBS ließ sich auch als Gruppenunterschied zwischen Personen mit und ohne PTBS-Diagnose bestätigen ($z = -6.70, p < .001$). Die unterschiedliche Verteilung der D&E-Ausprägungen je Gruppe können auf Abbildung 12 betrachtet werden.

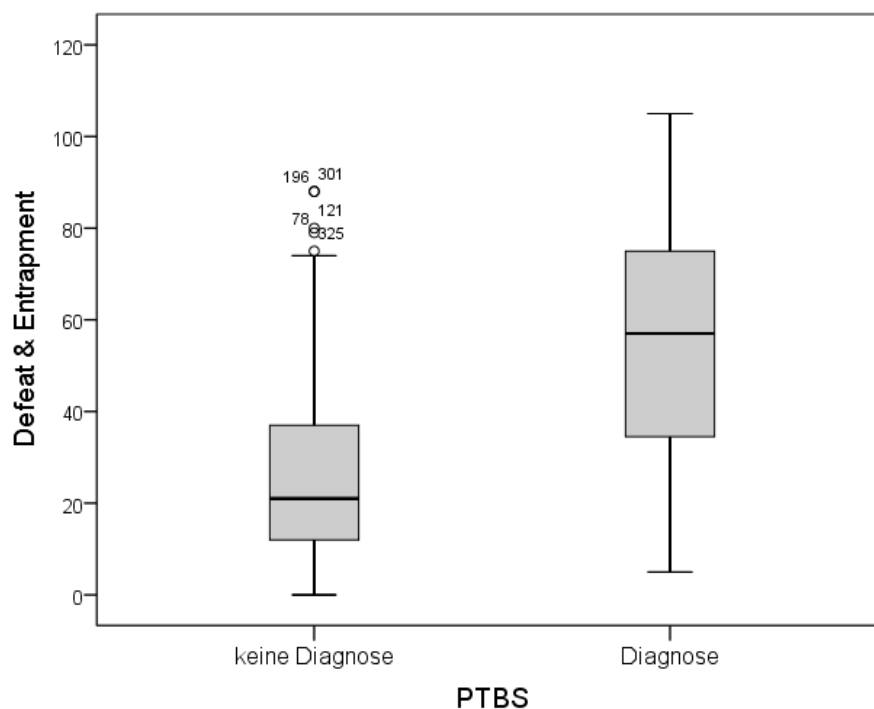


Abbildung 12. Boxplot für D&E-Werte und PTBS-Diagnose.

Jene Studienteilnehmer/innen, die Suizidalität aufwiesen, zeigten höhere Ausprägungen bei Gefühlen von *Defeat & Entrapment* als jene ohne Suizidgedanken oder Suizidhandlungen. Die Korrelation zwischen Suizidalität und D&E war hierbei signifikant

($r_s(388) = .424, p < .001$). Im Regressionsmodell für die Variable Suizidalität kam D&E eine Prädiktorrolle zu (siehe Kapitel 8.2.1.2).

Bei gemeinsamer Betrachtung von PTBS-Diagnose und Suizidalität zeigten sich die in Tabelle 17 angegebenen D&E-Mittelwerte. Jene Personen mit beiden Störungsbildern wiesen deutlich erhöhte Werte von D&E auf als Personen mit einem oder keinem Störungsbild.

Tabelle 17

D&E-Werte für komorbides Auftreten von Suizidalität und PTBS

PTBS-Diagnose	Suizidalität	
	Nein	Ja
Nein	22.59	40.21
Ja	44.18	64.04

Die Variablen des SAMS-Modells (Johnson et al., 2008a; Taylor et al., 2010b) D&E, CSE und WSU korrelierten, wie bereits in Kapitel 8.2.1.2 beschrieben, jeweils signifikant miteinander. Im Regressionsmodell zeigte sich die Variable CSE als Prädiktor für D&E.

9 Diskussion

(verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer)

9.1 Deskriptivstatistik

Die kosovo-albanische Bevölkerung wurde schwer vom Krieg in den neunziger Jahren getroffen. Beinahe die gesamte Zivilbevölkerung war traumatischen Erfahrungen ausgesetzt. Nach der Erhebung für die vorliegende Studie müssen 4 Personen ausgeschlossen werden, weil sie das Inklusionskriterium, mindestens ein Kriegstrauma erlebt zu haben, nicht erfüllen. Diejenigen Personen, deren Daten in die Auswertung aufgenommen wurden, erlebten durchschnittlich 13.1 verschiedene Traumata (von 45 möglichen), wobei 9 Personen sogar angaben 30 Traumata und mehr erlebt zu haben. Diese Ergebnisse decken sich mit der Forschungsarbeit von Morina et al. (2010b) im Kosovo. Die durchschnittliche Traumaanzahl in ihrer Arbeit war mit 10.6 zwar geringer als in der vorliegenden Forschungsarbeit, sie fragten jedoch nur nach 18 möglichen Traumaerlebnissen. Desweiteren geben 60% der befragten Personen an, ein schweres Trauma erlebt zu haben.

Es muss angemerkt werden, dass jene Personen, die aktuell im Kosovo leben, mehr traumatische Erfahrungen gemacht und eher schwere Traumata erlebt haben, als jene Personen, die in Österreich leben. Wenn man diese Daten mit jenen von Jankovic et al. (2013) vergleicht, ergibt sich ein inkongruentes Bild. In der Studie von Jankovic et al. (2013) erlebten Flüchtlinge in westlichen Ländern mehr traumatische Ereignisse als jene Personen, die im Heimatland blieben. Hierbei wurden jedoch auch Nachkriegstraumata und somit fluchtbezogene Traumata erhoben. Ein weiterer Erklärungsgrund für das nicht literaturkonforme Ergebnis könnte das Alter sein (Farhood et al., 2006). Laut Farhood et al. (2006) erlebten ältere Personen tendenziell mehr traumatische Ereignisse. Da die Testpersonen im Kosovo durchschnittlich älter (47 Jahre) sind als jene in Österreich (34 Jahre), kann davon ausgegangen werden, dass die erhöhte Traumaanzahl im Kosovo zum Teil durch das Alter bedingt ist. Darüber hinaus wurden für die Österreich-Gruppe wie in Kapitel 1.4 beschrieben Migranten/innen und nicht Flüchtlinge, wie in der Studie von Jankovic et al. (2013), befragt.

Für Angst, Depression und PTBS zeigt sich, dass die Kosovo-Gruppe durchwegs höhere Ausprägungen in der Symptomatik aufweist und dieser Unterschied signifikant ist. Hierbei muss wiederum angemerkt werden, dass in der vorliegenden Studie eine andere

Gruppenunterscheidung getroffen wird, als in der herangezogenen Literatur. Beide Gruppen (Kosovo und Österreich) können ehemalige Flüchtlinge beinhalten. Dies kann jedoch nicht ausreichend erklären, warum sich die Symptomausprägungen psychischer Störungen umgekehrt verhalten als in den Referenzstudien. Hierbei kann der Hinweis von Priebe et al. (2009), dass der dauerhafte Aufenthalt in einem Postkonfliktland einen Risikofaktor für PTBS darstellt, zur Aufklärung beitragen.

In der getesteten Stichprobe ergibt sich eine PTBS-Prävalenz von 10.3%. Diese Rate ist erheblich niedriger als in vergleichbaren Studien. Morina und Ford (2008) erhoben 6 Jahre nach dem Krieg eine Prävalenzrate von 25.5%. Priebe et al. (2010b) et al. erhoben zum selben Zeitpunkt eine Rate von 22.8%. Mit Abstand zu den traumatischen Ereignissen scheint es einen Rückgang in den PTBS-Fällen zu geben (Ai et al., 2002). Eytan et al. (2004) und Eytan et al. (2011) konnten diesen Rückgang in einer Langzeitstudie empirisch nachweisen. Steel et al. (1999) wiesen auf Remission von PTBS über die Zeit hin und legten nahe, dass Studien, die lange nach traumatischen Begebenheiten durchgeführt werden, eher chronische und nicht remittierende PTBS-Fälle aufdecken. Bei Eytan et al. (2011) fanden sich ähnliche Beschreibungen und darüber hinaus Hinweise auf Late-Onset-PTBS-Fälle in der kosovarischen Bevölkerung, welche erst durch spätere Forschungen aufgedeckt werden können. Da die vorliegende Arbeit ein Querschnittsdesign hat, kann nicht näher bestimmt werden, ob es sich bei den PTBS-Fällen um besonders schwerwiegende chronische PTBS nach Steel et al. (1999) oder Late-Onset-PTBS nach Eytan et al. (2011) handelt.

Laut Angaben im Fragebogen sind etwa ein Viertel der getesteten Personen suizidal. Suizidalität war im Vergleich dazu bei 50% der befragten Flüchtlinge in der Erhebung von Ferrada-Noli et al. (1998) vorhanden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass 56.1% der Probanden/innen mit PTBS-Symptomatik im Umfang einer klinisch relevanten Diagnose auch Suizidgedanken und -versuche aufweisen. Jene Probanden/innen ohne PTBS-Diagnose zeigen sich im Vergleich hierzu nur zu 21.5% suizidal. Bei Vorhandensein einer PTBS entsprechen die Ergebnisse den Erwartungen aus der Literatur. So lag bei Panagioti et al. (2009) die Prävalenz von Suizidalität bei Flüchtlingen mit PTBS in den meisten Studien bei über 50%. Auch bei Mihaljević et al. (2011) war mit 53% ein ähnlicher Anteil der Teilnehmer/innen mit PTBS von Suizidalität betroffen.

9.2 PTBS

So wie in der Studie von Eytan et al. (2004) korreliert auch in der vorliegenden Studie die Anzahl erlebter Traumata mit der PTBS-Symptomatik. Die Existenz eines solchen kumulativen Effekts wurde in den Studien von Bramsen und van der Ploeg (1999), Johnson und Thompson (2008) und Suliman et al. (2009) bestätigt. Ebenso gibt es einen Zusammenhang mit schweren Traumatisierungen – definiert nach Jankovic et al. (2013) – in der Hinsicht, dass eine oder mehrere Traumaerlebnisse der Kategorie *Schweres Trauma* die PTBS-Symptomatik erhöhen. Auch Steel et al. (2009), Eytan et al. (2004), Cardozo et al. (2000) und Priebe et al. (2010b) konnten zeigen, dass einzelne schwere Traumaerlebnisse in Zusammenhang mit einer erhöhten PTBS-Symptomatik stehen.

Das Auftreten von Depression und Angst als komorbide Störungen einer PTBS nach Traumaerfahrungen wird durchwegs konsistent angenommen (vgl. Kashdan et al., 2009; Matanov et al., 2013). In der vorliegenden Studie kann das komorbide Auftreten der Symptomaten der genannten Störungen ebenfalls gezeigt werden.

Der in der Literatur angezeigte Zusammenhang von D&E und PTBS (vgl. Ehlers et al., 2000; Panagioti et al., 2012b) kann für die getestete Stichprobe bestätigt werden. Morina und Ford (2008) konnten einen Zusammenhang zwischen CSE und Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung finden. In der vorliegenden Arbeit wird der Zusammenhang von CSE und PTBS nachgewiesen. Für die wahrgenommene soziale Unterstützung zeigt sich ein negativer Zusammenhang mit dem Ausmaß der PTBS-Symptomatik, jedoch kein Zusammenhang mit der PTBS-Diagnose. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Morina und Ford (2008), wo ein Zusammenhang von sozialer Unterstützung und PTBS-Symptomatik gezeigt werden konnte. Ai et al. (2007) fanden keinen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und dem Vorhandensein einer PTBS, was ebenfalls mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung übereinstimmt.

Ein Geschlechtsunterschied für PTBS-Symptomatik und das Auftreten klinisch relevanter PTBS-Diagnosen kann nicht bestätigt werden. Konsistent mit der Literatur zeigen Frauen (13.2%) zwar im Vergleich zu Männern (8.4%) eine erhöhte PTBS-Rate, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Ai et al. (2002), Cardozo et al. (2000) sowie Eytan et al. (2004) führten im Gegensatz hierzu derartige Geschlechtsunterschiede an. In der Studie von Eytan et al. (2004) beispielsweise hatten Frauen eine PTBS-Rate von 27.3% und Männer eine Rate von 19.0%.

Je älter die Studienteilnehmer/innen sind, desto höher sind die Ausprägungen der PTBS-Symptomatik. Die Richtung dieses Zusammenhangs wurde auch in der Arbeit von Priebe et al. (2010a) angeführt. Maercker et al. (2004), Perkonigg et al. (2000) und De Jong et al. (2001) beschrieben ebenfalls einen Altersunterschied für die Entwicklung einer PTBS, verglichen hierbei jedoch Traumatisierungen vor und nach dem 12. Lebensjahr. Die vorliegende Forschungsarbeit bezieht Kindheitstraumata vor dem 12. Lebensjahr nicht mit ein (siehe Kapitel 7.2).

In der getesteten Stichprobe steht der Grad der Ausbildung in negativem Zusammenhang mit PTBS-Symptomatik. In der Literatur gibt es hierzu inkonsistente Ergebnisse. In den Forschungsarbeiten von De Jong et al. (2001), Priebe et al. (2010a) und Farhood et al. (2006) sank das Ausmaß der PTBS-Symptomatik mit höherem Bildungsgrad, in den Arbeiten von Eytan et al. (2011) und Momartin et al. (2003) hingegen konnte ein solcher Zusammenhang nicht bestätigt werden.

Die zur weiteren Erklärung der PTBS-Symptomatik herangezogene Regressionsanalyse zeigt, dass Anzahl erlebter Traumata, Angst-Symptomatik, *Defeat & Entrapment* und Ausbildung das beste Erklärungsmodell darstellen (siehe Abbildung 13). Gemeinsam können sie 60% der Varianz der Schwere der PTBS-Symptome aufklären.

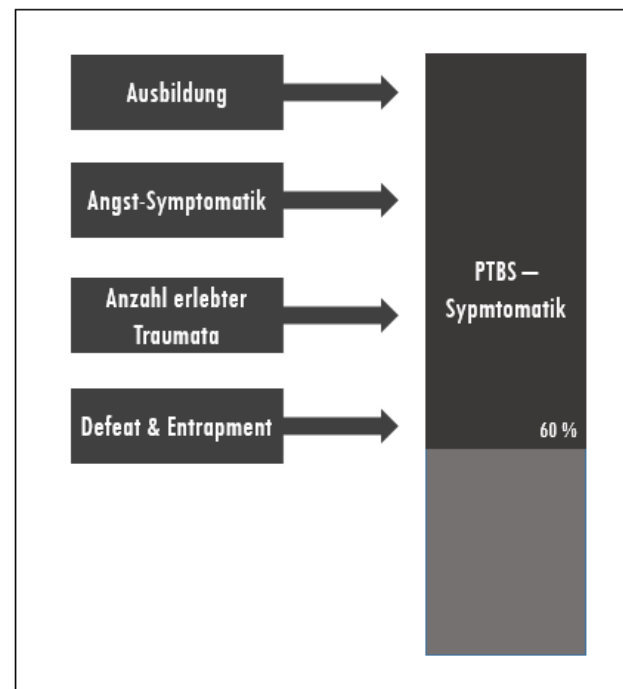


Abbildung 13. Gesamtmodell zur Erklärung der PTBS-Symptomatik ($R^2=.600$).

Der Variable wahrgenommene Soziale Unterstützung kann in diesem Modell keine prädiktive Rolle zugeschrieben werden, was auch der nicht signifikanten Korrelation mit PTBS entspricht. Obwohl einigen Studien ein Zusammenhang zwischen PTBS und wahrgenommener Sozialer Unterstützung zu entnehmen ist (vgl. Besser & Neria, 2010; Gilbar et al., 2010; Ozer et al., 2003), war dies bei Studien mit kosovarischen Kriegsopfern ambivalent. Morina und Ford (2008) beschrieben eine Verbindung zwischen PTBS-Symptomatik und wahrgenommener Sozialer Unterstützung. Ai et al. (2007) fanden jedoch keinen signifikanten Zusammenhang mit PTBS. Der ursprünglich gefundene Zusammenhang zwischen *Core Self-Evaluations* und PTBS-Symptomatik bleibt im gemeinsamen Erklärungsmodell nicht weiter signifikant. Taylor et al. (2010b) beschrieben, dass Bewertungen nur indirekt über D&E wirksam werden. Auch im Falle der vorliegenden Daten kann D&E zu einem hohen Prozentsatz durch CSE erklärt werden. Ob jedoch ein indirekter Effekt der Variable CSE vorliegt, oder die beiden Konstrukte CSE und D&E überlappen, kann nicht genauer eruiert werden.

Die prädiktive Rolle von *Defeat & Entrapment* im gemeinsamen Erklärungsmodell der PTBS-Symptomatik liefert weitere Evidenz für den von Taylor, Gooding, Wood und Tarrier (2011) und Griffiths et al. (2014) beschriebenen transdiagnostischen Erklärungswert dieser Variable.

Entgegen der Ergebnisse von Wilson, Smith und Johnson (1985), die besagen, dass Schweregrad des Traumas ein besserer Prädiktor für PTBS-Symptomatik sei als die Traumaanzahl, kann im Gesamtmodell Traumaanzahl einen Teil der Varianz erklären, Traumaschwere hingegen nicht. Der ursprünglich gefundene Zusammenhang zwischen Traumaschwere und PTBS-Symptomatik hat im gemeinsamen Modell keine weitere Relevanz. Dabei muss angemerkt werden, dass sich die Variable Traumaschwere in der vorliegenden Studie auf die Arbeit von Jankovic et al. (2013) bezieht, welche den Effekt unterschiedlicher Traumaerlebnisse auf Suizidalität – nicht auf PTBS – beschrieben.

9.3 Suizidalität

Hinsichtlich der Anzahl verschiedener Traumatisierungen zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit Suizidalität. Dies kann als Hinweis auf das erhöhte Suizidalitätsrisiko bei kumulativen Traumaerlebnissen gewertet werden. Das Erleben von schweren Traumata steht

nicht in direktem Zusammenhang mit Suizidalität. Bei Jankovic et al. (2013) wurden bestimmte schwere Traumaerfahrungen jedoch als Risikofaktor für Suizidalität beschrieben. Diejenigen Personen, die im Kosovo leben, haben eher schwere Traumata erlebt, als jene in der Vergleichsgruppe. Auch dieses Ergebnis ist inkonsistent mit denen von Jankovic et al. (2013). Sie stellten fest, dass Flüchtlinge mehr Traumata erlebt hatten als im Heimatland Verbliebene.

Im Bezug auf psychische Störungen zeigt sich ein mit der Forschungsliteratur kongruentes Bild für Suizidalität. Ähnlich wie bei Spijker et al. (2010) et al. (2010) und Marshall et al. (2001) steht auch bei dieser Untersuchung Suizidalität in Verbindung mit psychischen Störungen wie PTBS, Angst und Depression. Je stärker die Symptomatik einer Störung angegeben wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Teilnehmer/innen von Suizidalität betroffen sind.

Für die Variable *Defeat & Entrapment* zeigt sich ein positiver Zusammenhang. Dies entspricht den Erwartungen aufgrund der vorliegenden Informationen aus anderen Studien (vgl. O'Conno, 2003; Panagioti et al., 2009; Panagioti et al., 2012b; Rasmussen et al., 2010; Taylor et al., 2010b) welche die Bedeutung von *Defeat & Entrapment* zur Erklärung von Suizidalität beschrieben. CSE steht in dieser Untersuchung in Zusammenhang mit Suizidalität, was sich ebenfalls mit der vorhandenen Literatur zu den vier zugrundeliegenden Konstrukten Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung und Neurotizismus deckt (vgl. Brezo et al., 2006; Dieserud et al., 2003; Eskin et al., 2007; Lauer et al., 2008; Thompson et al., 2002). Wahrgenommene soziale Unterstützung steht den Daten zufolge nicht in Verbindung mit Suizidalität. Dies deckt sich nicht mit der vorhandenen Literatur zu sozialer Unterstützung und Suizidalität (Kleiman & Riskind, 2013, Panagioti et al., 2014).

Das Alter steht nicht in Zusammenhang mit Suizidalität. Diese Beobachtung entspricht nicht den Daten von Wolfersdorf (2008), Berzewski und Pajonk (2012) sowie Nock et al. (2008a), die einen Anstieg von Suizidalität mit dem Alter beschrieben. Das Durchschnittsalter in beiden Gruppen (Österreich und Kosovo) liegt jeweils über 30 Jahre. In der Literatur lässt sich vor allem ein Anstieg im Alter zwischen Pubertät und frühem Erwachsenenalter finden (Berzewski & Pajonk, 2012; Nock et al., 2008b; Wolfersdorf, 2008). Da die Teilnehmer/innen im Durchschnitt über diesem Altersbereich liegen, ist es möglich, dass dies für den fehlenden Zusammenhang verantwortlich ist.

Das Geschlecht erweist sich entgegen den Angaben von Plener et al. (2012) und Wolfersdorf (2008) als nicht unterschiedlich in Bezug auf Suizidalität. Es kann somit nicht

bestätigt werden, dass Frauen häufiger von Suizidalität betroffen sind. Obwohl Männer mit rund 60% die Mehrheit der Befragten stellen, sind ausreichend Daten von Teilnehmerinnen vorhanden, sodass eine unausgeglichene Geschlechterverteilung der Stichprobe nicht der Grund für diesen Widerspruch ist.

Befragten mit Suizidalität war bei dem Ausbildungsniveau Grundschule mit 38% am höchsten. Bei höheren Bildungsniveaus als jenem der Grundschule bewegen sich die Prävalenzraten von Suizidalität im Bereich zwischen 20% und 25%. Dies entspricht nicht den Erwartungen aus der Literatur, wo sich das höchste Risiko von Suizidalität betroffen zu sein im universitären Bildungsniveau zeigte (Nock et al., 2008a). Die beiden Gruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Ausbildung in dieser Untersuchung insofern voneinander, als in Österreich die meisten Teilnehmer/innen das höchste mögliche Bildungsniveau angeben und im Kosovo die meisten im Bereich Primärschule bzw. mittlere Schule einzuordnen sind. Dieser Unterschied kann eine mögliche Erklärung für die konträren Ergebnisse sein.

Die Darstellung von Jankovic et al. (2013), dass die Anzahl von Traumatisierungen in positivem Zusammenhang mit Suizidalität steht, bestätigt sich in dieser Untersuchung.

Das hypothetisierte Modell zur Erklärung von Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata kann nicht zur Gänze bestätigt werden. Allein die Variable *Defeat & Entrapment* des SAMS-Modells trägt zur Varianzaufklärung im gemeinsamen Regressionsmodell der Suizidalität bei. Gemeinsam mit Wohnort, Ausbildung, Traumaschwere und Traumaanzahl kann zu 23.7% erklärt werden, ob jemand suizidal ist oder nicht (siehe Abbildung 14).

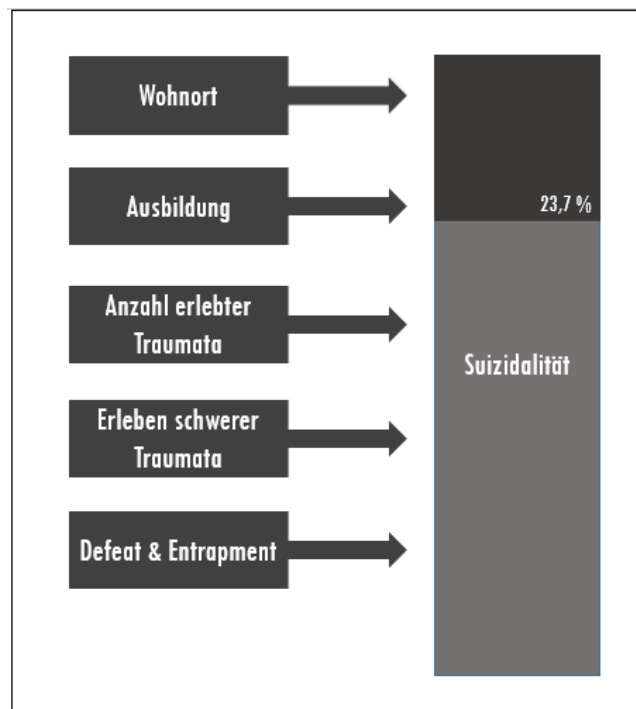


Abbildung 14. Gesamtmodell zur Erklärung der Suizidalität ($R^2=.237$).

Zur Überprüfung des SAMS-Modells werden nur die drei Komponenten WSU, CSE und D&E weiter berechnet und auch hier zeigt sich D&E als einziger signifikanter Prädiktor. Es kann 18.8% der Varianz durch D&E erklärt werden. In der Forschungsarbeit von Taylor et al. (2010b) konnte mit 32% erheblich mehr Varianz der Suizidalität durch diese Variable erklärt werden.

Die weitere Überprüfung indirekter Effekte laut SAMS-Modell (Johnson et al., 2008a; Taylor et al., 2010b) ergibt, dass CSE 50.9% der Varianz von *Defeat & Entrapment* erklären kann. Aufgrund der getrennt berechneten Regressionsanalysen kann die Kausalität nicht bestimmt und nicht genauer eruiert werden, ob CSE dem Gefühl von *Defeat & Entrapment* vorangeht. Wahrgenommene soziale Unterstützung hat entgegen der Ergebnisse früherer Arbeiten (Johnson et al., 2008a; Taylor et al., 2010b) keinen Erklärungswert für D&E.

Über den kumulativen Effekt mehrerer erlebter Traumata hinaus ist die Tatsache, dass jemand ein besonders belastendes Trauma erlebt hat, von signifikantem Erklärungswert für Suizidalität. Die Bedeutung des Erlebens schwerer Traumata für Suizidalität kann aufgrund des fehlenden direkten Zusammenhangs mit Suizidalität nicht isoliert betrachtet werden, sondern soll im Hinblick auf mögliche Interaktionen mit anderen Einflussfaktoren genauer

erforscht werden. Obwohl auch der Wohnort keinen signifikanten Zusammenhang mit Suizidalität aufweist, ist dieser im Erklärungsmodell von Suizidalität enthalten. Das Erleben schwerer Traumata steht laut Jankovic et al. (2013) in Zusammenhang mit Suizidalität. Bei dieser Studie ist der Anteil an Personen mit schweren Traumaerlebnissen im Kosovo höher als in der Österreich-Gruppe. Dies kann eine mögliche Begründung für die Bedeutung des Wohnorts in Kombination mit dem Erleben schwerer Traumata im Erklärungsmodell sein.

9.4 Länderunterschiede

Die nicht literaturkonformen erhöhten Werte der PTBS-Symptomatik im Kosovo – und nicht wie angenommen in Österreich – könnten durch das dauerhafte Leben in einer Postkonfliktgesellschaft erklärt werden (vgl. Priebe et al., 2009). Wenzel et al. (2006) und Buwa und Vuori (2007) merkten hierzu an, dass die Aufarbeitung der erlebten Traumata im Kosovo durch die schlechte wirtschaftliche Lage und mangelnde medizinische Versorgung behindert wird. Dies könnte eine stetig hohe PTBS-Rate im Kosovo auch 15 Jahre nach dem Krieg im Vergleich zur Referenzgruppe in Österreich erklären.

Ob die Studienteilnehmer/innen während des Kriegs flüchten mussten oder nicht ergibt keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Auftretens einer PTBS. Diese Ergebnisse sind nicht im Einklang mit ähnlich gearteter Literatur. Eytan et al. (2004) zeigten beispielsweise, dass die PTBS-Prävalenz bei ehemaligen kosovarischen Flüchtlingen signifikant höher war, als bei Nicht-Flüchtlingen.

Durch die getrennt berechneten Regressionsanalysen je aktuellem Wohnort (Kosovo/Österreich) ergibt sich ein differenzierteres Bild zur Erklärung der PTBS für emigrierte und nicht emigrierte Kosovo-Albaner/innen (siehe Abbildungen 15 und 16). Hierbei wird die Variable Flucht in beiden Gruppen in das Erklärungsmodell mit aufgenommen. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Flucht erst in der Interaktion mit Migration einen Einfluss auf PTBS-Symptomatik hat. Im Detail kann deskriptivstatistisch gezeigt werden, dass jene Personen die höchsten Ausprägungen in der PTBS-Symptomatik zeigen, welche während des Kriegs flüchten mussten und aktuell im Kosovo leben. Wie Wenzel et al. (2009) anmerkten, sah sich speziell diese Bevölkerungsgruppe bei der Rückkehr in das Heimatland mit den Auswirkungen des Kriegs konfrontiert. Sie begegneten der Zerstörung ihrer Häuser und ihres Eigentums und erfuhren oftmals erst bei der Rückkehr, dass Familienmitglieder gestorben waren oder vermisst wurden. Die Wirkung dieses

PTBS und Suizidailtät nach kriegsbedingten Traumata

Momentums der Rückkehr kann ausschlaggebend für eine erhöhte PTBS-Symptomatik sein. Dies kann aber nicht weiter interpretiert werden, da weder in der vorliegenden Studie noch in der Referenzliteratur erhoben wurde, wie die Rückkehr erlebt wurde.

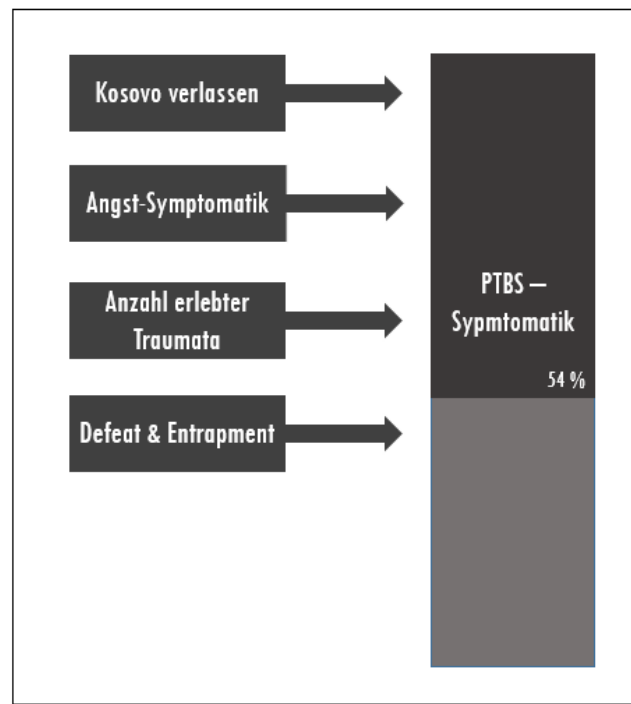


Abbildung 15. Gesamtmodell zur Erklärung der PTBS für den Kosovo.

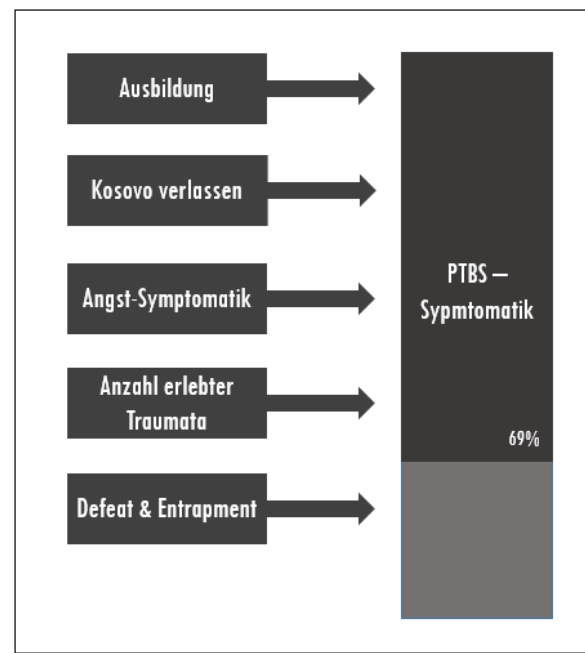


Abbildung 16. Gesamtmodell zur Erklärung der PTBS in Österreich.

Der Grad der Ausbildung der Studienteilnehmer/innen hat im Gesamterklärungsmodell der PTBS einen signifikanten Einfluss. Getrennt nach Wohnort entfällt dieser Einfluss für die Kosovo-Gruppe, für die Österreich-Gruppe bleibt er hingegen aufrecht. Da der sozioökonomische Status nicht erhoben wurde, kann eine Konfundierung mit dem Ausbildungsgrad nicht ausgeschlossen werden. Mit höherer Ausbildung ist in Österreich ein höheres Einkommen zu erzielen (Knittler, 2011). Die hohe Akademiker/innenarbeitslosigkeit von 15.5% und die geringe Streuung der Nettoeinkommen im Kosovo (Kosovo Agency of Statistics, 2014) lassen darauf schließen, dass im Kosovo mit höherer Ausbildung nicht linear höhere Einkommen erzielt werden können.

Hinsichtlich Suizidalität gibt es keine Unterschiede zwischen den Gruppen Kosovo/Österreich und Flucht/Nicht-Flucht. Dies entspricht nicht den Erwartungen, da bei Jankovic et al. (2013) im Heimatland niedrigere Prävalenz von Suizidalität gefunden wurde als bei Flüchtlingen.

9.5 Defeat & Entrapment

(verfasst von Karina Neuhofer)

Die vorliegende Studie kann die vielfach beschriebene Relevanz von *Defeat & Entrapment* bestätigen (vgl. Johnson et al., 2008a; Panagioti et al., 2012b; Taylor et al., 2010b). Suizidalität wie auch PTBS können zu einem gewissen Teil von dieser Variable erklärt werden.

Defeat & Entrapment korreliert positiv mit Suizidalität. Auch Panagioti et al. (2012b) gaben signifikante Korrelationen zwischen den beiden Variablen sowohl für Studienteilnehmer/innen mit traumatischen Erlebnissen ohne PTBS als auch für jene mit traumatischen Erlebnissen mit PTBS an. Weiter zeigt sich, dass *Defeat & Entrapment* 18.8% der Varianz der Suizidalität erklären kann. Im Vergleich dazu, wurde in der Studie von Taylor et al. (2010b) ein Prozentsatz von 32% durch D&E erklärt. Dies kann mitunter durch die unterschiedliche Stichprobenbeschaffenheit erklärt werden. Die vorliegende Arbeit testet den Einfluss von D&E bei Studienteilnehmer/innen mit Kriegstraumatisierungen, Taylor et al. (2010b) hingegen testeten Personen die Suizidalität aufwiesen aber keine traumatische Erfahrungen gemacht hatten. Sie erklärten überdies nicht das Vorhandensein sondern das Ausmaß von Suizidalität.

Panagioti et al. (2012b) gaben an, dass Studienteilnehmer/innen mit PTBS signifikant höhere D&E-Werte aufweisen. Auch für die vorliegende Stichprobe kann dieser Gruppenunterschied bestätigt werden. Zur Erklärung der PTBS-Symptomatik kann *Defeat & Entrapment* einen relevanten Beitrag leisten. 35.4% der Varianz können alleine durch diese Variable aufgeklärt werden. Diese signifikante Bedeutung ist konsistent mit den Ergebnissen vorheriger Forschungsarbeiten. In der Arbeit von Ehlers et al. (2000) konnte *mental defeat* als einzige Variable die Schwere der PTBS-Symptomatik vorhersagen.

Es kann gesagt werden, dass *Defeat & Entrapment* sowohl für Suizidalität als auch für PTBS von Bedeutsamkeit ist. Wie Panagioti et al. (2009) in ihrem Review anmerkten, werden in der Forschung zu diesen Störungsbildern nur selten psychologische Konstrukte wie zum Beispiel D&E miteinbezogen, obwohl deren Evidenz belegt ist. Weitere Arbeiten zu Suizidalität und PTBS, vor allem nach Kriegstraumatisierungen, sollten nicht auf den Erklärungswert von D&E verzichten.

Im Weiteren korreliert D&E signifikant mit dem Ausmaß von Depressions-Symptomatik. Gilbert und Allan (1998) und Griffiths et al. (2014) konnten die signifikante

Korrelation mit Depression bestätigen. Angst korreliert ebenso mit D&E, was wiederum den Ergebnissen von Griffiths et al. (2014) entspricht. Diese Ergebnisse liefern weitere Evidenz für die transdiagnostische Bedeutung von *Defeat & Entrapment* (vgl. Taylor et al., 2010b) und zeigen gleichzeitig auf, dass durch diese Variable keine differentialdiagnostische Zuordnung möglich ist. Die Annahme liegt nahe, dass *Defeat & Entrapment* eine grundsätzliche psychische Vulnerabilität beschreibt und auch für weitere Störungsbilder relevant sein könnte. Es sollte weiter geprüft werden, ob der Einfluss von D&E je Störungsbild differiert, oder die eben beschriebene generelle Vulnerabilität voraussagen kann.

Im Bezug auf die soziodemografischen Daten verhält sich die Variable D&E wie folgt: Frauen und Männer unterscheiden sich nicht signifikant in der Ausprägung. Alter und Ausbildung korrelieren signifikant mit D&E. Je höher das Alter und je geringer der Ausbildungsgrad umso mehr werden Gefühle von *Defeat & Entrapment* erlebt. Die Richtung dieser Zusammenhänge spiegelt auch die Korrelationen von Alter und Ausbildung mit PTBS wieder (siehe Kapitel 8.2.1).

Jene Studienteilnehmer/innen, die aktuell im Kosovo leben zeigen signifikant höhere D&E-Ausprägungen, als diejenigen, die in Österreich leben. *Defeat & Entrapment* beschreibt das Gefühl in einer misslichen Lage gefangen zu sein und nicht entkommen zu können (siehe Kapitel 4.3.1) Die wirtschaftliche Lage im Kosovo ist anhaltend prekär und könnte für die Kosovo-Albaner/innen eine solche unentrinnbare missliche Situation darstellen. Ein starkes Indiz hierfür ist die aktuell steigende Fluchtrate aus dem Kosovo (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2014; Statistik Austria, 2014).

D&E korreliert signifikant mit der Anzahl erlebter Traumata und mit dem Erleben schwerer Traumata. Ehlers et al. (2000) konnten keine Korrelation zwischen *mental defeat* und dem Schweregrad einzelner traumatischer Erfahrungen feststellen. Sie merkten jedoch an, dass ihre Ergebnisse nicht bedeuten, dass *Defeat* generell unabhängig von Dauer und Schwere der Traumatisierung ist.

10 Limitationen

(verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer)

Bei der Rekrutierung der Stichprobe in Österreich war die Kontaktaufnahme mit Studienteilnehmer/innen mit Schwierigkeiten verbunden. Hierbei konnten vor allem Kontakte zu männlichen Probanden/innen und Studierenden geknüpft werden, was zu einem Überhang an jungen männlichen Universitätsabgängern in der Stichprobe führte. Dies sollte jedoch keinen Einfluss auf weitere Berechnungen haben, da die Variablen Alter, Geschlecht und Ausbildungsstand konstant gehalten wurden.

Eine mögliche Limitation der vorliegenden Studie ist die unterschiedliche Teilnehmer/innenrekrutierung im Kosovo und in Österreich. Im Kosovo erfolgte die Erhebung durch unangekündigte Hausbesuche, wobei alle anwesenden Personen aufgefordert wurden teilzunehmen. In Österreich hingegen wurden Studienteilnehmer/innen über ein sogenanntes Schneeballsystem rekrutiert, dann telefonisch kontaktiert und zu einem persönlichen Treffen in geeigneten Testräumen oder deren Zuhause aufgefordert. Diese unterschiedliche Rekrutierung und Kontaktaufnahme könnte die Ergebnisse beeinflussen. In Österreich hatten die Studienteilnehmer/innen erheblich mehr Zeit sich für oder gegen die Teilnahme an der Studie zu entscheiden. Es besteht Grund zur Annahme, dass schwer traumatisierte Personen eher abgesagt haben, und es daher zur Unterschätzung der Symptomatik in der Gruppe in Österreich gekommen ist.

Die beiden Faktoren "sozioökonomischer Status" und "Arbeitslosigkeit", die einen Einfluss auf PTBS und Suizidalität haben (vgl. Drevinja et al., 2013; Farhood et al., 2006; Priebe et al., 2010a) wurden nicht ausreichend strukturiert erhoben und konnten nicht in die Auswertung miteinfließen. Es wurde nach einer vorhandenen Berufstätigkeit gefragt, was zur Auswirkung hatte, dass in die Gruppe der Arbeitslosen auch jene Personen miteingeflossen wären, die studieren, in Pension, Karenz oder mit Familienarbeit beschäftigt sind. Es muss kritisch angemerkt werden, dass nicht erfasst wurde, ob die Probanden/innen psychologisch betreut werden. Somit konnte der aus der Literatur bekannte Einfluss von psychologischer Behandlung nicht berücksichtigt werden (Gradus, Suvak, Wisco, Marx & Resick, 2013).

Eine mögliche Limitation des Befragungsinstruments stellt seine Länge dar. Vielfach dauerte das Ausfüllen des Fragebogens eineinhalb Stunden und länger. Es konnte beobachtet werden, dass die Studienteilnehmer/innen mit der Zeit ermüdeten und so eventuell die Fragen zum Ende hin nicht mehr konzentriert bearbeiteten. Viele Personen gaben an, dass die

Beantwortung der Fragen und das Erinnern an die Ereignisse im Krieg sehr belastend gewesen sei. So kam es beispielsweise in 9 Fällen zum Abbruch der Befragung wegen psychischer Überlastung. Darüber hinaus waren die vorgegebenen Tests nicht für die kosovarische Bevölkerung validiert. Zwar waren alle Fragebogenbatterien in albanischer Sprache, doch wurde oftmals angemerkt, dass die Fragen schwer verständlich sind. In diesem Zusammenhang wäre eine Validierung für die kosovarische Bevölkerung statt der wortwörtlichen Übersetzung vorhandener Fragebögen in albanische Sprache vonnöten gewesen. Gerade für Probanden/innen bildungsferner Schichten und der ländlichen Bevölkerung war die Formulierung der Fragen oftmals schwer verständlich. Hierfür wäre eine Vereinfachung der Sprache in den Testinstrumenten für weitere Forschungen ratsam. Da für die Zusammenstellung der Fragebogenbatterie dieser Forschung mehrere bereits validierte Fragebögen zusammengefügt wurden, ergab sich, dass manche Fragen in ähnlicher Weise wiederholt vorkamen. Dies führte in einigen Fällen zu Irritationen bei den Probanden/innen.

Die Erfassung der Anzahl erlebter Traumata während des Kriegs muss kritisch betrachtet werden. Der HTQ misst die Anzahl verschiedener Traumata und nicht die Häufigkeit der einzelnen Traumaerlebnisse. Die Anzahl der wirklich erlebten traumatischen Ereignisse wird somit unterschätzt. Eine Erfassung von Prä- und Postkriegstraumata erfolgte nicht, wobei diese zum Ausmaß der PTBS-Symptomatik beitragen (Klarić et al., 2007).

Die Skala Q-SIB zur Erhebung von Suizidalität misst als einzige in der Fragebogenbatterie die Lebenszeitprävalenz. Darüber hinaus ist die Inhaltsvalidität des ersten Items fraglich ("Haben Sie jemals daran gedacht, dass es besser wäre zu sterben?"). Die hohe Suizidalitätsrate in dieser Arbeit könnte durch diese Frage bedingt sein.

Die Skala *Defeat und Entrapment* wurde vom Englischen ins Albanische von zwei unabhängigen Dolmetschern/innen übersetzt und rückübersetzt. Eine validierte Version war weder für eine Population mit Kriegstraumata noch in albanischer Sprache verfügbar.

Das *Social Support Questionnaire* wird in dieser Arbeit, wie von Broadhead et al. (1988) vorgeschlagen wurde, mit nur 5 Antwortmöglichkeiten vorgegeben, anstatt von 6 Antwortmöglichkeiten wie bei Morina und Ford (2008). Bei großteils sehr hohen Werten werden individuelle Unterschiede der Variable WSU möglicherweise nicht adäquat abgebildet.

Die bisweilen uneinheitliche Definition der Komponenten des SAMS-Modells und die fehlende Entwicklung eigener Testverfahren zur standardisierten Messung (Johnson et al.,

2008a; Panagioti et al., 2012a; Panagioti et al., 2012b; Panagioti et al., 2014; Taylor et al., 2010a; Taylor et al., 2010b) machen eine Vergleichbarkeit der Forschungsarbeiten hierzu schwierig. Die Operationalisierung der Konstrukte "Bewertung der eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten (Selbstwert, Selbstbild und Selbstkritik)" und "Bewertung der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung" erfolgte in der vorliegenden Arbeit aufgrund der Verfügbarkeit von geeigneten validierten Testverfahren in albanischer Sprache. Die Auswahl der Verfahren SSQ und CSES kann mitunter die Abweichung der Ergebnisse der vorliegenden Studie zu früheren Forschungsarbeiten bedingen.

Zu guter Letzt muss angemerkt werden, dass die vorliegende Studie eine Querschnittsstudie ist und somit keine Aussagen über Kausalzusammenhänge getroffen werden können (Field, 2009). Auch wurden Selbsteinschätzungfragebögen und sogenannte Screening-Verfahren und keine Diagnoseverfahren vorgegeben. Die Aussagen zu den Prävalenzraten der Störungen müssen daher mit Bedacht interpretiert werden. Die weiteren Berechnungen wurden jeweils nur für die Ausprägung der Symptomatik durchgeführt.

11 Ausblick

(verfasst von Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer)

Diese Studie ist eine der wenigen Arbeiten zu Suizidalität nach dem Krieg im Kosovo. Sie zeigt auf, dass diese noch 15 Jahre nach den traumatischen Erfahrungen eine relevante Belastung für Kosovo-Albaner/innen darstellt.

Vor allem für die klinische Praxis ist es evident, die Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Suizidalität führen zu kennen. Eine besondere Stärke dieser Forschungsarbeit ist die gemeinsame Berücksichtigung einer großen Anzahl von relevanten Einflussfaktoren. Trotzdem kann nur zu 23.7% die Varianz der Suizidalität für die vorliegenden Daten durch diese umfangreiche Auswahl an Einflussfaktoren erklärt werden. Da Suizidalität einer der führenden Gründe für Mortalität in der Westlichen Welt ist (Gvion & Apter, 2012), ist es von erheblicher Bedeutung weitere Forschung zur Aufklärung deren Entstehung zu tätigen.

Das SAMS-Modell (Johnson et al., 2008a; Taylor et al., 2010b) zur Erklärung von Suizidalität konnte nur hinsichtlich der Bedeutung der Variable D&E bestätigt werden. Die

beiden Faktoren "Bewertung der eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten" und "Bewertung der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung" haben keinen direkten Erklärungswert. Der indirekte Einfluss der "Bewertung der eigenen Eigenschaften und Fähigkeiten" bleibt unklar. In weiteren Forschungen zu diesem Modell sollten die einbezogenen Konstrukte klarer definiert und differenziert werden und deren Operationalisierung vorangetrieben werden. Besonders das Konstrukt „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ sollte in Zukunft strukturiert betrachtet werden. Eine detailliertere Erhebung der Arten sozialer Unterstützung ist für zukünftige Studien zu empfehlen. Darüber hinaus sind die Faktoren Wohnort, Ausbildung, Anzahl erlebter Traumata und Erleben schwerer Traumata relevant, welche nicht im SAMS-Modell berücksichtigt worden sind. Dies legt nahe, dass Suizidalität nicht alleine durch innerpsychische Faktoren erklärt werden kann und das SAMS-Modell um soziodemografische und kontextuelle Faktoren erweitert werden sollte.

Diese Arbeit bestätigt die transdiagnostische Annahme von Taylor et al. (2010b) und zeigt, dass das SAMS-Modell auch zur Erklärung der PTBS-Symptomatik aussagekräftig ist. Im Falle der vorliegenden Daten, kann das SAMS-Modell sogar erheblich mehr Varianz der PTBS-Symptomatik als der Suizidalität erklären. Dies legt nahe, das SAMS-Modell als ein Modell der psychischen Vulnerabilität zu sehen und die Wirkmechanismen der zugrundeliegenden Konstrukte nicht auf die Entstehung von Suizidalität zu beschränken.

Durch Hinzunahme weiterer relevanter Einflussfaktoren kann in der vorliegenden Arbeit 60% der Varianz der PTBS-Symptomatik erklärt werden. Für die Gruppe der in Österreich lebenden Kosovo-Albaner/innen steigt diese Varianzaufklärung auf 69% an und fällt im Gegenzug in der Kosovo-Gruppe auf 54%. Dies zeigt, dass PTBS-Forschung nicht eins zu eins auf unterschiedliche Länder und Kontexte übertragen werden kann und eventuell weitere Variablen wie zum Beispiel der sozioökonomische Status wirksam sein könnten.

Besondere Beachtung verdient die Beobachtung, dass jene Studienteilnehmer/innen, die während des Kriegs flüchten mussten und aktuell im Kosovo leben, die höchste Ausprägung in der PTBS-Symptomatik aufweisen. Diese Ergebnisse können einen wichtigen Beitrag zur Asyl-Debatte liefern, da Personen, die flüchten mussten und dann ihr Heimatland zurückkehren – ob freiwillig oder gezwungenerweise – besonders gefährdet sind PTBS auszubilden. Darüber hinaus kann das Gesundheitssystem im Kosovo der kollektiven Traumatisierung der Bevölkerung nicht in ausreichendem Maße begegnen (Bolderson & Simpson, 2004).

12 Literaturverzeichnis

- Adams, R. E., & Boscarino, J. A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: The impact of exposure and psychosocial resources. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 485-493. doi:10.1097/01.nmd.0000228503.95503.e9.
- Ai, A. L., Peterson, C., & Uebelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 157-160.
- Ai, A. L., Tice, T. N., Whitsett, D. D., Ishisaka, T., & Chim, M. (2007). Posttraumatic symptoms and growth of Kosovar war refugees: The influence of hope and cognitive coping. *The Journal of Positive Psychology*, 2(1), 55-65. doi: 10.1080/17439760601069341
- Arënliu, A. (2009). *Suicide ideation and behavior of Kosovar Adolescents: Effect of negative life events, reported wellbeing, happiness, coping mechanisms and selfesteem*: Selbstverl.
- Barrera, M., Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. doi: 10.1007/BF00922627
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Suljic, E., Duric, D., & Vranesic, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former yugoslavia: Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 580-590. doi: 10.1001/jama.294.5.580
- Basoğlu, M., & Paker, M. (1995). Severity of trauma as predictor of long-term psychological status in survivors of torture. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(4), 339-350. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185\(95\)00014-F](http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185(95)00014-F)
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90-113. doi:10.1080/00224498809551444
- Bekaj, A. R. (2010). *The KLA and the Kosovo War: From Intra-State Conflict to Independent Country* (Vol. 8). Berlin: Berghof Conflict Research/ Berghof Forschungszentrum für konstruktive Konfliktbearbeitung Berlin.
- Ben-Ya'acov, Y., & Amir, M. (2004). Posttraumatic symptoms and suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1257-1264. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00003-5
- 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
- Berry, J. W. (2006). *Contexts of acculturation: The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology*: Cambridge University Press.
- Berzowski, H., & Pajonk, F. G. B. (2012). Suizid – Suizidversuch – Suizidalität. *Notfall + Rettungsmedizin*, 15(7), 586-592. doi: 10.1007/s10049-012-1580-y
- Besser, A., & Neria, Y. (2010). The effects of insecure attachment orientations and perceived social support on posttraumatic stress and depressive symptoms among civilians exposed to the 2009 Israel–Gaza war: A follow-up Cross-Lagged panel design study. *Journal of Research in Personality*, 44(3), 335-341. doi: 10.1016/j.jrp.2010.03.004
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2013). The role of sleep disturbance in the relationship between post-traumatic stress disorder and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(7), 735-741. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.09.011

- Bhaumik, S. K., Gang, I. N., & Yun, M.-S. (2006). Ethnic conflict and economic disparity: Serbians and Albanians in Kosovo. *Journal of Comparative Economics*, 34(4), 754-773. doi: 10.1016/j.jce.2006.07.002
- Bolderson, H., & Simpson, K. (2004). *Menatl Health Services in Kosovo*. London: Medical Foundation for the Care of Victims of Torture
- Böll, H., Savill, M., & Bednall, J. (1950). *Wanderer, kommst du nach Spa*: F. Middelhaue.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *The American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., Field, N. P., Kovacevic, A., & Kaltman, S. (2002). Self-Enhancement as a Buffer Against Extreme Adversity: Civil War in Bosnia and Traumatic Loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(2), 184-196. doi: 10.1177/0146167202282005
- Bradley, R., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 685-696. doi: 10.1002/jts.20077
- Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (1999). Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(5), 350-358. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10878.x
- Bramsen, I., van der Ploeg, H. M., van der Kamp, L. J. T., & Adèr, H. J. (2002). Exposure to traumatic war events and neuroticism: the mediating role of attributing meaning. *Personality and Individual Differences*, 32(4), 747-760. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00077-0
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626
- Breslau, N., Reboussin, B. A., Anthony, J. C., & Storr, C. L. (2005). The structure of posttraumatic stress disorder: Latent class analysis in 2 community samples. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1343-1351. doi: 10.1001/archpsyc.62.12.1343
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x
- Brickner, I. (2014). Wie die Gastarbeiter Österreich veränderten. Abgerufen am 26.06.2014 von <http://dastandard.at/1399507543662/Wie-die-Gastarbeiter-Oesterreich-veraenderten>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723. Abgerufen von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3393031>
- Bunce, S. C., Larsen, R. J., & Peterson, C. (1995). Life After Trauma: Personality and Daily Life Experiences of Traumatized People. *Journal of Personality*, 63(2), 165-188. doi: 10.1111/1467-6494.ep9506231773
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014). Aktuelle Zahlen zu Asyl. Abgerufen am 02.11.2014 von http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile
- Bursztein Lipsicas, C., Mäkinen, I., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lönnqvist, J., . . . Wasserman, D. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries:

- an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 241-251. doi: 10.1007/s00127-010-0336-6
- Buwa, D., & Vuori, H. (2007). Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo. *European Journal of Public Health*, 17(2), 226-230. doi: 10.1093/eurpub/ckl114
- Cardozo, B. L., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Journal of the American Medical Association*, 284(5), 569-577. Abgerufen von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10918702>
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., Gilbert, P., & Mota-Pereira, J. (2013). Entrapment and Defeat Perceptions in Depressive Symptomatology: Through an Evolutionary Approach. *Psychiatry*, 76(1), 53-67. doi:10.1521/psyc.2013.76.1.53
- Cheng, C., Cheung, S.-f., Chio, J. H.-m., & Chan, M.-p. S. (2013). Cultural meaning of perceived control: A meta-analysis of locus of control and psychological symptoms across 18 cultural regions. *Psychological Bulletin*, 139(1), 152-188. doi: 10.1037/a0028596
- De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., . . . Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 555-562. doi:10.1001/jama.286.5.555
- De Vries, A. K., & Klazinga, N. S. (2006). Mental health reform in post-conflict areas: a policy analysis based on experiences in Bosnia Herzegovina and Kosovo. *European Journal of Public Health*, 16(3), 247. doi:10.1093/eurpub/cki092
- Dieserud, G., Røysamb, E., Braverman, M. T., Dalgard, O. S., & Ekeberg, Ø. (2003). Predicting Repetition of Suicide Attempt: A Prospective Study of 50 Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 7(1), 1-15. doi: 10.1080/13811110301571
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dixon, A. K. (1998). Ethological strategies for defence in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 417-445. doi:10.1111/j.2044-8341.1998.tb01001.x
- Dour, H. J., Wiley, J. F., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C. D., . . . Craske, M. G. (2014). Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depression and Anxiety*, 31(5), 436-442. doi: 10.1002/da.22216
- Drevinja, F., Berisha, B., Serreqi, V., Statovci, S., & Haxhibeqiri, S. (2013). 2310 – Suicides in Kosovo in five year period 2008–2012, an overview for possible social motives. *European Psychiatry*, 28, 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)77160-8
- Dumbs, H. (2014). 15 Jahre nach Kosovo-Krieg: Massengrab mit 400 Leichen? Abgerufen am 26.06.2014 von http://diepresse.com/home/politik/aussenpolitik/1594923/15-Jahre-nach-KosovoKrieg_Massengrab-mit-400-Leichen
- Ehlers, A., Clark, D., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E. (1998). Predicting Response to Exposure Treatment in PTSD: The Role of Mental Defeat and Alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 457-471. doi: 10.1023/A:1024448511504
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0

- Ehlers, A., Maercker, A., & Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 45-55. doi: 10.1037/0021-843X.109.1.45
- Engelhard, I. M., Hout, M. A. v. d., & Lommen, M. J. J. (2009). Individuals high in neuroticism are not more reactive to adverse events. *Personality and Individual Differences, 47*(7), 697-700. doi: 10.1016/j.paid.2009.05.031
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 35*(2), 381-388. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00200-3
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., & Demirkiran, F. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28*(3), 131. doi: 10.1027/0227-5910.28.3.131
- Eytan, A., Bischoff, A., Rustemi, I., Durieux, S., Loutan, L., Gilbert, M., & Bovier, P. A. (2002). Screening of Mental Disorders in Asylum-Seekers from Kosovo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(4), 499-503. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01044.x
- Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toscani, L., Deroo, L., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2004). Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(10), 664-671. doi: 10.1097/01.nmd.0000142029.96703.57
- Eytan, A., Guthmiller, A., Durieux-Paillard, S., Loutan, L., & Gex-Fabry, M. (2011). Mental and physical health of Kosovar Albanians in their place of origin: A post-war 6-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(10), 953-963. doi: 10.1007/s00127-010-0269-0
- Farhood, L., Dimassi, H., & Lehtinen, T. (2006). Exposure to War-Related Traumatic Events, Prevalence of PTSD, and General Psychiatric Morbidity in a Civilian Population From Southern Lebanon. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(4), 333-340. doi: 10.1177/1043659606291549
- 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. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Figley, C. R. (1985). *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. Brunner/Mazel.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie (4.Auflage)*. München/Basel: Reinhardt.
- Floen, S., & Elklit, A. (2007). Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Annals of General Psychiatry, 6*(1), 12. doi:10.1186/1744-859X-6-12
- Ford, J. D. (2009) *Posttraumatic Stress Disorder*. San Diego: Academic Press.
- Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., & Vyssoki, D. (2004). *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung*. Wien: Springer.
- Gesundheitsministerium Kosovo (2009). Situata shendetesore dhe kujdesi shendetesor. Arritjet dhe drejtimet për të ardhmen. Abgerufen am 18.10.2014 von http://www.shendetesia.gov.al/files/userfiles/Baza_Ligjore/Raporte_mbi_shendetesine/2.pdf
- Gilbar, O., Plivazky, N., & Gil, S. (2010). Counterfactual Thinking, Coping Strategies, and Coping Resources as Predictors of PTSD Diagnosed in Physically Injured Victims of Terror Attacks. *Journal of Loss & Trauma, 15*(4), 304-324. doi: 10.1080/15325020903382350

- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, 36(03), 287-297. doi: 10.1017/S0033291705006112
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585-598. doi:10.1017/s0033291798006710
- Goosen, S., Kunst, A., Stronks, K., van Oostrum, I., Uitenbroek, D., & Kerkhof, A. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: A national registry-based study. *BMC Public Health*, 11(1), 484. doi:10.1186/1471-2458-11-484
- Gradus, J. L., Suvak, M. K., Wisco, B. E., Marx, B. P., & Resick, P. A. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder reduces suicidal ideation. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1046-1053. doi: 10.1002/da.22117
- Griffiths, A. W., Wood, A. M., Maltby, J., Taylor, P. J., & Tai, S. (2014). The prospective role of defeat and entrapment in depression and anxiety: A 12-month longitudinal study. *Psychiatry Research*, 216(1), 52-59. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.037
- Guerra, V. S., & Calhoun, P. S. (2011). Examining the relation between posttraumatic stress disorder and suicidal ideation in an OEF/OIF veteran sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 12-18. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.025
- Gvion, Y. P., & Apter, A. M. D. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-20.
- IASP (2013). Abgerufen am 18.10.2014 von http://www.iasp.info/wspd/2013_wspd_activities.php
- Jakupcak, M., Vannoy, S., Imel, Z., Cook, J. W., Fontana, A., Rosenheck, R., & McFall, M. (2010). Does PTSD moderate the relationship between social support and suicide risk in Iraq and Afghanistan War Veterans seeking mental health treatment? *Depression and Anxiety*, 27(11), 1001-1005. doi: 10.1002/da.20722
- Jankovic, J., Bremner, S., Bogic, M., Lecic-Tosevski, D., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., . . . Priebe, S. (2013). Trauma and suicidality in war affected communities. *European Psychiatry*, 28(8), 514-520. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.06.001
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.017
- Johnson, J., Gooding, P., & Tarrier, N. (2008a). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychol Psychother*, 81(Pt 1), 55-77. doi: 10.1348/147608307x244996
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-186. doi: 10.1016/j.brat.2009.10.007
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 563-591. doi: 10.1016/j.cpr.2010.12.007
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The core self-evaluation scale: development of a measure. *Personnel Psychology*, 56(2), 303-331. doi: 10.1111/j.1744-6570.2003.tb00152.x
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83(1), 17-34. Abgerufen von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9494439>
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a

- contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 185-196. doi: <http://10.1016/j.janxdis.2008.06.006>
- Kellermann, N. P. F. (2001). The long-term psychological effects and treatment of Holocaust trauma. *Journal of Loss & Trauma*, 6(3), 197-218. doi: 10.1080/108114401753201660
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.
- Klarić, M., Klarić, B., Stevanovic, A., Grković, J., & Jonovska, S. (2007). Psychological Consequences of War Trauma and Postwar Social Stressors in Women in Bosnia and Herzegovina. *Croatian medical journal*, 48(2), 167-176. doi:10.1111/j.1528-1167.2005.00095_2.x
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 42-49. doi: 10.1027/0227-5910/a000159
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2006). The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 339-353. doi: 10.1002/jclp.20233
- Knittler, K. (2011). Monatliches Nettoeinkommen im Mikrozensus - Ergebnisse. Abgerufen am 10.10.2014 von https://www.statistik.at/web_de/static/monatliches_nettoeinkommen_im_mikrozensus_-_ergebnisse._einkommensverteilung_064151.pdf
- Kosovo Agency of Statistics (2012). Shkaqet e vdekjeve në Kosovë 2010 - 2011 Abgerufen am 16.10.2014 von <https://ask.rks-gov.net/popullsia/publikimet-e-statistikave-te-popullsise>
- Kosovo Agency of Statistics (2013). Statistikat e Vdekjeve 2012 (Deaths Statistics 2012). Abgerufen am 13.09.2013 von <http://esk.rks-gov.net/eng/>
- Kosovo Agency of Statistics (2014). Vjetari statistikor i repblikes se kosoves. Abgerufen am 11.11.2014 von http://ask.rks-gov.net/publikimet/cat_view/36-publikimet-e-pergjithshme
- Krasniqi, S. V. (2009). *Lufta për Çlirimin e Kosovës (1997-1999)*. Pejë: Dukagjini.
- Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 1-23. doi: 10.1080/13811110903478997
- Lauer, S., de Man, A. F., Marquez, S., & Ades, J. (2008). External Locus of Control, Problem-Focused Coping and Attempted Suicide. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 625-632.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen (3. Auflage)*. Heidelberg: Springer.
- 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. doi:10.1192/bjp.184.6.482
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, in subthreshold and suicidality subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1467-1473. doi:10.1176/appi.ajp.158.9.1467
- Matanov, A., Giacco, D., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., . . . Priebe, S. (2013). Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health*, 13, 624-624. doi: 10.1186/1471-2458-13-624

- Mazza, J. J. (2000). The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 91-103. doi: 10.1111/j.1943-278X.2000.tb01069.x
- Mihaljević, S., Vuksan-Čusa, B., Marčinko, D., Koić, E., Kušević, Z., & Jakovljević, M. (2011). Spiritual Well-Being, Cortisol, and Suicidality in Croatian War Veterans Suffering from PTSD. *Journal of Religion and Health*, 50(2), 464-473. doi: 10.1007/s10943-010-9383-2
- 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. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2003). Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Social Science & Medicine*, 57(5), 775-781. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00452-5
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 231-238. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00131-9
- Morina, N., Böhme, H. F., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., . . . Priebe, S. (2010a). The structure of post-traumatic stress symptoms in survivors of war: Confirmatory factor analyses of the Impact of Event Scale—Revised. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 606-611. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.001
- Morina, N., & Ford, J. D. (2008). Complex Sequelae of Psychological Trauma Among Kosovar Civilian War Victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 425-436. doi: 10.1177/0020764008090505
- Morina, N., Ford, J. D., Risch, A., Morina, B., & Stangier, U. (2010b). Somatic distress among Kosovar civilian war survivors: Relationship to trauma exposure and the mediating role of experiential avoidance. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(12), 1167-1177. doi: 10.1007/s00127-009-0160-z
- Morina, N., & von Collani, G. (2006). Impact of War-Related Traumatic Events on Self-Evaluation and Subjective Well-Being. *Traumatology* 12(2), 130-138. doi: 10.1177/1534765606294560
- Nardulli, B., Perry, W. L., Pirnie, B. R., Gordon, J. I., & McGinn, J. G. (2002). *Disjointed War: Military Operations in Kosovo, 1999*. Santa Monica: Rand Corporation.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D., & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 322-330. doi: 10.1002/jts.20522
- Neria, Y., Solomon, Z., & Dekel, R. (2000). Adjustment to War Captivity: The Role of Sociodemographic Background, Trauma Severity, and Immediate Responses, in the Long-Term Mental Health of Israeli Ex-Pows. *Anxiety, Stress, & Coping*, 13(3), 229-246. doi: 10.1080/10615800008549264
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008a). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008b). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- O'Conno, R. C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 297-308. doi: 10.1080/713848941
- Oruc, L., Kapetanovic, A., Pojskic, N., Miley, K., Forstbauer, S., Mollica, R. F., & Henderson, D. C. (2008). Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: Validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist. *International Journal of Culture and Mental Health*, 1(2), 105-116. doi: 10.1080/17542860802456620
- 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. doi: 10.1037//0033-2909.129.1.52
- Panagioti, M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 471-482. doi: 10.1016/j.cpr.2009.05.001
- Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P., & Tarrier, N. (2012a). Negative Self-Appraisals and suicidal behavior among trauma victims experiencing PTSD symptoms: The mediating role of Defeat and Entrapment. *Depression and Anxiety*, 29(3), 187-194. doi: 10.1002/da.21917
- Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2013). A model of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder (PTSD): The mediating role of defeat and entrapment. *Psychiatry Research*, 209(1), 55-59. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.018
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Dunn, G., & Tarrier, N. (2011). Pathways to suicidal behavior in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 24(2), 137-145. doi: 10.1002/jts.20627
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012b). Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder: Their association with suicidal behavior and severity of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(8), 676-683. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182613f91
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2014). Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: Implications into suicide resilience research. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 104-112. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.004
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x
- Perrin, M., Vandeleur, C., Castela, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 447-457. doi: 10.1007/s00127-013-0762-3
- Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Johnson, D. C., & Southwick, S. M. (2010). Risk and protective factors associated with suicidal ideation in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 102-107. doi: 10.1016/j.jad.2009.08.001
- Plener, P. L., Straub, J., Kapusta, N. D., Fegert, J. M., & Spröber, N. (2012). Erhebung von Suizidgedanken bei Jugendlichen: Vergleich zweier Instrumente. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61(1), 4-15. doi: 10.13109/prkk.2012.61.1.4

- Pompili, M., Vichi, M., Qin, P., Innamorati, M., De Leo, D., & Girardi, P. (2013). Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 437-440. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.046
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Schützwohl, M. (2010a). Mental disorders following war in the balkans: A study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 518-528. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.37
- Priebe, S., Bogic, M., Ashcroft, R., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Ajdukovic, D. (2010b). Experience of human rights violations and subsequent mental disorders – A study following the war in the Balkans. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2170-2177. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.029
- Priebe, S., Jankovic Gavrilovic, J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., . . . Bogic, M. (2013). Psychological Symptoms as Long-Term Consequences of War Experiences. *Psychopathology*, 46(1), 45-54. doi: 10.1159/000338640
- Priebe, S., Matanov, A., Janković Gavrilović, J., McCrone, P., Ljubotina, D., Knežević, G., . . . Schützwohl, M. (2009). Consequences of Untreated Posttraumatic Stress Disorder Following War in Former Yugoslavia: Morbidity, Subjective Quality of Life, and Care Costs. *Croatian Medical Journal*, 50(5), 465-475. doi: 10.3325/cmj.2009.50.465
- Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., . . . O'Connor, R. C. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 15-30. doi: 10.1348/014466509X415735
- Republik Österreich (1999a). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Abgerufen am 27.05.2014 von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1999_129_2/1999_129_2.pdf
- Republik Österreich (1999b). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Abgerufen am 27.05.2014 von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1999_467_2/1999_467_2.pdf
- Roth, G., Ekblad, S., & Ågren, H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European Psychiatry*, 21(3), 152-159. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.11.004
- Saß, H., Wittchen, H., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (2. verbesserte Auflage)*: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. F. (2006). Trauma, Post-Migration Living Difficulties, and Social Support as Predictors of Psychological Adjustment in Resettled Sudanese Refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01766.x
- Selakovic-Bursic, S., Haramic, E., & Leenaars, A. A. (2006). The Balkan Piedmont: male suicide rates pre-war, wartime, and post-war in Serbia and Montenegro. *Archives of Suicide Research*, 10(3), 225-238. doi: 10.1080/13811110600582406
- Solomon, Z., Mikulincer, M., & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 279-285. doi: 10.1037/0022-3514.55.2.279
- Spijker, J., Graaf, R., ten Have, M., Nolen, W., & Speckens, A. (2010). Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), 513-521. doi: 10.1007/s00127-009-0093-6

- Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic Growth, Resilience, and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among Refugees. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82(0), 144-148. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.238
- Statistik Austria (2014). Asylanträge seit 2003 nach Staatsangehörigkeit. Abgerufen am 05.11.2014 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/wanderungen/asyl/022914.html
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). 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. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-549. 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
- Stein, J. A., Leslie, M. B., & Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 26(10), 1011-1027. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00382-4
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Ochner, C. (2011). Relation of depression to perceived social support: Results from a randomized adolescent depression prevention trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 361-366. doi: 10.1016/j.brat.2011.02.009
- Strauss, K., Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W., & Schmidt, S. (2011). Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress; depression and general health perception: Displaced former World War II children in late life. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 267-276. doi: 10.1016/j.jad.2010.07.009
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 121-127. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.06.006
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391-420. doi: 10.1037/a0022935
- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010a). Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, 178(2), 244-248. doi: 10.1016/j.psychres.2009.10.015
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P., & Tarrier, N. (2010b). Appraisals and Suicidality: The Mediating Role of Defeat and Entrapment. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 236-247. doi: 10.1080/13811118.2010.494138
- Teo, A. R., Choi, H. J., & Valenstein, M. (2013). Social Relationships and Depression: Ten-Year Follow-Up from a Nationally Representative Study. *PLoS ONE*, 8(4), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0062396
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Short, L. M., & Wyckoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 942-949. doi: 10.1037//0022-006X.70.4.942

- Tomlinson, M. W. (2012). War, peace and suicide: The case of Northern Ireland. *International Sociology*, 27(4), 464-482. doi: 10.1177/0268580912443579
- Trachsel, M., Krieger, T., Gilbert, P., & Grosse Holtforth, M. (2010). Testing a German Adaption of the Entrapment Scale and Assessing the Relation to Depression. *Depression Research and Treatment*, 2010. doi: 10.1155/2010/501782
- 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*, 182(5), 444-448. doi: 10.1192/bjp.182.5.444
- UNHCR (1951). Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge. Abgerufen am 23.02.2014 von <http://www.unhcr.at/mandat/genfer-fluechtlingskonvention.html>
- UNHCR. (2000). 2015 UNHCR subregional operations profile - South-Eastern Europe. Abgerufen am 03.06.2014 von <http://www.unhcr.org/pages/49e45b906.html>
- USCRI (1999). U.S. Committee for Refugees World Refugee Survey 1999 - Austria, 1 Januar 1999. Abgerufen am 05.06.2014 von <http://www.refworld.org/docid/3ae6a8b18.html>
- Ventevogel, P., De Vries, G., Scholte, W. F., Shinwari, N. R., Faiz, H., Nassery, R., . . . Olff, M. (2007). Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 328-335. doi: 10.1007/s00127-007-0161-8
- Wenzel, T., Agani, F., Rushiti, F., Abdullahu, I., & Maxhuni, B. (2006). Long-Term Sequels of War, Social Functioning and Mental Health in Kosovo. *Psychological Consequences of Torture & Persecution*.
- Wenzel, T., Rushiti, F., Aghani, F., Diaconu, G., Maxhuni, B., & Zitterl, W. (2009). Suicidal ideation, post-traumatic stress and suicide statistics in Kosovo. An analysis five years after the war. Suicidal ideation in Kosovo. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, 19(3), 238-247.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From science to practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Williams, M. (1997). *Cry of pain: understanding suicide and self-harm*: Penguin Books.
- Wilson, J. P., Smith, W. K., & Johnson, S. K. (1985). A comparative analysis of post-traumatic stress syndrome among survivors exposed to different stressor events. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and Its Wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Wolfersdorf, M. (2006). Suizidalität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Eds.), *Volkskrankheit Depression?* (pp. 287-301): Springer Berlin Heidelberg.
- Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Der Nervenarzt*, 79(11), 1319-1336. doi: 10.1007/s00115-008-2478-2
- World Health Organisation (2012). Preventing suicide. A global imperative. Abgerufen am 12.09.2013 von http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Xueting, Z., Hong, Z. H. U., Bin, Z., & Taisheng, C. A. I. (2013). Perceived social support as moderator of perfectionism, depression and anxiety in college students. *Social Behavior & Personality: an international journal*, 41(7), 1141-1152. doi: 10.2224/sbp.2013.41.7.1141

13 Abbildungsverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Arbeitsmodell zur Erklärung der Suizidalität

Abbildung 2: Arbeitsmodell zur Erklärung der Suizidalität – Indirekte Effekte

Abbildung 3: Arbeitsmodell zur Erklärung der PTBS-Symptomatik

Abbildung 4: Prozentuale Altersverteilung der Kosovostichprobe

Abbildung 5: Prozentuale Altersverteilung der Österreichstichprobe.

Abbildung 6: Normalverteilung der Residuen

Abbildung 7: P-P-Diagramm der standardisierten Residuen

Abbildung 8: Verteilung der PTBS-Symptomatik in Österreich

Abbildung 9: Verteilung der PTBS-Symptomatik im Kosovo

Abbildung 10: Normalverteilungskurve von D&E

Abbildung 11: Boxplot-Diagramm für D&E-Werte je Altersgruppe

Abbildung 12: Boxplot für D&E-Werte und PTBS-Diagnose

Abbildung 13: Gesamtmodell zur Erklärung der PTBS-Symptomatik ($R^2=.600$)

Abbildung 14: Gesamtmodell zur Erklärung der Suizidalität ($R^2=.237$)

Abbildung 15: Gesamtmodell zur Erklärung der PTBS für den Kosovo

Abbildung 16: Gesamtmodell zur Erklärung der PTBS in Österreich

Tabellen

Tabelle 1: Die durchgeführten Befragungen je Diplomanden/in

Tabelle 2: Ausbildungsgrad nach Wohnort

Tabelle 3: Familienstand nach Wohnort

Tabelle 4: PTBS-Symptomatik und -Diagnose

Tabelle 5: Suizidalität

PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata

Tabelle 6: Suizidalität und PTBS-Diagnose

Tabelle 7: Korrelationen: PTBS-Symptomatik mit Trauma-Anzahl, Depression und Angst

Tabelle 8: Korrelationen: PTBS-Symptomatik mit D&E, CSE und WSU

Tabelle 9: Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik

Tabelle 10: Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik 2

Tabelle 11: Korrelationen Suizidalität mit Angst, Depression und PTBS-Symptomatik

Tabelle 12: Korrelationen: Suizidalität mit D&E, CSE und WSU

Tabelle 13: Variablen in der Gleichung: Erklärung Suizidalität

Tabelle 14: Wohnort Kosovo: Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik

Tabelle 15: Wohnort Österreich: Modellzusammenfassung Regressionsanalyse für PTBS-Symptomatik

Tabelle 16: Mittelwerte der PTBS-Symptomatik nach Migration und Flucht

Tabelle 17: D&E-Werte für komorbides Auftreten von Suizidalität und PTBS

14 Anhang

14.1 Fragebogen (albanisch)

Ky pyetësor përmban pyetje lidhur me pëjetimet tuaja personale gjatë luftës së fundit në Kosovë. Në rast se pyetjet janë shumë shqetësuese, ju lutem të na tregoni. Ju keni mundësinë në çdo kohë të bëni pauzë ose t'a ndërpreni pyetësin. Përgjigjet tuaja do të mbeten anonim dhe do të përdoren vetëm për qëllime të hulumtimit.

1) Mosha

2) Data e lindjes

3) Gjinia: ☐ Mashkull ☐ Femër

4) Nacionaliteti: _____

5) Vendbanimi: ☐ Kosovë ☐ Në një vend tjetër _____

6) Aktualisht jetoni në: ☐ Mjedis urban ☐ Mjedis rural

7) I rritur në: ☐ Mjedis urban ☐ Mjedis rural

8) Nëse e keni ndërruar vendbanimin, kur e keni ndërruar, në çfarë moshe: _____

9) Vendi i lindjes: _____

10) Përkatësia fetar: _____

11) A i praktikoni ritualet fetare: ☐ Po ☐ Jo ☐ Nganjëherë

12) Statusi martesor: ☐ Beqar/e ☐ Në një lidhje ☐ I/e martuar ☐ I/e divorcuar ☐ I/e ve

13) A keni fëmijë: ☐ Po ☐ Jo

14) Sa fëmijë i keni:

15) Me kë jetoni: ☐ Vetëm ☐ Me partner ☐ Me fëmijë ☐ Me partner dhe fëmijë
☐ Me dikë tjetër _____

16) Sa antarë jetoni në shtëpi duke llogaritur vetveten?

PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata

17) Shkollimi: ☐ I/e pashkolluar ☐ Shkolla fillore ☐ Shkolla e mesme ☐ Shkolla e lartë
☐ Universiteti

18) Profesioni: _____

19) A jeni i punësuar tani? ☐ Po ☐ Jo

20) Cilin profesion e ushtroni aktualisht: _____

21) A keni qenë i punësuar para luftës? ☐ Po ☐ Jo

22) Burimi aktual i të ardhurave: _____

Gjatë luftës së fundit ne Kosovë:

23) A e keni braktisur Kosovën? ☐ Po ☐ Jo

24) A keni qenë i zhvendosur nga shtëpia juaj brenda Kosovës? ☐ Po ☐ Jo

25) A jeni edhe tani i zhvendosur nga shtëpia juaj? ☐ Po ☐ Jo

26) Nëse jeni larguar nga Kosova gjatë luftës, ku keni shkuar?

☐ Maqedoni ☐ Shqipëri ☐ Mal të zi ☐ Evropë _____

☐ Shtet tjetër _____

27) Nëse e keni lëshuar Kosovën gjatë luftës, për sa kohë keni qëndruar jashtë Kosovës?

☐ 0 – 7 ditë ☐ 8 - 30 ditë ☐ Më shumë se 30 ditë

28) Në përgjithësi si është shëndeti juaj?

☐ I shkëlqyeshëm ☐ Shumë i mirë ☐ I mirë ☐ Deri diku i mirë ☐ I keq ☐ Shumë i keq

Ndonjë informacion tjetër:

Pyetësi I**PJESA E PARË: NGJARJET TRAUMATIKE**

Pjesa në vijim përmban pyetje në lidhje me ngjarjet traumatike që ju mund ti keni përjetuar gjatë luftës. Ju lutemi tregoni nëse keni përjetuar, keni qenë dëshmitarë, ose keni dëgjuar ndonjë nga ngjarjet në vijim:

		Përfutur personalisht	Dëshmitar	Dëgjura prej të tjerëve	Jo
29	Pa kulm mbi kokë				
30	Mungesë të ushqimit apo të ujit				
31	I sëmurë pa mundësi për ndihmë mjekësore				
32	Konfiskuar (marrë me dhunë) apo shkatërruar pasuria				
33	Prezent në vende ku është zhvilluar lufta (granatuar apo sulmuar me bomba)				
34	Shfrytëzuar si mburojë e gjallë (juve ju kanë detyruar të dilni para plumbave ndërsa vetë janë fshehur pas jush)				
35	Është qëlluar (gjuajtur) në ju me snajper				
36	Detyruar të largoheni nga vendi ku keni qëndruar për shkak të rrezikut				
37	Goditur (rrahur) nëpër trup				
38	Dhunuar				
39	Keqpërdor apo nënçmuar në aspektin seksual				
40	Qëlluar me thikë apo sopatë				
41	Torturuar (qëllimisht ju kanë shkaktuar dhimbje fizike dhe psikike)				
42	Lënduar seriozisht gjatë luftës (nga plumbi, granata, thika, mina, zjarri)				
43	Burgosur				
44	Detyruar me dhunë të punoni (në llogore, burgje, kampe)				
45	Plaçkitur apo shantazhuar				
46	Detyruar me dhunë të mendoni ndryshe (shpërlarje të trurit)				
47	Detyruar të fshiheni				
48	Kidnapuar				

PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata

		Përfutur personalisht	Dëshmitar	Dëgjura prej të tjerëve	Jo
49	Detyruar të ndaheni nga familja juaj				
50	Detyruar të mbledhni dhe varrosni kufomat				
51	Izoluar me dhunë nga anëtarët e familjes				
52	Prezent gjersa dikush e ka bastisur shtëpinë tuaj apo vendin ku keni jetuar				
53	Detyruar të këndonit këngë armiqësore				
54	Dikush ka qenë i detyruar të iu tradhëtoj dhe në këtë mënyrë ju ka vendosur në rrezik për jetë apo lëndim				
55	Detyruar të qëndroni në shtëpi për shkak të rrezikut jashtë shtëpisë				
56	Nuk ju kanë lejuar të varrosni të vdekurit				
57	Detyruar t'i shëmtoni apo shkatërroni kufomat apo varrezat e personave të vdekur				
58	Detyruar t'i lëndoni fizikisht anëtarët e familjes apo shokët				
59	Detyruar të lëndoni fizikisht ndonjë person tjetër				
60	Detyruar të shkatërroni pasurinë e huaj				
61	Detyruar të tradhëtoni ndonjë anëtarë të familjes apo shok, që pastaj ka mund të vritet apo lëndohet				
62	Detyruar të tradhëtoni ndonjë person tjetër, i cili për shkak të kësaj tradhëtia ka mund të vritet apo lëndohet				
63	Vrasje apo vdekje e dhunshme të burrit/gruas				
64	Vrasje apo vdekje e dhunshme të djalit/vajzës				
65	Vrasje apo vdekje e dhunshme të anëtarit të familjes apo shokut/shoqes				
66	Zhdukje apo kidnapim të burrit/gruas				
67	Zhdukje apo kidnapim të djalit/vajzës				
68	Zhdukje apo kidnapim të ndonjë anëtarit të familjes apo shokut/shoqes				
69	Ndonjë anëtarë i familjes apo shok/shoqe është lënduar shumë në luftë apo për shkak se ka shkelur në fushë të minuar				
70	Njerëz duke u goditur (rrahur) në kokë apo trup				
71	Njerëz duke u torturuar				
72	Vrasje të njerëzve				
73	Dhunim dhe maltretim seksual të njerëzve				

A) Ndonjë situatë tjetër që ju ka bërë të ndjeheni shumë të frikësuar apo e keni ndier veten në rrezik për jetë. Përshkruajeni:

PJESA E DYTË: PËRSHKRIMET PERSONALE

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

PJESA E TRETË: SIMPTOMAT (SHENJAT) E TRAUMËS

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

		Aspak	Pak	Mjaft	Shume
74	Kujtime apo mendime të shpeshta të ngjarjeve të dhimbshme apo tmerrshme.				
75	Ndjenja se ngjarja po ndodh sërish.				
76	Ankthe të natës të shpeshta.				
77	Ndjenja e tërheqjes ose izolimit nga njerëzit				

		Aspak	Pak	Mjaft	Shume
78	Nuk ndjeni emocione				
79	Jeni i tensionuar dhe lehtë frikësoheni				
80	Vështirësi në koncentrim				
81	Gjumë të çrregulluar				
82	Ndjenja se gjithnjë duhet të jeni në gjendje gatishmërie				
83	Ndjenja e iritimit ose keni shpërthime të papritura të zemërimit				
84	I shmangeni aktiviteteve që ju përkojnë ngjarjet e dhimbshme apo tmerrshme				
85	Nuk ju kujtohen pjesët e ngjarjes traumatike				
86	Më pak i interesuar për aktivitetet e përditshme				
87	Ndjeheni se nuk keni ardhmëri				
88	I'u shmangeni mendimeve ose ndjenjave që janë të lidhura me ngjarjet e dhimbshme apo traumatike				
89	Reagim i papritur emocional apo fizik kur të përmendet ngjarja traumatike apo e dhimbshme				
90	Ndjenja se njerëzit nuk ju kuptojnë se çka ju ka ngjarë juve				
91	Vështirësi në kryerjen e punëve ose detyrave të përditshme				
92	Fajësim të vetvetes për gjërat që kanë ndodhur				
93	Ndjenja e fajit që keni shpëtuar				
94	I pa shpresë				
95	Ndjenja e turpit për vuajtjet dhe torturat që keni përjetuar				
96	Mendoni tërë kohën pse ju kanë ndodhur këto juve				
97	Ndjenja se po çmendeni				
98	Ndjenja se vetëm ju i keni përjetuar këto ngjarje				
99	Ndjenja se të tjerët janë armiqësor ndaj juve				
100	Ndjenja se nuk keni askend që të mbështeteni				
101	Keni kuptuar ose ju kanë thënë të tjerët se në të kaluarën keni bërë diçka që tani nuk ju kujtohet				
102	Ndjenja se jeni ndarë në dy personalitete dhe se njëri prej tyre po e shiqon tjetrin se çka po bën				
103	Ndjenja se dikush që ju i besoni ju ka tradhtuar				

Pyetësi II

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

PJESA E PARË

		Aspak	Pak	Mjaft	Shumë
104	Frikësoheni përnjëherë/papritmas pa ndonjë arsye				
105	Ndjeheni tërë kohën i frikësuar				
106	Ju bie të fikët, keni marramendje apo plogështi				
107	Jeni nervoz apo keni shqetësim të brendshëm				
108	Të rrahura të shpejta të zemrës				
109	Dridhje të trupit				
110	Ndjeheni i tensionuar				
111	Kokëdhimbje				
112	Sulme të frikës shumë të madhe apo të panikut				
113	Ndjeheni jo i qetë (nuk ju zihet vendi vend)				

PJESA E DYTË

		Aspak	Pak	Mjaft	Shumë
114	Ndjeheni se nuk keni energji, jeni i ngadalshëm				
115	E fajësoni vetveten për gjëra				
116	Shumë lehtë qani (ja plasni vajit)				
117	Keni humbur interesin apo kënaqësinë seksuale				
118	Keni apetit të dobët				
119	Gjumë të çrregulluar				

		Aspak	Pak	Mjaft	Shumë
120	Nuk keni shpresa për të ardhmen				
121	Ndjeheni i mërzhitur				
122	Ndjeheni i vetmuar				
123	Keni mendime për t'i dhënë fund jetës suaj				
124	Ndiheni i kurthuar apo tradhëtuar				
125	Brengoseni shumë për gjëra				
126	Ndjeheni se asgjë nuk është interesante për juve				
127	Ndjeheni se gjithçka ju shkakton ngarkesë				
128	Ndjeheni i pavlefshëm				

Pyetësi III

Shpeshherë në jetë njerëzit gjenden në aso situata ku nuk shohin zgjidhje apo rrugëdalje. Nganjëherë lehtë gjejmë zgjidhje, mirëpo, ka raste kur situata në të cilën gjendemi na duket e pazgjidhshme dhe dorëzohemi. Shumë njerëz gjenden në situata të vështira ku nuk shohin rrugëdalje dhe fillojnë të mendojnë për vdekjen apo vetëvrasje. Në pyetësin që është para jush, na intereson se a keni menduar për vdekje apo vetëvrasjen. Në të njëjtën kohë, ne na intereson se a ka tentuar ndokush nga të afërmit e juaj të bëjë vetëvrasje. Ju lutemi që për secilën pyetje të zgjedhni përgjigjen që vlen për ju.

		Po	Jo
129	A keni menduar ndonjëherë se do të ishte më mirë sikur të vdisni?		
130	A keni menduar ndonjëherë të bëni vetëvrasje?		
131	A keni menduar ndonjëherë mbi atë se si do të bënit vetëvrasje (p.sh. marrja e barërave etj.)?		
132	A keni pasur ndonjëherë qëllim të bëni vetëvrasje?		
133	A keni pasur ndonjëherë plan se si do të bënit vetëvrasje?		
134	A keni ndërmarrë çfarëdo hapi në drejtim të vetëvrasjes (duke grumbullar hapa, duke mbushur armën, duke shkruar letra lamtumirëse etj.)?		
135	A keni ndërmarrë ndonjë hap për të vrarë veten por keni ndalur veten para se të bëni diçka?		

		Po	Jo
136	A keni ndërmarrë ndonjë hap për të vrarë veten por juve ju ka ndalur diçka apo dikush para se të bënit diçka?		
137	A keni tentuar ndonjëherë të bëni vetëvrasje?		
138	Sa ka qenë e fuqishme dëshira juaj për të vdekur?		
	a Unë nuk kam dashur të vdes fare (aspak)		
	b Dëshira ime për të vdekur ka qenë e vogël		
	c Dëshira ime për të vdekur nuk ka qenë e qartë		
	d Dëshira ime për të vdekur ka qenë e fuqishme		
	e Dëshira ime për të vdekur ka qenë definitive		
139	A keni ndonjë të afërm të familjes që ka tentuar të bëjë vetëvrasje?		
140	Në rast se po atëherë shënoni se kush ka qenë (p.sh. Babi, Gjyshja, Daja ...)		
141	A ka bërë vetëvrasje dikush nga familja e juaj?		
142	Në rast se po atëherë shënoni se kush ka qenë (p.sh. Babi, Gjyshja, Daja ...)		

Pyetësi IV

Më poshtë i gjeni disa shprehje të cilat kanë të bëjnë me veten tuaj në përgjithësi. Ju lutem lexoni çdo shprehje me përpikëri dhe vlerësoni se sa pajtoheni me fjalitë e mëposhtme.

		Aspak	Rrallë	Nganjëherë	Shpesh	Gjithmonë
143	Dikë që ju këshillon kur keni probleme të mëdhaja					
144	Dikë që ju tregon dashuri dhe përzemërsi					
145	Dikë që mund t'i besoni apo me kë mund të bisedoni rreth vetes tuaj apo problemeve që i keni					
146	Dikë që do t'ju ndihmonte me punët e përditshme nëse sëmureni					
147	Dikë me të cilin mund të bëni gjëra argëtuese					

Pyetësi V

Më poshtë është një grup deklaratash, të cilat shpjegojnë se si njerëzit ndihen për veten. Lexoni çdo deklaratë me kujdes dhe rumbullakësoni në fushën përkatëse e cila më së miri e përshkruan se si jeni ndier në 7 ditët e fundit.

		Kurrë	Rrallë	Nganjëherë	Kryesisht (Shumë)	Çdoherë
148	Ndiej se nuk kam arritur asgjë në jetë					
149	Ndiej se jam person i suksesshëm					
150	Ndihem i mundur nga jeta					
151	Ndihem se jam fitues					
152	Ndiej se kam humbur vendin tim në botë					
153	Ndiej se jeta më ka trajtuar si thes për goditje					
154	Ndihem i pafuqishëm					
155	Ndiej se vetëbesimi im është zhdukur nga unë					
156	Ndihem i gatshëm të ballafaqohem me çkado që më sjellë jeta					
157	Ndiej thua se kam rënë në fund të pusit					
158	Ndihem plotësisht i pafuqishëm për të vepruar					
159	Ndiej se jam njëri prej humbësve					
160	Ndiej se jam dorëzuar					
161	Ndihem i dëshpruar dhe i larguar					
162	Ndiej se kam humbur betejat më të rëndësishme jetësore					
163	Ndiej se nuk më ka mbetur fuqi për të luftuar					

PJESA E DYTE

(a) Kurtha e brendshme

		Kurrë	Rrallë	Nganjëherë	Kryesisht (shumë)	Çdoherë
164	Dua të largohem nga vetvetja					
165	Ndihem i pafuqishëm ta ndryshoj veten					
166	Do të doja të largohem nga mendimet dhe ndjenjat e mia					
167	Ndihem i kurthuar brenda vetes					
168	Do të doja të largohem nga vetja dhe të filloj përsëri nga fillimi					
169	Ndiej se jam në gropë të thellë dhe nuk mund të dal					

(b) Kurtha e jashtme

		Kurrë	Rrallë	Nganjëherë	Kryesisht (shumë)	Çdoherë
170	Jam në situatë ku ndihem i kurthuar					
171	Kam dëshirë të madhe të ikë nga gjërat në jetën time					
172	Jam në lidhje prej të cilës nuk mund të ikë					
173	Shpesh ndihem se vetëm dua të ikë nga të gjitha					
174	Ndihem i pafuqishëm të ndryshoj gjërat					
175	Ndihem i kurthuar nga obligimet e mia					
176	Nuk shoh rrugëdalje nga situata ime e tanishme					
177	Do të doja të largohesha nga njerëzit tjerë më të fuqishëm në jetën time					
178	Kam dëshirë të madhe të largohem dhe të jem larg prej ku jam tani					
179	Ndihem i kurthuar nga njerëzit tjerë					

Pyetësi VI

Më poshtë janë disa qëndrime rreth vetes tuaj, me të cilat ju mund te pajtoheni ose te mos pajtoheni. Duke përdorur shkallën e mëposhtme, paraqitni pajtueshmërinë ose mospajtueshmërinë tuaj për secilin qëndrim:

		Nuk pajtohem fare	Nuk pajtohem	Neutral	Pajtohem	Pajtohem shumë
180	Unë jam i bindur që arris suksesin që e fitoj në jetë					
181	Nganjëherë ndihem në depresion					
182	Kur të mundohem në përgjithësi kam sukses					
183	Nganjëherë nëse deshtoj ndihem i/e pavlefshëm/e					
184	Unë i përfundoi punët/detyrat me sukses					
185	Nganjëherë ndihej që nuk kam kontroll mbi punët/detyrat e mija					
186	Në përgjithësi unë jam i/e kënaqur me veten time.					
187	Unë kam plot dyshime rreth aftësive të mija					
188	Unë vendosi vet se çka ndodh në jetën time					
189	Unë nuk mund ta kontrolloj suksesin e karrieres sime					
190	Unë jam në gjendje t'i përballoj shumicën e problemeve të mija					
191	Nganjëherë gjërat me duken të zeza dhe pashpresë					

14.2 Fragebogen (deutsch) – soziodemografische Daten

Dieser Fragebogen enthält Fragen zu Ihren persönlichen Erfahrungen während des letzten Krieges im Kosovo. Falls die Fragen zu belastend für Sie sind, bitten wir Sie uns das mitzuteilen und wir können eine Pause machen oder die Befragung überhaupt abbrechen. Ihre Antworten werden anonymisiert und nur zu Forschungszwecken verwendet.

1) Alter

2) Geburtsdatum

3) Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich

4) Nationalität: _____

5) Wohnsitz: ☒ ~~Kosovo~~ ☐ Österreich

5)b) Wie lange sind Sie schon in Österreich? _____

6) Derzeitige Wohnsituation: ☐ Stadt ☐ Land

7) aufgewachsen in: ☐ Stadt ☐ Land

8) Wenn es Veränderungen in der Wohnsituation gab, in welchem Alter sind sie von der Stadt aufs Land oder vom Land in die Stadt gezogen? _____

9) Geburtsland: _____

10) Religionszugehörigkeit: _____

11) Praktizierend: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

12) Zivilstatus: ☐ Single ☐ in einer Beziehung ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ verwitwet

13) Haben Sie Kinder? ☐ Ja ☐ Nein

14) Wenn ja, wie viele:

15) Mit wem wohnen Sie zusammen? ☐ allein ☐ mit Partner/in ☐ mit Kind(ern)

☐ mit Partner/in und Kind(ern) ☐ mit jemand anderem _____

16) Wie viele Personen leben im Haushalt?

PTBS und Suizidalität nach kriegsbedingten Traumata

- 17) abgeschlossene Ausbildung: ☐ kein Abschluss ☐ Primärschule
☐ Mittlere Schule ☐ Höhere Schule ☐ Universität

18) Profession/erlernter Beruf: _____

- 19) Sind Sie momentan berufstätig? ☐ Ja ☐ Nein

20) Wenn ja, welchen Beruf üben Sie momentan aus? _____

- 21) Waren Sie vor dem Krieg berufstätig? ☐ Ja ☐ Nein

22) Woher beziehen Sie ihr Einkommen?

Während des Krieges im Kosovo:

- 23) Haben Sie den Kosovo verlassen? ☐ Ja ☐ Nein

- 24) Haben Sie innerhalb des Kosovos den Aufenthaltsort gewechselt? ☐ Ja ☐ Nein

- 25) Sind Sie nach dem Krieg wieder in Ihren Heimatort zurückgekehrt? ☐ Ja ☐ Nein

- 26) Falls Sie den Kosovo verlassen haben während des Krieges, wohin sind Sie gegangen?
☐ Mazedonien ☐ Albanien ☐ Montenegro ☐ Europa _____
☐ anderes Land _____

- 27) Wenn Sie den Kosovo während des Krieges verlassen haben, wie lange waren Sie fort?
☐ 0 – 7 Tage ☐ 8 - 30 Tage ☐ mehr als 30 Tage

- 28) Wie würden Sie allgemein ihren Gesundheitsstatus definieren?

☐ Hervorragend ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ schlecht ☐ sehr schlecht

Weiter wichtige Informationen zu Ihrer Person:

14.3 Einverständniserklärung (albanisch)

Roli i vetëbesimit, perceptimit të mbështetjes sociale, disfatës dhe kurthës në gjenezën e stresit pas traumës dhe vetëvrasjes pas përjetimit të traumave të luftës

Informatat në lidhje me hulumtimin:

Qëllimi i këtij hulumtimi është të vlerësojë ndikimin e luftës së fundit në Kosovë në shëndetin psikik të shqiptarëve të Kosovës. Hulumtimi fokusohet në tri aspekte – mbështetjen sociale, perceptimin e vetëvetes si dhe ndjenjen e disfatës personale dhe dëshpërimit – dhe si këto aspekte ndikojnë në zhvillimin e stresit pas traumës dhe mendimet dhe sjelljet për vetëvrasje.

Ne ju lusim në vazhdim të përgjigjeni në disa pyetje për veten tuaj dhe statusin tuaj social dhe më pas të plotësoni një pyetësorë. Pyetjet në pyetësorë janë vetëvlerësuese, për këtë arsye nuk ka përgjegje të sakta ose të gabuara.

Pyetësori pritet të zgjasë 50 deri në 60 minuta.

Përgjegjet e juaja janë anonime dhe do të përdoren vetëm për qëllim të hulumtimit. Një përfundim rreth asaj se kush jeni ju nuk do të jetë i mundur.

Pjesëmarrja në hulumtim është vullnetare. Nëse pyetjet gjatë plotësimit të pyetësorit janë shqetësuese për ju, ju lutemi të na informoni. Në çdo kohë mund të bëni pauzë ose mund t'a ndërpritni plotësisht plotësimin e pyetësorit. Ndërprerja e plotësimit të pyetësorit nuk do të ketë asnjë ndikim për ju si individ. Gjatë pjesëmarrjes në hulumtim mund të ju kujtohen ngjarje të trishtueshme dhe traumatike gjatë luftës dhe për këtë arsye mund të vijë deri te reagimi emocional. Kandidatët për diplomim nuk mund të ju ofrojnë ndihmë psikologjike, për shkak që ligji ende nuk e lejon që ata të ofrojnë mbështetje psikologjike. Për këtë arsye ne e kemi përpiluar një dokument informimi. Nëse këto reagime emocionale zgjasin më shumë se një ditë dhe nëse juve iu nevojitet mbështetje pas pjesëmarrjes në hulumtim, ju lusim që të drejtoheni në vendet të cilat janë të përmendura në listën e informimit.

Hulumtimi do të zbatohet nga Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg dhe Karina Neuhofer, kandidatë për diplomim në Universitetin e Vjenës për Psikologji dhe mentorohet nga Znj. Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster.

Miratim për pjesëmarrje:

Me nënshkrimin tim unë vërtetoj që jam informuar rreth hulumtimit dhe pajtohem të marrë pjesë.

Nënshkrimi i kandidatit për Diplomim

Nënshkrimi i Pjesëmarrsit/Pjesëmarrses

14.4 Einverständniserklärung (deutsch)

Die Rolle von Selbstwert, wahrgenommener sozialer Unterstützung, Defeat & Entrapment bei der Genese von PTBS-Symptomen und Suizidalität nach Erleben kriegsbezogener Traumata

Informationen zur Studie:

Ziel dieser Studie ist es die Auswirkungen des letzten Krieges im Kosovo auf die psychische Gesundheit der Kosovo-Albaner/innen zu untersuchen. Die Studie konzentriert sich dabei auf die drei Aspekte –soziale Unterstützung, Wahrnehmung des eigenen Selbst und Gefühle von persönlicher Enge und Ausweglosigkeit – und wie sich diese auf die Posttraumatische Belastungsstörung und Suizidgedanken und –handlungen auswirken.

Wir bitten Sie im Folgenden uns ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer sozialen Situation zu beantworten und anschließend einen Fragebogen selbstständig auszufüllen. Es handelt sich dabei jeweils um Selbsteinschätzungsfragen, daher gibt es kein richtig oder falsch.

Die Befragung wird voraussichtlich 50 bis 60 Minuten dauern.

Ihre Antworten werden anonymisiert und nur zu Forschungszwecken verwendet. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Falls die Fragen während des Ausfüllens zu belastend für Sie sind, bitten wir Sie uns das mitzuteilen. Es kann jederzeit eine Pause gemacht oder die Befragung gänzlich abgebrochen werden. Ein Studienabbruch hat keine Auswirkung in irgendeinerweise für Sie als Person.

Durch die Teilnahme an der Studie können Erinnerungen an traurige und traumatische Ereignisse während des Krieges hervorgerufen werden und daher kann es zu emotionalen Reaktionen kommen. Wenn diese emotionalen Reaktionen länger als einige Tage dauern, so können Ihnen die Diplomand/innen keine psychologischen Hilfestellungen leisten, weil sie vom Gesetz her noch keine psychologische

Unterstützung anbieten dürfen. Daher haben wir ein Informationsblatt zusammengestellt. Wir bitten Sie, sich an die angeführten Stellen zu wenden, falls Sie nach der Befragung Unterstützung benötigen.

Die Studie „Die Rolle von Selbstwert, wahrgenommener sozialer Unterstützung, Defeat & Entrapment bei der Genese von PTBS-Symptomen und Suizidalität nach Erleben kriegsbezogener Traumata“ wird durchgeführt von den Diplomand/innen Ardiana Idrizi, Florian Kuschnigg und Karina Neuhofer an der Psychologischen Fakultät der Universität Wien und betreut von Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster.

Einverständniserklärung:

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

Unterschrift Diplomand/in

Unterschrift Studienteilnehmer/in

14.5 Notfallnummern-Blatt für den Kosovo

Prishtinë:

QKRMT – Qendra Kosovare për Rehabilitimin e të Mbijetuarve të Torturës

Tel: +381(0)38 243707

Rr. Hamëz Jashari 16b/2 – 10000 Prishtinë, Kosovë

Dr. Melikate Kallaba - Psikiatër

Mitrovicë:

Qendra Psikosociale për Traumaterapi – Diakonie Kosova

Rr. Bislim Bajgora p.n.

Trajtimi i personave të traumatizuar

Tramtime dhe ngritje profesionale për profesionist të shëndetit mendor

Ma. Xhevahire Balaj – Psikologe Klinike dhe Traumaterapeute

Gjakovë:

Qendra e Shëndetit Mendor

Tel: +377 44 122824

Rr. Londra p.n.

Dr. Ismet Bardhoshi - Neuropsikiatër

14.6 Notfallnummern-Blatt für Österreich

Wien:

Psychiatrische Ambulanz des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Wien

Telefon: 01/404 00-3547 (rund um die Uhr)

Währinger Gürtel 18-20

1090 WIEN

Psychosozialer Dienst Wien:

Notfallnummer: 01/313 30 (rund um die Uhr)

*Rat und Hilfe im Krisenfall gewährleistet die Psychiatrische Soforthilfe:
Unter dieser Nummer erhalten Sie qualifizierte und rasche Hilfestellung
rund um die Uhr.*

Kriseninterventionszentrum Wien

Telefon: 01 / 406 95 95 (Mo.-Fr. von 10-17 Uhr)

*Unterstützung von Personen in Krisen in Form von telefonischen und
persönlichen Beratungen, psychotherapeutischen Interventionen,
Kurztherapien und begleitender medizinischer Hilfe.*

Oberösterreich:

Suizidprävention

Notfallnummer: 0810/977 155 (rund um die Uhr)

Rat und Hilfe rund um die Uhr

ExitSozial

Notfallnummer: 0732/719 719

*Unterstützt Menschen mit psychischen und sozialen Problemen in
Oberösterreich*

Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg

Tel.: 05/055462-0

Wagner-Jauregg-Weg 15

4020 LINZ

14.7 Lebenslauf

Persönliche Daten

Karina Neuhofer
geboren am 03. 06. 1987
in Ried im Innkreis

Bildung

2001–2006 Handelsakademie Ried im Innkreis
2009-2013 Ausbildung zur Ganzheitlichen Kunsttherapeutin (ISSA)
seit 2007 Studium der Psychologie (Universität Wien)

Berufliche Erfahrung

2008-2011 geringfügige Mitarbeit im Verein Silbersberg (Menschen mit geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen)
2009/2012 Mitarbeit in der Vorbereitung und Durchführung der Projektwoche "MySpot" zur Persönlichkeitsbildung mit arbeitssuchenden Jugendlichen
2012-2013 Praktikum beim Dachverband Österreichische Autistenhilfe im Ausmaß von 240 Stunden im Rahmen des 6-Wochen-Praktikums
2014 (ehrenamtliche) Leitung kunsttherapeutischer Gruppeneinheiten mit syrischen Flüchtlingen
seit 2011 Babyschwimmtrainerin
seit 2013 Selbstständige Kunsttherapeutin, geringfügig

Sonstiges

Sprachkenntnisse: Deutsch, Englisch, Französisch
Auslands- und Projekterfahrung: Kongo, Malawi, Ghana, Kolumbien